

ОТЧЕТ

Исследование в сфере ВИЧ/СПИДа
в Кыргызской Республике

КЫРГЫЗСТАН 2015



Министерство Здравоохранения
Кыргызской Республики



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

ОТЧЕТ

Исследование в сфере ВИЧ/СПИДа
в Кыргызской Республике

КЫРГЫЗСТАН 2015



Министерство Здравоохранения
Кыргызской Республики



USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

«Исследование в сфере ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике» представляет собой оценку исполнения Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 гг., а также включает анализ каскада услуг по доступу к диагностике, лечению, уходу и поддержке для ЛЖВ ЛУИН. Помимо этого отчет включает рекомендации по разработке концепции и новой стратегии на период до 2030 года.

Исследование проведено Consulting Group Curatio Ltd при финансовой поддержке ЮНЭЙДС и USAID группой международных и национальных экспертов. Группа работала под руководством международного эксперта Д-ра Давида Гзиришвили. Отчет представляет интерес для политиков, сотрудников Министерства здравоохранения, Центров СПИД, учреждений гражданского общества, представителей международных организаций и для других организаций и лиц, работающих в области ВИЧ-инфекции или смежных проблем.

Отчет «Исследование в сфере ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике» подготовлен и издан Объединённой программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) при финансовой поддержке USAID в Кыргызстане. Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ. ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием. Ответственность за содержание пособия возложена на Consulting Group Curatio Ltd и на авторов данной работы.

Все права защищены. Эта публикация может воспроизводиться и распространяться в некоммерческих целях при наличии соответствующих ссылок на оригинал.

Мнения выраженные в отчёте не обязательно отражает точку зрения USAID или Правительства США.

СОДЕРЖАНИЕ

1	Введение	13
1.1	История вопроса	13
1.2	Структура отчета	14
1.3	Краткая информация об эпидемиологической ситуации в области ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике	14
2	Методология исследования	18
2.1	Среднесрочная оценка Государственной программы	18
2.1.1	Концептуальная основа и ключевые подходы	18
2.1.2	Сбор данных	19
2.2	Каскад ВИЧ для ЛУИН	19
2.2.1	Концептуальная основа оценки каскада ВИЧ	19
2.2.2	Сбор данных и моделирование	21
3	Результаты исследования	24
3.1	Среднесрочная оценка реализации Государственной программы по ВИЧ/СПИДу	24
3.1.1	Описание достижений	24
Задача 1.1	Стабилизация распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в том числе женщин ПИН	24
Задача 2.1	Ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов	29
Задача 2.2	Снижение уязвимости мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), к ВИЧ-инфекции	33
Задача 2.3	Обеспечение доступа к услугам по профилактике и лечению ИППП группам повышенного риска	38
Задача 2.4	Снижение уязвимости молодежи к ВИЧ-инфекции и ИППП	39
Задача 3.1	Обеспечение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)	41
Задача 3.2	Обеспечение универсального доступа ЛЖВ к диагностике, лечению и профилактике оппортунистических инфекций, включая туберкулез и вирусный гепатит С	45
Задача 3.3	Обеспечение ВИЧ-позитивных беременных женщин комплексом услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР)	49
Задача 3.4	Обеспечение доступа к уходу и социальной поддержке ВИЧ-позитивных мужчин, женщин, детей и членов семьи	51
Задача 3.5	Развитие потенциала сообщества ЛЖВ по обеспечению универсального доступа к услугам	52
Задача 3.6	Формирование толерантности к ЛЖВ и группам повышенного риска	53
Задача 4.1	Интеграция качественных услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, на всех уровнях здравоохранения	54

Задача 4.2	Предотвращение внутрибольничной передачи ВИЧ- инфекции	55
Задача 4.3	Развитие кадрового потенциала здравоохранения	56
Задача 5.1	Совершенствование стратегической координации и управления государственной политикой	57
Задача 5.2	Обеспечение устойчивого финансирования Государственной программы	58
Задача 5.3	Совершенствование системы мониторинга и оценки (МиО) и стратегической информации	61
3.1.2	Резюме прогресса	64
3.2	Каскад ВИЧ для ЛУИН	65
3.2.1	Движение ЛУИН вдоль каскада ВИЧ	65
(1).	Национальный обзор	65
(2).	Сравнение по годам	66
(3).	Сравнение по географическому разделению	66
3.2.2	Взгляд системы	68
3.2.3	Взгляд ЛУИН	70
4	Обсуждение и анализ	75
4.1	Может ли реализация Государственной программы повлиять на эпидемию?	75
4.2	Следует ли пересматривать концептуально национальное реагирование на эпидемию?	76
4.2.1	Для чего пересматривать?	76
4.2.2	Как пересматривать?	77
4.3	Является ли Государственная программа адекватным инструментом политики?	78
5	Заключение и рекомендации	80
5.1	Заключение	80
5.1.1	Относительно прогресса в реализации Государственной программы	80
5.1.2	Относительно эффективности подходов и реализации	80
5.1.3	Относительно Государственной программы как инструмента политики/управления	81
5.2	Рекомендации	81
5.3	Мероприятия к действию и рекомендации	84
6	Приложения	89

СПИСОК РИСУНКОВ

Рисунок а. Примерная цепь результатов ВИЧ для планирования	11
Рисунок i: Динамика регистрации ВИЧ-инфекции по полу в Кыргызской Республике за 2001-2015 гг.	15
Рисунок ii: Пути передачи ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике за 1987-2015 гг. (кумулятивно).....	15
Рисунок iii: Динамика путей передачи ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике за 2003-2014 гг.	15
Рисунок iv: ВИЧ-инфекция в городах и областях Кыргызской Республики за 1996-2014 гг.....	16
Рисунок 1. Описание двухэтапной концептуальной основы.....	19
Рисунок 2. Каскад профилактики ВИЧ, диагностики, ухода и лечения.....	20
Рисунок 3. Описание этапов адаптированного каскада.	20
Рисунок 4. Описание хронологии.....	21
Рисунок 5. ЛУИН, прошедшие тестирование на ВИЧ, по видам тестирования, географическому положению и годам.....	27
Рисунок 6. Регистрация на АРТ (количество ЛЖВ на АРТ как % «знающих статус ВИЧ +» или «зарегистрированных для получения ухода») по категориям и годам.....	28
Рисунок 7. Охват СР профилактикой и движение СР в 2014 г.....	31
Рисунок 8. Статистика по экспресс -тестированию по КГ в 2014 г. (РЦ “СПИД”).	32
Рисунок 9. Охват МСМ профилактикой и движение СР в 2014 г.....	35
Рисунок 10: Движение МСМ, направленных на ВИЧ тестирование в 2014 г.....	36
Рисунок 11. Общее количество случаев сифилиса по полу и по годам.....	39
Рисунок 12. Охват АРТ (красный) среди 1 718 ЛЖВ, получающих АРТ по когортам ЛЖВ на 31.12.2014 г.	42
Рисунок 13. Динамика пациентов на АРТ по годам (все возрасты).	43
Рисунок 14. Динамика пациентов на АРТ по годам (только дети).....	43
Рисунок 15. Описание ЛЖВ, получающих АРТ по категориям (2014).	43
Рисунок 16. Охват тестированием на CD4 по годам (электронная база данных РЦ “СПИД”).	44
Рисунок 17. Описание ТБ/ВИЧ коинфекции по годам.....	46
Рисунок 18. Охват пациентов с ТБ/ВИЧ коинфекцией, выявленных в 2014 году и получающих лечение АРВ и ТБ.....	47
Рисунок 19. Количество новых случаев коинфекции ТБ/ВИЧ и количество пациентов с ТБ/ВИЧ, получающих котримоксазол (СТХ).	48
Рисунок 20. Количество ВИЧ-позитивных беременных женщин и количество из них, охваченных ППМР, по годам (статистика РЦ “СПИД”).	50
Рисунок 21. Таблица потребностей в ресурсах Государственной программы и финансирование (в USD).....	59
Рисунок 22. Финансирование государственной программы по годам и источникам (GARPR)	59
Рисунок 23. Сопоставление запланированных и понесенных расходов из национальных источников, всего на 2012-2013 гг.	59
Рисунок 24. Структура государственных расходов на профилактику (2012-2013 гг.).	60
Рисунок 25. Структура расходов правительств на тестирование на ВИЧ по целевым группам, 2014 г.....	60
Рисунок 26. Обзор достижений по задачам.	64
Рисунок 27. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2013 г.....	65
Рисунок 28. Потеря ЛУИН вдоль каскада (все сектора), 2013 г.....	68
Рисунок 29. Потеря ЛУИН вдоль каскада (все сектора), 2014 г.....	69
Рисунок 30. Сравнение структуры заболевания клинических стадий ВИЧ-инфекции между ЛУИН и другими группами по годам.....	70
Рисунок 31. Шансы достижения различных этапов каскада для ЛУИН в 2013 году в Кыргызстане.....	71
Рисунок 32. Шансы достижения различных этапов каскада для ВИЧ-позитивных ЛУИН в 2014 году в Кыргызстане.	71
Рисунок 33. Вероятность быть зачисленным на ОЗТ для ЛУИН, охваченных профилактикой по географическому разделению/секторам и годам.....	72

Рисунок 34. Вероятность быть зачисленным в программы ОЗТ для ЛУИН, на АРТ по крайней мере 12 месяцев, по географическому разделению, секторам и годам.....	72
Рисунок 35. Время между критическими этапами (календарные дни) по географическому разделению (все сектора, агрегированные данные за 2013-2014 гг.)	73
Рисунок 36. Время между критическими этапами, включая начало профилактики по некоторым областям	74
Рисунок 37. Примерная цепь результатов ВИЧ для планирования.	83
Рисунок 38. План действий по осуществлению рекомендации R1.....	85
Рисунок 39. План действий по осуществлению рекомендации R2.....	86
Рисунок 40. План действий по выполнению рекомендации R3.	87
Рисунок 41. Хронология (в календарных днях) на разных этапах от первого ВИЧ-теста до начала АРТ.....	89
Рисунок 42. Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2013 г.	90
Рисунок 43. Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2014 г.	91
Рисунок 44. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	92
Рисунок 45. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2013 г.	92
Рисунок 46. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	93
Рисунок 47. Движение ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	93
Рисунок 48. Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	94
Рисунок 49. Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	94
Рисунок 50. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	95
Рисунок 51. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	95
Рисунок 52. Движение ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	96
Рисунок 53. Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	96
Рисунок 54. Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).....	97
Рисунок 55. Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2013 г.....	97
Рисунок 56. Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2014 г.....	98
Рисунок 57. Охват ЛУИН профилактическими услугами и ОЗТ по областям и годам.....	98
Рисунок 58. Включение ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в ОЗТ по географическим регионам, секторам и годам.	99
Рисунок 59. Время между критическими этапами (календарные дни) по годам и географическому разделению – гражданский сектор.	99
Рисунок 60. Время между критическими этапами (календарные дни) по годам и географическому разделению – гражданский сектор (выбранные регионы).....	100
Рисунок 61. Распределение ЛЖВ на АРТ в 2014 г. (n=1718) по полу, возрасту и географическим регионам (официальные данные).	100
Рисунок 62. Цепь результатов ВИЧ и глобальные индикаторы для мониторинга и оценки ответа системы здравоохранения на ВИЧ.....	101
Рисунок 63. Статистика каскада ВИЧ – гражданский сектор.....	102
Рисунок 64. Статистика каскада ВИЧ – тюрьмы.	103
Рисунок 65. Статистика каскада ВИЧ – все секторы.	104
Рисунок 66. Затраты национального ответа на эпидемию по источникам финансирования и годам.	105
Рисунок 67. Матрица оценки внедрения Государственной программы.....	106
Рисунок 68. Пути к тестированию на ВИЧ (в 2013-2014 гг.).....	112

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВ	Антиретровирусный
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВГВ	Вирус гепатита В /Вирусный гепатит В
ВГС	Вирус гепатита С/Вирусный гепатит С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка
ГСИН	Государственная служба исполнения наказаний Кыргызской Республики
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ГУГ ГФ ПРООН	Группа управления грантом Глобального фонда Программы развития ООН (ПРООН)
ДЭН (IBBS)	Дозорный эпиднадзор второго поколения (Интегрированное биоповеденческое исследование)
ИБ	Иммунный блоттинг (иммунный блот)
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИФА	Иммуноферментный анализ
КР	Кыргызская Республика
КС	Определение клинических стадий (ВИЧ-заболевания)
ЛУИН	Лица, употребляющие инъекционные наркотики
МДИК	Медико-демографическое исследование Кыргызской Республики
МиО	Мониторинг и оценка
МСМ	Мужчины, имеющие секс с мужчинами
НД	Нет данных
НСК	Национальный Статистический комитет Кыргызской Республики
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ОП	Охваченные профилактикой
ОР	Основной реципиент
ОЧ	Оценочное число
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков (в настоящее время не употребляется – используется понятие ЛУИН). Однако в тексте эта аббревиатура сохранена там, где это связано с цитированием Государственной программы и Плана МиО
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПОШ	Программа обмена шприцев и игл
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

АРВ	Антиретровирусный
ПРООН	Программа развития ООН
РМИЦ	Республиканский медико-информационный центр
РП	Распространение презервативов
СР	Секс-работники
РЦ “СПИД”	Республиканский центр СПИД
РЦН	Республиканский центр наркологии
ТБ	Туберкулез
Тик	Тестирование и консультирование на ВИЧ
УИК	Универсальный идентификационный код
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
СТХ	Котримоксазол
ELISA	Иммуноферментный анализ
GARPR	Отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД
MIS	Management information system (Система управления информацией)

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Исследование в сфере ВИЧ было проведено Consulting Group Curatio Ltd при финансовой поддержке ЮНЭЙДС и USAID.

Мы хотим выразить признательность всем, кто внес свой вклад в это исследование. Команда исследования, под руководством Давида Гзиришвили, благодарит представителей Министерства здравоохранения за оказанную помощь и предоставленную информацию: Горина О.В., Майтиеву В.С., а также представителей Республиканского Центра СПИД: Чокморову У.Ж., Исмаилову А., Шералиеву Б., Нарматову Э.

Мы также выражаем нашу признательность представителям организаций гражданского общества и сообществу доноров за их идеи и обсуждения.

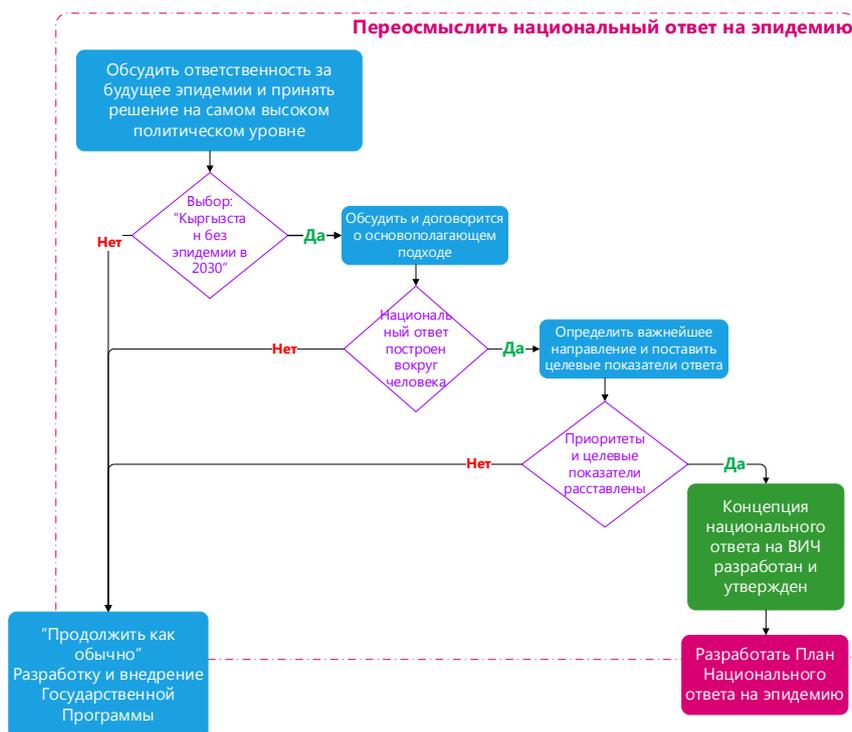
В дополнение, мы хотели бы особо поблагодарить представителя Правительства КР – Муратова А.А. за руководство и поддержку, оказанную во время оценки.

Рекомендации

Переосмыслить национальный ответ эпидемии согласно следующим шагам в последовательности:

- а) Определить четкое видение эпидемии в Кыргызстане к 2030 году, делая выбор между

двумя сценариями: с четким обязательством «Кыргызстан без эпидемии 2030» на самом высоком политическом уровне или продолжать вести дела как обычно и подписаться по умолчанию «Кыргызстан с генерализованной эпидемией к 2030».



- б) Если выбор делается в пользу сценария «Кыргызстан без эпидемии к 2030», следует определить два руководящих принципа национальных ответных мер (с критериями для оценки соблюдения этих принципов):

- построить ответ на ВИЧ для человека, чтобы ему оказывали услуги, а не отвечать интересам или мандатам исполнителей или доноров;
- строить ответ вдоль каскада профилактики, ухода и лечения для основных групп населения.

- с) Если вышеуказанные принципы определены и ключевые заинтересованные стороны согласованы, следует обсудить и достичь консенсуса по наиболее важным областям для прекращения эпидемии, которые должны финансироваться полностью, прежде чем выделять ресурсы на остальные, менее важные мероприятия.

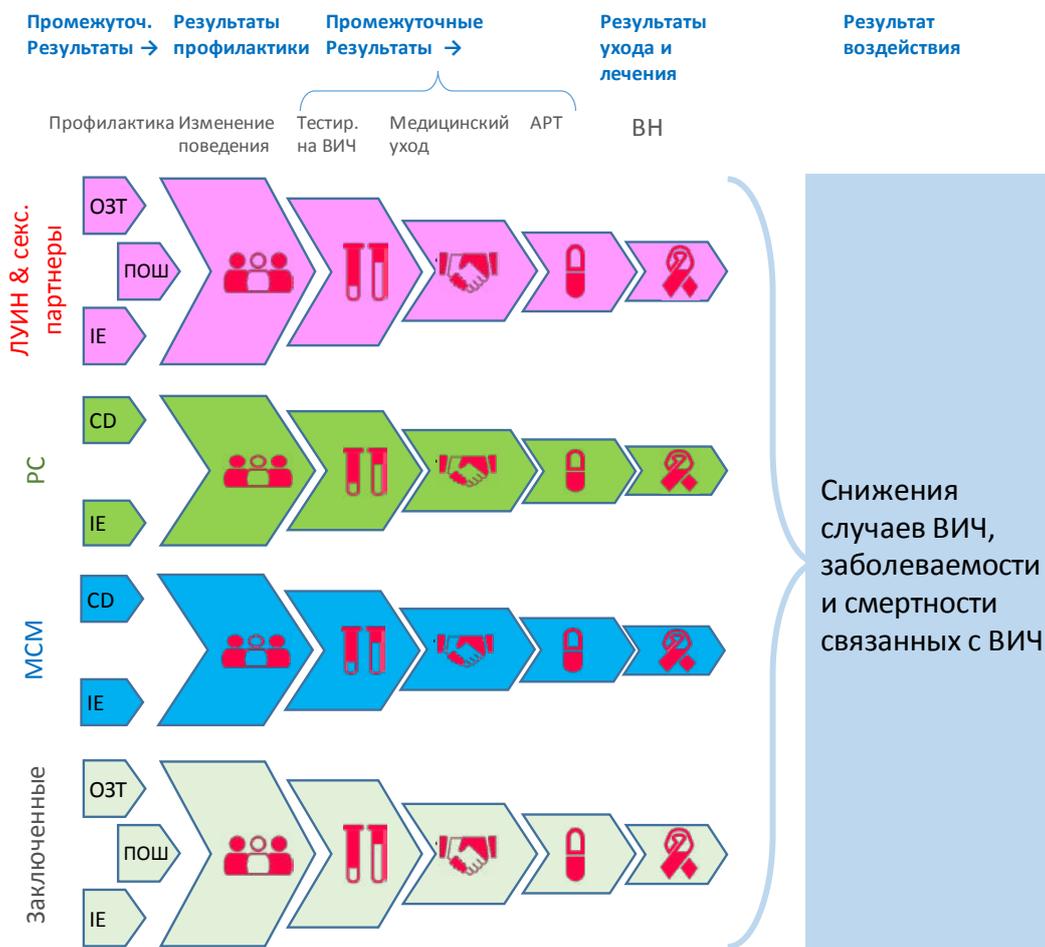
- д) Собрать все упомянутые выше решения в «концептуальные рамки национальных мер в ответ на эпидемию» и одобрить их на высоком политическом уровне в качестве инструмента политики на долгосрочную перспективу, с определением планирования и действий правительства, неправительственных организаций, поставщиков услуг и партнеров.

Разработать 3-5-летний стратегический план (условно называемую государственную программу) через следующие последовательные шаги:

- е) Определить цепь результатов: начиная с результатов высокого уровня (либо воздействия, такие как смертность вследствие ВИЧ, или изменение поведения, или подавление вируса) до задач и мероприятий (см. Рисунок а. ниже):

- Результаты самого высокого уровня должны быть четко связаны (соответствие) с этапами концептуальной основы;
 - Установить цели на каждом этапе цепочки с помощью не менее 10 глобальных показателей, как это рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения (см. Рисунок 62 на стр. 101);
- f) Выбрать наиболее подходящие технические решения, основанные на богатом опыте, накопленном в стране, а также за рубежом в целях достижения целевых индикаторов результатов и воздействия по цепочке результатов в области ВИЧ;
- g) Оценить потребности в ресурсах (финансовых, человеческих, технологических) для каждого решения/подхода. Если финансовые ресурсы не являются достаточными или существуют ограничения потенциала, необходимо разработать два сценария:
- Сценарий с финансовым дефицитом и/или с ограниченностью потенциала: первоначальные цели и дефицит финансирования;
 - Сценарий без дефицита финансирования и/или с ограниченностью потенциала: цели (для менее важных мероприятий и результатов) сбалансированы с финансовым прогнозом (наличием ресурсов).
- h) Назначьте ответственного за каждый результат в цепи результатов ВИЧ на основе консультаций и тщательной оценки баланса между ответственностью и компетенцией (или полномочиями осуществлять контроль за реализацией и результатами).

Рисунок а. Примерная цепь результатов ВИЧ для планирования



Концептуализировать рамки МиО как основного инструмента для стратегического управления и надзора; совершенствовать практику МиО в следующих направлениях:

- i) Определить минимальный набор индикаторов промежуточного и конечного результата для оценки прогресса, а также формат представления отчетности о прогрессе¹;
- j) Четко определить ответственность² за потоки информации, валидацию данных/аудит качества и расчет достижений по выбранным индикаторам и отчетности с последующим усилением механизмов (административных и финансовых) и прогнозом требуемых ресурсов (необходимых для функционирования МиО);
- к) Начать внедрение сбора существующих данных, хранения и обмена опытом в единую информационную систему управления ВИЧ через следующие шаги:
 - Четко определить требования к пользователям для анализа и отчетности на стратегических (как указано в пункте (Р6)а) ниже) и операционных/программных уровнях;

- Сделать полный перечень переменных, которые необходимы для удовлетворения потребностей пользователей (то есть, для вычисления показателей);
- Определить потоки данных, необходимых для сбора для каждой переменной. Потоки бизнес-процессов, связанных с вводом данных, проверки, хранения, передачи и обработки;
- Сделать полный перечень существующих массивов данных (хранящихся в различных электронных базах данных), оценить качество данных и возможность их передачи в сводную информационную систему;
- Основываясь на результатах, упомянутых выше, разработать комплексный план для развития и функционирования единой информационной системы управления в области ВИЧ, которая включает в себя техническое задание для разработчиков программного обеспечения, механизм для обеспечения конфиденциальности чувствительной информации; требования к оборудованию и современным коммуникационным технологиям.

¹ Независимо от внешних обязательств, например, GAPRP.

² В идеале, ответственность должна быть распределена между исполнителями (ответственные за сбор информации) и учреждениями, оценивающими и готовящими отчеты МиО.

1 Введение

1.1 История вопроса

Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы направлена на реализацию целей Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу, принятой в 2011 г.

Целью Государственной программы является стабилизация и последующее снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике к 2016 году.

Государственная программа включает в себя 5 стратегий и 17 целей. План работы, бюджет и план МиО являются неотъемлемой составной частью Государственной программы

Реализация Государственной программы основана на многосекторальном подходе, с учетом комплексного характера проблем. Это предполагает участие всех заинтересованных сторон, включая государственные структуры, международные, образовательные, религиозные и неправительственные организации, а также представителей групп населения повышенного риска и ЛЖВ.

Правительством Кыргызской Республики осуществляется общее управление и координация мероприятий в области ВИЧ-инфекции. Ключевыми министерствами, государственными органами и организациями, задействованными в реализации Государственной программы, являются:

- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики;
- Министерство финансов Кыргызской Республики;
- Министерство юстиции Кыргызской Республики;
- Министерство обороны Кыргызской Республики;

- Министерство внутренних дел Кыргызской Республики;
- Министерство образования и науки Кыргызской Республики;
- Министерство молодежи, труда и миграции Кыргызской Республики;
- Министерство культуры и туризма Кыргызской Республики;
- Министерство социального развития Кыргызской Республики;
- Национальный статистический комитет Кыргызской Республики;
- Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики;
- Государственная служба по контролю наркотиков при Правительстве Кыргызской Республики.

Согласно разделу МиО Государственной программы был запланирован среднесрочный обзор, а также рутинный мониторинг и оценка.

По просьбе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, при финансовой поддержке USAID, ЮНЭЙДС объявила тендера на проведение исследования в области ВИЧ в Кыргызской Республике, установив следующие цели:

- Оценить реализацию Государственной программы;
- Выявить пробелы и потери в каскаде предоставления услуг ВИЧ для ЛУИН для дальнейшей переориентации Государственной программы (при необходимости) и
- Разработать план действий по реализации Государственной программы на 2016год.

1.2 Структура отчета

В текущем докладе представлены результаты исследования в области ВИЧ в Кыргызской Республике.

Раздел 2 “Методология” описывает концептуальную основу и подходы к сбору данных и методы для каждого задания: среднесрочный обзор и оценку ВИЧ-каскада для ЛУИН.

В соответствующих подразделах раздела 3 “Результаты исследования” представлены полученные результаты для каждого задания, описанного выше:

- 3.1. “Среднесрочная оценка Государственной программы”:
 - ▶ Исполнение по каждой из 17 целей описано в подразделе 3.1.1 “Описание достижений”. Он включает в себя оценку достижений с интерпретацией результатов измерения прогресса и резюме о ходе реализации Государственной программы с учетом поставленной цели.
 - ▶ Выводы изложены в следующем подразделе 3.1.2 “Резюме прогресса”.
- 3.2. “Каскад ВИЧ для ЛУИН”:
 - ▶ Подраздел 3.2.1 “Движение ЛУИН вдоль каскада ВИЧ” рассматривает данные за

2013 и 2014 гг. на основе когортного метода каскада ВИЧ и сравнивает поток ЛУИН вдоль каскада по годам и географическим районам, а также по секторам (гражданский и тюремный).

- ▶ В подразделе 3.2.2 “Видение системы” те же данные представлены с точки зрения системы (национального ответа) и показана потеря ЛУИН в этом каскаде.
- ▶ Подраздел 3.2.3 “Взгляд ЛУИН” описывает ту же картину глазами человека, как вероятность достижения любой точки в каскаде и время, необходимое для прохождения через важные этапы (от первого тестирования до начала АРТ).

Исследовательская группа представила свои собственные мнения и понимания основных причин позиций, определенных в предыдущем блоке, в разделе 4 “Обсуждение и анализ”.

Группа исследователей сделала выводы по основным вопросам и предложила решения в разделе 5 “Заключение и рекомендации”.

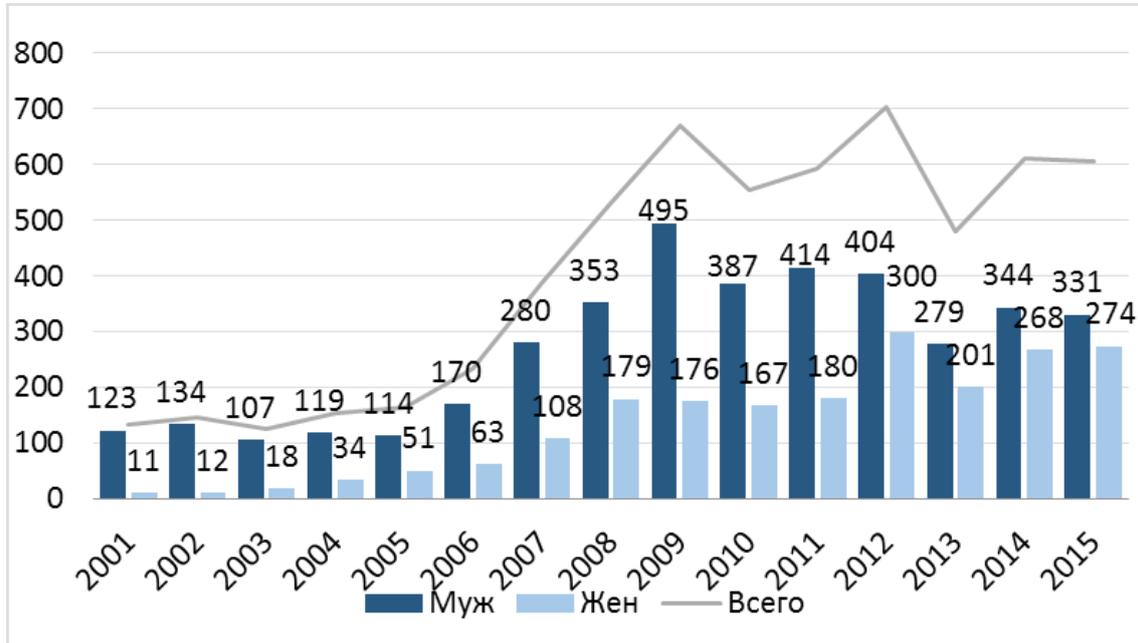
Приложения содержат технические детали, представленные в виде таблиц и графиков, а также список документов, изученных во время исследования или цитируемых в отчете.

1.3 Краткая информация об эпидемиологической ситуации в области ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике

Кыргызская Республика все еще находится на этапе нарастания эпидемии ВИЧ. Так, за период с 2010 года число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось более чем в два раза (с 2 718 случаев на 01.01.2010 г. до 6 402 на 31.12.2015 г.). Реальное число случаев ВИЧ-инфекции по данным программы СПЕКТРУМ составляет 9 453 человека. Число женщин с 2010 года увеличилось в 3 раза (с 656 в 2010 г. до 2 049 человек

в 2015 г. кумулятивно). Если в 2010 г. женщины составляли 29,8% из числа вновь зарегистрированных ЛЖВ, то в 2015 г. они составили уже 45,3% (Рис. i). Это связано с расположением страны на одном из трех основных путей наркотрафика, что определяет высокий уровень наркопотребления, связанные с ним опасные формы потребления наркотиков и передачу ВИЧ половым путем женщинам – партнерам ЛУИН.

Рисунок i: Динамика регистрации ВИЧ-инфекции по полу в Кыргызской Республике за 2001-2015 гг.



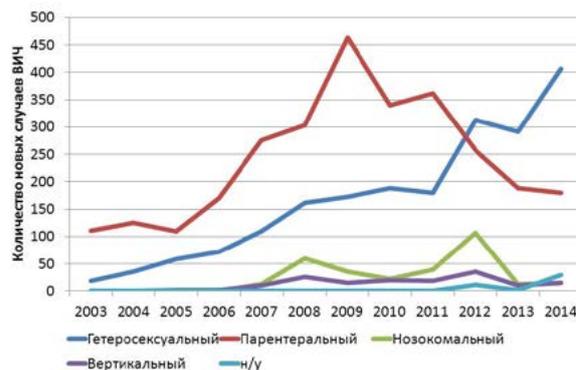
Несмотря на снижение инъекционного пути передачи ВИЧ с 59,6% в 2010 г. до 51,4% в 2015 г., этот путь все еще определяет характер эпидемии в стране. Тем не менее, за последние годы отмечается рост числа случаев передачи ВИЧ

половым путем. Так, среди зарегистрированных в 2015 г. ЛЖВ, наркопотребители составили только 26,9%, тогда как половой путь достиг 65,0% (в 2010 г. половой путь составлял 32,6% - Рис. ii, iii).

Рисунок ii: Пути передачи ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике за 1987-2015 гг. (кумулятивно).



Рисунок iii: Динамика путей передачи ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике за 2003-2014 гг.



Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ. По данным Республиканского Центра «СПИД», на 31 декабря 2015 года всего зарегистрировано 6 402 случая ВИЧ-инфекции, в том числе 694 ЛЖВ выставлена стадия СПИД (кумулятивно). Всего умерло 1 343 ЛЖВ, из них на стадии СПИД – 416 человек, в том числе 487 умерли от туберкулеза. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике составил

10.2 на 100 000 населения в 2015 г. Смертность от СПИДа увеличилась с 0,006 на 1 000 населения в 2010 до 0,009 в 2014 году.

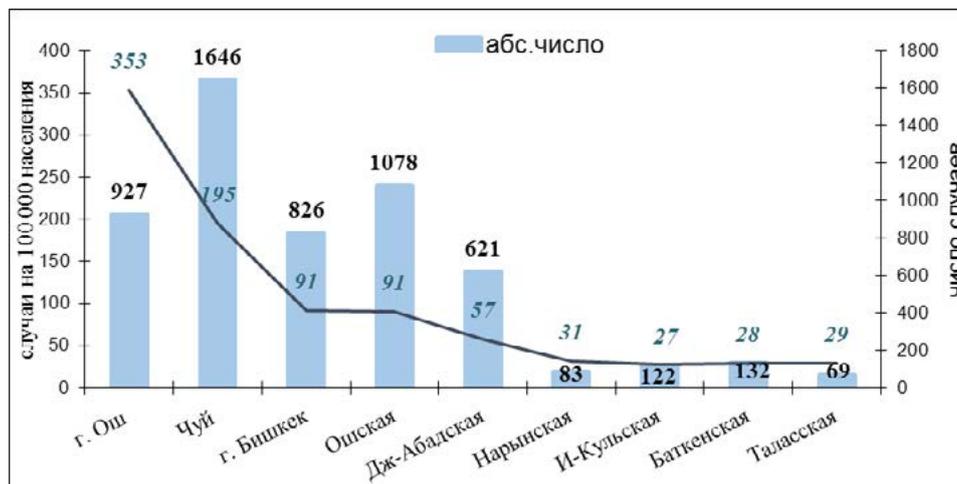
Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах страны. В абсолютных числах наибольшее число случаев ВИЧ-инфекции зарегистрировано в Чуйской области, но в пересчете на 100 000 населения лидирует г. Ош, где показатель распространенности ВИЧ

составил 353 на 100 000 населения, а в Чуйской области – 195 на 100 000 населения. В четырех областях – Нарынской, Иссык-Кульской, Таласской и Баткенской – отмечается низкий уровень как распространенности, так и абсолютного числа случаев ВИЧ-инфекции (от 27 на 100 000 населения в Иссык-Кульской до 31 – в Нарынской области) (Рис. iv). Тем не менее, по данным 2014 года, наблюдалось увеличение регистрации ВИЧ-инфекции во всех регионах страны за исключением г. Бишкек, с наибольшими темпами роста в регионах с низкой распространенностью ВИЧ. Так, ежегодная регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в этих областях увеличилась в 3-5 раз. Так, в Нарынской области в 2010 г. было

зарегистрировано 6 случаев ВИЧ-инфекции, а в 2015 г. – 20 ЛЖВ; в Таласской области – 5 и 14; в Иссык-Кульской – 8 и 31; в Баткенской – 5 и 25, соответственно. Данные дозорного эпиднадзора также показывают тенденцию роста случаев ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения в регионах с низкой распространенностью ВИЧ.

Эпидемия ВИЧ-инфекции находится на концентрированной стадии, сохраняется низкая превалентность среди беременных женщин (0,04% в 2015 г.). Вместе с тем, по данным дозорного эпидемиологического надзора, в трех из четырех групп населения с повышенным риском, распространенность ВИЧ превышает 5% (ЛУИН – 12,4%; заключенные – 7,6%; МСМ – 6,3%).

Рисунок iv: ВИЧ-инфекция в городах и областях Кыргызской Республики за 1996-2014 гг.



По данным на 31 декабря 2015 г., основная доля выявления ВИЧ-инфекции приходится на категорию трудоспособного и репродуктивного возраста 20-39 лет – 84,8%. Всего доля ВИЧ-позитивных детей в возрасте до 15 лет составила кумулятивно 9,1% (554 чел.), из них парентеральный путь передачи – 348³, вертикальный – 183, половой – 2, неуточненный – 21. По данным рутинного эпидемиологического надзора, в 2011 г. протестировано 65263 ребенка по клиническим и эпидемиологическим показаниям, из которых выявлено 57 детей с ВИЧ. В 2012 г. протестировано 110 203 ребенка, выявлено 157 детей с ВИЧ. В 2015 г. зарегистрирован 31 ребенок до 15 лет, живущий с ВИЧ,

что составило 5,1% от числа вновь выявленных ЛЖВ. Вертикальный путь передачи ВИЧ имеет тенденцию к снижению с 3,5% в 2010 г. до 2,4% в 2015 году.

Ключевые группы населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ

Лица, потребляющие наркотики путем инъекций (ЛУИН), определяют темпы, характер и стадию развития эпидемии в стране. Группа ЛУИН является наиболее многочисленной – согласно оценке численности (2013 г.), число ЛУИН составляет 25 000 человек. Несмотря на снижение абсолютного и относительного числа ЛУИН в структуре регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, ЛУИН составляют 51,4% от числа зарегистрированных ЛЖВ. Увеличение ВИЧ-случаев среди женщин, скорей всего, связано с сексуальной передачей ВИЧ женщинам

³ Из 348 детей с парентеральным путем передачи 214 были выявлены в ходе сплошного скринингового тестирования 175 466 детей в возрасте 3-14 лет, а также детей, поступающих на лечение в стационары в Ошской, Джалал-Абадской областях Кыргызской Республики.

– половым партнерам ЛУИН-ЛЖВ. По результатам исследования IBBS (ДЭН) в 2013 году показатель распространенности ВИЧ среди ЛУИН составил 12,4%, что было на 2,2% ниже этого показателя в 2010 г. (14,6%).

Заключенные. По данным ГСИН КР, количество осужденных, отбывающих наказание, в том числе в колониях поселения в 2014 году, составило 10 273 человек, из них 8 045 – в закрытых учреждениях.

Распространенность ВИЧ среди заключенных, по данным IBBS (ДЭН), сократилась почти вдвое (с 13,7 в 2010 г. до 7,6%). Распространенность ВИЧ зависит от срока пребывания в местах лишения свободы. Позитивным фактом является отсутствие выявленных случаев ВИЧ-инфекции в результате IBBS (ДЭН) в женской колонии и колонии для лиц, которые отбывают наказание впервые.

МСМ и ТГ (трансгендерные лица). Согласно оценке численности (2013), число МСМ в Кыргызстане составляет 22 000 человек, но

число практикующих рискованное поведение и имеющих риск заражения ВИЧ может не достигать и половины этого числа. Следует отметить, что оценка численности МСМ проводилась только в двух крупнейших городах страны (гг. Бишкек и Ош) и составила 3 800 человек (1,5%) от сексуально активной части мужского населения в возрасте от 15 до 49 лет.

Секс-работники. Согласно оценке численности (2013), в Кыргызстане от 6 890 человек до 7 316 – секс-работники, большинство из которых работает в крупных городах (Бишкек и Ош). По данным IBBS (ДЭН), в 2013 г. 2% СР были инфицированы ВИЧ (3,5% в 2010 г.) в целом по стране. Вместе с тем, отмечается высокая распространенность антител к сифилису среди СР (23,9%), самая высокая в городе Бишкек, где каждая вторая СР со стажем работы свыше 4 лет имела антитела к сифилису. Распространенность антител к сифилису напрямую зависела от стажа работы в сфере секс-бизнеса (чем больше стаж работы, тем выше распространенность антител сифилиса).

2 Методология исследования

2.1 Среднесрочная оценка Государственной программы

2.1.1 Концептуальная основа и ключевые подходы

Исследовательская команда разработала матрицу для оценки прогресса реализации пяти стратегий Государственной программы относительно индикаторов, определенных 17-ю задачами на основе следующих документов:

- Описание целей и ожидаемых результатов Государственной программы;
- План мониторинга и оценки (МиО) Государственной программы.

Группа исследования обнаружила, что указанные ожидаемые результаты не всегда соответствуют целям. Например, задача 1.1 была определена как «Стабилизация распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), в том числе женщин ПИН». В то время как ожидаемый результат «60% и более ПИН (от оценочного числа) получают качественные услуги по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ к 2016 г.» относится к охвату полным набором услуг, влияющих на изменение поведения не только в рамках программ снижения вреда. То же самое действительно для других целей и ожидаемых результатов, связанных с ключевыми группами населения.

Таким образом, команда столкнулась с дилеммой из-за несоответствия (логический разрыв) между большинством задач и ожидаемых результатов по стратегиям 1-3 (профилактика распространения ВИЧ среди ключевых групп населения, уход и лечение ЛЖВ). Как оценить прогресс в реализации, если цель была достигнута, но соответствующий ожидаемый результат не был (или наоборот)? Перевешивают ли целевые индикаторы охвата (ожидаемых результатов) над индикаторами распространенности ВИЧ? Можно ли считать цель достигнутой, если распространение ВИЧ сдерживается, но охват услугами намного ниже целевых показателей? Достаточен ли 3-летний срок программы (2012-2014 гг.) для изменения поведения, что влияет на тенденцию распространения болезни?

Команда выбрала двухэтапный подход:

1. Измерить достижение несоответствующих целей и ожидаемых результатов отдельно на основе плана МиО.
2. Оценить прогресс в реализации стратегий путем тщательного анализа достижений, включая некоторые методы теоретической триангуляции (UNAIDS 2010).

Команда исследования выбрала набор индикаторов плана МиО для каждой задачи и ожидаемого результата (с сохранением оригинальных показателей), как показано на Рисунке 67 (стр. 106):

- Когда индикатор относится к конкретной задаче, цель и индикатор окрашены в один цвет.
- Каждый индикатор, взятый из плана МиО, имеет 3 идентификации: номер, как определено в плане МиО (например, #2.2.1), код в наборе индикаторов ГФСТМ (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria 2011) и код в регистре индикаторов ЮНЭЙДС.
- Некоторые индикаторы, предложенные командой исследования, не относятся к плану МиО и не имеют номера, их команда посчитала более подходящими для измерения результатов.

Команда рассмотрела ряд вторичных данных (официальные доклады, опубликованные или неопубликованные технические доклады), чтобы проверить некоторые из выводов по качественным данным. Группа использовала это вместе с качественными данными, собранными во время интервью и консультаций с ключевыми информантами, для интерпретации выводов матрицы оценки.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1.2 Сбор данных

Группа использовала документы и официальные публикации для сбора количественных данных, как определено в плане МиО для каждого индикатора.

Данных для измерения достижения основных целей и ожидаемых результатов в 2014 году по стратегии 1 и 2 недостаточно. Поэтому команда использовала IBBS (ДЭН) 2013 года, как источник основных данных. Результаты IBBS (ДЭН) 2013 описывают эпидемиологические и поведенческие данные за 2013 г. и вряд ли их можно отнести к реализации Государственной программы в первый год – 2012. Таким

образом, команда была не в состоянии собрать и использовать данные для измерения достижений, связанных с распространением ВИЧ и профилактикой среди ключевых групп населения (задачи 1.1 и 2.1-2.4).

Команда обсудила и уточнила предварительные результаты количественного анализа с ключевыми информантами, включая представителей РЦ “СПИД” и партнеров. Команда собрала дополнительную качественную информацию в ходе консультаций с ключевыми информантами для интерпретации результатов и приняла их во внимание в ходе окончательного анализа.

2.2 Каскад ВИЧ для ЛУИН

2.2.1 Концептуальная основа оценки каскада ВИЧ

Для того чтобы оценить каскад ВИЧ для ЛУИН в КР, группа разработала концептуальную основу, состоящую из двух аспектов процесса, как показано ниже:

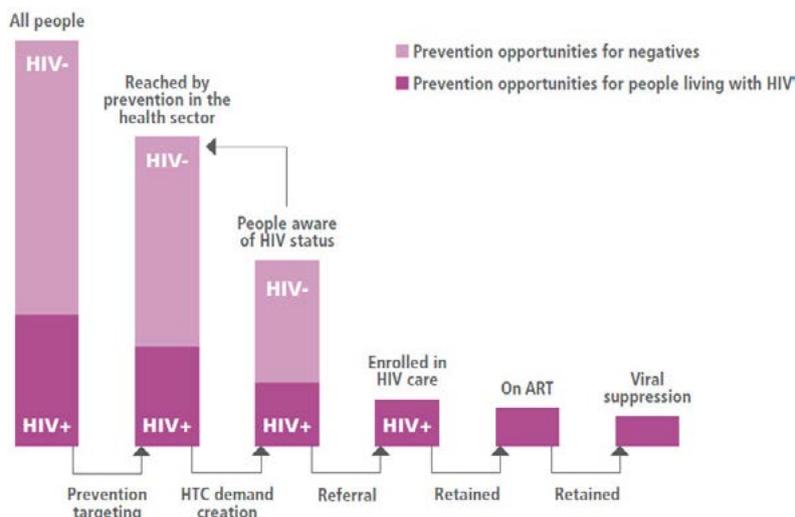
Рисунок 1. Описание двухэтапной концептуальной основы.

		Сбор данных	Анализ
Размерность процесса	Шаги	Каскад профилактики, диагностики, ухода и лечения	“Видение системы” – разрыв с потерями ЛУИН “Видение человека” – вероятность достижения цели вдоль каскада
	Хронология	Этапы на временной шкале	“Видение человека” – необходимое время на «продвижение»

Модель каскада профилактики, диагностики, ухода и лечения

Исследовательская группа использовала механизм, предложенный ВОЗ (World Health Organization 2013), который отличается от общей модели каскада, используемой в США (CDC 2014) или в некоторых странах Европы (European Centre for Disease Prevention and Control 2015), поскольку она: а) включает профилактику до тестирования и наблюдения; б) разделяет целевые группы населения по ВИЧ-статусу на 3 начальные стадии (до подтверждения ВИЧ).

Рисунок 2. Каскад профилактики ВИЧ, диагностики, ухода и лечения.



Источник (World Health Organization 2014, 10)

Кроме того, команда адаптировала это руководство к контексту страны, добавляя несколько этапов (разделяя 3-й этап «Люди знают о ВИЧ-статусе» и 5 «на АРТ» в подэтапы). Адаптированная модель, состоящая из 9 этапов, лучше отражает критические движения и потерю ЛУИН вдоль каскада.

Рисунок 3. Описание этапов адаптированного каскада.

Этапы каскада	Определение	Источники данных
(А) Все ЛУИН	Оценочное число ЛУИН в КР совпадает с «Все люди» рамочной основы ВОЗ (первый этап)	(Общественный фонд «Центр анализа политики здравоохранения» 2014)
(В) Охваченные профилактикой	Количество ЛУИН, охваченных профилактическими программами, по сообщениям поставщиков услуг (второй этап)	IBBS (ДЭН) (Чокморова, и др. 2013)
(С) Протестированные на ВИЧ	Количество ЛУИН, прошедшие первое ВИЧ-тестирование (ИФА1 или экспресс-тест) в данном году	РЦ «СПИД»
(С3) Знающие результаты ВИЧ теста	Количество ЛУИН, знающих свой результат ВИЧ-теста (отрицательный или предполагаемый положительный) до достижения стадии подтверждения	IBBS (ДЭН) (Чокморова, и др. 2013)
(D) Подтвержденный ВИЧ	Количество ЛУИН с ВИЧ, подтвержденных в данном году – когорта ВИЧ-положительных ЛУИН совпадает с «Люди, знающие о своем ВИЧ-статусе» рамочной основы ВОЗ (третий этап)	РЦ «СПИД»
(Е) Принятые на АРТ	Количество ЛУИН, зарегистрированных в РЦ «СПИД» (в журнале клинической регистрации) из когорты «ВИЧ-подтвержденные»	Электронная база данных РЦ «СПИД»
(F) Начавшие АРТ	Количество ЛУИН, начавших АРТ из когорты «ВИЧ-подтвержденные»	Электронная база данных РЦ «СПИД»
(G) На АРТ ≥12	Количество ЛУИН, получающих АРТ 12 месяцев и более, из когорты «ВИЧ-подтвержденные»	Электронная база данных РЦ «СПИД»
(H) Подавление вируса до неопределяемого уровня	Количество ЛУИН на АРТ не менее 12 месяцев, чей уровень вирусной нагрузки ниже порога (1000 на мл) после 12 месяцев начала АРТ	Электронная база данных РЦ «СПИД»

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Хронология и основные этапы

Исследовательская группа определила следующие этапы:

Рисунок 4. Описание хронологии.

Этапы	Определения	Источники информации
Профилактика	Отправная точка – дата первой записи получения профилактических услуг, предоставляемых ЛУИН	Проект ГФСТМ / база данных ПРООН
Экспресс-тест на ВИЧ	Дата прохождения тестирования на ВИЧ с использованием экспресс-тестов	Проект ГФСТМ / база данных ПРООН
ИФА 1	Дата прохождения первого теста на ВИЧ (ретроспективно записан только для тех ЛУИН, которые находятся под наблюдением и их формы наблюдения заполнены)	Документы РЦ «СПИД»
ИФА 2	Дата прохождения второго теста на ВИЧ (ретроспективно записан только для тех ЛУИН, которые находятся под наблюдением и их формы наблюдения заполнены)	Документы РЦ «СПИД»
ИБ	Дата подтверждения теста (иммуноблоттинг)	Электронная база данных РЦ «СПИД»
АРТ	Дата начала АРТ (впервые)	Электронная база данных РЦ «СПИД»

Основным ограничением этой модели является разрыв между экспресс-тестом на ВИЧ и ИФА1:

- Даты начала профилактики и прохождения экспресс-теста на ВИЧ были занесены в базу данных проекта ГФСТМ.
- Сроки проведения первого теста ИФА записываются в базу данных РЦ «СПИД».
- Эти две базы данных совершенно не связаны между собой: невозможно отследить ЛУИН, который получал профилактические услуги и прошел экспресс-тест на ВИЧ из первой базы данных во второй и вычис-

лить время между экспресс-тестом и ИФА1. Уникальный идентификационный код, используемый поставщиками услуг профилактики (включая тестирование на базе сообщества), не переносится в медучреждение, проводящее тестирование (ИФА и/или иммуноблоттинг), где записывается полная личная информация.

Таким образом, хронология не имеет данных о критической стадии (от ВИЧ экспресс-тестирования до стадии ИФА1) и недооценивает продолжительность во времени от профилактики до подтверждения ВИЧ.

2.2.2 Сбор данных и моделирование

Сбор данных

Команда разработала инструмент ввода и моделирования данных (на основе MS Excel) для упрощения ввода, проверки качества и обработки данных.

Команда собрала статистические данные из официальных отчетов для этапов «(В) охваченные профилактикой» и «(С) прошли тест на ВИЧ»; сверила данные с другими источниками и согласовала с представителями РЦ «СПИД».

РЦ «СПИД» представил имеющиеся данные для каждой когорты ЛЖВ, чей ВИЧ-статус был подтвержден в 2013 и 2014 гг.:

- Данные содержали переменную «пути передачи», что позволило отделить ЛУИН от остальных («парентеральная передача из-за употребления инъекционных наркотиков»). Однако, команде не удалось идентифицировать другие ключевые группы населения (так как определение ключевой группы по

рискованному поведению не было обозначено в базе данных РЦ «СПИД»).

- Данные не содержали информацию о сроках проведения ИФА1 и ИФА2, хотя они записаны в бумажных формах эпидемиологического расследования («расследование») для каждого человека, зарегистрированного для наблюдения. Команда извлекла даты проведения ИФА1 и ИФА2 из отдельных форм и внесла в свою базу данных.
- Команда провела несколько логических тестов и нашла много несоответствий во введенных датах. Команда выверила данные для ЛУИН через ряд итераций, но не смогла сделать то же самое для других ВИЧ-положительных субкогорт из-за ограничений по времени. Таким образом, команда не использовала данные для других ВИЧ-положительных людей (например, для сравнения с ЛУИН).

База данных не содержит ни одну переменную для определения числа ЛЖВ, получающих АРТ по крайней мере 12 месяцев. Таким образом, группе пришлось создавать эту переменную с помощью строгих или мягких критериев:

- Строгие критерии предполагают, что ЛЖВ получает АРТ, по крайней мере 12 месяцев, если все эти условия были выполнены: а) последний или текущий курс АРТ начался после даты подтверждения; б) графа дата смерти была либо пустой или смерть наступила через 12 месяцев после начала АРТ; в) не отказывается от АРТ в течение 12 месяцев после начала (переменная «Дата прекращения АРТ» была пустой или АРТ прекратили через 12 месяцев после начала); и d) дата последнего визита к врачу была через 12 месяцев после начала последнего курса АРТ (предполагая, что все предыдущие запланированные визиты были (т.е. состоялись), что, однако, нельзя проверить в текущей базе данных).
- Мягкие критерии подразумевают те же правила, кроме последнего условия.

Группа использовала следующие условия для вычисления числа ЛУИН, чья вирусная нагрузка

была неопределяемой: а) порог был установлен в 1 000 копий/мл; б) тест на вирусную нагрузку (ВН) был проведен после 12 месяцев после начала АРТ и в) ЛУИН получает АРТ по крайней мере 12 месяцев (как описано выше).

Команда признала ограниченность данных 2014 г. когорты ЛУИН. Так, база данных за 2014 г. охватывает период с 1 января 2014 года по 31 октября 2015 года. Таким образом, ЛУИН, чей ВИЧ-статус был подтвержден в ноябре или декабре 2014 г., или кто начал АРТ позже октября 2014 г., не может быть засчитан как «получают АРТ по крайней мере 12 месяцев». Поэтому, поток когорты ЛУИН в 2014 г. на последних двух этапах каскада («на АРТ > месяцев» и «вирус не определяется») не отражает реальность.

Команда не смогла получить необходимые данные из базы данных проекта ГФСТМ для получения информации о первой услуге профилактики и даты первого экспресс-теста на ВИЧ для всех ЛУИН, протестированных в 2013 и 2014 гг. Причина была техническая: пользователь не может заполнить и экспортировать необработанные данные (эта функция отсутствует в программном обеспечении); и прямой доступ к базе данных (минуя программные интерфейсы) был ограничен (из-за права интеллектуальной собственности). Команда использовала альтернативный подход: случайно выбранные 30 отдельных записей бенефициаров в каждом географическом районе (гг. Бишкек и Ош, Чуйская область) были вручную записаны в таблице MS Excel с указанием дат. Поэтому хронология между первой услугой профилактики и экспресс-тестированием на ВИЧ довольно приблизительная и не может распространяться на всех.

Наконец, команда собрала качественную информацию через а) полуструктурированные интервью лицом к лицу с ВИЧ-положительными ЛУИН в Оше и Бишкеке об их этапах в каскаде услуг и б) дискуссии в фокус-группах и полуструктурированные интервью с ключевыми информантами (поставщики услуг, медицинские сотрудники, представители международных организаций и эксперты).

Моделирование

Команда обработала данные базы РЦ «СПИД» и подготовила сводные таблицы для гражданского сектора, пенитенциарной системы и остального населения по группам и по годам. Категория ЛЖВ (ЛУИН и др.) и географическое положение представлено в следующих цифрах:

- Рисунок 63 «Статистика каскада ВИЧ – гражданский сектор» (стр. 102).
- Рисунок 64 «Статистика каскада ВИЧ – тюрьмы» (стр. 103).
- Рисунок 65 «Статистика каскада ВИЧ – все секторы» (стр. 104).

Группа использовала подход, основанный на когорте для расчета потока ЛУИН от этапа D «Подтвержденный ВИЧ», что означает, что числа в следующих этапах отражают только тех ЛУИН, у которых ВИЧ-инфекция была подтверждена в указанный год (независимо от даты регистрации или начала АРТ).

Команда составила матрицу каскада, связывая динамические данные из вышеназванных сводных таблиц и вторичных источников данных с соответствующими этапами каскада (см. Рисунок 42 «Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2013 г.» (на стр. 90) и Рисунок 43 «Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2014 г.» (настр. 91). Команда ввела 4 параметра моделирования:

1. Использовать результаты IBBS (ДЭН) 2013 г. для оценки охвата профилактическими услугами, а не официальные отчетные данные (как показано в подтаблице В «Охваченные профилактическими услугами») – “В1” / “В2”; по умолчанию значение “В2”.

2. Использовать «строгие» или «мягкие» критерии для определения количества ЛУИН, получающих АРТ, по крайней мере 12 месяцев (как показано в подтаблице G “На АРТ после 12 месяцев”) – “G1” / “G2”; по умолчанию значение “G1”.

3. Использовать только ИФА1 по сравнению ИФА1 и экспресс-тесты ВИЧ (ЭТ) для оценки количества ЛУИН с диагнозом ВИЧ (как показано в подтаблице С “Тестирование на ВИЧ (1-ИФА или ЭТ)” – “С1” / “С2”; по умолчанию значение “С2”.

4. Установить специфику ИФА1 и ИФА2 – процент ИФА1 и ИФА2 положительных результатов, подтвержденных на иммунном блоте (ИБ) для отсчета в обратном направлении более точного количества ЛУИН, которые находятся на стадии подтверждения (независимо от результатов теста подтверждения); значение по умолчанию «98%».

Команда подготовила еще одну сводную таблицу для оценки временного промежутка между ВИЧ-тестированием (ИФА1-ИФА2, ИФА2-ИБ), диагностикой и АРТ (см. Рисунок 41 “Хронология (в календарных днях) на разных этапах от первого ВИЧ-теста до начала АРТ” (на стр. 89) и дополнила ее результатами расчета данных о профилактике и датами экспресс-тестирования в трех регионах (гг. Бишкек, Ош и Чуйская область).

3 Результаты исследования

3.1 Среднесрочная оценка реализации Государственной программы по ВИЧ/СПИДу

3.1.1 Описание достижений

Стратегия 1. Снижение уязвимости потребителей инъекционных наркотиков к ВИЧ-инфекции

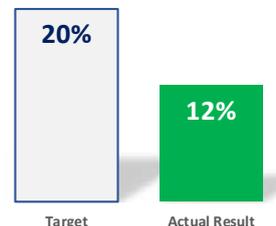
Задача 1.1 Стабилизация распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в том числе женщин ПИН

Ожидаемый результат 60% и более ПИН (от оценочного числа) получают качественные услуги по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ к 2016 г.

Оценка результата

Страна достигла цели этой задачи в 2013 г.: процент ВИЧ- позитивных ЛУИН (индикатор 1.1.1, ВИЧ-15 #855), составлял 12,4% в 2013 г. при цели <20%, то есть был ниже базового уровня 14,6% (2010) на 2,2 процента.

Следующие индикаторы были использованы для оценки исполнения задачи:



	Цель	Результат
1.1.2. Процент ПИН, охваченных профилактическими программами по ВИЧ (ВИЧ-С-Р2 #845, ВИЧ-Р5 #760)	60%	28,2% ↓
1.1.3. Процент ПИН, прошедших ВИЧ-тест за последние 12 месяцев и знающих свой результат (ВИЧ-С-Р7 #854)	60%	43% ↓
1.1.4. Процент ПИН, протестированных на ВИЧ за последние 12 месяцев, получивших консультацию и получивших свой результат (ВИЧ-Р7 #537)	50%	33,3% ↓
3.1.1. Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, получающих АРТ (от оценочного количества ПИН, имеющих показания к лечению) (ВИЧ-Т1 #649)	35%	19,3% ↓
3.1.2. Процент ВИЧ-позитивных людей, употребляющих инъекционные наркотики, получающих лечение 12 месяцев со дня начала АРТ (ВИЧ-13 #G3)	85%	77,8% ↓
3.1.3. Процент людей, живущих с ВИЧ, охваченных паллиативной помощью и поддержкой из числа нуждающихся (в медицинских услугах)		Нет данных

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Определение ожидаемого результата не согласуется с задачей с точки зрения иерархии результатов – ожидаемый результат отражает охват услугами, в то время как задача подразумевает результат на уровне воздействия. Даже если ожидаемый результат достигается, достижение цели маловероятно в пределах срока Государственной программы.

Определение ожидаемых результатов является «качеством». Однако ни один отдельно взятый показатель в плане МиО не измеряет качество профилактики, ухода или лечения. Таким образом, эти результаты отражают лишь количественные аспекты достижения, а качество можно оценить только косвенно, например, путем изменения поведения (связанное с практиками высокого риска) или получением ТИК, ОЗТ или АРТ.

Как определено, стратегия и ожидаемые результаты подразумевают полный спектр услуг от профилактики до лечения. Однако, четыре основных вмешательства в рамках данной стратегии в Плане действий по реализации «Государственной программы по стабилизации

эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 гг.» (далее именуемый как «План действий») в основном сосредоточены на профилактике (снижение вреда), психосоциальной реабилитации, улучшении взаимодействия между различными секторами и адвокационной деятельности для финансирования ОЗТ, диагностики и лечения ВГС и ТБ, но не АРТ и приверженности. Только мероприятие 1.1.2.1 обеспечивает доступ ЛУИН к диагностике и лечению ВИЧ, ВГС, ИППП и сопутствующих заболеваний путем создания дружественных услуг в специализированных клиниках и ПМСП. В качестве результата этой деятельности было определено, что «400 ЛУИН обслуживаются в 7 мультидисциплинарных командах». Как и в мероприятиях, индикатор не был выбран в рамках этой стратегии для измерения результатов ухода и лечения специально для ЛУИН. Поэтому команда «позаимствовала» три показателя (3.1.1, 3.1.2 и 3.1.3) из стратегии #3 «Обеспечение доступа к АРТ и уходу...» и оценила конкретные результаты, относящиеся к ЛУИН. Данные по охвату ЛУИН паллиативной помощью и поддержкой были недоступны.

Интерпретация достижений

Достижение сдерживания распространения ВИЧ на уровне ниже 20% среди ЛУИН (распространённость 12,4%, 2013) нельзя отнести к реализации текущей Государственной программы. Этот показатель может использоваться как базовый уровень, до того как текущая программа вступила в силу в декабре 2012 года. Реальная эпидемиологическая ситуация среди ЛУИН будет определена в следующем году после проведения очередного IBBS (ДЭН). Однако, сложно соотнести уровень распространённости на 2016 год с реализацией Государственной программы, если только не наблюдается существенный прорыв в изменении рискованного поведения,

как успешный результат программ профилактики, осуществляемых в рамках Госпрограммы 2012-2016 гг.

Последнее IBBS (ДЭН) среди половых партнеров ЛУИН в КР (Дерябина и Дооронбекова, 2015) показало, что только 21% ЛУИН всегда использовали презервативы с половым партнером, 42% никогда не тестировались на ВИЧ и 5,1% респондентов (n = 857, CI 3,6-6,7) были инфицированы ВИЧ. 15,8% (CI 13,2-18,1) были инфицированы ВГС. Показатель распространённости ВИЧ был самым высоким в Джалал-Абаде (7,6%), а уровень ВГС – в Бишкеке (43,6%).

Согласно плану МиО, прогресс реализации профилактических программ (для всех ключевых групп) следует оценивать на основе результатов IBBS (ДЭН). Тем не менее, команда проанализировала административные данные охвата, а

также другие источники для восполнения информации и провела консультации с ключевыми информантами для оценки альтернативных подходов:

- По данным электронной базы данных для отслеживания услуг по профилактике, оказываемой КГ⁴ ГУГ ГФСТМ ПРООН (основного реципиента гранта ГФСТМ КР), 50,4% ЛУИН были охвачены минимальным пакетом услуг по профилактике ВИЧ в 2014 году.
 - ▶ В общей сложности были охвачены 11 254 ЛУИН в гражданском секторе (включая 1 452 женщины) и 1 344 ЛУИН в тюрьмах (в том числе 20 женщин).
 - ▶ 1 673 ЛУИН получили услуги ОЗТ, по крайней мере, 1 раз, что отличается от числа указанных ЛУИН РЦ “СПИД” – 1 246 и РЦН – 1 277 в 2014 году⁵.
- Охват профилактическими программами расширился в 2015 году. В общей сложности, 14 356 ЛУИН были охвачены программами снижения вреда по состоянию на 1 июля 2015 года:
 - ▶ 12 780 ЛУИН (51,1%) были охвачены программами обмена шприцев и игл (ПОШ), в том числе 1 375 ЛУИН в тюрьмах;
 - ▶ 1 576 ЛУИН были зарегистрированы в ОЗТ (6,3%).
- По данным исследования оценки численности ЛУИН (исследуемая выборка 904 ЛУИН в 8 сайтах), 53% респондентов участвовали в ПОШ и 36% были охвачены полным пакетом профилактических услуг.

4 Система имеет уникальный идентификационный код (УИК) для регистрации бенефициаров, что минимизирует двойной учет.

5 Вопрос заключается в разности подсчета. ГУГ ГФСТМ ПРООН учитывает всех клиентов, получивших хотя бы одну услугу ОЗТ в течение года. РЦН учитывает число ЛУИН, получающих ОЗТ, на конец отчетного года.

Нет ни одного индикатора в плане МиО, который бы показывал масштаб или эффективность услуг ОЗТ. По данным административных отчетов Республиканского центра наркологии (РЦН):

- 1 246 ЛУИН были зарегистрированы на сайтах ОЗТ на 1 января 2015 г. (включая 103 женщины), что составило 5,1% оценочного числа ЛУИН.
- 54% из вовлеченных в ОЗТ ЛУИН принимали участие в этой программе не менее 6 месяцев.

Количество сайтов ОЗТ увеличилось с 20 до 29: 20 в гражданском секторе и 9 в тюрьмах. Количество участвующих возросло с 1 013 в 2011 г. до 1 673 в 2014 г. (или 1 277, как сообщает РЦН). Все сайты ОЗТ финансируются партнерами: CDC поддерживает два пункта ОЗТ, а грант ГФ – оставшиеся 27 сайтов.

Охват ЛУИН ОЗТ обсуждается в деталях в связи с каскадом услуг по ВИЧ в соответствующем разделе отчета (см. Рисунок 33 на стр. 72 и Рисунок 34 на стр. 72).

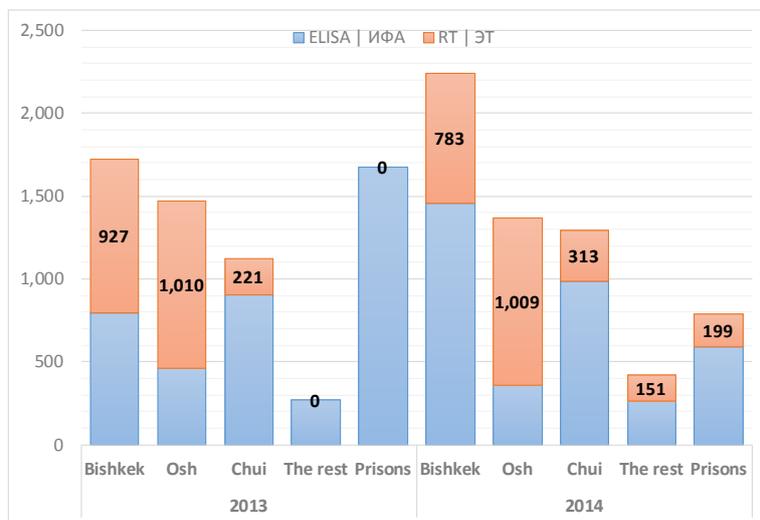
Основные информанты сообщили следующие причины низкой регистрации или удержания на ОЗТ:

- Предубеждение среди ЛУИН относительно ОЗТ питается мифами в средствах массовой информации (некоторые респонденты даже предполагают, что незаконный наркобизнес стоит за этим и пытается вернуть рынок сбыта).
- Рейды правоохранительных органов около сайтов ОЗТ.
- Высокая нагрузка ОЗТ персонала и отсутствие дружественных услуг в отношении клиентов программ.

Неправительственные организации начали проводить экспресс-тестирование на ВИЧ ЛУИН с 2013 года, тем самым значительно увеличив количество ЛУИН, прошедших тестирование на ВИЧ, как показано на Рисунке 5 ниже.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рисунок 5. ЛУИН, прошедшие тестирование на ВИЧ, по видам тестирования, географическому положению и годам.



Согласно алгоритму тестирования, действующего с 2014 года, и как подтверждается ключевыми информантами, экспресс-тестирование на ВИЧ не заменяет ИФА: если экспресс-тест положительный, ЛУИН должен пройти тестирование, начиная с ИФА1 и ИФА2 до подтверждения ВИЧ на иммунном блоте (как показано на Рисунок 68 «Пути к тестированию на ВИЧ (в 2013-2014 гг.)» на стр. 112). Как сообщил один из ключевых респондентов, новая стандартная операционная процедура, недавно разосланная центром СПИД, не меняет алгоритм тестирования, но просто позволяет взять образец крови один раз для всех трех тестов. Экспресс-тесты составляют 34% первого

ВИЧ-теста ЛУИН, пройденного в 2013 году, и 40% – в 2014 году. Примечательно, что экспресс-тесты были использованы в тюрьмах в 2014 году. Исследовательская группа не может объяснить наблюдаемые различия в структуре тестирования (экспресс-тесты по сравнению с ИФА) по регионам.

Как показано на Рисунке 42 (на стр. 90) и Рисунке 43 (настр. 91), 140 ЛУИН получили положительный результат из 2 158 ЛУИН, прошедших тестирование в 2013 г., и 130 из 2 455 – в 2014 г. Процент выявления ВИЧ при помощи экспресс-тестирования составил 6,5% и 4,6% соответственно.

Исследовательская команда проанализировала регистрационные коды 168 ЛУИН, у которых подтвердился ВИЧ. Только 78 ЛУИН были зарегистрированы при тестировании в качестве ЛУИН (коды 101.2, 102 и 112.1). Большинство ЛУИН были зарегистрированы как лица, обследованные по клиническим показаниям с различными заболеваниями. Инъекционные наркотики, как путь передачи, были обнаружены ретроспективно в ходе эпидемиологического расследования. Эти сведения приводят к двум гипотезам:

- вклад профилактических программ для ЛУИН в уход и лечение является еще более скромными, чем ожидалось. Перенаправление от медицинских учреждений (тестирова-

ние, инициированное провайдером услуг) было основным источником выявления ЛУИН с ВИЧ, подтвержденных в 2014 г.;

- медицинские работники играют более важную роль в выявлении ВИЧ-инфекции, чем участие в профилактических программах. Это обнадеживает с точки зрения системы здравоохранения и отражает важность инвестиций в медицинских специалистов. Однако достижения общего здравоохранения на основе механизма перенаправления и передачи не могут преодолеть недостаточность профилактических услуг, ориентированных на ЛУИН, проводимых путем аутрич-работы или в специализированных учреждениях.

Согласно базе данных РЦ «СПИД», из общего числа 170 ВИЧ-позитивных ЛУИН, зарегистрированных в 2014 году, всего 19 ЛУИН сообщили, что прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знали свои результаты, что составило 11,2% (4,2% в 2013 году). Это ниже уровня, обнаруженного в результате IBBS (ДЭН) в 2013 году – 43%, который измеряет осведомленность о результатах тестирования на ВИЧ среди ЛУИН, независимо от статуса.

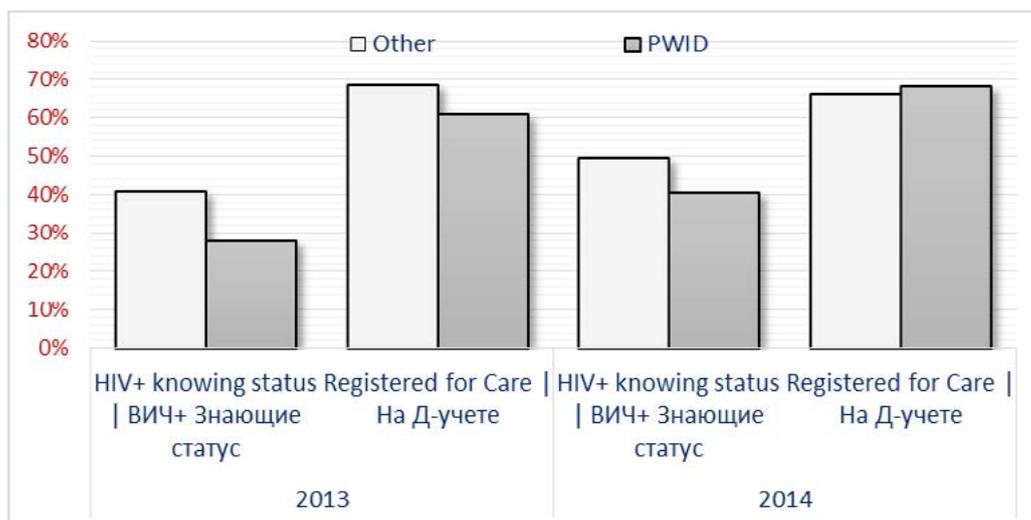
Административные данные не являются инструментом для оценки достижения против другого индикатора: 1.1.4. «Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают свой результат (ВИЧ-Р7 | #537)», так как сложно узнать, рассматривается ли это как «консультирование на ВИЧ» и чем отличается от информированности о результатах тестирования на ВИЧ.

Результаты двух индикаторов, связанных с АРТ: включение и удержание на АРТ были измерены на основе данных РЦ «СПИД». Охват ЛУИН АРТ (19,3%) был ниже целевого показателя, установленного для всех ЛЖВ – 30%, который сам по себе является очень низким. Процент ЛУИН, которые находились на АРТ к концу 2014 года, по крайней мере 12 месяцев, составил 77,8% – меньше, чем для всех ЛЖВ на АРТ (84,5%) и ниже целевых показателей. Этот результат все еще может рассматриваться как успех, принимая во внимание трудности, связанные с опиоидной зависимостью, по сравнению с другими ЛЖВ. Однако, успех в удержании ЛУИН на АРТ становится сомнительным после оценки каскада ухода и лечения (описано в разделе 3.2 ниже «Каскад ВИЧ для ЛУИН»): исследовательская группа предположила, что наиболее приверженные ЛУИН, находящиеся на АРТ, дошли до

подтверждения и регистрации после существенной потери в рамках каскада.

Исследовательская группа также оценила аспект равенства охвата АРТ ЛУИН с позиций рекомендаций ВОЗ (World Health Organization 2015). Как показано на Рисунке 6 на стр. 28: из общего числа 77 зарегистрированных ЛУИН, 47 получали АРТ в 2013 году, или 61% по сравнению с 69% других зарегистрированных ЛЖВ. Однако, в 2014 году немного большая доля зарегистрированных ЛУИН начала АРТ – 68% (69 из 101), по сравнению с другими ЛЖВ (66%). Разница в показателях включения в АРТ между ЛУИН и другими ЛЖВ будет больше, если в качестве знаменателя используется количество подтвержденных случаев ВИЧ-инфекции, из-за большой потери ЛУИН до подтверждения ВИЧ-статуса на этапе регистрации.

Рисунок 6. Регистрация на АРТ (количество ЛЖВ на АРТ как % «знающих статус ВИЧ +» или «зарегистрированных для получения ухода») по категориям и годам.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Итог – Стратегия 1. Задача 1.1

- ✓ Исследовательская команда не может оценить достижение задачи 1.1, как это требуется в плане МиО из-за отсутствия информации (последнее IBBS (ДЭН) датируется 2013 г.); логического несоответствия между целью и ожидаемым результатом и недостатков плана МиО (например, несоответствие некоторых количественных и отсутствие качественных показателей).
- ✓ Скорее всего, цель будет достигнута с точки зрения распространения ВИЧ среди ЛУИН (< 20%), но не было обнаружено свидетельств, позволяющих ожидать снижения распространенности ВИЧ среди ЛУИН в 2016 году с 12,4% в 2013 году.
- ✓ Обзор фактических результатов, по сравнению с ожидаемыми (на основе административной отчетности и других источников), указывает на отставания в охвате ЛУИН качественными профилактическими услугами и программами профилактики, а также на неспособность перенаправить и увязать профилактику среди ЛУИН с программами ухода и лечения.
- ✓ Команда не нашла неравенства во включении ЛУИН на АРТ, по сравнению с другими группами ЛЖВ, хотя удержание на АРТ было намного ниже.
- ✓ В целом, исполнение стратегии 1 является неудовлетворительным, при сопоставлении ожидаемых результатов, несмотря на многие усилия субъектов.

Стратегия 2. Профилактика полового пути передачи ВИЧ-инфекции

Задача 2.1 Ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов

Ожидаемый результат Не менее 60% секс-работников будут охвачены базовым пакетом услуг к 2016 году

Измерение результата

Страна достигла цели в 2013 г.: процент СР, инфицированных ВИЧ (индикатор 2.2.1, ВИЧ-И5 | #855), составлял 2,2% в 2013 г. по сравнению с целью <5%, что было ниже базового показателя 3,5% (2010) на 1.3 процента.

Следующий показатель был использован для оценки прогресса, достигнутого ожидаемым результатом (основанный на выводах IBBS (ДЭН) 2013) (Чокморова, и др. 2013):



	Цель	Результат
2.2.4. Процент СР, охваченных профилактическими программами (ВИЧ-Р5 #760)	60%	24.8% ↓
2.2.2. Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (ВИЧ-С-Р7 #854)	55%	56% ↑
2.2.3. Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты (ВИЧ-Р7 #537)	55%	39% ↓
2.2.5. Процент СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с платным клиентом (ВИЧ-О4 #842)	90%	90.6% ↑
2.2.6. Процент СР, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (измененный ВИЧ-С-Р1 #658)	40%	21% ↓

Обсуждение достижения**Техническая обоснованность плана МиО**

Подобно паре целей и ожидаемых результатов для ЛУИН (в стратегии 1), определение ожидаемого результата не соответствует цели с точки зрения иерархии результатов – ожидаемый результат отражает охват услугами, в то время как цель подразумевает результат на уровне воздействия. Даже если ожидаемый результат достигается, достижение цели маловероятно в пределах срока исполнения Государственной программы.

Однако, в отличие от задачи 1.1, план МиО предполагает индикаторы непосредственного результата профилактики: знание передачи ВИЧ, изменение рискованного поведения (использование презервативов с клиентом). Технически эти 2 индикатора могут использоваться для интерпретации достижений, но не для оценки

Интерпретация результатов

Сохранение распространенности ВИЧ ниже 5% среди СР (2% распространенности) нельзя отнести к реализации текущей Государственной программы. Как и в случае с ЛУИН для задачи 1.1, он может использоваться как базовый, так

непосредственно достижения цели (распространенность) или ожидаемого результата (охват).

Согласно Руководства по МиО (Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2012), индикатор охвата 2.2.4 подразумевает следующие основные элементы профилактических услуг для СР: профилактика ИППП и ВИЧ, осведомленность о ВИЧ и о тестировании на ВИЧ.

По неизвестной причине, целевой индикатор для 2014 г. (90%) «2.2.5. Процент СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с платным клиентом (ВИЧ-О4 | #842)» в плане МиО был установлен ниже базовой линии 91% (2010) и целевой за предыдущий отчетный год – 95% в 2012 году.

как текущая программа вступила в силу в декабре 2012 года. Реальная эпидемиологическая ситуация среди СР будет видна в 2016 году после проведения следующего IBBS (ДЭН).

Согласно IBBS (ДЭН) 2013 года, охват СР профилактическими услугами был измерен для 3 типов пакетов: простой пакет включал 2 услуги – распространение информационных материалов и презервативы, другой пакет («3 услуги»), кроме указанного, включал направление на тестирование на ВИЧ. И наиболее продвинутый пакет услуг включал в себя знания о месте проведения ВИЧ-тестирования («4 услуги»). Состав пакета «4 услуги» был ближе всего к индикатору по определению в Руководстве по МиО Государственной программы. Таким образом, команда исследования использовала данные IBBS (ДЭН) для измерения охвата и оценки исполнения по индикатору 2.2.4. Охват более простым пакетом в 2 услуги был 65%, в среднем, и достиг самых высоких показателей в Баткенской области (93%). В Иссык-Кульской области – (90%), тогда как в Таласе он составил лишь 12%. Учитывая, что пакет в 4 услуги является стандартом профилактики,

то разрыв между охватом этим пакетом и пакетом в 2 услуги может косвенно указывать на качество программ профилактики. По итогам IBBS (ДЭН) 2013 года, разрывы были очень высоки в Чуйской области – 73% (13% для пакета «4 услуги» и 86% для пакета «2 услуги»); Иссык-Кульская область – разрыв в 62% (28% и 90% соответственно), в Бишкеке – 44% (1% и 45% соответственно) и в Оше – 38% (39% и 87% соответственно). Можно предположить, что охват профилактическими программами наиболее успешен с точки зрения масштаба и содержания в Баткене (87% и 93% соответственно) и в Нарыне (53% и 66% соответственно). В то время как реализация Государственной программы в отношении профилактики среди СР, главным образом, была сконцентрирована в г. Оше, Иссык-Кульской и Чуйской областях (охват пакетом в 2 услуги был выше 60%) и в гг. Бишкек и Джалал-Абад, где целевой показатель 60% не был достигнут.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

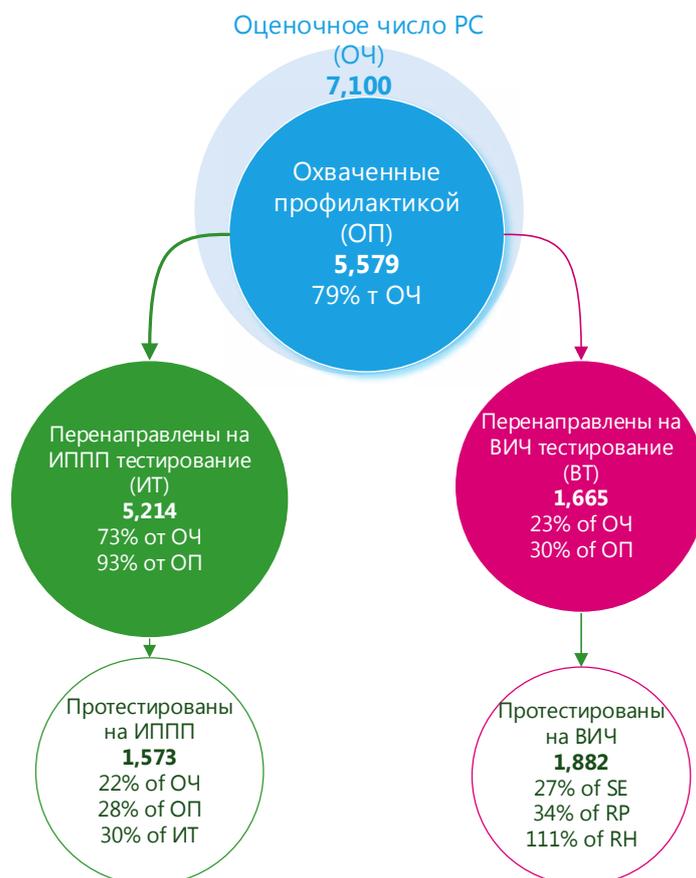
Согласно административным данным индикатора охвата, 5 579 СР получили «консультирование» в 2014 году (GFATM, UNDP 2015). В отчете за предыдущий год не указано общее количество СР, охваченных профилактикой (GFATM, UNDP 2014), только число охваченных «минимальным пакетом услуг по профилактике ВИЧ» во второй половине 2013 г. – 3 020 (меньше по сравнению с 3 653 за тот же период в 2014 г.)⁶. Если предположить, что «консультирова-

ние», о котором говорится в отчете, является эквивалентом «минимального пакета услуг»⁷, тогда административные данные об охвате СР достигают 79% в 2014 году (при оценочном числе 7100 (M-Vector 2013), что намного выше целевого показателя 55% в 2013 г. (или >60% в 2016 г.).

⁶ Количество СР в отчете, охваченных за первое и второе полугодия, не могут быть суммированы, так как некоторые из них были охвачены и в первом, и во втором полугодиях. Например, 3 663 СР были охвачены в первом полугодии 2014 г., 3 653 СР – во втором 2014 г., но общее количество охваченных в 2014 г. составило 5 579, а не 7 316 (=3 363 + 3 653).

⁷ Команда исследования заметила, что бенефициары «консультирования» и «минимального пакета услуг» были посчитаны отдельно от МСМ в одном и том же отчете, таблица 11 (GFATM, UNDP 2015).

Рисунок 7. Охват СР профилактикой и движение СР в 2014 г.



По отчету ПРООН 5 214 СР были перенаправлены на тестирование на ИППП, то есть 93% от СР, охваченных профилактикой (ОП) или 73% от оценочного числа (ОЧ) СР (Рисунок 7).

- 1573 СР были протестированы на ИППП, что составляет 30% из 5 214 СР, перенаправленных на тестирование на ИППП, или 28% от

СР, охваченных профилактикой (ОП), или 30% от оценочного числа (ОЧ) СР.

- 1665 СР были перенаправлены на тестирование на ВИЧ в Центры СПИД, что составляет 30% из 5 579 СР, охваченных профилактикой (ОП), или 23% от оценочного числа (ОЧ).

- 1882 СР были протестированы на ВИЧ в 2014 году, более чем было перенаправлено на тестирование ВИЧ (ТВ) в Центры СПИД. Команда исследования не нашла объяснения этому явлению в отчете. Тем не менее, это составило 34% и 27% от СР, охваченных профилактическими программами и от оценочного числа соответственно.
- Административные данные по тестированию на ВИЧ СР (22%, по сообщениям поставщи-

ков услуг профилактики (GFATM, UNDP 2015), были ниже, чем данные IBBS (ДЭН) 2013 года по двум индикаторам: тестирование на ВИЧ – 56% протестированы и знают результат и 39% протестированы и прошли консультирование по ВИЧ. Это противоположно ситуации среди ЛУИН по охвату профилактикой, где административные данные были выше, чем результаты IBBS (ДЭН) 2013 года.

Рутинная статистика РЦ “СПИД” теперь позволяет проследить тестирование СР в ИФА. Первоначально кодирование использовалось (код 105 «лица со случайными сексуальными связями») для секс-работников и их клиентов. 1 112 лиц были протестированы на ВИЧ и зарегистрированы под этим кодом в 2013 году, и 1 242 – в 2014 году. ВИЧ был подтвержден в 6 и 3 случаях (процент выявляемости ВИЧ 5,4% и 2,4% соответственно).

8 НПО провели экспресс-тестирование на ВИЧ для 1 453 СР в 2013 и 1 355 СР в 2014 гг. Лишь 9 из 16 СР с положительным результатом экспресс-теста на ВИЧ достигли центра СПИД, и ВИЧ-инфекция была подтверждена в 8 случаях. Если бы все СР дошли до центра СПИД для подтверждения, оценочная распространенность ВИЧ в когорте СР, протестированных на ВИЧ по слюне, составила бы 1,0% (Рисунок 8 ниже). И это приблизилось бы к уровню распространенности ВИЧ среди СР в размере 2,2%, как выявлено при IBBS (ДЭН) 2013 года.

Рисунок 8. Статистика по экспресс-тестированию по КГ в 2014 г. (РЦ “СПИД”).

	Кол-во протестированных	Положительный результат	Доля положительного результата	Дошли до СПИД центра	ВИЧ подтвержден	Новые случаи ВИЧ	Подтвержденные в прошлом	Уровень выявления ВИЧ	Оценочная распространенность
ЛУИН	2,256	104	4.6%	40	38	12	26	1.7%	12.0%
МСМ	852	27	3.2%	12	11	9	2	1.3%	7.1%
СР	1,355	16	1.2%	9	8	8	0	0.6%	2.1%
Всего	4,463	147	3.3%	61	57	29	28	1.3%	7.9%

Исследовательская команда не могла понять связи между 1 882 СР, протестированными в центрах СПИД (см. Рисунок 7), и 1 355 СР, кто прошел экспресс-тестирование на ВИЧ по отчету ГУГ ПРООН (Рисунок 8 выше). Предполагая,

что они представляют различные когорты, общее количество СР, протестированных на ВИЧ в 2014 году, составляет 3 237 или 46% от оценочного числа, что по-прежнему ниже целевого показателя 55% протестированных на ВИЧ.

Высокий уровень использования презервативов с последним клиентом (90,6%), как сообщили СР в ходе IBBS (ДЭН) в 2013 г., следует толковать осторожно. Несмотря на незначительное снижение по сравнению с базовым

уровнем данного индикатора (91%), его значение ниже целевого индикатора (95%) для 2012 и 2016 гг. Принимая во внимание чрезвычайно низкий уровень осведомленности о передаче ВИЧ (21%) и, самое главное, высокую

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

распространенность сифилиса (23,6%) среди СР (что обсуждается ниже в рамках задачи 2.3), это число, как представляется, больше отражает

знание «правильного ответа», чем практику безопасного секса.

Как отметили ключевые респонденты, окружающая среда не способствует расширению масштабов профилактических программ для СР. Секс-работа декриминализована в Кыргызстане, но был ряд попыток ужесточить законодательство и внести поправки в Административный кодекс Кыргызской Республики. Доступ к СР для профилактических программ остается ограниченным. Городская милиция создала группу

по пресечению нарушений общественной морали⁸ и торговли людьми, которая начала регистрировать СР, включая фотографирование и снятие отпечатков пальцев. Исследовательская группа отметила, что ни одно из 3 мероприятий под задачей 2.1 не подразумевает решение этой проблемы.

⁸ Группа «по борьбе с нарушениями общественной нравственности».

Резюме – задача 2.1

- ✓ Исследовательская команда не может оценить достижение задачи 2.1, как это требуется в плане МиО, из-за отсутствия информации (последние IBBS (ДЭН) датируются 2013 г.), логического несоответствия между целью и ожидаемым результатом и недостатков плана МиО (например, несоответствие некоторых и отсутствие качественных показателей).
- ✓ Скорее всего, будет достигнута цель с точки зрения распространения ВИЧ среди СР (<5%), но не было обнаружено доказательств, что можно ожидать снижения распространенности ВИЧ среди СР в 2016 году от 2,2% в 2013 году.
- ✓ Сравнение фактических результатов с ожидаемыми (на основе административной отчетности и других источников) указывает на отставания в охвате СР качественными профилактическими услугами, а также на неспособность программ профилактики перенаправлять и увязывать их с тестированием на ВИЧ.
- ✓ В целом, реализация задачи 2.1 неудовлетворительная, при сопоставлении ожидаемых результатов, несмотря на то, что было сделано много усилий участниками процесса.

Задача 2.2

Снижение уязвимости мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), к ВИЧ-инфекции

Ожидаемый результат Более 30% от оценочного числа МСМ будут охвачены базовым пакетом услуг к 2016 году

Измерение результата

Страна не достигла результата в 2013 г: процент МСМ, инфицированных ВИЧ (индикатор 2.3.1, ВИЧ-I4 | #850), составил 6,3% в 2013 г. по сравнению с целью <5%, что было выше базового показателя 1,1% (2010) на 5,2 % (т.е. практически увеличение в 6 раз).



Следующий индикатор был использован для оценки достижения ожидаемого результата (по результатам IBBS (ДЭН) 2013 г.) (Чокморова, и др. 2013):

	Цель	Результат
2.3.4. Процент МСМ, охваченных профилактическими программами (ВИЧ-Р5 #760)	30 % (2014)	47.9% ↑
2.3.2. Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (ВИЧ-С-Р7 #854)	60%	40% ↓
2.3.3. Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты (ВИЧ-Р7 #537)	60%	17.9% ↓
2.3.5. Процент МСМ, указавших на использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной (ВИЧ-О5 #664)	60%	83% ↑
2.3.6. Процент МСМ, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и, в то же время, отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (измененный ВИЧ-С-Р1 #658)	80%	56.8% ↓

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Логический разрыв между определением цели и ожидаемыми результатами для МСМ не так велик, как для ЛУИН и СР (задачи 1.1 и 2.1). Несмотря на то, что ожидаемый результат отражает охват услугами, цель относится к уязвимости (не к распространенности ВИЧ). Понятие «уязвимость» не было прояснено. Относится ли «уязвимость» к «незащищенности» МСМ, не охваченных профилактикой? Или это «уязвимость», вызванная рискованным поведением? Определение ожидаемого результата интерпретирует «уязвимость» как уровень охвата профилактическими программами, однако, включение индикаторов поведения и знаний в план МиО показывает, что концепция более широка, чем охват услугами.

Исследовательская группа отметила серьезные несоответствия в целях между ожидаемым результатом и соответствующим индикатором 2.3.4 в плане МиО. Государственная программа предусматривает охват более 30% МСМ профилактикой (поэтому любой охват выше 30% будет считаться успехом), в то время как план МиО ставит порог в 60%⁹.

Исследовательская группа отметила, что цель индикатора 2.3.5 (использование презервативов с последним партнером мужского пола) была установлена ниже базового показателя 70,5% (2010) – 50, 60% и > 60% в 2012, 2014 и 2016 годах соответственно.

⁹ Как сообщили эксперты, охват 60% МСМ в плане МиО был указан ошибочно.

Интерпретация достижений

Неспособность удержать показатель распространенности ВИЧ ниже 5% среди МСМ (распространенность 6,3%, 2013 г.) нельзя отнести к реализации текущей Государственной программы, как и в случае с ЛУИН и СР (задачи 1.1 и 2.1.). Этот результат может использоваться как базовый показатель до вступления в силу

текущей программы в декабре 2012 года. Реальная эпидемиологическая ситуация среди МСМ будет видна в 2016 году после проведения следующего IBBS (ДЭН). Однако вызывает тревогу наблюдаемый резкий рост эпидемии, особенно в Бишкеке (от 1,1% до 13,3%).

Оценка индикаторов поведения и знаний является более подходящей для реализации задачи по снижению уязвимости МСМ. По результатам IBBS (ДЭН) 2013, практики безопасного секса опрошенных МСМ (83%), были выше целевого показателя 2014 г. (60%) и базового уровня

(70,5%). Однако это поведение трудно связать с адекватным уровнем понимания рисков ВИЧ – только 56,8% МСМ продемонстрировали надлежащее знание относительно передачи ВИЧ. Самое главное, что высокий уровень использования презервативов с партнером-мужчиной

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

не совпадает с тенденцией распространения как ВИЧ, так и сифилиса, который составил 7,9%, по сравнению с 5,7% в 2010 году. Логическое несоответствие между знаниями, поведением и

серологическими результатами были также отмечены в докладе IBBS (ДЭН) 2013 года, ставя под сомнение надежность некоторых оценок.

Если цель 30% используется как индикатор охвата (как определено в ожидаемом результате) вместо 60%, результат был достигнут. Однако 48% охвата недостаточно, чтобы реагировать на тенденцию роста эпидемии среди МСМ, и что не может считаться успехом.

По данным административных отчетов, 2 203 МСМ были охвачены расширенным пакетом профилактических услуг в 2014 г. (включая распространение презервативов и смазок, тестирование на ИППП и ВИЧ). ПРООН заявил, что «82% опрошенных МСМ сообщили об использовании презервативов с их последним партнером в 2014 году. Это говорит об улучшении на 11,5% по сравнению с данными 2010 г.» (GFATM, UNDP 2015, 45). Однако, источники информации при этом не были указаны, команда предполагает, что авторы использовали данные IBBS (ДЭН) 2013 г. (если сравнивать с данными IBBS (ДЭН) 2010 г.), что не может

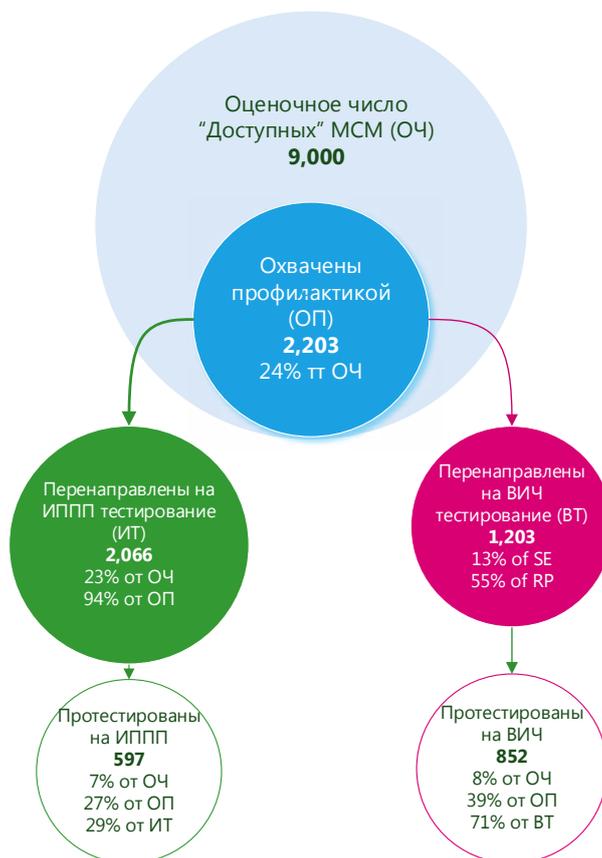
быть засчитано как успех 2014 г. Более того, ГУГ ПРООН в качестве ОР проекта ГФСТМ, поддерживающий профилактику среди ключевых групп, включая МСМ (т.е. реализацию соответствующих стратегий Государственной программы), указал в отчете, что целевой показатель охвата МСМ, согласованный с ГФ, превышен на 1 400 человек или на 157%.

Согласно рутинной статистике РЦ "СПИД":

Исследовательская команда не может спорить об исполнении согласованного с ГФ целевого индикатора охвата, но 2 203 МСМ, охваченные профилактикой в 2014 году, означают 10% охвата оценочного числа МСМ – 22 000 (M-Vector 2013) или 24,5% охват от 9 000 так называемых «доступных» МСМ¹⁰ (Рисунок 9):

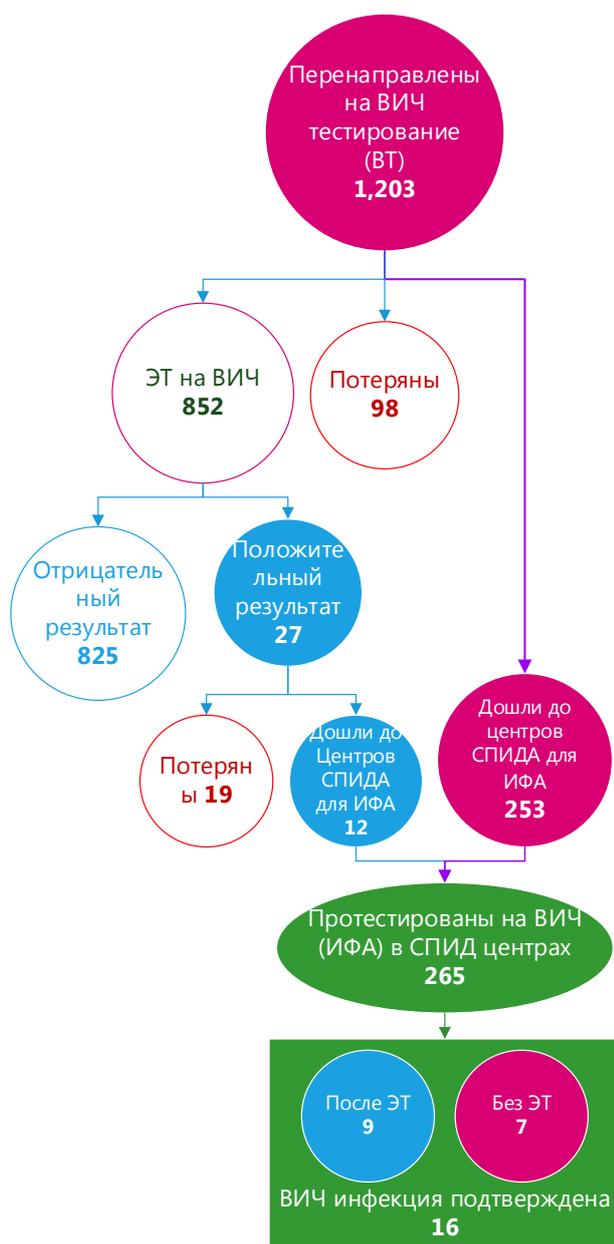
¹⁰ Несмотря на то, что исследование ссылается на «доступных» МСМ – 6 960 в Бишкеке и 4 730 МСМ в Оше (или 11 690 всего) (M-Vector 2013, 77).

Рисунок 9. Охват МСМ профилактикой и движение СР в 2014 г.



Согласно отчету ГУГ ПРООН, 2 066 МСМ были направлены на тестирование на ИППП, т.е. 94% от МСМ, охваченных профилактикой (ОП), или 23% от оценочного числа (ОЧ) «доступных» МСМ.

Рисунок 10: Движение МСМ, направленных на ВИЧ тестирование в 2014 г.



- 597 МСМ были протестированы на ИППП, т.е. 29% из 2 066 МСМ, направленных на тестирование ИППП (ИТ), или 27% от МСМ, охваченных профилактикой (ОП) или 7% от оценочного числа «доступных» МСМ.
- 1 203 МСМ были направлены на тестирование на ВИЧ, т.е. 55% из 2 203 МСМ, охва-

ченных профилактикой (ОП), или 13% от оценочного числа (ОЧ) «доступных» МСМ.

- 852 МСМ были протестированы на ВИЧ в 2014 г. (согласно РЦ “СПИД” и данным НПО), т.е. 71% от 1 203 направленных на тестирование, 39% МСМ от числа охваченных профилактикой и 8% от оценочного числа «доступных» МСМ. Предположительно, это число включает в себя экспресс-тестирование на ВИЧ и ИФА, так как были упомянуты РЦ “СПИД” и НПО.
- По данным статистики РЦ “СПИД”, 852 МСМ были протестированы при помощи экспресс-тестов на ВИЧ в 2014 году (Рисунок 8, стр. 32), что соответствует количеству МСМ, протестированных на ВИЧ, по сообщениям ПРООН (Рисунок 9, стр. 35). Это означает, что все упомянутые МСМ были протестированы при помощи экспресс-тестов (даже если они были направлены в РЦ “СПИД”, как указано в отчете ПРООН).
- В 2013 г. 77 человек, зарегистрированных под кодом 103 «гомо- и бисексуалы», были протестированы в ИФА, и ВИЧ-инфекция была подтверждена в 12 случаях, что составляет 15,6% МСМ, прошедших тестирование в Центре СПИД. Согласно отчету ПРООН (GFATM, UNDP 2014), 2 НПО провели тестирование 343 МСМ при помощи экспресс-тестов. Предположительно, некоторые МСМ с положительными результатами экспресс-тестирования на ВИЧ (кол-во не указано в докладе) дошли до Центра СПИД и были среди 77 протестированных в ИФА.
- В 2014 г. 265 человек, зарегистрированных под кодом 103, были протестированы в ИФА, а ВИЧ-инфекция была подтверждена в 16 случаях, или у 6,4% МСМ, протестированных в Центре СПИД. В том же году из 27 МСМ с положительными результатами при экспресс-тестировании на ВИЧ 12 дошли до Центра СПИД, где было подтверждено 9 новых случаев ВИЧ. Это означает, что из 16 подтвержденных случаев ВИЧ-инфекции в 2014 году 7 МСМ не попали в число 852 МСМ, прошедших экспресс-тестирование на ВИЧ (но они могли быть среди 1 203 МСМ, направленных неправительственными орга-

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

низациями на тестирование), как показано на Рисунке 10 выше.

До предстоящего IBBS (ДЭН) нет никаких доказательств, что МСМ поменяли свое поведение, кроме тестирования на ИППП и ВИЧ, при показателях 7% и 8% соответственно в 2014 году, как показано выше – см. Рисунки 9 и 10. Охват профилактикой мог быть хуже в прошлые годы. Он увеличился после активизации усилий при финансовой поддержке ГФ, но уровень охвата

- 24% от оценочного числа, как представляется, не является адекватным или близким к цели Государственной программы. Поэтому исследовательская команда считает, что «значительное изменение поведения МСМ обусловлено активизацией усилий ПРООН на профилактику, лечение, уход и поддержку» (UNAIDS 2014, 46) не обоснованно и вводит в заблуждение в отношении влияния профилактики на поведение МСМ.

Согласно рутинной статистике РЦ “СПИД”, МСМ диагностируются на ранних стадиях заболевания ВИЧ. Из 12 МСМ с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в 2013 году, в 5 случаях клинические признаки отсутствовали. Еще в 5 случаях больные были диагностированы с ВИЧ-инфекцией на клинической стадии 1 и 2 – на клинической стадии 3. То же самое наблюдалось в 2014 г., когда из 17 вновь выявленных случаев ВИЧ 8

пациентов были без клинических признаков, 1 клиническая стадия заболевания ВИЧ была диагностирована у 7 больных и стадия 3 – у 2 больных. Это можно частично объяснить тем, что 4 из 12 МСМ с ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в 2013 году, были протестированы в 2008-2012 годах и 8 МСМ из когорты 2014 года – в 2012-2013 гг.

По данным различных ключевых информантов, сообщество МСМ испытывает стигму и дискриминацию даже со стороны членов семьи и родственников. Вместе с самостигматизацией все эти факторы делают группу труднодостижимой

для профилактических программ и создают барьеры для востребованности и доступа к лечению ВИЧ и услугам (страх разглашения их поведения и ВИЧ-статуса).

Резюме

- ✓ Подобно ЛУИН и СР, достижение цели этой задачи с точки зрения распространения ВИЧ среди МСМ невозможно оценить из-за отсутствия информации IBBS (ДЭН).
- ✓ По всей вероятности, цель не будет достигнута к 2015 году и распространенность ВИЧ останется выше 5%, принимая во внимание масштабы охвата МСМ профилактическими программами.
- ✓ Ожидаемые результаты, связанные с охватом тестированием на ВИЧ (даже на основе административной отчетности), были ниже приемлемых уровней и целей программы.
- ✓ Если следующее IBBS (ДЭН) докажет, что уровень безопасных сексуальных практик остается высоким среди МСМ и превышает достижения 2013 года, будет трудно соотнести этот успех к реализации профилактических программ, пока показатели охвата по сравнению с индикаторами (такими как осведомленность о передаче ВИЧ, распространенность сифилиса) не подтвердят это.
- ✓ В целом, реализация задачи 2.2 является неудовлетворительной, при сопоставлении ожидаемых результатов или целевых индикаторов, несмотря на многие усилия заинтересованных сторон.

Задача 2.3 Обеспечение доступа к услугам по профилактике и лечению ИППП группам повышенного риска

Ожидаемый результат Распространенность сифилиса среди групп повышенного риска сократится на 50% к 2016 году

Измерение результата

Стране не удалось достичь в 2013 году цели доступа (и использования) к услугам по профилактике и лечению ИППП для ключевых групп населения (данные за 2014 г.):

	Цель	Результат
2.4.6. Процент СР, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	80%	28% ↓
2.4.7. Процент ПИН, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	50%	27% ↓
2.4.8. Процент МСМ, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	70%	66,7% ↓

Относительно сокращения вдвое сифилиса среди ключевых групп населения, по данным IBBS (ДЭН) 2013 года, распространенность сифилиса составляла выше 5-процентного порога во всех группах:

	Цель	Результат
2.4.1. Распространенность сифилиса среди ПИН	<5%	8,4% ↓
2.4.2. Распространенность сифилиса среди СР	<5%	23,6% ↓
2.4.3. Распространенность сифилиса среди МСМ	<5%	7,9% ↓

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Задача и ожидаемые результаты согласуются с точки зрения логической иерархии. Если охват профилактики и лечением ИППП эффективны, то снижение распространения сифилиса в целевой популяции может быть ожидаемым результатом. Однако, задача 2.3 не предусматривает превентивные вмешательства в сфере

ИППП. Эти вмешательства присутствуют в задачах 2.1 СР и 2.2 МСМ, но их нет в задаче для ЛУИН. Таким образом, с точки зрения стратегического построения, неясно, как сифилис может контролироваться среди ЛУИН, кроме как диагностикой и лечением.

Интерпретация достижений

Распространенность сифилиса выросла во всех КГ с 6,6% (2010) до 8,4% (2013) среди ЛУИН, с 10,4% (2010) до 23,6% (2013) среди СР и с 5,7% (2010) до 7,9% среди МСМ. Факторы, связанные со спросом на услуги или моделями поведения, не могут объяснить эту тенденцию увеличения сифилиса. Как отмечено в задачах 2.1. и 2.2, СР и МСМ сообщают о высоком уровне практики безопасного секса, что не согласуется с высокой распространенностью сифилиса, особенно среди СР (распространенность 23,6%, когда 90,6% СР сообщили об использовании презервативов при последнем контакте с клиентом). Скорее всего, ответы респондентов относительно практики безопасного секса не отражают реальности, и данные следует интерпретировать

с осторожностью. Распространенность ВИЧ среди 5% половых партнеров ЛУИН (не употребляющих инъекционные наркотики) в 2014 году (Дерябина и Дооронбекова 2015) является одним из ярких примеров.

Что касается предложения (услуг) по лечению ИППП, они были доступны для менее трети ЛУИН и СР. Это, в конечном итоге, способствовало распространенности и дальнейшей передаче ВИЧ/ИППП в парах с небезопасной сексуальной практикой (согласно IBBS (ДЭН) 2013 г., 81% ЛУИН использовали презервативы с последним коммерческим половым партнером, 65% - с о случайным партнером и только 40% - с постоянным половым партнером).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Примечательно, что за последние 5 лет число случаев сифилиса выросло с 878 в 2010 г. до 1082 в 2014 г., по официальной рутинной статистике:

Рисунок 11. Общее количество случаев сифилиса по полу и по годам.

	2010	2011	2012	2013	2014
Количество случаев – мужчины	501	520	409	497	439
Количество случаев – женщины	397	417	377	560	643
Общее количество случаев	898	937	786	1057	1082
Количество случаев на 100 000 населения	16,5	17,0	14,0	18,5	18,5

Учитывая циклический характер эпидемии, можно предположить, что это начало новой волны эпидемии сифилиса после предыдущей, которая наблюдалась в 90-х годах XX века.

Резюме – задача 2.3

- ✓ Невозможно оценить реальный прогресс в реализации Государственной программы по задаче 2.3, поскольку все показатели в плане МиО основываются на информации IBBS (ДЭН), и никакой альтернативной информации для косвенного измерения нет.
- ✓ Предстоящее IBBS (ДЭН) вряд ли обнаружит существенное улучшение в распространенности сифилиса среди КГ или доступа к лечению ИППП среди ЛУИН и СР.
- ✓ В целом, реализация задачи 2.3 является неудовлетворительной, при сопоставлении ожидаемых результатов (распространенность сифилиса) или объективных конкретных целей (доступ к лечению ИППП) с использованием последних имеющихся данных IBBS (ДЭН).

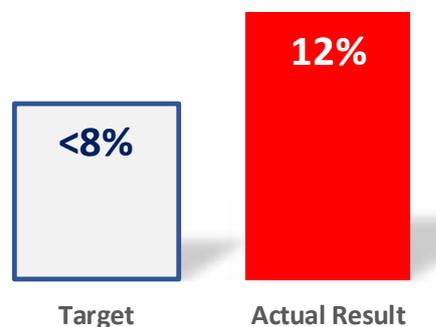
Задача 2.4 Снижение уязвимости молодежи к ВИЧ-инфекции и ИППП

Ожидаемый результат Обеспечить доступ к программам по профилактике ВИЧ-инфекции не менее 60% молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет к 2016 году

Результат измерения

Согласно рутинным статистическим данным, ВИЧ-инфекция была подтверждена у 0,03% беременных женщин и у 0,007% молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, по сравнению с целевым показателем Государственной программы < 1%.

Молодые люди в возрасте 15-24 лет составили 12,1% всех случаев ВИЧ-инфекции, подтвержденных в 2014 году, по сравнению с целью < 8% (на 2016 г.), что выше базового показателя 9,5% (2010).



Следующий показатель был использован для оценки прогресса, достигнутого в отношении ожидаемого результата (на основе Медико-демографического исследования 2012 года) (NSC, MOH and IFC International 2013):

	Цель	Результат
2.1.3. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и, в то же время, отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (ВИЧ-С-Р1 #658)	60%	23,4% ↓
2.1.5. Процент женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев, и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта (ВИЧ-ОЗ #843)	90%	71,4% ↓

Обсуждение достижения

Техническая обоснованность плана МиО

Ожидаемым результатом «уменьшения уязвимости молодых людей к ВИЧ и ИППП» должно быть снижение ВИЧ и ИППП в этой конкретной возрастной группе, а не охват профилактикой, как это определено в Государственной программе. Таким образом, задача и ожидаемые результаты, согласно Государственной программе, логически непоследовательны.

Из 6 индикаторов, предложенных планом МиО для оценки реализации этой задачи, индикатор «2.1.6. Процент ЛЖВ в возрасте 15-24 лет, от числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции» наиболее релевантный для измерения результатов. По определению, другой специфический индикатор «2.1.1. Процент молодых людей в возрасте 15-24 лет,

инфицированных ВИЧ (беременные женщины) (ВИЧ-И2 | #844)» амбивалентный (относится как к молодым женщинам, так и к мужчинам), хотя руководство МиО указывает, что только беременные в возрасте 15-24 лет должны быть обследованы в рамках дозорного эпиднадзора. Самое важное, этот показатель не имеет отношения к концентрированной эпидемии в стране, но он может дополнить достижение индикатора 2.1.6, поскольку лучше отражает увеличение молодых людей в когорте ЛЖВ.

План МиО не включает показатели для измерения распространенности ИППП среди молодых людей, несмотря на тот факт, что в задаче прописано также ИППП.

Интерпретация достижений

Выводы 2012 МДИК, используемые командой исследования для оценки достижения ожидаемого результата, были более устаревшими, чем выводы IBBS (ДЭН) 2013 года, используемые для измерения других индикаторов. Таким образом, достижения Государственной

программы в этой связи (знание передачи ВИЧ и практики безопасного секса среди молодежи) могут быть измерены после проведения следующего МДИКР или эквивалентного социологического исследования.

Результаты по индикатору 2.1.6 свидетельствуют, что доля молодых людей среди новых случаев ВИЧ-инфекции оставалась высокой в 2014 году (в 1,5 раза выше, чем планировалось). Это значит, что осуществление 8 основных мероприятий в рамках задачи 2.4 было

недостаточным (даже если каждое вмешательство было выполнено в полном объеме) для предотвращения рискованного поведения у молодых людей, вследствие чего они становятся уязвимыми к ВИЧ и ИППП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Министерством образования и науки в 2014 году проведено 49 тренингов по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании для учителей школ и преподавателей ВУЗов по программе «Здоровый образ жизни» для 6-11 классов. Разработаны и изданы 10 наименований учебно-методических пособий по формированию

здорового образа жизни, вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании на кыргызском и русском языках. Тематические разделы по профилактике ВИЧ-инфекции внедрены в 55,3% школ и во всех профессиональных колледжах страны (Межведомственная рабочая группа МЗ КР 2015).

Резюме

- ✓ Ожидаемые результаты задачи 2.4 не могут быть оценены из-за отсутствия информации: единственным источником информации является МДИК, которое датировано 2012 годом.
- ✓ Доля молодых людей среди новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 году оставалась в 1,5 раза выше запланированного, а реализация Государственной программы по достижению поставленных задач является неудовлетворительной.

Стратегия 3. Обеспечение доступа к лечению, уходу и поддержке для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)

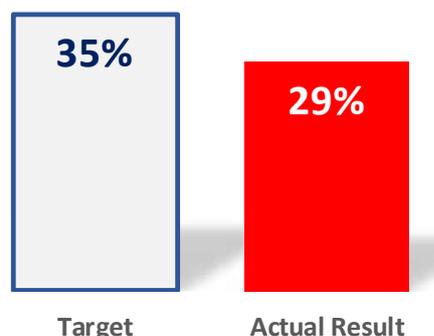
Задача 3.1 Обеспечение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)

Ожидаемый результат К 2016 году добиться 80% охвата ВААРТ нуждающихся, и 85% из них удерживать на лечении более 12 месяцев

Измерение результата

Согласно рутинной статистике, 29% взрослых и детей (по показаниям) получали антиретровирусную терапию к концу 2014 года (индикатор 3.1.1, ВИЧ-Т1 | #649), против целевого показателя 35%, установленного для 2014 года (в плане МиО).

Исследовательская группа измерила ожидаемый результат для этой задачи, с использованием следующих индикаторов плана МиО:



	Цель	Результат
3.1.2. Процент ВИЧ-позитивных взрослых и детей, которые продолжают получать АРТ спустя 12 месяцев после ее начала (ВИЧ-И6 #860)	85%	84.8% ↑
4.1.2. Процент ЛЖВ, выявленных в отчетном году, у которых оценивался уровень CD4 клеток	90%	50.3% ↓

Обсуждение результата

Техническая обоснованность плана МиО

Команда исследования установила, что впервые а) определение задачи и ожидаемого результата логически последовательны и б) индикаторы, предлагаемые в плане МиО, соответствующие.

Не был указан индикатор по достижению этой задачи, который ссылается на качество или приверженность к АРТ. Поэтому команда использует один из индикаторов плана МиО 4.1.2, чтобы оценить достижения ожидаемого результата. Исследовательская группа признала, что

тестирование на вирусную нагрузку не было доступно в 2011 году, поэтому индикатор, связанный с уровнем CD4, был предложен для измерения качества или приверженности к АРТ.

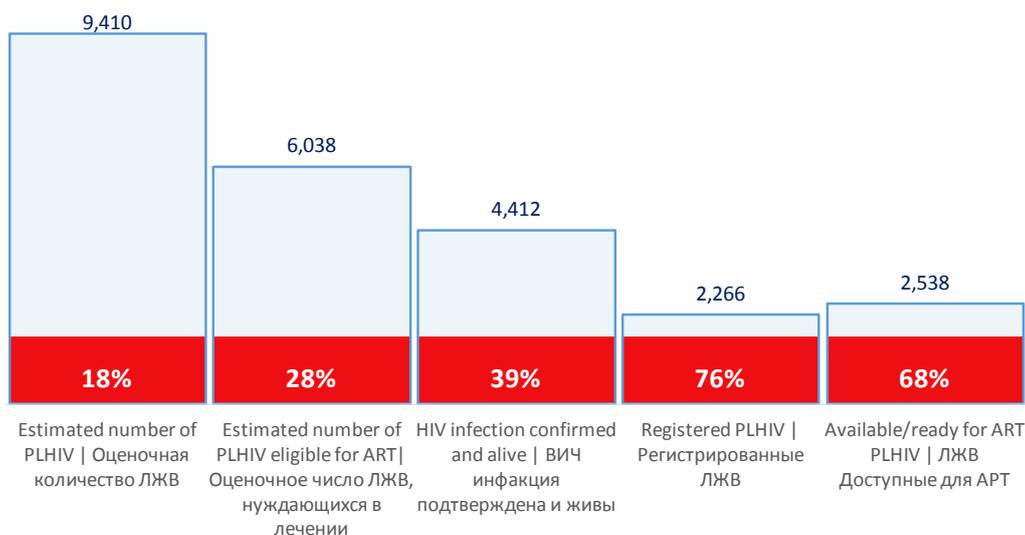
Единственное техническое несоответствие – это цель охвата АРТ и ожидаемый результат (80% к 2016 году от числа нуждающихся лиц, согласно Госпрограмме) и 35% от оценочного числа ЛЖВ по плану МиО (40% к 2016 и 35% к 2014).

Интерпретация достижения

Рисунок 12 ниже показывает четыре версии охвата АРТ среди 1 718 ЛЖВ, получающих АРТ к концу 2014 г. (основанные на рутинной статистике). Охват был ниже целевого показателя 80%

(как определено в ожидаемом результате) даже для зарегистрированных или готовых получать АРТ ЛЖВ (76% и 68% соответственно).

Рисунок 12. Охват АРТ (красный) среди 1 718 ЛЖВ, получающих АРТ по когортам ЛЖВ на 31.12.2014 г.



Исследовательская группа отметила, что количество ЛЖВ было выше, чем количество зарегистрированных ЛЖВ, но не смогла найти этому объяснение.

Государственная программа не может достичь цели, несмотря на 55% увеличение в год

начавших АРТ в 2013 году и 60% увеличение в 2014 году, что привело к увеличению в 3,4 раза ЛЖВ на АРТ в период до начала 2012 года (510) и в конце 2014 (1718), как показано ниже (см. Рисунок 13):

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рисунок 13. Динамика пациентов на АРТ по годам (все возрасты).

	2012	2013	2014	2015
На АРТ на начало отчетного года	510	691	1 074	1 718
Начали АРТ в отчетном году	253	491	891	455
Прекратили АРТ в отчетном году	72	108	313	185
На АРТ на конец отчетного года	691	1 074	1 718	1 982
Ежегодный прирост в %		55%	60%	15%

Хотя количество ЛЖВ, которые начали АРТ, почти удвоилось в 2014 году, по сравнению с предыдущим годом, количество ЛЖВ, прекративших лечение, в три раза больше за тот же период.

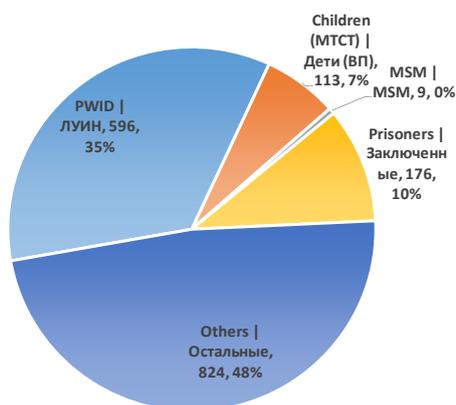
Наблюдается также тенденция роста регистрации детей на АРТ, но не так интенсивно, как среди взрослых (Рисунок 14 ниже), что обусловило постепенное снижение относительной доли детей ЛЖВ на АРТ с 33% в 2012 году до 22% в 2014 году (и 19%, по состоянию на октябрь 2015).

Рисунок 14. Динамика пациентов на АРТ по годам (только дети)¹¹

	2012	2013	2014	2015
На АРТ на начало отчетного года	171	233	284	375
Начали АРТ в отчетном году	70	70	99	66
Прекратили АРТ в отчетном году	19	8	24	16
На АРТ на конец отчетного года	222	295	375	383
Ежегодный прирост в %		33%	22%	2%

ЛУИН составляли одну треть ЛЖВ на АРТ к концу 2014 года, как показано ниже (см. Рисунок 15). 176 ЛЖВ были на АРТ в тюрьмах, или 10% всех ЛЖВ на АРТ, что составило 36,1% охвата АРТ в тюрьмах среди ЛЖВ (488).

Рисунок 15. Описание ЛЖВ, получающих АРТ по категориям (2014).



Распределение 1 718 ЛЖВ на АРТ в 2014 году по полу, возрастным группам и географическим районам представлено на Рисунке 61 на стр. 100.

¹¹ Согласно данным РЦ «СПИД» (некоторые данные не корректны). Команда оценки сохранила данные, как было представлено РЦ «СПИД».

Приверженность к АРТ была 82,6% в 2013 году и 84,8% в 2014 году, по официальным данным, согласно Отчета о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД

(GARPR) (Межведомственная рабочая группа МЗ КР, 2015). Как указано в матрице оценки Госпрограммы (см. Рисунок 67 настр. 106), приверженность к АРТ 84,8% ЛЖВ в 2014 году

рассчитывалась как 432 (на АРТ за последние 12 месяцев), разделенное на 512 (предположительный размер когорты ЛЖВ, начавших АРТ). Однако размер когорты 512 не совпадает с цифрами в таблице статистики АРТ, представленной РЦ “СПИД” (см. Рисунок 13 на стр. 43). Если удержание на АРТ в 2014 году было рассчитано для когорты 2013 года, которые начали лечение (в 2013), тогда знаменатель должен быть 491, и достижение должно было быть $432 / 491 = 88\%$ (не 84,8%). Если 432 ЛЖВ, получающие АРТ по крайней мере 12 месяцев, принадлежат к когорте 2014, то приверженность будет $432 / 891 = 42\%$.

По данным электронной базы РЦ “СПИД”, из 479 ЛЖВ, у которых ВИЧ-инфекция была подтверждена в 2013 году, 202 начали АРТ (в любое время с 01.01.2013) и 121 оставались на АРТ по меньшей мере 12 месяцев, или 59% из этих 202 ЛЖВ на АРТ. Что касается когорты ЛЖВ 2014 года, удержание на АРТ составило 39% (125 ЛЖВ были на АРТ по состоянию на 31 октября 2015 года из 321 ЛЖВ, которые начали лечение

в любое время после 1 января 2014 года). Эти расчеты нельзя сравнить с предыдущими, потому что используются различные когорты (когорта людей с ВИЧ-инфекцией, подтвержденной в определенном году, не когорта ЛЖВ, которые начали лечение в данном году), но он, по крайней мере, показывает, что гораздо ниже целевого показателя 85% удержания на АРТ ЛЖВ с недавно выявленной ВИЧ-инфекцией.

Наконец, команда исследования обсудила со специалистами РЦ “СПИД” алгоритм, который они используют для расчета числа ЛЖВ на АРТ более чем 12 месяцев в электронной базе данных. РЦ “СПИД” использует свободные критерии для фильтрации записей ЛЖВ, которые начали АРТ, не прекратили (пустой столбец даты прекращения АРТ) или прекратили после 12 месяцев с момента начала лечения, и живы (пустой столбец для даты смерти) или умерли после 12 месяцев непрерывного лечения. Однако, чаще всего, расчет делается вручную с помощью различных источников обычных данных учета и отчетности.

Команда использовала регистрационную форму #4 в качестве основного источника для измерения результата индикатора 4.1.2: 612 людей были зарегистрированы с ВИЧ-инфекцией, подтвержденной в 2014 г., и 308 прошли тест на CD4 ($50,3\% = 308 / 612 * 100$), больше чем в 2013 г. – 44,8% (215 / 480), однако все еще ниже целевого показателя.

Согласно официального отчета GARPR за 2014 г. (Межведомственная рабочая группа МЗ КР 2015), 327 человек с ВИЧ из числа вновь выявленных ЛЖВ были протестированы на CD4,

что отличается от зарегистрированных 308 в регистрационной форме #4.

Исследовательская группа проанализировала электронную базу данных РЦ “СПИД” и нашла совершенно разные цифры: у 614 человек ВИЧ был подтвержден в 2014 году, 434 были зарегистрированы и 400 получили тест на CD4. Если это верно, тогда охват составил 92% новых случаев ВИЧ-инфекции, которые были зарегистрированы (и стали доступны для подсчета CD4) или 65% из всех новых подтвержденных случаев ВИЧ, как показано ниже, см. Рисунок 16:

Рисунок 16. Охват тестированием на CD4 по годам (электронная база данных РЦ “СПИД”).

	Подтвержденный ВИЧ	Зарегистрировано	Кол-во CD4		
			Протестированы	% зарегистрированных	% ВИЧ подтвержденных
2013	479	262	245	94%	51%
2014	614	434	400	92%	65%

Команда решила использовать расчеты, основанные на регистрационной форме #4. В любом случае результат, по-прежнему, намного ниже целевого 90%, и выбор источника данных не может повлиять на оценку деятельности по достижению этого индикатора.

Примечательно, что 1 111 ЛЖВ прошли тестирование вирусной нагрузки из 1 718 на АРТ в 2014 г. (охват тестированием 65%): вирус был подавлен в 269 случаях (или 24% от числа протестированных) и вирусная нагрузка была ниже 1 000 копий/мл в 720 случаях (или 65% от протестированных).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Резюме

- ✓ Ни одна из целей задачи 3.1 не была достигнута в 2014 году, за исключением одной – удержание ЛЖВ на АРТ более 12 месяцев.
- ✓ Команда смогла измерить результаты для этой задачи на основе рутинной статистики. Однако команда столкнулась с трудностями в выявлении соответствующих цифр, которые отличаются в официальных отчетах и источниках. Это не влияет на оценку результатов по сравнению с индикаторами, так как результаты были намного ниже целевого индикатора, за исключением удержания на АРТ (индикатор 4.1.2). Исследовательская группа использовала результат отчета самого высокого уровня, который достиг целевого индикатора, но имеет серьезные опасения по поводу его достоверности.
- ✓ В целом реализация Государственной программы является неудовлетворительной, если оценивать по целям, несмотря на тот факт, что удержание на АРТ достигает уровня целевого индикатора. Группа считает, что высокое удержание на АРТ имеет влияние на эпидемию, когда а) охват АРТ разумный (не 29% как было в 2014 году) и б) есть веские доказательства, что пребывание на АРТ сопровождается приверженностью к лечению (измеряется уровень CD4) и, самое главное, – результат подавления вируса (не такой низкий как 24% в 2014 году).

Задача 3.2

Обеспечение универсального доступа ЛЖВ к диагностике, лечению и профилактике оппортунистических инфекций, включая туберкулез и вирусный гепатит С

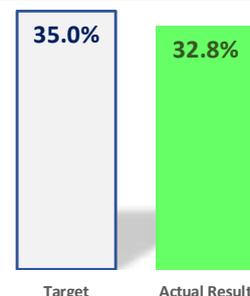
Ожидаемый результат К 2016 году снизить на 20-50% смертность от ТБ людей, живущих с ВИЧ

Измерение результата

Процент людей, которые умерли от туберкулеза среди умерших вследствие ВИЧ/СПИДа, в отчетный период составил 32,8% (72 / 219), что ниже целевого индикатора 35%.

Заболеваемость туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, достигла 284 (72 x 1 000 / 2 538) в 2014 году.

Исследовательская команда использовала следующие показатели для измерения прогресса в достижении цели:



	Цель	Результат
3.2.2. Процент взрослых и детей ЛЖВ, у которых ТБ-статус оценивался в текущем году, из числа тех, кто состоит на диспансерном учете (~ТБ/ВИЧ-1 #768)	60%	84,6% ↑
3.2.3. Процент ЛЖВ, которые получали лечение АРВ и ТБ, из оценочного числа ЛЖВ с вновь выявленным ТБ (С-ТБ/ВИЧ #651)	60%	72,8% ↑ ¹²
3.2.4. Процент лиц ВИЧ/ТБ, получивших профилактику котримоксазолом (ВИЧ-CS1 #764)	60%	100% ↑

¹² В 2013 г., здесь результаты указаны за 2014 г. согласно GAPRP 2014.

Обсуждение достижения

Техническая обоснованность плана МиО

Задача и ожидаемые результаты согласуются логически, предполагается, что всеобщий доступ к диагностике и профилактике туберкулеза, а также к надлежащему лечению снижает смертность от ТБ среди ЛЖВ.

Команда исследователей отметила следующие недостатки плана МиО:

- В плане МиО нет ключевых индикаторов воздействия для измерения смертности от ТБ среди ЛЖВ. Таким образом, исследование использовало показатель «Количество

ЛЖВ, умерших от туберкулеза на 1 000 ЛЖВ» для оценки ожидаемого результата снижения смертности от ТБ на 20-50%.

- В плане нет индикатора, связанного с диагностикой ВГС, хотя он упомянут в формулировке задачи 3.2.

Цели для индикатора 3.2.4 были установлены значительно ниже базового уровня 88% с постепенным увеличением до 40% в 2012 году и до 80% в 2016 году.

Интерпретация достижений

Как показывает рутинная статистика, все цели, поставленные для этой задачи, были достигнуты. Хотя доля вновь зарегистрированных ЛЖВ, обследованных на ТБ, резко возросла с 22% в 2010 году до 85% в 2013 году, есть еще возможности для улучшения. Тем не менее, выявление

ТБ варьирует между 3,4-5,9%, как показано ниже (см. Рисунок 17). Следует отметить, что в 2010 году наблюдался самый высокий уровень выявления (5,9%), когда только 22% от вновь зарегистрированных ЛЖВ были проверены на ТБ.

Рисунок 17. Описание ТБ/ВИЧ коинфекции по годам.

Год	Случаи ТБ	Случаи ВИЧ	ВИЧ/ТБ	ЛЖВ среди ТБ пациентов	ТБ пациенты среди ЛЖВ ¹³	Кол-во ЛЖВ умерших	Кол-во смертей от ТБ	Смерть от ТБ среди всех случаев смерти ЛЖВ
2009	6 358	687	88	1.4%	3.4%	47	25	53.2%
2010	6 595	570	183	2.8%	5.9%	46	31	67.4%
2011	6 666	599	153	2.3%	4.1%	58	41	70.7%
2012	5 930	724	151	2.5%	3.4%	89	69	77.5%
2013	7 209	480	203	2.8%	4.1%	96	70	72.9%
2014	6 390	648	222	3.5%	3.9%	117	75	64.1%
Всего		3 708	1 249		21.7%	1 096	407	37.1%

¹³ Рассчитано на кумулятивное число ЛЖВ, т.к. случаи ТБ регистрируются как у вновь выявленных ЛЖВ, так и у лиц, состоящих на диспансерном учете по ВИЧ-инфекции.

Новый клинический протокол «Лечение ТБ и ВИЧ-инфекции среди взрослых и подростков», утвержденный в отчетный период, требует скрининга на туберкулез всех ЛЖВ. 91,2% зарегистрированных ЛЖВ были опрошены на предмет ТБ при последнем посещении в 2013 году. Согласно презентации РЦ «СПИД», 6 198 человек были протестированы на ВИЧ из 6 390 выявленных больных ТБ в 2014 г. (или 97%). Показатель распространенности ВИЧ составил 3,58% (больше, чем среди СР в 2013 году).

Согласно GARPR, охват АРТ людей с ТБ/ВИЧ коинфекцией увеличился до 62% в 2014 году. Из 679 ЛЖВ с установленным диагнозом туберкулеза, 421 был на АРТ (Межведомственная рабочая группа МЗ КР 2015).

Доклад ГУГ ГФ ПРООН также ссылается на те же цифры: 421 пациент с коинфекцией ТБ/ВИЧ на АРТ в 2014 году (по сравнению с 19 в 2009 году). Интересно, что отчет ПРООН ГФ в 2014 году утверждал, что:

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- охват лечением больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ был 92%, или 1 149 пациентов из общего количества 1 248 зарегистрированных случаев коинфекции ТБ/ВИЧ;
- 110 ЛЖВ получали ТБ и АРВ-лечение в 2014 году (по сравнению с 112 указанными в GARPR 2014 г.).

Рисунок 18. Охват пациентов с ТБ/ВИЧ коинфекцией, выявленных в 2014 году и получающих лечение АРВ и ТБ.



Исследовательская команда не может определить, какой отчет (GARPR 2014 или ПРООН ГФ 2014) был основным источником этих расчетов (несмотря на незначительные расхождения в

Несмотря на то, что страна отчиталась о том, что все новые случаи ТБ/ВИЧ охвачены ко-тримоксазолом (индикатор 3.2.4, и то же самое было указано в отчете ПРООН ГФ на 2014 год – GFATM, UNDP 2015), последняя статистика РЦ “СПИД” показывает другую картину (см.

цифрах). Тем не менее, команде не удалось найти каких-либо объяснений использования кумулятивного числа людей с ТБ/ВИЧ-инфекцией, составивших 92% охвата лечением туберкулеза и АРВ. С технической точки зрения, суммирование новых случаев заболевания ТБ (или случаев ТБ/ВИЧ-инфекции) не имеет смысла: большинство пациентов с ТБ, выявленные 3 или 4 года назад, успешно пролечились долгое время тому назад (мы надеемся) и не могут учитываться в «кумулятивном охвате» в 2014 году¹⁴.

Если 222 новых случая ТБ/ВИЧ были выявлены в 2014 году и 112 получили лечение ТБ и АРВ, то охват был 50,5%, не 62% или 92%, как утверждает в GARPR 2014 или в отчете ПРООН ГФ, или используется 72,8% для определения результата (см. Рисунок 18).

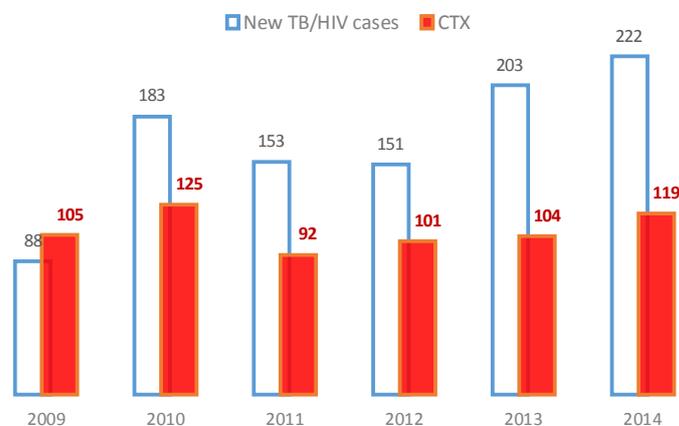
Наблюдаемое использование так называемого кумулятивного числа ТБ/ВИЧ или комбинированного лечения могут указывать на отсутствие технической квалификации (что крайне маловероятно) или на преднамеренную манипуляцию данными, чтобы показать «успех».

Согласно той же статистике РЦ “СПИД”, охват ТБ и АРВ лечением был 78% в 2012 г. (118/151), но сократился до 54,2% в 2013 году (110/203).

¹⁴ Исследовательская группа отметила, что подход «кумуляции» популярен. Он был использован относительно беременных женщин с ВИЧ-инфекцией для оценки «совокупного охвата» ППМР, что бессмысленно с технической точки зрения.

Рисунок 19). Если это так, то охват снизился с 68% в 2010 году до 54% в 2014 (игнорируя странные явления в 2009 году, когда больше пациентов, чем было в реальности, получили СТХ).

Рисунок 19. Количество новых случаев коинфекции ТБ/ВИЧ и количество пациентов с ТБ/ВИЧ, получающих котримоксазол (СТХ).



Несмотря на вышеуказанные достижения доступа к диагностике и лечению туберкулеза и ВИЧ-инфекции, смертность от ТБ среди ЛЖВ остается высокой. Целевой индикатор плана МиО формально достигнут, но исследовательская группа считает этот показатель неуместным.

Смертность от ТБ на 1 000 «доступных» для АРТ ЛЖВ была 284 в 2014 г. (72 смерти от ТБ среди 2 583 ЛЖВ x 1 000). Когда смертность от ТБ была рассчитана на 1 000 общего числа случаев ВИЧ-инфекции, смертность увеличилась с 9,76 в 2010 г. до 70,62 в 2014 году.

Резюме – Задача 3.2

- ✓ Целевые индикаторы, установленные для некоторых задач, достигнуты, хотя результат для индикатора 3.2.3 еще предстоит проверить. Целевые показатели диагностики и лечения были низкими, и имеется возможность для совершенствования в направлении всеобщего доступа к диагностике и профилактике сопутствующих инфекций
- ✓ Формально ожидаемый результат данной задачи достигнут, но команда считает, что ни индикатор, ни цель не были соответствующими для того, чтобы оценить ожидаемое снижение смертности от ТБ на 20-50%. Индикатор смертности от ТБ, использованный командой, показывает, что смертность от ТБ выросла и остается высокой.
- ✓ В целом, реализация Государственной программы была удовлетворительной с точки зрения заявленных целей. Однако исследовательская группа сомневается, что было сделано достаточно, чтобы воздействовать на ТБ и сочетанную инфекцию ВИЧ/ТБ, а также на смертность от ТБ среди ЛЖВ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Задача 3.3 Обеспечение ВИЧ-положительных беременных женщин комплексом услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР)

Ожидаемый результат Вертикальная передача ВИЧ не превысит 3% от числа детей, родившихся у ВИЧ-положительных матерей, к концу 2016 г.

Измерение результата

Двое детей были рождены среди 59 ВИЧ-положительных женщин в 2013 г. или 3,4%, что ниже цели 4% на 2014 год (но все еще выше цели 2016 года).

Исследовательская команда использовала следующие показатели для измерения прогресса в достижении цели:

	Цель	Результат
3.3.1. Процент беременных женщин, которые были протестированы на ВИЧ и знают свои результаты (#467)	80%	94.6% ↑
3.3.2. Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, получивших АРВ препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку (HIV-P13 #856 #528)	50%	96.1% ↑
3.3.3. Процент детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, получивших АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку (№882)	50%	96.5% ↑

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Цель и ожидаемые результаты последовательны и логически связаны. Предполагается, что комплекс услуг ППМР обеспечивает сохранение вертикальной передачи, равной или ниже 3%.

Команда установила, что индикаторы, предложенные в плане МиО, сыграли важную роль в

оценке деятельности, как в отношении цели, так и в отношении ожидаемых результатов.

Неясно, почему такие низкие показатели были установлены в плане МиО для индикаторов 3.3.2 и 3.3.3.

Интерпретация достижений

Охват беременных женщин тестированием ВИЧ достиг 94,5% по статистике Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), где компилируются данные из 3 источников: медицинской карты беременности, журнала ППМР и журнала лабораторных исследований. Согласно источнику, 179 131 беременная женщина были протестированы на ВИЧ и знали результаты из 189 422 беременных женщин, протестированных на ВИЧ в 2014 году. Исследовательская

команда отметила, что разное количество беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, было указано в GARPR 2014 – 195 845 (189 422 были протестированы в ИФА и 6 423 – при помощи экспресс-тестов). Еще один отчет РЦ “СПИД” указывает, что 189 845 были протестированы из 226 208 беременных женщин, зарегистрированных в 2014 году, поэтому охват составил 86,5% (по сравнению с 93,2% в 2012 и 92,7% в 2013 году).

Согласно официальному отчету (Межведомственная рабочая группа МЗ КР 2015), процент детей с ВИЧ, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, колебался с 3,6% в 2011 году до 3,5% в 2014 году (по сравнению с 2,9% в 2013 году). Необходимо подчеркнуть,

что результат для 2014 г. отражает положение ВИЧ-положительных женщин 2012 года – 89, родивших в 2012 году, из которых только 59 детей были протестированы на ВИЧ (состояние оставшихся 30 детей неизвестно) и 2 из 59 были ВИЧ-положительными. Таким образом, результат

отчета 2014 года должен изучаться тщательно – если оставшиеся 30 детей были бы протестированы на ВИЧ, результат был бы другой. Тем не менее, неспособность проверить 30 детей, родившихся от ВИЧ-позитивных женщин, вызывает много вопросов.

Метод ПЦР был введен для раннего выявления ВИЧ-инфекции у детей, родившихся у ВИЧ-позитивных женщин. Однако только 48% детей, родившихся у ВИЧ-позитивных женщин, были протестированы в возрасте до 8 недель. Низкий охват ранней диагностикой ВИЧ можно объяснить отказом некоторых родителей тестировать новорожденных, а также недостаточностью усилий поставщиков медицинских услуг и недостаточного контроля со стороны РЦ “СПИД”.

Один ребенок родился с ВИЧ-инфекцией от одной из 86 ВИЧ-позитивных матерей, получающих ППМР в 2013 (вертикальная передача – 1,2%).

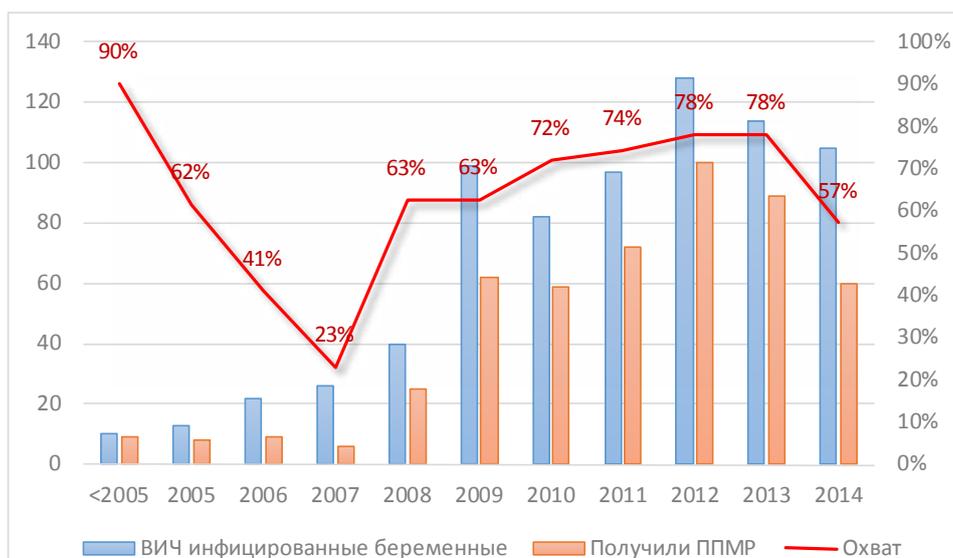
Согласно GARPR 2014 года, в 2014 году 114 детей были рождены ВИЧ-позитивными

женщинами, из которых лишь 110 получили ППМР (или 96,5%). Это немного отличается от цифры, которую исследовательская группа использует для вычисления результата для индикатора 3.3.2: 114 беременных женщин были охвачены ППМР из 117 ВИЧ-позитивных беременных женщин. Тот же отчет говорит, что ВИЧ-инфекция была подтверждена у 134 беременных женщин в 2014 г. (79 новых случаев и 55 ранее обнаруженных), предположительно только 114 из 134 ВИЧ-позитивных женщин сохранили беременность.

Согласно базе данных РЦ “СПИД”, 110 ВИЧ-позитивных женщин родили в 2013 г., среди них был один случай мертворождения. Из 109 живорожденных младенцев 6 умерло в возрасте до 18 месяцев, только 65 детей были протестированы (63,1%) из 103 выживших младенцев (родившихся от ВИЧ-позитивных женщин). ВИЧ-инфекция была обнаружена у 3 детей, это значит – вертикальная передача составляет 4,62%. Это гораздо выше, чем измеренный результат и цель на 2014 год.

Группа использовала статистические данные РЦ “СПИД” для расчета охвата ППМР. Однако, один из статистических отчетов, распространяемых РЦ “СПИД”, показал различные тенденции в охвате услугами ППМР (см. Рисунок 20 ниже).

Рисунок 20. Количество ВИЧ-позитивных беременных женщин и количество из них, охваченных ППМР, по годам (статистика РЦ “СПИД”).



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Резюме – задача 3.3

- ✓ Формально все цели, касающиеся доступа к ППМР, достигнуты.
- ✓ Исследовательская группа обеспокоена тем, что имелись расхождения в официальных отчетах, даже для такого простого показателя, как охват беременных женщин тестированием на ВИЧ. Неясно, каким образом рассчитывается и учитывается вертикальная передача, и используется ли одна и та же методология.
- ✓ Независимо от двойственности методологии измерения вертикальной передачи, отмечена высокая потеря выживших младенцев, родившихся от ВИЧ-позитивных женщин до тестирования на ВИЧ по достижении возраста 18 месяцев. В сочетании с низким уровнем ранней диагностики ВИЧ при помощи ПЦР, это вызывает обеспокоенность в отношении эффективности и успешности реализации Государственной программы.
- ✓ В целом, реализация Государственной программы является удовлетворительной по отношению к достижению цели и задаче ожидаемого результата. Однако результаты измерений могут выглядеть по-разному, если вышеупомянутые методологические вопросы будут уточнены и выяснены несоответствия в статистике.

Задача 3.4 Обеспечение доступа к уходу и социальной поддержке ВИЧ-позитивных мужчин, женщин, детей и членов семьи.

Ожидаемый результат Более 90% ВИЧ-позитивных женщин и детей будут охвачены программами социальной поддержки и ухода к 2016 г.

Измерение результата

142 ЛЖВ были охвачены паллиативной помощью и поддержкой из 1039 нуждающихся в медицинских услугах, или 13,6% против целевого показателя 60%.

Команда измерила достижения ожидаемого результата при помощи следующих индикаторов:



	Цель	Результат
3.1.4. Процент ЛЖВ (взрослых и детей), имеющих право на социальную поддержку (пенсии и социальные пособия) и получающих их в течение отчетного года (ВИЧ-CS3 #765)	60%	91.6% ↑ 67% ↑

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Определение задачи 3.2 и ожидаемого результата соответствующее. Однако ожидаемый результат формулируется как индикатор цели, а не индикатор результата, т.е. он должен быть на один уровень выше в логической иерархии,

если цель достигнута (например, улучшение благополучия (денежное или немонетарное) или качества жизни, уменьшение потерь, улучшение приверженности к уходу, лечению и т.д.)

Интерпретация достижения

Охват социальными пособиями был значительно выше, чем паллиативной помощью: 432 взрослых (из имеющих право 475) и 119

детей (из 176) получили денежные пособия. Предположительно, социальные денежные пособия способствовали приверженности к АРТ

и уходу, но команде исследования не удалось найти доказательства в обоснование данного предположения.

В то же время, только 142 ЛЖВ получили паллиативный уход из 1 039 нуждающихся в медицинских услугах. Охват (13,6%) в 2014 году был ниже базового уровня 15% в 2010 году. Два хосписа в Бишкеке и Оше для ЛЖВ в терминальной стадии заболевания были закрыты из-за неэффективности:

- Хосписы были созданы в наркологических клиниках в Бишкеке и Оше для оказания паллиативной помощи 27 ЛЖВ в 2010 г.
- По отчету РЦ “СПИД” Правительству, в 2015 году не было спроса на услуги в этих

двух хосписах, несмотря на то, что Центр наркологии начал предоставление услуг в соответствии со стратегией по паллиативной помощи.

- Команда исследования не нашла количественного описания оказания паллиативной помощи в Центре наркологии, так же как и понимания низкого уровня паллиативной помощи в двух хосписах (27 пациентов для двух объектов в 2010 году могут рассматриваться как неоптимальные нагрузки, но команда не может оценить, так как это было значительно ниже прогнозируемых возможностей двух учреждений).

Резюме

- ✓ Достижение цели (охват паллиативной помощью нуждающихся ЛЖВ) был значительно ниже целевого показателя, в то время как охват денежными пособиями был выше цели.
- ✓ Исполнение Государственной программы частично удовлетворительное из-за неспособности обеспечить доступ к надлежащему уходу за ЛЖВ в терминальной стадии болезни.

Задача 3.5

Развитие потенциала сообщества ЛЖВ по обеспечению универсального доступа к услугам

Ожидаемый результат 60% вновь выявленных ЛЖВ получают доступ к уходу и поддержке со стороны сообщества ЛЖВ

Измерение результата

Представители сообщества ЛЖВ достигли 1 710 человек, получающих уход, из 2 266 ЛЖВ, доступных для ухода, то есть 75,5%, что гораздо выше поставленной цели.

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Ожидаемый результат отражает способность сообщества ЛЖВ оказывать поддержку его членам после построения потенциала. Таким образом, цель и ожидаемые результаты логически связаны и последовательны.

Единственным индикатором 3.4.1 в плане МиО для измерения результата «Процент ЛЖВ,

получивших хотя бы одну услугу (приверженность к лечению, консультирование «равный-равному»), от НПО, основанных на сообществе ЛЖВ, не полностью соответствует определению ожидаемого результата – последний относится к охвату вновь выявленных ВИЧ-позитивных людей (не всех ЛЖВ, доступных для ухода).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Интерпретация результатов

Охват ЛЖВ, по крайней мере, одной услугой (приверженность к лечению, консультации равного), из предоставляемых сообществом ЛЖВ, резко возрос с 17,1% в 2010 г. до 75,5% в 2014 г. – достигнув 1 710 из 2 266 ЛЖВ, доступных для ухода (включая 297 ЛЖВ в тюрьмах).

Взаимоотношения между 1 710 ЛЖВ, которые получили поддержку, и 11 718 на АРТ, не ясны. Команда не может оценить, насколько оказанная поддержка способствовала включению или приверженности к лечению. Учитывая тот факт, что услуги, предоставляемые сообществом ЛЖВ, включали консультирование для начала АРТ совместно с поощрением за 85% приверженность к АРТ, это определенно сыграло положительную роль, даже несмотря на то, что не поддается количественной оценке. В то

же время есть еще возможность для улучшения, поскольку только половина ЛЖВ (2 266 из 4 412) получают уход.

Широкий спектр проблем, связанных со способностью сообщества вносить вклад в выработку политики или получать устойчивую финансовую поддержку из внутренних источников, все еще существует, что было установлено ВОЗ в 2011 году. Несмотря на существование обнадеживающего опыта плодотворного сотрудничества сообщества ЛЖВ с государственными и неправительственными структурами в районах с высокой концентрацией ЛЖВ (Бишкек и Ош), уровень интеграции неправительственных организаций, представляющих общины, в реализации программы не эффективен, как отметили многочисленные ключевые информанты.

Резюме – задача 3.5

- ✓ Исполнение Государственной программы по этой задаче было удовлетворительным, хотя группа признает, что не был полностью задействован потенциал сообщества ЛЖВ и соответствующих неправительственных организаций.

Задача 3.6

Формирование толерантности к ЛЖВ и группам повышенного риска

Ожидаемый результат Снижение стигмы и дискриминации в обществе к связанным с ВИЧ-инфекцией, так, чтобы свыше 60% социально-значимого окружения проявляло толерантность по отношению к ЛЖВ

Измерение результата

Лишь 2,9% респондентов выразили благосклонное отношение к людям, живущим с ВИЧ (индикатор 3.4.2), в 2012 году, по сравнению с целью 60% на 2013 год.

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Задача была сформулирована как действие, но не как результат. Однако, ожидаемые

результаты и предлагаемый индикатор ясно показывают, чего нужно достичь.

Интерпретация результатов

Единственное исследование, которое измеряет уровень толерантности среди населения в целом к жизни людей с ВИЧ – МДИКР 2012 года. Таким образом, исследовательская группа не может оценить прогресс,

достигнутый Государственной программой в этом отношении.

Исследовательская группа отметила, что GARPR 2014 указывает на 57,2% (2013 год) в ответ на вопрос в МДИКР 2012: «Будете вы покупать

свежие овощи у продавца, зная, что человек является ВИЧ-позитивным?» (предположительно, ответ был «Да»).

Несмотря на то, что национальное законодательство не допускает стигматизацию и дискриминацию по отношению к ВИЧ-инфекции

(предусмотрено административное или уголовное наказание), и почти все программы и мероприятия включают вопросы преодоления стигмы и дискриминации, терпимость по отношению к ЛЖВ является довольно низкой (как указано множеством ключевых респондентов).

Резюме

- ✓ Исследовательская группа не может оценить исполнение Государственной программы из-за отсутствия информации.
- ✓ Исследовательская группа считает, что уровень терпимости по отношению к ЛЖВ будет выше, чем в 2010 году, но маловероятно достижение целевого показателя 60%.

Стратегия 4. Усиление и обеспечение устойчивости системы здравоохранения в ответе на ВИЧ-инфекцию

Задача 4.1 Интеграция качественных услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, на всех уровнях здравоохранения

Ожидаемый результат 60% ЛЖВ будут получать качественные медицинские услуги на уровне ПМСП

Измерение результата

Процент медицинских учреждений, оказывающих консультирование и тестирование, составил 98,4% - 191 из 194 медицинских учреждений, что гораздо выше цели (индикатор 4.1.1).

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Цель и ожидаемые результаты последовательны и логически связаны. Однако исследования показали, что 2 индикатора, предложенные в плане МиО для измерения ожидаемых результатов, совершенно несоответствующие:

- Индикатор 4.1.1. "Процент организаций здравоохранения, предоставляющих услуги по консультированию при тестировании" (эквивалентен "Количество пунктов, оказывающих консультирование и тестирование в соответствии с национальными и международными стандартами (#429)") способен показать интеграцию услуг, связанных с

ВИЧ (такие как тестирование и консультирование); если «консультирование» четко не определено как услуга, наличие тестирования на ВИЧ недостаточно, чтобы засчитать медицинское учреждение;

- Индикатор 4.1.2. (доля CD4 тестирования среди новых случаев ВИЧ-инфекции) не подразумевает интеграцию услуг в области ВИЧ в здравоохранение (потому что индикатор считает количество CD4 тестирования в СПИД центрах), это не охват «качественными услугами на первичном уровне здравоохранения».

Интерпретация достижений

В целом, ЛЖВ может получить ВИЧ сопутствующие услуги в первичных медицинских учреждениях (например, центры семейной

медицины или группы семейных врачей), включая тестирование на ВИЧ и консультирование. Однако, только 76 медицинских организаций

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

проводят АРТ (по сравнению с 66 в 2011 году), включая 43, обслуживающих ВИЧ-позитивных детей, как указано в отчете GAPRP за 2014 г. (Межведомственная рабочая группа МЗ КР 2015).

По данным национального статистического комитета, количество больниц в 2014 году составило 182 и поликлиник – 172, включая 65 Центров семейной медицины (ЦСМ) и 18 групп семейных врачей (ГСВ) (NSC KR 2015). Таким образом, общее число медицинских учреждений, оказывающих первичную и вторичную помощь, составило 354 в 2014 году.

По данным GAPRP за 2014 г. 233 медицинских учреждения предоставляли тестирование на ВИЧ и консультирование (191 государственное учреждение, 20 неправительственных организаций и 22 частных провайдера медицинских услуг). Если так, то результат для индикатора 4.1.1 следует $233 / 354 = 65,2\%$, если все организации учтены или 54% ($191/354$), если учитывается только общественное здравоохранение – результат по-прежнему выше целевого показателя 50% .

Команда исследования предположила, в рамках задачи 1.1 (анализируя коды центров СПИД,

используемых для регистрации), что большинство ЛУИН с ВИЧ-инфекцией, подтвержденных и зарегистрированных, были перенаправлены в СПИД центры из медицинских организаций.

Исследовательская группа отметила, что все опрошенные ЛУИН и некоторые информанты считают, что для пользователей более удобными являются услуги в специализированных клиниках, таких как центры СПИД, по сравнению с общим здравоохранением, где ЛЖВ подвергаются стигматизации (в основном со стороны медицинских сестер и вспомогательного медицинского персонала) и часто дискриминируются, особенно ЛУИН. Опрошенные в Оше ЛУИН предпочли бы получать все услуги в центрах СПИД, чем в других медицинских организациях. Они также чувствуют себя более безопасными в центре СПИД, потому что учреждения ПМСП, к которым они относятся, расположены в общинах, где не гарантируется конфиденциальность.

За отчетный период было создано 15 мультидисциплинарных команд, состоящих из медицинских работников, представителей ЛУИН и ЛЖВ. Команды вносят вклад в выработку приверженности к АРТ, оказывают поддержку по принципу равный-равному.

Резюме

- ✓ Реализация Государственной программы по этой задаче была удовлетворительной, если измерять результат относительно целевого индикатора.
- ✓ В то же время, команда не смогла оценить достижение ожидаемого результата, из-за отсутствия соответствующего индикатора в МиО и нехватки информации.

Задача 4.2

Предотвращение внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции

Ожидаемый результат К 2016 году внутрибольничная передача ВИЧ-инфекции будет сведена к нулю

Измерение результата

Из 37 детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в 2014 году, в 14 случаях инфицирование ВИЧ произошло в медицинских учреждениях, при цели Государственной программы сведение к нулю.

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Предлагаемый индикатор (4.2.1) не подходит для измерения цели или ожидаемого результата за отчетный период. Как определено в руководстве МиО, индикатор рассчитывается как количество случаев ВИЧ-инфекции с внутрибольничной передачей за отчетный период. Таким образом, индикатор не включает передачу ВИЧ

в медицинских учреждениях в отчетный период. Так, даже если передачи ВИЧ в медицинских учреждениях не произошло с 2012 года, новые случаи ВИЧ могут быть обнаружены в 2016 году с передачей ВИЧ до 2012 года, и предлагаемый показатель будет считать его как новый случай нозокомиальной передачи ВИЧ.

Интерпретация достижений

По сообщению РЦ “СПИД”, все случаи внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции связаны со вспышкой ВИЧ среди детей в Оше в 2007 году. Все 14 ВИЧ-позитивных детей, диагностированных в 2014 году с внутрибольничной передачей ВИЧ, родились между 1998 и 2006 годами.

Однако, из 37 новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей в 2014 году, в 9 случаях путь

передачи до сих пор не определен; 3 из этих 9 детей родились в 2010, 2013 и 2014 гг. (ВИЧ-отрицательными женщинами), поэтому их инфицирование не может быть связано со вспышкой 2007 года в Оше или вертикальной передачей. Поэтому, вместо того, чтобы признать, что внутрибольничная передача (даже спорадическая), по-прежнему, происходит, эти 3 детей остаются с неопределенным путем передачи.

Резюме – Задача 4.2

- ✓ Целевой показатель этой задачи не достигнут, хотя индикатор не подходит для оценки достижения. 14 новых случаев ВИЧ-инфекции в 2014 году среди детей с внутрибольничной инфекцией не означает, что передача произошла в 2014 году; РЦ “СПИД” связывает его со вспышкой 2007 года в Оше (несмотря на то, что это не может быть доказано).
- ✓ Если не 9 детей с ВИЧ-инфекцией, выявленных в 2014 г. (и 3 в 2013) с неопределенным путем передачи (из которых 3 родились после 2007 года), реализация Государственной программы могла быть признана удовлетворительной (= “нет нозокомиальной передачи ВИЧ с 2007 года”). Несмотря на то, что команда исследования не может доказать, что во всех этих случаях 9 детей были инфицированы в медицинских учреждениях, а их путь передачи не был определен, то это вызывает серьезную озабоченность в достижении цели.

Задача 4.3

Развитие кадрового потенциала здравоохранения

Ожидаемый результат К 2016 году 80% специалистов организаций здравоохранения всех уровней, оказывающих услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией и инфекционным контролем, будут обучены и получают сертификат установленного образца.

Измерение результата

15.5% медицинских работников были обучены и получили сертификаты по сравнению с целью.

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Индикатор, предложенный планом МиО, является недостаточным, поскольку он не может

измерить достижение цели. Он захватывает только период в 1 год, а врачи проходят

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

подготовку в рамках сертификационных программ один раз каждые пять лет. Таким

образом, 60% охват врачей сертифицированным обучением в любой данный год невыполним.

Интерпретация достижений

1 576 специалистов прошли обучение вопросам ВИЧ при поддержке международных доноров в дополнение к обязательной профессиональной подготовке, которая проводится раз в 5 лет.

Кроме того, все сертифицированные программы в Кыргызстане включают 8-часовой учебный модуль по ВИЧ-инфекции.

Резюме – задача 4.3

- ✓ Хотя цель не достигнута (из-за нерелевантности показателя), реализация Государственной программы по достижению этой цели удовлетворительная.

Стратегия 5. Совершенствование стратегической координации и управления государственной политикой

Задача 5.1 Совершенствование стратегической координации и управления государственной политикой

Ожидаемый результат Устойчиво функционирует триединый принцип: единая государственная программа, единая система страновой координации и единая система мониторинга и оценки к 2016 году

Измерение результата

Индекс политики ВИЧ составил 0.8, что совпадает с целью (но ниже чем 0.9 показателя 2012 года).

Обсуждение достижения

Интерпретация достижения

Государственная программа является инструментом реализации только политики для осуществления национальных мер. Она была принята Правительством Кыргызской Республики (постановление №867, от 29 декабря 2012 года). Министерства, другие государственные учреждения и местные органы власти разработали планы действий по осуществлению государственной программы.

В течение отчетного периода наблюдалось улучшение законодательства:

- Правительством КР утверждена Антинаркотическая программа (постановление #54, от 27.01.2014), которая включает программы снижения вреда.
- Приказами Министерства здравоохранения созданы более благоприятные условия для

охвата услугами ЛУИН: «Рекомендации по организации всеобщего доступа ЛУИН к профилактике ВИЧ, лечению и уходу в Кыргызской Республике» (приказ #532, от 22.09.14); «Стандарты реализации программы снижения вреда и услуг для ЛУИН» (приказ #482, 22.08.14).

- Министерство здравоохранения изменило правила приписки ключевых групп населения к первичной медико-санитарной помощи.

Единственный координационный орган – «Страновой координационный комитет» продолжает функционирование в течение отчетного периода. Он состоит из 23 членов (и такого же количества альтернативных членов). Заседания СКК, главным образом,

фокусируются на надзоре за грантами ГФ, однако, как сообщили респонденты, усилия были приняты для совершенствования его структуры и функций с целью улучшения координации программ в области ВИЧ и туберкулеза.

Несмотря на высокую политическую активность и поддержку программ по ВИЧ, страна сталкивается с рядом проблем из-за некоторых инициатив на уровне Парламента и Правительства против ключевых групп населения. Благодаря сильным адвокационным усилиям различных заинтересованных сторон, был снят законопроект о внесении административного наказания за секс-работу. Парламент приступил к

рассмотрению законопроекта об ответственности за формирование позитивного отношения к нетрадиционной сексуальной ориентацией («антигейский закон»). Если он будет принят, законопроект может сделать группу МСМ с быстро растущей эпидемией ВИЧ, недостижимой для профилактических программ.

Многие заинтересованные стороны, опрошенные в ходе обзора, не довольны работой СКК по нескольким причинам: фокусирование на грантах ГФ, а не полном спектре мероприятий/программ; отсутствие правовых полномочий для принятия решений или их реализации. СКК все еще остается консультативным органом.

Резюме

- ✓ Координационный механизм страны существует, но, полагаем, ему становится труднее оправдывать ожидания широкого круга заинтересованных сторон, включая ключевые группы населения.
- ✓ Законодательство, по-прежнему, благоприятное для национальных ответных мер на эпидемию, но вызывают тревогу недавние законодательные инициативы.
- ✓ Реализация Государственной программы удовлетворительная по достижению этой цели, что измеряется индексом политики ВИЧ. Однако исследовательская группа присоединяется к озабоченности широкого круга заинтересованных сторон об эффективности координации, администрирования и МиО.

Задача 5.2

Обеспечение устойчивого финансирования Государственной программы

Ожидаемый результат Доля государственного вклада в общем финансировании Государственной программы будет составлять не менее 20% к концу 2016 г.

Измерение результата

Доля «внутренних расходов СПИД» составила 40.8%, что выше целевого индикатора на 15% на 2014 год и даже на 2016 год.

Обсуждение достижения

Государственные расходы на здравоохранение составили 277,6 млн долларов США в 2012 году и 284,6 миллионов долларов США в 2013 году (согласно ВОЗ GHED). Это составляет 60% от общих расходов на здравоохранение и 12-13% от общих государственных расходов. Внешние источники финансирования здравоохранения в 2013 г. составили 56 млн долларов США в 2012 году и 42 млн долларов США (или 12% и 8,7% общих расходов на здравоохранение соответственно).

Согласно Государственной программе, дефицит финансирования составил 16% от общей потребности. Финансирование из государственного бюджета составляло 16% от общего объема финансирования и 13% общих потребностей в ресурсах, как показано ниже (см. Рисунок 21):

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

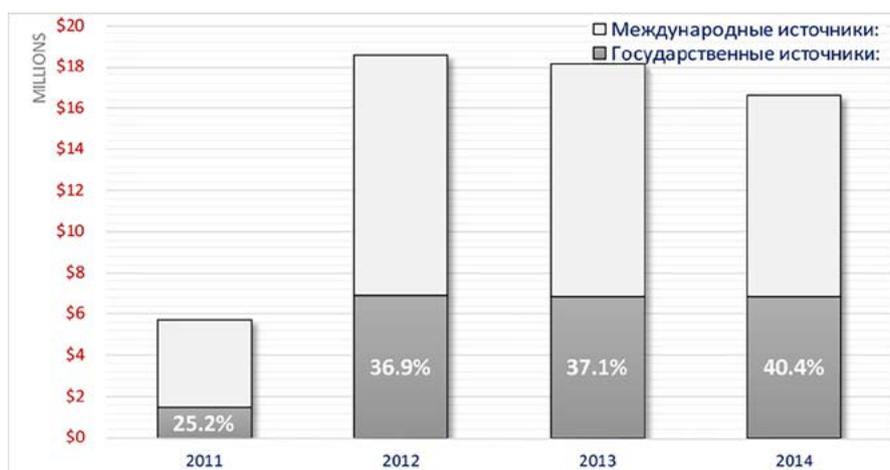
Рисунок 21. Таблица потребностей в ресурсах Государственной программы и финансирование (в USD).

	2012	2013	2014	2015	2016	Итого
Бюджет Государственной Программы	20,362,585	20,058,988	18,129,282	19,004,442	18,986,918	96,542,215
Финансирование по источникам)	0	0	0	0	0	
Государственный бюджет	2,542,522	2,542,522	2,542,522	2,542,522	2,542,522	12,712,610
Международные организации (предварительные данные)	14,813,855	13,673,545	13,775,735	13,035,265	13,035,265	68,333,665
Итого финансирование	17,356,377	16,216,067	16,318,257	15,577,787	15,577,787	81,046,275
Дефицит	3,006,208	3,842,921	1,811,025	3,426,655	3,409,131	15,495,940
	15%	19%	10%	18%	18%	16%
Доля финансирования из Государственного Бюджета	12%	13%	14%	13%	13%	13%
Доля Государственного Бюджета в финансировании	15%	16%	16%	16%	16%	16%

Согласно GARPR 2014, доля государства в финансировании национальных мер в ответ на эпидемию постепенно выросла с 36,9% в 2012 году до 40,4% в 2014 году, как показано ниже (см. Рисунок 22). В 2013 году произошло увеличение государственного финансирования в

5 раз: с 1,4 в 2011 году до 6,9 млн долларов США в 2013 году. В 2013 году общее финансирование (18,8 млн долларов США) превысило прогноз финансирования в 16,2 млн долларов США (заполнение дефицита в финансировании на 50%).

Рисунок 22. Финансирование государственной программы по годам и источникам (GARPR)



Исследовательская группа отметила, что правительство израсходовало в 1,5-1,6 раза больше, чем планировалось в 2012-2013 гг. Эти расходы составляли 1,37% и 1,43% от общих государственных расходов на здравоохранение в 2012 и 2013 годах, соответственно, в два раза больше по сравнению с 2011 годом (0,61%).

Обзор национальных расходов на СПИД (NASA, 2012-2013) дал более высокие оценки общего объема расходов на СПИД с большей долей финансирования из внутренних источников (См Рисунок 23, МЗ КР, ЮНЭЙДС 2014):

Рисунок 23. Сопоставление запланированных и понесенных расходов из национальных источников, всего на 2012-2013 гг.

	Запланированные расходы	Прогнозы финансирования	GARPR 2014	NASA 2014
Внутренние источники		5,085,044 15%	\$13,787,918 38%	\$13,787,918 35%
Зарубежные источники		28,487,400 85%	\$22,918,217 62%	\$25,440,493 64%
Частные				\$555,328 1%
Всего	40,421,573	33,572,444 100%	\$36,706,135 100%	\$39,783,739 100%

Рисунок 24. Структура государственных расходов на профилактику (2012-2013 гг.).



Источник: (МЗ КР, ЮНЭЙДС 2014)

Общая сумма расходов 2012-2013 гг., согласно GARPR, была выше, чем прогнозы финансирования Государственной программы, в то время как оценка Национальных счетов СПИД еще выше и показывает, что потребности в ресурсах были удовлетворены (39,8 млн долларов США расходов по сравнению с запланированными 40,4 млн в 2012-2013 гг.). По данным НАСА:

- Доля правительства в общем финансировании национального ответа на эпидемию составила 35%.
- 29% ресурсов были выделены для НПО, по сравнению с 66% потраченными поставщиками или учреждениями общественных медицинских услуг.

Рисунок 25. Структура расходов правительства на тестирование на ВИЧ по целевым группам, 2014 г.



Детальная структура расходов по видам деятельности, финансовых источников и годам (2012-2013 гг.) показана ниже (Рисунок 24 на стр. 60 и Рисунок 66 на стр. 105). Это показывает, что правительство профинансировало 50,9% и 51,5% программ профилактики в 2012 и 2013 годах, соответственно, по сравнению с 48,1% и 45,4% доли внешнего финансирования. Более подробный анализ структуры расходов правительства показал, что большинство государственных средств были потрачены: а) на безопасность инъекций (62%), б) профилактику, диагностику и лечение ИППП (12%), в) общие меры безопасности (8%), г) ВИЧ-тестирование и консультирование беременных женщин (4,5%), ППМР и безопасность крови (3,2%).

Согласно презентации РЦ “СПИД” на саммите по здравоохранению в ноябре 2015 года, правительство израсходовало 45,5 млн сомов на тестирование на ВИЧ в 2014 г. (~ 940 000 долл. США) (см. Рисунок 25):

- 46% этих средств были потрачены на беременных женщин и еще 6% на их половых партнеров (до 484,000 долл. США).
- На ключевые группы населения приходилась малая доля государственных расходов на тестирование на ВИЧ – 4% (см. Рисунок 25 выше).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Резюме

- ✓ Доля государственного финансирования национальных ответных мер в отчетный период увеличилась и превысила прогнозы финансирования государственной программы.
- ✓ Эффективность распределения государственных расходов является сомнительной, что было компенсировано финансированием из внешних источников, особенно в отношении профилактики.
- ✓ Реализация Государственной программы удовлетворительная, когда измеряется по результатам достижения цели.

Задача 5.3

Совершенствование системы мониторинга и оценки (МиО) и стратегической информации

Ожидаемый результат Единая система МиО внедрена и действует на национальном и местном уровне

Измерение результатов

Исследовательская группа не может получить информацию для измерения результатов, которые должны измеряться индикатором «Процент выполненных из запланированных мероприятий по мониторингу и оценке согласно рабочему плану».

Одним из ключевых направлений деятельности, предусмотренных планом МиО – интегрированное биоповеденческое исследование, которое не проводилось в соответствии с планом («один раз в каждые два года»), что имеет больший вес по сравнению с другими мероприятиями.

Обсуждение достижений

Техническая обоснованность плана МиО

Цель и ожидаемые результаты логически связаны и последовательны, несмотря на тот факт, что критерии, которым система мониторинга и оценки должны отвечать, чтобы считаться «установленной» или «функционирующей».

Предлагаемый индикатор не релевантный для измерения результата:

- а) Это индикатор процесса – рассчитывает количество реализованных мероприятий (в % от общего числа мероприятий в плане ра-

боты МиО), который не обязательно показывает, что «единая система МиО» функционирует.

- б) Цель любой системы МиО и «стратегической информации» – представлять доказательства для принятия решений; индикатор не может отразить, использовались ли результаты функционирования «единой системы МиО» для принятия решений.

Интерпретация достижения

Восприятие «установленной и функциональной системы МиО» может варьировать среди заинтересованных сторон, пока оно четко не будет определено. Государственная программа (глава 2.4 «Мониторинг и оценка программы») относится к положению о системе МиО, состоящей из 12 компонентов, где указано только семь, включая процедуру МиО («регламент» на русском языке), эпидемиологические,

включая биоповеденческие исследования, мониторинг использования средств, обзоры Государственной программы, информационной системы для сбора, хранения, анализа и распространения информации.

Если руководство по индикаторам МиО является эквивалентом «процедур МиО», то оно обеспечивает всеобъемлющее определение

каждого индикатора (так называемые «паспорт индикатора»), но не описывает потоки данных и/или бизнес-процессов, которые необходимы для функционирования системы МиО.

Относительно комплексного биоповеденческого исследования, только одно было проведено в 2013 году вместо запланированных двух исследований в 2012 и 2014 гг.

Исследовательская группа не может оценить, соответствует ли существующая практика управления информацией требованиям единой системы, которая собирает, хранит, анализирует и распространяет информацию, – ни одного технического доклада о результатах обзора информационной системы нет или не было доступно. Исследовательская группа работала с двумя отдельными информационными системами управления при поиске информации для оценки результатов.

Команда сделала следующие замечания:

- Системы управления информацией (электронные базы данных и интерфейсы для взаимодействия с базами данных) являются физически и функционально несвязанными, каждая из которых обслуживает свои конкретные цели:
 - MIS, физически расположенная в ПРО-ОН, содержит подробную информацию о профилактических услугах, финансируемых ГФ. Каждый бенефициар имеет уникальный идентификационный код (УИК), что исключает двойной учет бенефициаров, даже если два или более поставщиков охватили услугами одного и того же бенефициара. Нет контактной информации бенефициаров. Основная цель базы данных, как представляется, управленческая: регистрировать и анализировать программные результаты на входе и выходе и генерировать отчеты.
 - Система управления информацией, расположенная в РЦ “СПИД”, содержит подробную эпидемиологическую и ме-

дицинскую информацию зарегистрированного ЛЖВ (именуемая в дальнейшем «база данных ЛЖВ»), где записывается полная контактная информация каждого человека, живущего с ВИЧ. Однако база не включает УИК, под которым человек в прошлом был охвачен профилактическими программами. Основная цель этой системы – эпидемиологическое наблюдение с потенциальной возможностью использовать для клинических целей (кейс-менеджмент).

- РЦ “СПИД” представил команде исследования сырые данные (без личной информации) базы данных ЛЖВ для проведения анализа когорты (анализ каскада ВИЧ для ЛУИН). К сожалению, не было возможности извлечь даты включения в профилактические услуги и тестирование ЛУИН на ВИЧ из массива сырых данных MIS ввиду некоторых технических и юридических ограничений.
- Команда исследования не использовала аналитические модули двух информационных систем, так что не может комментировать их функциональность в вопросах анализа и создания отчетов в стандартном или настраиваемом формате. Однако, команда обнаружила слабое качество данных в базе данных ЛЖВ, особенно в том, что касается переменных данных (в случае необходимости оценить, а затем проанализировать поток ЛУИН через каскад услуг по ВИЧ-инфекции).
- Команда оценки считает, что каждая информационная система является чрезвычайно ценным активом, но необходимо пройти долгий путь к единой информационной системе управления данными в области ВИЧ с надежной (качественной) информацией, стандартизированным сбором данных, ввода и процедурой верификации, аналитическими и презентационными функциональными возможностями, которые отвечают требованиям разных типов пользователей.

Независимо от наличия некоторых важных компонентов «Единой системы МиО», как описано выше, в конечном счете, ее функциональность измеряется способностью системы отвечать своей цели. Основная цель такой системы МиО – анализ и подготовка отчетов об

исполнении с минимальными усилиями (т.е. одним нажатием кнопки). Команде не удалось найти ежегодные отчеты МиО (сделанные вручную или генерируемые системой управления информацией), которые должны были быть представлены отраслевыми министерствами

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

и затем проанализированы и одобрены СКК. Вместо простой компиляции существующих ежегодных отчетов МиО, команде пришлось вычислять результаты для некоторых индикаторов на свой собственный манер, сравнивать и проверять существующие расчеты из различных источников, испытывая трудности при несоответствии между различными источниками и официальными отчетами.

Исследовательская группа обнаружила, что два вида отчетов об исполнении программ или статусе национальных ответных мер готовились ежегодно:

- Отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, используемый для внешних целей. Он содержит измерения многих индикаторов плана МиО, но в заранее определенном формате. Раздел МиО в обоих отчетах (2013

и 2014 гг.), рассмотренный группой, повторяет текст из Государственной программы (раздел 2.4) и не дает новой информации о построении «единой системы МиО».

- ПРООН ГФ готовит отчет о реализации, охватывающий лишь те мероприятия, которые финансировались за счет гранта ГФ. Грант ВИЧ предоставляет соответствующие разделы отчета за 2013 и 2014 гг., которые вряд ли могут быть квалифицированы, как чисто технические отчеты МиО. Их содержание и дизайн лучше подходят как публикации для общественности.

Поэтому команда считает, что некоторые важные элементы «единой системы МиО» имеют место, но система не способна служить своей цели: создавать регулярные отчеты МиО и предоставлять стратегическую информацию для принятия решений.

Резюме

- ✓ Команда исследования обнаружила, что некоторые важнейшие элементы «единой системы МиО» имеют место, но нет свидетельств того, что система делает регулярные отчеты МиО в соответствии с планом для внутреннего пользования или что уполномоченные органы (министерства или СКК) используют эти результаты для стратегического контроля национального реагирования на эпидемию или исполнение Государственной программы.
- ✓ Реализация Государственной программы в этой части была неудовлетворительной, хотя команда не смогла оценить результат единственного индикатора в плане МиО ввиду его несоответствия и отсутствия информации.

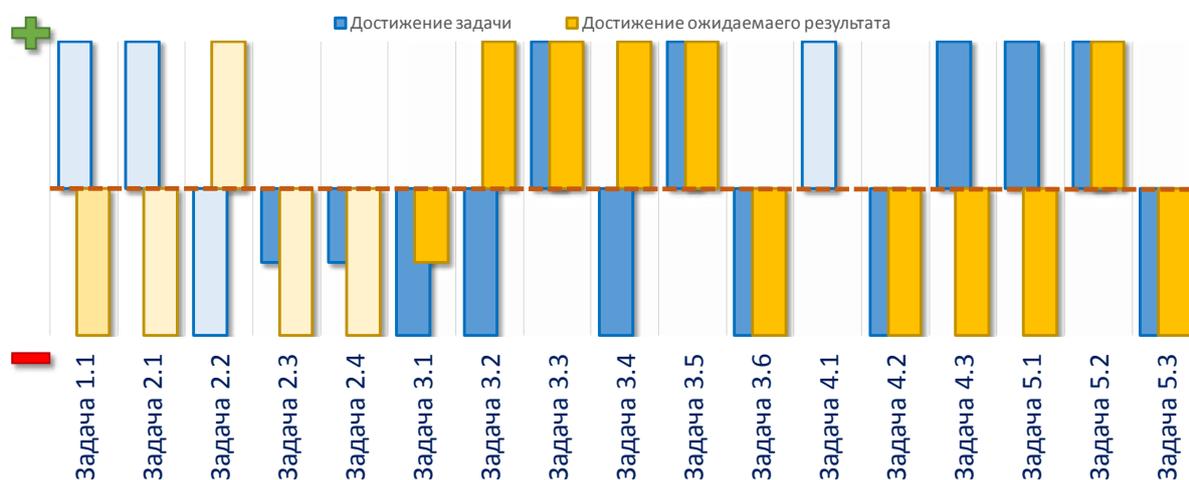
3.1.2 Резюме прогресса

Рисунок 26 ниже представляет собой графический обзор достижения для каждой из 17 задач государственной программы:

- Столбцы светлые, если команда исследования не имеет информации за 2014 год и использует последнюю доступную (например, IBBS (ДЭН), 2013) для измерения результата задач 1.1 - 2.2 и «ожидаемого результата» задач 1.1 - 2.4.
- Прогресс в реализации Государственной программы не может оцениваться путем подсчета числа столбцов на «+» стороне:

- ▶ Задачи имеют различные значения по воздействию на эпидемию, хотя исследовательская группа воздерживается от ранжирования их относительно их важности и расчета при помощи «взвешенной средней оценки» реализации стратегий или всей программы.
- ▶ Для большинства задач стратегии 1-3 ожидаемые результаты были логически несоответствующими и часто достижения для каждой пары цели и «ожидаемые результаты» находятся на противоположных сторонах «+» и «-».

Рисунок 26. Обзор достижений по задачам.



Таким образом, команда исследования может выделить следующие достижения в реализации Государственной программы по состоянию на январь 2015 года, принимая во внимание доступность информации:

- Следующие задачи были реализованы, как было запланировано («цели достигнуты»):
 - Задача 3.3 – «Обеспечение ВИЧ-позитивных беременных женщин комплексом услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР)»;
 - Задача 3.5 – «Развитие потенциала сообщества ЛЖВ по обеспечению универсального доступа к услугам»;
 - Задача 4.1 – «Интеграция качественных услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией, на всех уровнях здравоохранения»;

- Задача 5.2 – «Обеспечение устойчивого финансирования Государственной программы».
- Следующие задачи не были реализованы, как планировалось («цели не достигнуты»):
 - Задача 3.1 – «Обеспечение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)»;
 - Задача 3.2 – «Обеспечение универсального доступа ЛЖВ к диагностике, лечению и профилактике оппортунистических инфекций, включая туберкулез и вирусный гепатит С»;
 - Задача 3.6 – «Формирование толерантности к ЛЖВ и группам повышенного риска»;

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Задача 4.2 – “Предотвращение внутри-больничной передачи ВИЧ-инфекции”;
- Задача 5.3 – “Совершенствование системы мониторинга и оценки (МиО) и стратегической информации”.
- Группа не может оценить осуществление оставшихся 9 целей вследствие отсутствия информации (например, IBBS (ДЭН) либо двойственности изложения между достижениями цели и конкретными «ожидаемыми результатами».

Государственная программа официально началась в январе 2013 года, что означает, что

только 24-месячный период ее реализации может быть оценен, что подходит для типичного среднесрочного обзора. Однако только 12 месяцев остается для ее реализации после этого обзора, если Правительство решит присоединиться к реализации 5-летнего срока и продлить его до конца 2017 г. Исследовательская группа не имеет информации о таком намерении, хотя нельзя исключать теоретическую возможность продления (что имеет свои достоинства). Тем не менее, учитывая оставшиеся 12-месяцев для ее реализации, команда исследования не думает, что имеется достаточно времени, чтобы ускорить осуществление и достижение целей к концу 2016 года.

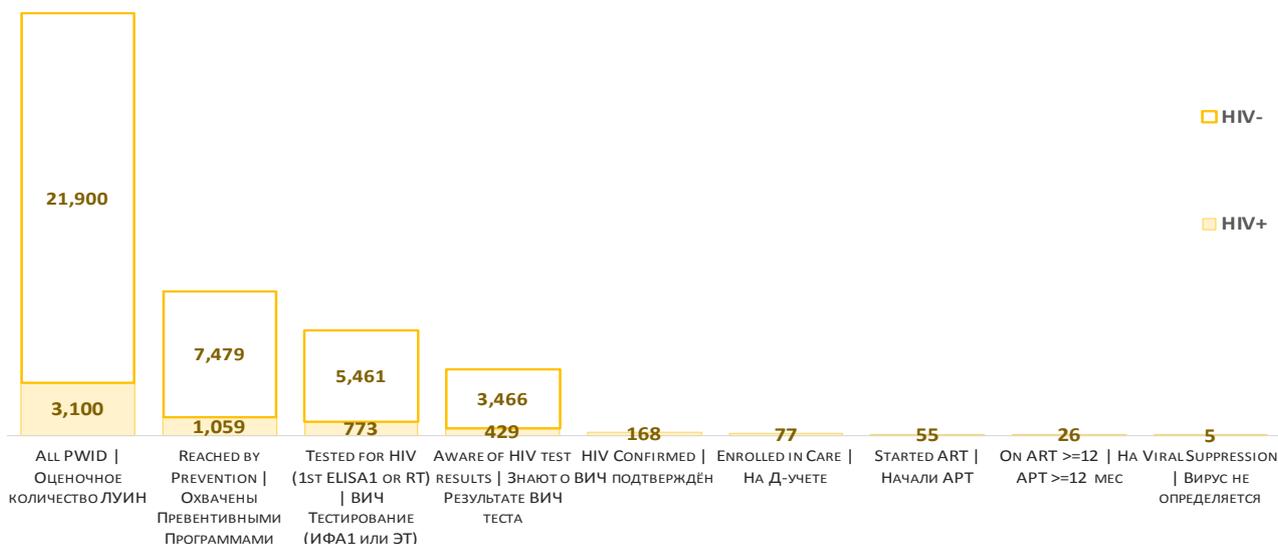
3.2 Каскад ВИЧ для ЛУИН

3.2.1 Движение ЛУИН вдоль каскада ВИЧ

(1). Национальный обзор

Оценочное количество ЛУИН составляет 25 000, из которых 3 100 ВИЧ-позитивны (за 2013 и 2014 гг.). Примерно 8 500 ЛУИН были охвачены профилактикой в 2013 году, из них около 1000 ЛУИН были ВИЧ-позитивны. 4 560 ЛУИН прошли тест на ВИЧ (2 158 при помощи экспресс-тестов) в гражданском секторе и остальные 1 674 ЛУИН – в тюрьмах (6 234 ЛУИН в общей сложности). Предположительно, 3 895 ЛУИН знали результаты тестирования, из которых примерно 429 предположительно имели позитивный ВИЧ-статус. Предположительно 171 ЛУИН пришли на подтверждение диагноза, а ВИЧ-инфекция была подтверждена у 168 человек.

Рисунок 27. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2013 г.



Аналогичная динамика проиллюстрирована на другой диаграмме, с применением логарифмической шкалы base-10 к вертикальной оси (количество ЛУИН) – что лучше показывает движение ВИЧ-позитивных ЛУИН вдоль каскада (см. Рисунок 44 на стр. 92).

Из 168 ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией, в Центре СПИД было зарегистрировано 77. Международное определение «знает свой ВИЧ-статус» применимо только к этим 77 ЛУИН, потому что послетестовое консультирование проводилось для них, и это документально отражено в специальной форме.

55 ЛУИН из 77 зарегистрированных начали АРТ, но только 26 получали лечение, по крайней мере, 12 месяцев.

Наконец, тест на определение вирусной нагрузки через 12 месяцев после начала АРТ прошли

26 человек, и у 5 вирус не определялся. Это означает, что, по крайней мере, у 5 из 22 ЛУИН вирусная нагрузка не обнаружена через 12 месяцев после начала АРТ. Никакой информации о вирусной нагрузке у оставшихся 4 больных на АРТ, по крайней мере, через 12 месяцев нет (см. Рисунок 65 на стр. 104).

Рисунок 45 (на стр. 92) показывает движение ЛУИН вдоль каскада только в гражданском секторе в 2013 г. – схема такая же. 49 из числа зарегистрированных 122 ЛУИН подтвердили свой ВИЧ-статус в 2013 г. (по сравнению с 28 из 46 и в тюрьмах). Примечательно, что 13 ЛУИН оставались на АРТ, по крайней мере, 12 месяцев в гражданском секторе из 35 ЛУИН, которые начали лечение (из когорты ЛУИН 2013 года), и такое же количество в тюрьмах, но из 20 ЛУИН, начавших АРТ (13 из 20).

(2). Сравнение по годам

Общее количество ЛУИН, протестированных экспресс-тестами на ВИЧ или ИФА1, в 2014 году было чуть меньше по сравнению с 2013 г.: 6 068 и 6 234 соответственно. Однако на 297 экспресс-тестов на ВИЧ было сделано больше в 2014 году (2 158 в 2013 и 2 455 в 2014 году). 199 ЛУИН были протестированы при помощи экспресс-тестов на ВИЧ в тюрьмах в 2014 году (0 – в 2013).

Оценочное количество ВИЧ-позитивных ЛУИН, протестированных ИФА1 или экспресс-тестами (425) и количество ЛУИН, чей ВИЧ-статус был подтвержден (170) в 2014 году, был очень близок к когорте 2013 года (429 и 168 соответственно), как показано на Рисунке 50

«Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2014 (на основе десятичной логарифмической шкалы)» на стр. 95. Однако 101 ЛУИН был зарегистрирован в 2014 г. по сравнению с 77 в когорте 2013 года. 77 ЛУИН из 101 зарегистрированных начали АРТ в 2014 году по сравнению с 55 из 77 зарегистрированных в предыдущей когорте.

Примечательно, что из 170 подтвержденных случаев среди ЛУИН/ЛЖВ, 40 (24%) были впервые выявлены с помощью экспресс-теста и остальные 130 – в ИФА1, что значительно выше, чем в 2013 году - 33 (или 20%) из 135 случаев соответственно.

(3). Сравнение по географическому разделению

Бишкек

Около 2 360 ЛУИН были охвачены профилактикой в 2013 году из примерно 8 050 ЛУИН, живущих в Бишкеке (см. Рисунок 47 «Движение ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2013 г. (на стр. 93). По оценкам, 402 ЛУИН были ВИЧ-позитивны из 2 360, охваченных профилактикой. Примерно половина из них, 206 ВИЧ-позитивных ЛУИН, были протестированы в ИФА1 или экспресс-тестом (из 1 715 всех ЛУИН, прошедших тестирование), и, предположительно, только половина 88 ВИЧ-позитивных ЛУИН знали о своем статусе и находятся на стадии подтверждения.

14 из 43 ЛУИН были зарегистрированы для наблюдения из когорты 2013 года в Бишкеке. 9 из 14 ЛУИН начали АРТ и 2 остались на терапии, по крайней мере, 12 месяцев. Определение вирусной нагрузки не проводилось у этих 2 ЛУИН после 12 месяцев от начала АРТ, поэтому подавление вируса не может быть подтверждено (“0”).

Тестирование на ВИЧ среди ЛУИН увеличилось значительно в 2014 году до 2 229 с 1 715 в 2013 году, но количество экспресс-тестов снизилось до 783 с 927 в 2013 г. (см. Рисунок 52 «Движение

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмы)» на стр. 96). Предположительно меньше ЛУИН знают о ВИЧ-статусе, который находится на стадии подтверждения: 24 из 160 в 2014 г. (по сравнению с 44 из 88 в 2013 году). В то же время, такое же количество ЛУИН было зарегистрировано. У 14 из 24 подтвердился ВИЧ

статус (когорта 2014 г., Бишкек) по сравнению с 43 в 2013 году. Если сравнивать с предыдущим годом, больше ЛУИН, начавших АРТ, находились на терапии, по меньшей мере, 12 месяцев: 5 из 14, по сравнению с 2 из 9 в 2013 году, начавших лечение. Это число может быть выше, поскольку оно охватывает только тех ЛУИН, которые начали лечение до ноября 2014 г.

Ош

Примерно 1 748 ЛУИН были охвачены профилактикой в 2013 году, из приблизительно 3 800 ЛУИН, живущих в Оше (см. Рисунок 48 «Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2013 (на основе десятичной логарифмической шкалы)» на стр. 94). По оценкам, 297 ЛУИН были ВИЧ-позитивными из 1 748 охваченных профилактикой. Большинство из них, 248 ВИЧ-позитивных ЛУИН, были протестированы, по крайней мере, ИФА1 или экспресс-тестом (всего протестировано 1 457 ЛУИН), и, предположительно, только пятая часть 79 ВИЧ-позитивных ЛУИН находятся на стадии подтверждения статуса (15).

9 зарегистрированных ЛУИН из когорты 2013 года в 15 ЛУИН подтвердили ВИЧ-инфекцию в Оше. Все 9 ЛУИН начали АРТ и 3 оставались на терапии, по крайней мере, 12 месяцев. Только один ЛУИН был протестирован на определение вирусной нагрузки после 12 месяцев от начала АРТ, и вирусная нагрузка была ниже порога.

Движение ЛУИН в 2013 году в городе Оше отличается от Бишкека на следующих этапах:

- Значительно более широкий охват ВИЧ-тестированием (ИФА1 или ЭТ) достигнут на стадии профилактики, особенно ЛУИН, которые были ВИЧ-позитивными:
 - Все ЛУИН: 1 243 из 1 457 в Оше, по сравнению с 1 715 из 2 367;
 - ВИЧ-позитивные ЛУИН: 248 из 297 в Оше, по сравнению с 206 из 402 в Бишкеке.

- Значительно ниже доля ЛУИН, которые находятся на стадии подтверждения среди ЛУИН, знающих об их предполагаемом инфицировании ВИЧ: 15 из 77 в Оше, по сравнению с 43 из 88 в Бишкеке.
- Более половины ЛУИН, чей ВИЧ-положительный статус был подтвержден, были зарегистрированы (9 из 14) в Оше, по сравнению с четвертой частью в Бишкеке (14 из 43).
- Все зарегистрированные в Оше ЛУИН начали АРТ по сравнению с 9 из 14 в Бишкеке.

Еще одно отличие: все 15 ВИЧ-подтвержденных случаев были выявлены путем экспресс-тестирования в Оше (по сравнению с 11 из 43 случаев в Бишкеке); в то же время только 15 ЛУИН из 84 с положительным тестом на ВИЧ достигли ИФА1 (и, предположительно, подтвердили) по сравнению с 11 из 45 в Бишкеке.

Количество ЛУИН, протестированных на ВИЧ в 2014 году, сократилось до 1 342 (хотя было проведено такое же количество экспресс-тестирования) в отличие от Бишкека (см. Рисунок 25 «Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2014 (на основе десятичной логарифмической шкалы)» на стр. 60). Однако общее число ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией было выше - 26 (по сравнению с 15 в 2013), потому что почти половина - 61 ЛУИН с подозрением на ВИЧ-инфекцию достигла этого этапа (по сравнению с одной пятой частью в 2013 году). Как и в предыдущем году, все 17 зарегистрированных ЛУИН начали АРТ и третья часть оставалась на лечении, по крайней мере, 12 месяцев.

Чуй

Около 1 470 ЛУИН были охвачены профилактикой в 2013 году из приблизительно 6 000 ЛУИН, живущих в Чуйской области (см. Рисунок 49 «Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2013 (на основе десятичной логарифмической шкалы)» на стр. 94). 176 ЛУИН, по оценкам, инфицированы ВИЧ из 1 470, охваченных профилактикой. Большинство из них, 134 ВИЧ-позитивных ЛУИН, по крайней мере, были проверены на ВИЧ при помощи ИФА1 или экспресс-теста (из общего количества 1 117 протестированных ЛУИН). Предположительно, половина из 108 ВИЧ-позитивных ЛУИН знают о своем статусе и находятся на стадии подтверждения.

23 из 56 ЛУИН были зарегистрированы из когорты 2013 года с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в Чуйской области. 15 ЛУИН начали и 8 оставались на АРТ, по крайней мере, 12 месяцев. 3 ЛУИН были протестированы на вирусную нагрузку после 12 месяцев с начала АРТ, и вирусная нагрузка была ниже порога во всех 3 случаях.

Относительно высокого охвата тестированием ЛУИН (ИФА1 или ЭТ), получающих профилактические услуги, ситуация похожа на г. Ош,

но когда речь идет о достижении стадии подтверждения (модель похожа на Бишкек) - т.е. ситуация в Чуйской области была лучше, чем в Оше.

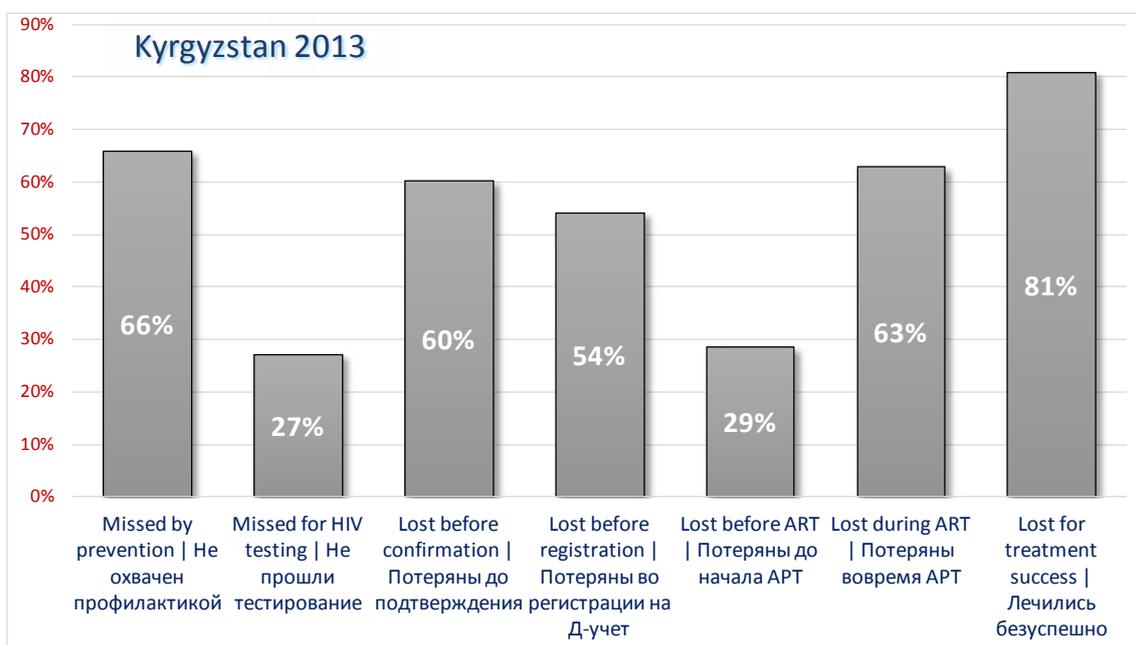
Чуйская область отличается от Бишкека и Оша наибольшей долей ЛУИН, кто оставался на АРТ, по крайней мере, 12 месяцев: 8 из 15, по сравнению с 3 из 9 в Оше и 2 из 9 в Бишкеке.

Количество ЛУИН, протестированных на ВИЧ в 2014 году, увеличилось незначительно, до 1 292 (см. Рисунок 54 «Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2014 (на основе десятичной логарифмической шкалы)» на стр. 97). Все 5 ЛУИН с положительным результатом после экспресс-теста в 2014 г. получили ИФА1 (по сравнению лишь с 7 из 11 в 2013 году). Больше ЛУИН было зарегистрировано в 2014 году, чем в предыдущем году: 35 из 69 ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией (по сравнению с 23 из 56 в 2013 году). Аналогично с предыдущим годом, большинство зарегистрированных ЛУИН начали АРТ (26 из 35) в 2014 году и 11 оставались на АРТ, по крайней мере, 12 месяцев (по сравнению с 8 из 15 в когорте 2013 года).

3.2.2 Взгляд системы

С точки зрения системы, потеря ЛУИН вдоль каскада является наиболее информативной, как показано ниже, см. Рисунок 28:

Рисунок 28. Потеря ЛУИН вдоль каскада (все сектора), 2013 г.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

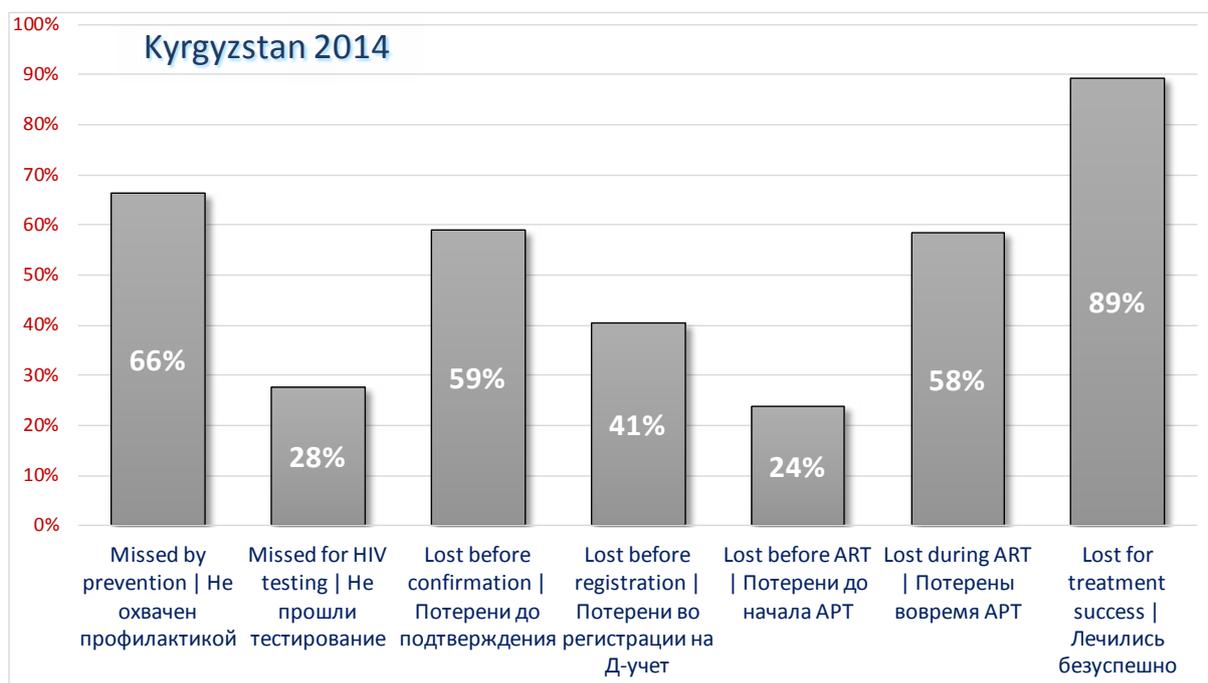
Если потери на стадии профилактики (66%) спорны, потому что не все согласны с оценкой количества ЛУИН (и административные данные и IBBS (ДЭН) отличаются), по крайней мере, 27% ЛУИН, охваченных профилактикой, не проходят тестирование на ВИЧ. Если данные административных отчетов о количестве охваченных профилактикой, используемых в каскадной модели, выше, чем рассчитано по результатам IBBS (ДЭН) 2013 года, тогда 51% ЛУИН не получили услуги по профилактике и 49% ЛУИН, охваченных профилактикой в 2013 году, не прошли тестирование на ВИЧ.

60% предположительно ВИЧ-позитивных ЛУИН, знающих результаты теста ИФА2, не достигли стадии подтверждения. Другая критическая потеря происходит на стадии между подтверждением и регистрацией. 54% ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией были потеряны. Как сообщили некоторые ключевые

респонденты, потери гораздо меньше, когда ЛУИН сопровождает сотрудник Центра СПИД, особенно после подтверждения регистрации. Некоторые опрошенные работники здравоохранения пожаловались на то, что медицинский персонал перегружен в специализированных клиниках. Штатные должности были определены десять лет назад, когда рабочая нагрузка была гораздо меньше, чем сегодня, что они не способны тратить достаточно времени на работу с ЛУИН (или другими ЛЖВ) в момент регистрации, чтобы убеждать их остаться в программах наблюдения и лечения.

Кроме того, почти треть зарегистрированных ЛУИН не начинали АРТ, и 63% из тех, кто начал, не удерживались на АРТ 12 месяцев. Результаты лечения АРТ среди тех, кто оставался на АРТ, по крайней мере 12 месяцев, были удовлетворительными или неизвестными у 81% таких лиц в 2013 году.

Рисунок 29. Потеря ЛУИН вдоль каскада (все сектора), 2014 г.



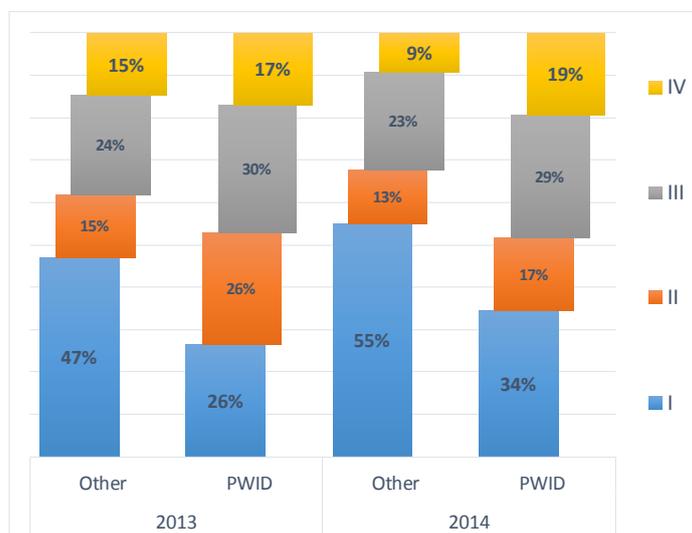
Ситуация была почти идентична в 2014 году, как показано выше, Рисунок 29: меньше ЛУИН терялись между этапом регистрации и подтверждения: 41% по сравнению с 54% в 2013. Потеря ЛУИН была сравнительно ниже на стадии АРТ: 24% были потеряны между регистрацией и началом АРТ (по сравнению с 29% в 2013 году) и 58% - во время АРТ (по сравнению с 63% в 2013 году).

Потеря ЛУИН в рамках каскада по регионам и годам приведена в деталях на стр. 97, Рисунок 55 «Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2013 г.» и на стр. 98, Рисунок 56 «Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2014 г.». Примечательно, что количество ЛУИН, протестированных на ВИЧ в тюрьмах (1 674),

было выше, чем количество ЛУИН, охваченных профилактикой (1 488, согласно административным данным). Таким образом, расчет потерь показывает «излишки» вместо потери в тюрьмах в 2013 году. Аналогичную ситуацию можно отметить для «остальных» областей в 2013 г., если использовать административные показатели профилактических услуг, что ставит под сомнение надежность и последовательность существующих статистических данных.

Позднее выявление ВИЧ-инфекции и позднее начало АРТ может быть одним из последствий вышеупомянутых потерь ЛУИН, как показано ниже (см. Рисунок 30). Если почти половина «оставшихся» людей имели первую клиническую стадию заболевания ВИЧ в момент подтверждения ВИЧ-инфекции в 2013 году, только 26% ЛУИН имели начальные стадии ВИЧ-инфекции на момент выявления. Доля больных с продвинутой ВИЧ-инфекцией (клиническая стадия 4) среди ЛУИН была вдвое выше по сравнению с другими (19 и 9% соответственно).

Рисунок 30. Сравнение структуры заболевания клинических стадий ВИЧ-инфекции между ЛУИН и другими группами по годам.



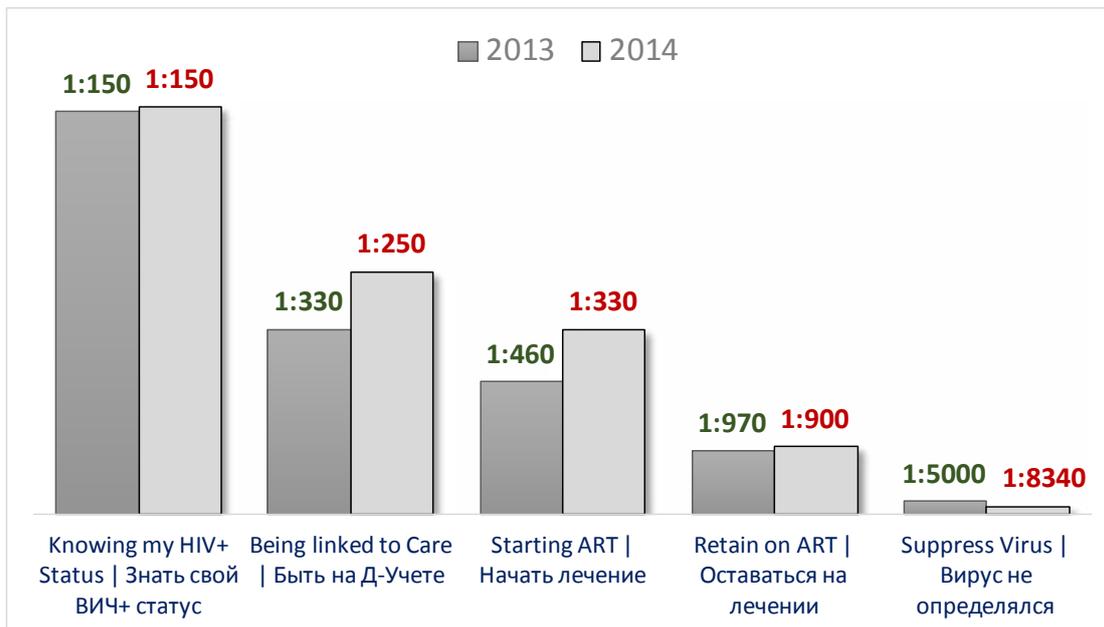
3.2.3 Взгляд ЛУИН

«Средний» ЛУИН имел шанс быть инфицированным ВИЧ примерно в соотношении один из десяти. Однако шансы знать ВИЧ-статус были 150 к 1 в 2013 году, получать уход – 330 к 1, начать АРТ – 460 к 1, оставаться на АРТ, по крайней мере 12 месяцев – 970 к 1 и, наконец,

подавление вирусной нагрузки – 5 000 к 1, как показано ниже (см. Рисунок 31). Шансы включиться в программы наблюдения и начать АРТ увеличились в 2014 году, как 250 к 1 и 330 к 1, соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

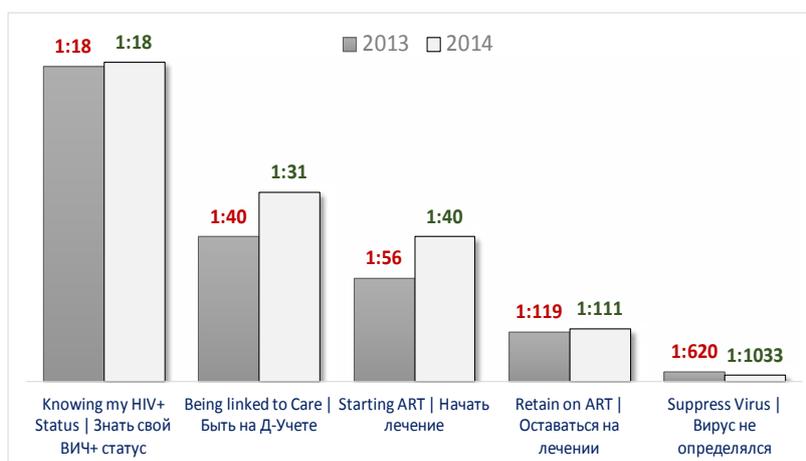
Рисунок 31. Шансы достижения различных этапов каскада для ЛУИН в 2013 году в Кыргызстане.



Шансы достичь различных важных этапов возрастают для ВИЧ-позитивных ЛУИН, как показано ниже (см. Рисунок 32). Тем не менее,

шансы получить «неопределяемую» вирусную нагрузку после 12 месяцев АРТ были 620 к 1, и они ухудшились в 2014 году, как 1 000 к 1.

Рисунок 32. Шансы достижения различных этапов каскада для ВИЧ-позитивных ЛУИН в 2014 году в Кыргызстане.



Как сообщили некоторые ЛУИН в Оше, снизилось качество профилактических услуг. В прошлом было больше взаимодействия с представителями НПО, «чаепития» или другие мероприятия были более частыми, чтобы получить информацию или совет. Даже милиция была более дружелюбной в прошлом, но теперь они охотятся за ЛУИН возле дропин-центров или сайтов ОЗТ. Аутрич-работники были более образованными в прошлом, в настоящее время они просто приносят шприцы и более

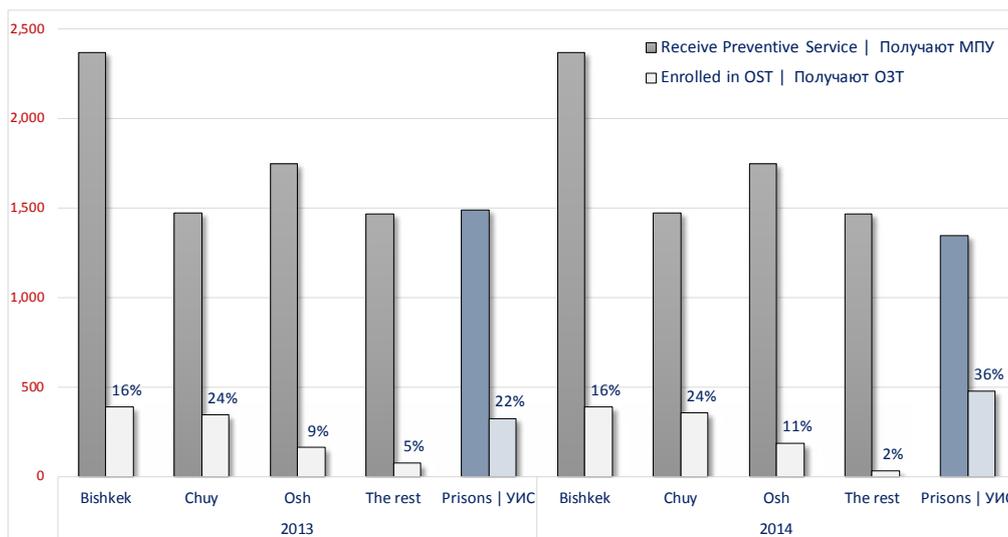
заинтересованы собрать используемые, чем поговорить с ЛУИН. Они приносят информационно-просветительские материалы, встречают ЛУИН на улице, но общаются с ЛУИН «на бегу», когда есть время.

Относительно факторов, делающих профилактические услуги более привлекательными, многие опрошенные ЛУИН подчеркивают мотивационные пакеты (продовольственные пакеты или единицы для мобильной связи). Мнение о распространении шприцев разнообразно:

некоторые ЛУИН думают, что они не нужны, поскольку они дешевы и доступны в любой аптеке и лучше заменить их на тестирование на ВГС или ВГВ, сифилис или ТБ. Другие думают, что получать шприцы хорошо, но только вместо достижения бенефициаров, они продаются на черном рынке.

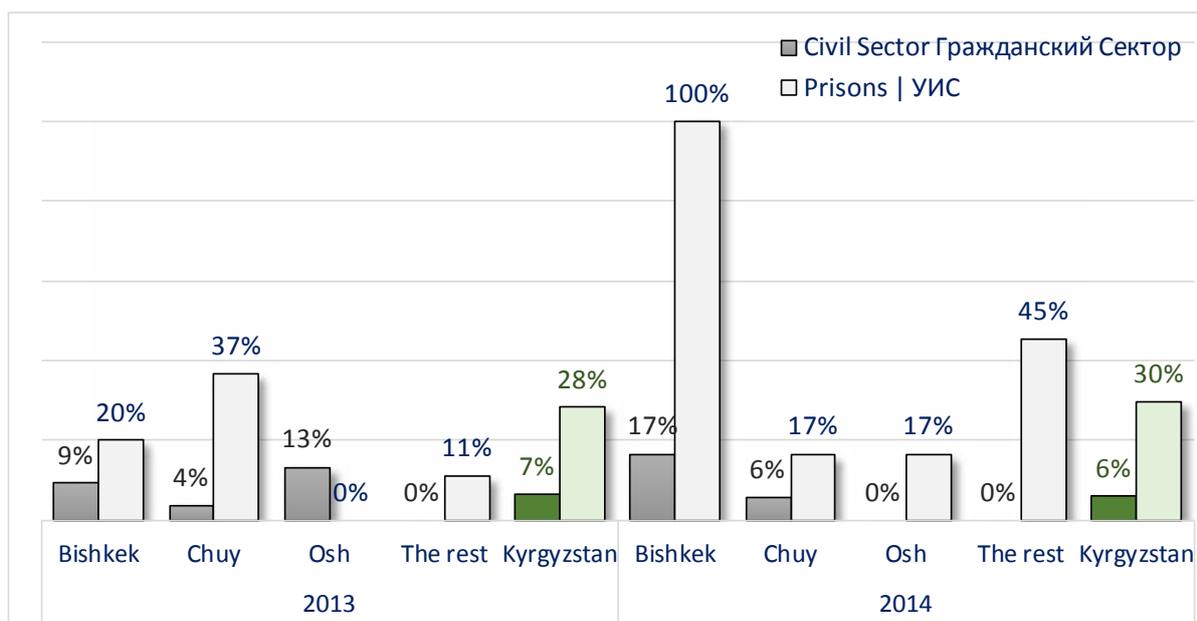
ЛУИН, охваченные программами профилактики, имеют разные шансы поступить в ОЗТ. Шансы колебались от 5% в других областях до 24% в Чуйской области в 2013 году, но самый высокий шанс был в тюрьмах в 2014 г. (36%), затем Чуйская область (24%) и Бишкек (16%), как показано ниже (см. Рисунок 33).

Рисунок 33. Вероятность быть зачисленным на ОЗТ для ЛУИН, охваченных профилактикой по географическому разделению/секторам и годам.



Вероятность получения услуги ОЗТ, если ВИЧ-инфекция подтверждается, не увеличивается, как показано ниже (см. Рисунок 34).

Рисунок 34. Вероятность быть зачисленным в программы ОЗТ для ЛУИН, на АРТ по крайней мере 12 месяцев, по географическому разделению, секторам и годам.



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

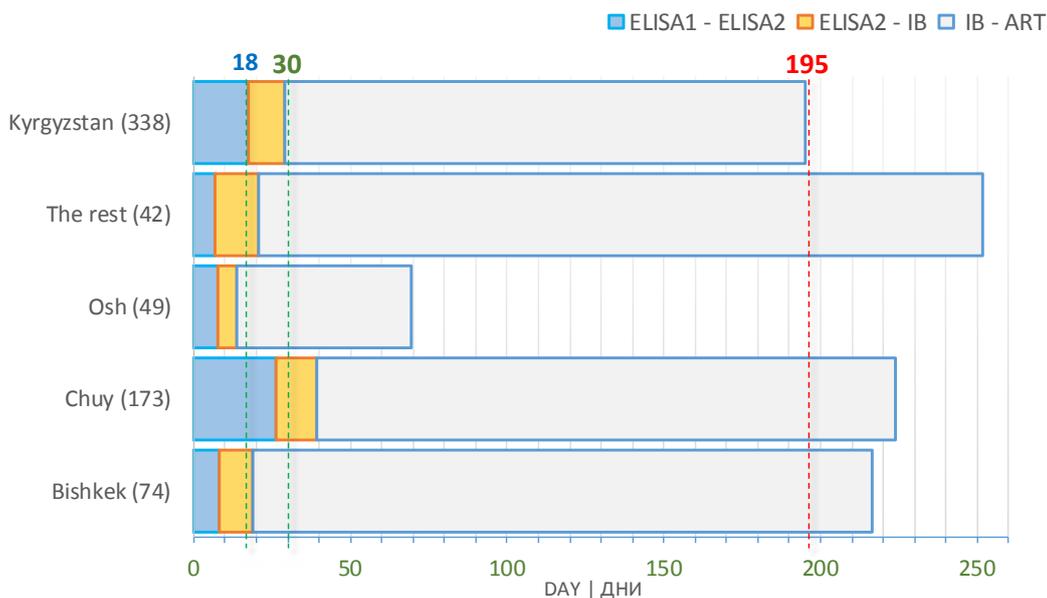
Наибольшие шансы поступить на ОЗТ, если ВИЧ-инфекция была подтверждена в 2013 или 2014 гг. в тюрьме: соответственно 28% и 30% (в среднем по стране). Немного выше шансы были в гражданском секторе в городах Ош и Бишкек в 2013 г. (13% и 9% соответственно), но эти шансы были утрачены в 2014 году.

ЛУИН должен ждать в среднем 18 дней, чтобы получить второй тест ИФА (от 26 дней в Чуйской области и до 8 дней в Бишкеке и Оше), как показано ниже (см. Рисунок 35), и 30 дней до подтверждения (от 14 дней в Оше, до 39 дней в Чуйской области). АРТ начинается, в среднем, через 195 дней после первого теста ИФА (через 70 дней в Оше, по сравнению с 216 днями в Бишкеке).

РЦ “СПИД” недавно объявил, что алгоритм тестирования был упрощен, чтобы сократить

время от первого тестирования на ВИЧ для подтверждения ВИЧ, но команде исследования не удалось документально доказать новый алгоритм. Как пояснил один из ключевых респондентов, представляющих поставщиков услуг, областные центры СПИД получили новые стандартные оперативные процедуры, которые регламентируют хранение и транспортировку образцов крови. В процессе завершения разработки новой инструкции по тестированию на ВИЧ, что позволит использовать первый забор крови для всех трех тестов (ИФА1, ИФА2 и ИБ). Они считают, что это сократит период между ИФА1 и результатом ИБ. В интервью ЛУИН сообщили, что ожидание результатов тестирования на ВИЧ было намного дольше в прошлом, теперь оно занимает в среднем одну неделю и только 2-3 дня в тюрьмах.

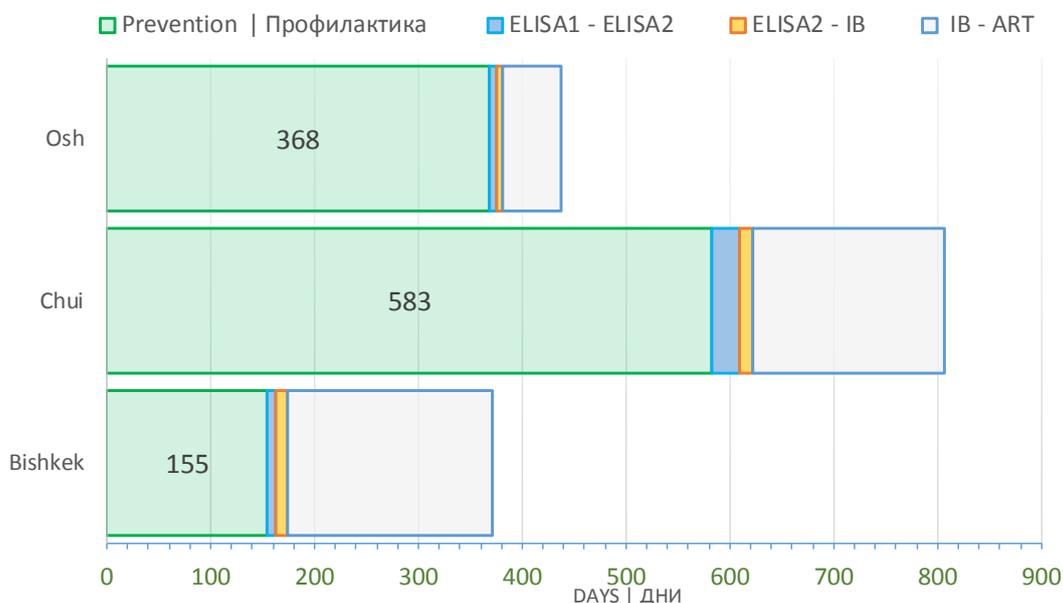
Рисунок 35. Время между критическими этапами (календарные дни) по географическому разделению (все сектора, агрегированные данные за 2013-2014 гг.)



ЛУИН необходимо от 155 дней в Бишкеке до 538 дней в Чуйской области с момента получения первой услуги профилактики, чтобы согласиться на тестирование на ВИЧ, как показано ниже (см. Рисунок 36). Таким образом, весь путь от первой услуги профилактики до начала АРТ может быть до 800 дней в Чуйской области, 371

день в Бишкеке и 438 дней в Оше. Как сообщили некоторые ЛУИН в Оше (с опытом употребления наркотиков путем инъекций 5-12 лет), требуется от 3 до 8 лет с начала употребления инъекционных наркотиков, чтобы быть охваченными ПОШ или услугами ОЗТ.

Рисунок 36. Время между критическими этапами, включая начало профилактики по некоторым областям



На рисунке 58 и 59 «Время между критическими этапами (календарные дни) по годам и географическому разделению – гражданский сектор» (на стр. 99) представлена более подробная информация о времени ожидания для ЛУИН для перемещения от одного до другого этапа каскада по годам, секторам и географическим районам.

4 Обсуждение и анализ

4.1 Может ли реализация Государственной программы повлиять на эпидемию?

Команда исследования провела оценку реализации Государственной программы в соответствии с планом МиО и в соответствии с ее структурой, стратегиями и целями. Независимо от реализации Государственной программы (раздел 3.1 «Среднесрочной оценки прогресса исполнения Государственной программы по ВИЧ

и СПИДу»), главный вопрос остается без ответа – какое влияние на эпидемию можно ожидать от реализации Государственной программы? Наоборот – могут ли заинтересованные стороны быть оптимистичными, что следующее IBBS (ДЭН) покажет стабилизацию эпидемии (по крайней мере, если не случится прорыва)?

Что мы знаем об эпидемии? Сосредоточена ли она в следующих группах населения:

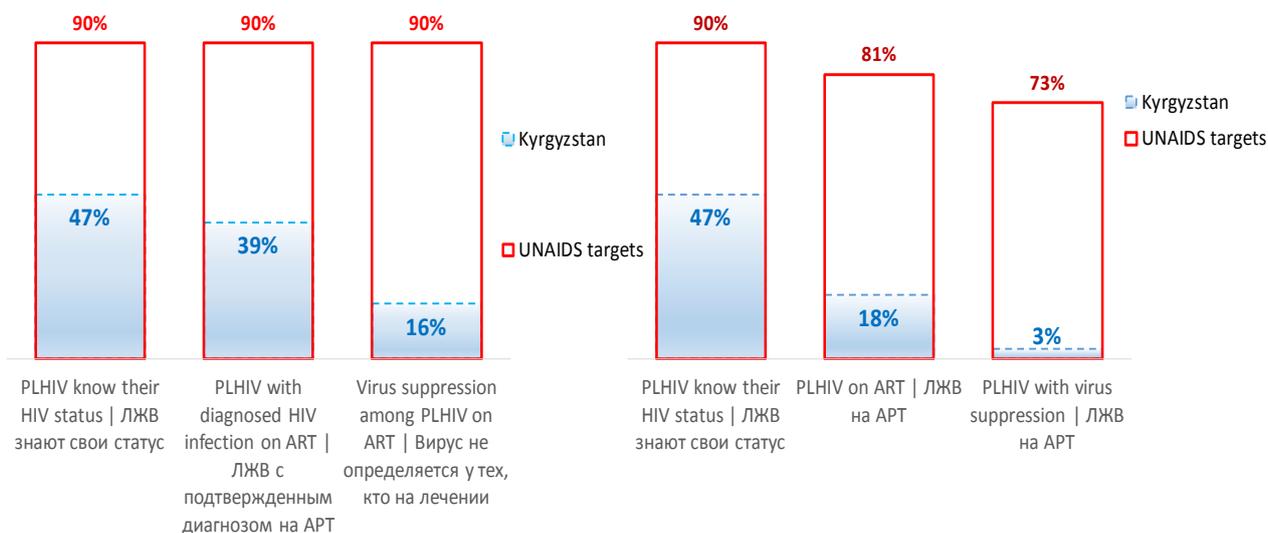
	ЛУИН	СР	МСМ	Заклученные	Половые партнеры ЛУИН	ТБ пациенты
Распространенность ВИЧ	12,4%	2,2%	6,6%	7,6%	5%	3,5%
ВГС	45,6%	3%	1,6%	34,5%	15,5%	
Сифилис	8,3%	23,6%	7,9%	14%		

Знаем ли мы, где находится ответ?

		ЛУИН	СР	МСМ	ЛЖВ
Профилактика	Охвачены профилактикой ¹⁵	52% от ОЧ	79% от ОЧ	24% 2 203 из доступных 9000	
	Протестированы на ВИЧ	24% от ОЧ	27% от ОЧ	8% 852 из доступных 9000	
	Протестированы на ИППП		22% от ОЧ	7% 597 из доступных 9000	
	Знают о ВИЧ-инфекции	46%	21%	56,8%	
	Говорят о безопасных практиках	55%	91%	82%	???
	Приняты на АРТ				28% – 1 718 из 4 412 ЛЖВ, которые знают свой статус и живы или 68% из 2 538 доступных
	Подавление вируса до неопределяемого уровня				16% – 262 из 1 718, получающих АРТ
Уход и поддержка	Паллиативная помощь				13% – 142 из 1 039 нуждающихся
	Поддержка (равный - равному)				67% – 1 710 из 2 538 доступных
	Целенаправленные социальные пособия				32% 551 из 1 718 на АРТ

¹⁵ Административные данные за 2014 г. из отчета ГУГ ПРООН ГФ.

Где должна быть страна к 2020 г.? Как далеко страна от целей ЮНЭЙДС 90-90-90 будет к 2020 г. (UNAIDS 2014)?



Может ли Государственная программа, не имея цели тестирования на ВИЧ и с 47% ЛЖВ, знающих свой статус, иметь влияние, когда 90% ЛЖВ должны знать ВИЧ-статус, чтобы положить конец эпидемии к 2030 году?

Может ли Государственная программа с 40% целью (на 2016 год) и 29% фактическим охватом АРТ иметь влияние, когда 81% ЛЖВ должны быть на АРТ, чтобы положить конец эпидемии к 2030 году?

Сколько времени займет ВИЧ-инфекции распространиться и достичь:

- Распространенность ВГС среди ЛУИН (45,6%), когда 54% не знали о рисках, связанных с ВИЧ, 76% не проходили тестирования на ВИЧ, 97% не получают услуги ОЗТ и 45% не используют стерильный инструментарий для инъекций? И когда 5,1% их половых партнеров (не потребителей инъекционных наркотиков) уже ВИЧ-позитивы...
- Распространенность сифилиса среди СР (23,6%), когда 79% не знали о рисках, связанных с ВИЧ, 73% не проверялись на ВИЧ и 78% не проверялись на ИППП?

4.2 Следует ли пересматривать концептуально национальное реагирование на эпидемию?

4.2.1 Для чего пересматривать?

Существует две основные причины для пересмотра национальных мер в ответ на эпидемию: ответственность и эффективность.

Ответственность

Эпидемия, по-прежнему, сосредоточена в ключевых группах населения, но это вопрос времени, чтобы стать генерализованной, как это случилось в Российской Федерации или Украине.

Глобальное сообщество считает, что эпидемию можно закончить к 2030 году, если страны ставят и достигают цели 90-90-90, «новые, решающие, амбициозные, но достижимые цели».

Таким образом, сегодня, в 2015 году, это то самое время, чтобы сделать выбор между двумя сценариями:

Сценарий 1: Кыргызстан без эпидемии ВИЧ в 2030 г.

Сценарий 2: Кыргызстан с генерализованной эпидемией ВИЧ в 2030 г.

ОБСУЖДЕНИЕ И АНАЛИЗ

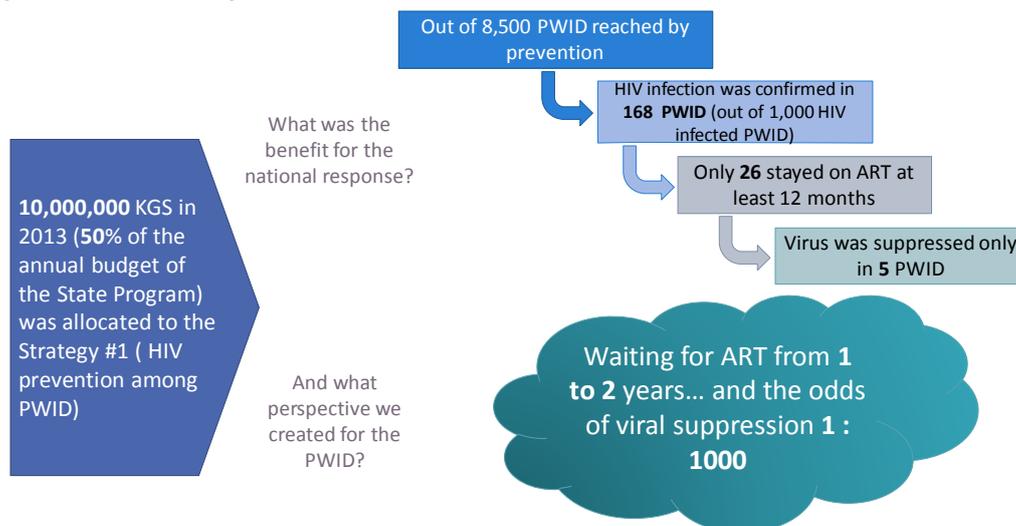
Любой в стране, кто имеет моральную, гражданскую, профессиональную, корпоративную или политическую ответственность за будущее страны, должен сделать выбор прямо сейчас. Игнорируя это, продолжая вести дела, как

обычно, означает подписаться под сценарием 2 и, по умолчанию, принимать ответственность за Кыргызстан, разделяя участь Российской Федерации или Украины относительно эпидемии ВИЧ.

Эффективность

Национальные меры в ответ на эпидемию, это действия или результат?

Было приложено немало усилий и действий для реализации Государственной программы, но не много результатов достигнуто, чтобы остановить эпидемию:



Не поздно перестать думать, «что мы делаем для стабилизации эпидемии?» и начать думать, «достигаем ли мы результатов для стабилизации эпидемии?».

4.2.2 Как пересматривать?

Парадигма национального ответа может быть изменена, если сдвинуть вектор мышления:

- От реализации «национального ответа» на «остановку эпидемии», с упором на результаты, а не на действия, или от «какие меры являются наиболее важными для национального ответа?» к «какие достижения имеют важное значение для прекращения эпидемии?»
- От демонстрации успеха на отдельных этапах каскада ВИЧ, профилактики и ухода к ответственности за успех по всей цепи каскада профилактики, ухода, лечения и поддержки.
- От услуг бенефициарам, от «что я хочу и могу сделать?» до «каковы потребности, предпочтения и ожидания бенефициаров?»

- От «сколько ресурсов нам нужно для мероприятий?» до «сколько мы можем сделать и чего достичь с учетом ресурсов?»
- От «как хорошо мы координируем наши усилия, чтобы выполнять обязанности коллективно» до «кто за какой результат несет ответственность?» и «как ответственные субъекты взаимодействуют?»

Переосмысление это изменение парадигмы, в первую очередь, и только после этого, поиск наиболее подходящих программных или технических решений. За последнее десятилетие в Кыргызстане было проведено много технических оценок правительством и партнерами в различных областях национальных ответных мер (например, снижение вреда, ВИЧ-диагностики, лечения, ухода и поддержки, ППМР, прав человека, стигмы и дискриминации и т.д.). Очень полезные решения, данные в

этих документах для разработки и реализации программ, по управлению и отслеживанию прогресса, по-прежнему, ждут своего времени, чтобы быть реализованными. Страна накопила бесценный опыт в том, что и как можно

сделать в интересах конечных бенефициаров и общества. Еще больше можно узнать из опыта других стран. Все эти активы могут быть полностью преобразованы в результаты только после смены парадигмы национальных ответных мер.

4.3 Является ли Государственная программа адекватным инструментом политики?

Исследовательская группа считает, что план (особенно пятилетний) должен отвечать следующим требованиям, чтобы быть инструментом эффективной политики:

- a) Долгосрочное видение, концептуальные рамки (отражающие понимание и соглашение между основными заинтересованными сторонами на ключевые принципы и основные направления национальных ответных мер) лежат в основе плана.
- b) План предусматривает действия по цепочке результатов к достижению в определенный период времени с учетом потенциала субъектов, извлеченных уроков и рисков.
- c) Потребности в ресурсах для важных действий будут полностью удовлетворены (или, по крайней мере, сбалансированы с ожидаемыми результатами) и, если что-то осталось после этого, ресурсы выделяются на другие области национальных ответных мер.
- d) Обязанности в рамках каждого результата (вдоль цепочки результатов) четко прописаны для каждого участника, пропорционально полномочиям и ресурсам.
- e) Мониторинг и оценка не ограничивается только измерением прогресса или конечного результата, но сочетает обязанность и четкие механизмы реагирования на любое неудовлетворительное выполнение или не достижение.

Команда исследования не находит Государственную программу соответствующей любому из вышеперечисленных требований:

- В стране нет никакого политического документа длительного действия, кроме Государственной программы, которая передает видение страны в связи с эпидемией ВИЧ и устанавливает конкретные измеримые ре-

зультаты 5-летнего плана, необходимые для достижения долгосрочных целей. Другими словами, нет четкой концептуальной оси (или платформы), вокруг которой должен быть построен план (или его основы).

- Результаты Государственной программы представлены в двух слоях: конкретные действия (мероприятия) и конкретные задачи (результаты). Однако, нет логической иерархии результатов, показывающей, что будет общим результатом достижения 4-х задач стратегии 2 или 6-и задач в рамках стратегии 3, или чего можно достичь при реализации всех 5-и стратегий (т.е. «Общие итоги») (не говоря уже о логических противоречиях между некоторыми задачами и ожидаемыми результатами). Неясно, почему стратегия 1 «Снижение уязвимости потребителей инъекционных наркотиков к ВИЧ-инфекции», направленная на эпидемию среди ЛУИН, имеет только одну задачу, сосредоточенную на профилактике, и ничего не говорится о лечении, уходе и поддержке.
- Государственная программа объявляет приоритеты, но они не более, чем устные заявления:
 - Государственная программа не прописывает того, что произойдет, если мобилизуется меньше ресурсов, чем планировалось, или если прогнозируемый финансовый разрыв (16% от общих потребностей в ресурсах) не будет покрыт. Неясно, какие стратегии или задачи получат полное финансирование (таким образом, признавая их как высокий приоритет). И в такой ситуации, какие стратегии или задачи будут приостановлены или сокращены (таким образом, признавая их приоритетом ниже).
 - Можно ли, независимо от наличия финансирования, рассматривать стратегию 3, или АРТ, в частности (задача 3.1), как

высокоприоритетную, когда ожидаемый результат 40%? Или что является приоритетом в условиях концентрированной эпидемии: тестирование на ВИЧ всех беременных женщин или ключевых групп населения? Ни ожидаемого результата, ни индикатора относительно планируемого охвата тестированием на ВИЧ основных групп населения нет, но он задан для беременных женщин > 90%. И ответ, что есть приоритет против объявленного, виден на практике: из более чем 480 000 долл. США на тестирование на ВИЧ, КГ составили 4%, беременные женщины – 46% финансирования.

- Государственная программа определяет ответственных за отчетность по результатам, но не за достижение результатов. В каскаде ВИЧ существуют критические области: профилактика и уход, где никто не несет ответственности за неприемлемую потерю ключевых групп населения с подозреваемой или подтвержденной ВИЧ-инфекцией.
- Формально план МиО прилагается к Государственной программе. Но не было обнаружено, что а) годовые отчеты (где измерены задачи и «ожидаемые результаты» по конкретным целям) были представлены регулярно в министерства или СКК, б) или были рассмотрены в отношении ресурсов и с) соответствующие решения в рамках основы стратегического управления (или надзора) были приняты. Два подготовленных отчета РЦ «СПИД», представленные правительству, отражают прогресс в реализации плана работы Государственной программы (измеряя выполнение задач), но не результаты, как это определено в плане МиО.

Среднесрочный обзор предыдущей Государственной программы показал, что дизайну программы не хватало а) приоритизации стратегий и задач, б) утвержденного плана МиО и рекомендованного определения приоритетов на уровне стратегий и задач, чтобы использовать логическую рамку и

сосредоточиться на окончательных результатах. Ответ на эти рекомендации можно найти в текущей Государственной программе: а) план МиО был разработан и одобрен совместно с Государственной программой, с технически подробным и полезным руководством по индикаторам; б) вместо 19 стратегий по 3 компонентам и 54 задач, текущая Государственная программа состоит из 5 стратегий и 17 задач, хотя они все еще не имеют логической последовательности; с) для каждой задачи изложены ожидаемые результаты, но есть логические пробелы между ожидаемыми результатами и целями, или между целями и их влиянием на эпидемию.

Относительно влияния на эпидемию, предыдущий среднесрочный обзор пришел к выводу, что, «несмотря на неоспоримые достижения в различных направлениях, введение Государственной программы (по состоянию на 2008 г.) не уменьшает угрозы дальнейшего распространения эпидемии ВИЧ» из-за отсутствия приоритетов, недостаточного стремления к результатам и невозможности их измерить, а также дефицита финансовых ресурсов. Исследовательская группа признает, что большинство пунктов выводов 6-летней давности, по-прежнему, актуальны для текущего состояния программы:

- В целом, исследовательская команда признает прогресс, достигнутый в разработке Государственной программы, но, по-прежнему, отмечает ограниченную форму, нежели содержание. Как в предыдущем случае, исследовательская группа признает, что дизайн Государственной программы соответствует потребностям и практике стратегического управления и следует его эволюции.
- Несмотря на значительную активизацию профилактических мероприятий, направленных на ключевые группы населения и лечения АРВ, уход и поддержку ЛЖВ, основное внимание по-прежнему фокусируется на масштабе, нежели на качестве.

5 Заключение и рекомендации

5.1 Заключение

5.1.1 Относительно прогресса в реализации Государственной программы

(С.1) Невозможно должным образом оценить достижения стратегий #1 и #2 по профилактике распространения ВИЧ среди ключевых групп населения из-за отсутствия стратегической информации; картина прояснится после проведения следующего IBBS (ДЭН) в 2016 году.

(С.2) Оставшиеся три стратегии и стратегия #3 «Обеспечение доступа к лечению, уходу и поддержке для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)», в частности, не были выполнены полностью, как показывают результаты измерения целевых показателей.

(С.3) Несмотря на увеличивающийся охват профилактикой, лечением, уходом и поддержкой,

нет никаких доказательств на уровне результатов того, что сокращается рискованное поведение и уязвимость ключевых групп населения. Напротив, есть свидетельства очень низкого уровня тестирования на ВИЧ и регистрации для наблюдения и лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения. Все это не может предотвратить также новые случаи ВИЧ-инфекции среди половых партнеров ЛУИН, не употребляющих наркотики в 2014 году. Таким образом, существует мало оснований для оптимизма о том, что реализация Государственной программы окажет влияние на эпидемию ВИЧ в 2016 году.

5.1.2 Относительно эффективности подходов и реализации

(С.4) Анализ каскада услуг по ВИЧ, профилактике и уходу в отношении ЛУИН, а также вмешательств, направленных на другие ключевые группы населения, показал, что существующие подходы планирования и реализации не эффективны:

- a) Расширение мероприятий не дало результатов по цепи ВИЧ-связанных услуг, например, количества проведенного консультирования и тестирования, подтверждения ВИЧ-инфекции, регистрации, включения и удержания на АРТ (World Health Organization 2015).
- b) Достичь желаемых результатов в отношении подавления вируса до неопределяемого уровня не удалось даже среди ЛЖВ, которые зарегистрированы и доступны.
- c) Потери бенефициаров вдоль каскада профилактики, ухода и лечения были огромные, что подрывает не только эффективность, но и результативность вмешательств при сравнении результатов (доля ЛЖВ с подавлением вируса) и вклада на уровне мероприятий.

(С.5) Причины неэффективности каскада ВИЧ, профилактики и ухода можно подразделить на две категории:

- a) Концептуальные – видение (концепция) национального ответа строится вокруг существующих организаций/исполнителей в области компетенции и интересов, а не вокруг каждого человека, особенно с поведением высокого риска. Следовательно:
 - Мероприятия определяются по принципу «кто что будет делать или хочет делать», а не по принципу «какие задачи и результаты имеют решающее значение для стабилизации эпидемии».
 - Услуги более соответствуют предпочтениям провайдеров, чем удовлетворяют потребности и ожидания бенефициаров.
- b) Управление: действие (на каждой стадии каскада) значит больше, чем окончательный результат (в конце каскада ВИЧ):
 - Система управления (включая ее обычные инструменты МиО) является слепой. Наблюдаются огромные потери целевых групп между этапами каскада (на-

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

пример, между первым тестом на ВИЧ и подтверждением, между ВИЧ-подтверждением и регистрацией, между регистрацией и включением на АРТ).

- Ответственность за каждый этап потока между этими критическими этапами каскада ни за кем не закреплена, поэтому никто не может нести ответственность за потерю клиентов.

5.1.3 Относительно Государственной программы как инструмента политики/управления

(С.6) Несмотря на заметный прогресс, по сравнению с предыдущей версией, структура и содержание Государственной программы, по-прежнему, не могут удовлетворить базовые требования к основным документам политики/управления национальными мерами в ответ на эпидемию:

- а) Задачи и затем вмешательства (мероприятия), необходимые для достижения результатов не имеют приоритетов.
- б) Существуют пробелы в логической иерархии цепочки результатов ВИЧ между задачами, результатами и воздействием.
- в) Ответственность за достижение результатов не определена.

(С.7) Система МиО Государственной программы не является полностью функциональной:

- а) Нет никаких свидетельств того, что основы МиО были использованы для ежегодного отчета о достижениях, измеряемых 62 индикаторами по целям, определенным в плане МиО, а уполномоченные органы изучали эти отчеты и принимали меры, при необходимости.
- б) Собирается и хранится много информации, особенно количественной, относительно процессов и результатов. Однако этого недостаточно для получения стратегической информации для управления национальными ответными мерами. До тех пор, пока массивы информации разделены в двух крупных электронных базах данных, качество и надежность отдельных данных сомнительна.

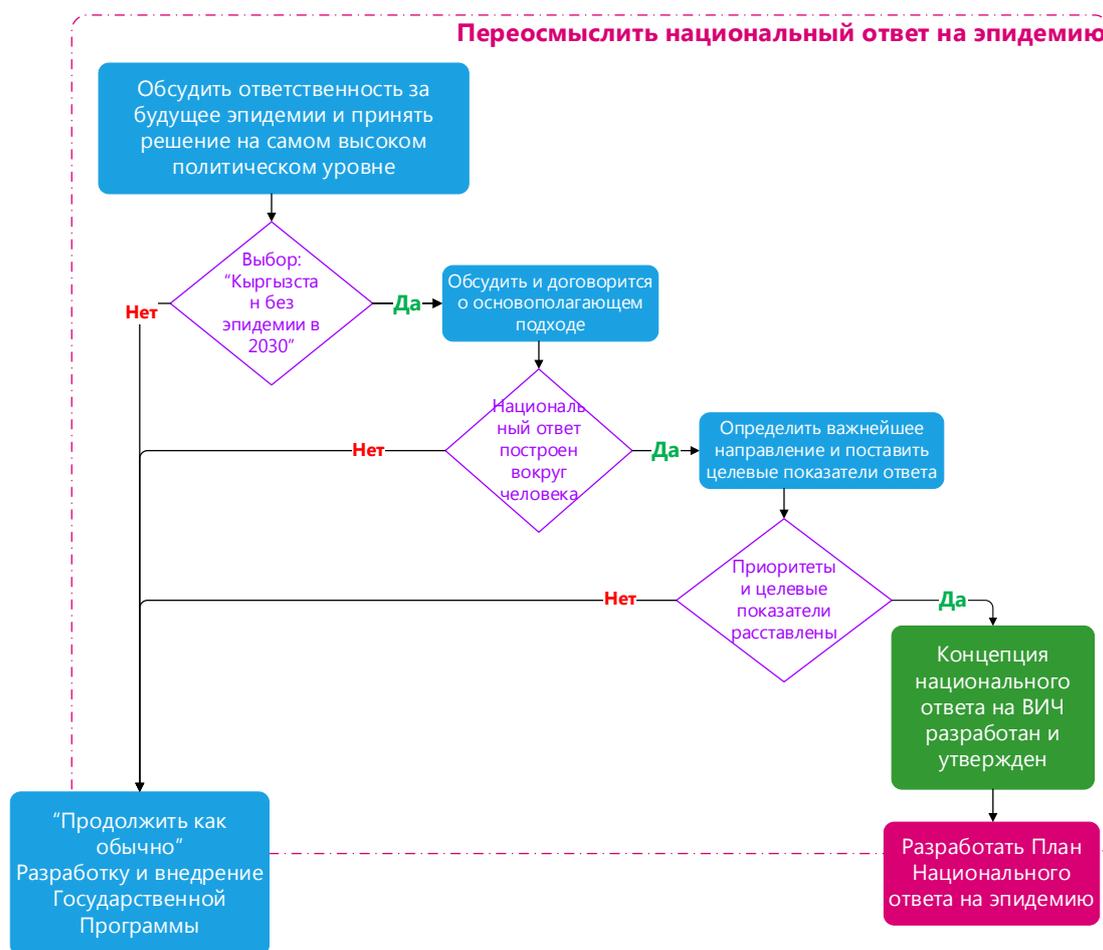
5.2 Рекомендации

(R4) Переосмыслить национальный ответ эпидемии согласно следующим шагам в последовательности:

- а) Определить четкое видение эпидемии в Кыргызстане к 2030 году, делая выбор между двумя сценариями: с четким обязательством «Кыргызстан без эпидемии к 2030» на самом высоком политическом уровне или продолжать вести дела как обычно и подписаться по умолчанию «Кыргызстан с генерализованной эпидемией к 2030».
- б) Если выбор делается в пользу сценария «Кыргызстан без эпидемии к 2030», следует определить два руководящих принципа национальных ответных мер (с критериями для оценки соблюдения этих принципов):
 - построить ответ на ВИЧ для человека, чтобы ему оказывали услуги, а не отвечать интересам или мандатам исполнителей или доноров;

- строить ответ вдоль каскада профилактики, ухода и лечения для основных групп населения.

- в) Если вышеуказанные принципы определены и ключевые заинтересованные стороны согласованы, следует обсудить и достичь консенсуса по наиболее важным областям для прекращения эпидемии, которые должны финансироваться полностью, прежде чем выделять ресурсы на остальные, менее важные мероприятия.
- д) Собрать все упомянутые выше решения в «концептуальные рамки национальных мер в ответ на эпидемию» и одобрить его на высоком политическом уровне в качестве инструмента политики на долгосрочную перспективу, с определением планирования и действий правительства, неправительственных организаций, поставщиков услуг и партнеров.



(R5) Разработать 3-5-летний стратегический план (условно называемую государственную программу) через следующие последовательные шаги:

- a) Определить цепь результатов: начиная с результатов высокого уровня (либо воздействия, такие как смертность вследствие ВИЧ, или изменение поведения, или подавление вируса) до задач и мероприятий (см. Рисунок 37 ниже):
 - Результаты самого высокого уровня должны быть четко связаны (соответствие) с этапами концептуальной основы.
 - Установить цели на каждом этапе цепочки с помощью не менее 10 глобальных показателей, как это рекомендовано Всемирной организацией здравоохранения (см. Рисунок 62 на стр. 101).
- b) Выбрать наиболее подходящие технические решения, основанные на богатом опыте, на-

копленном в стране, а также за рубежом в целях достижения целевых индикаторов результатов и воздействия по цепочке результатов в области ВИЧ.

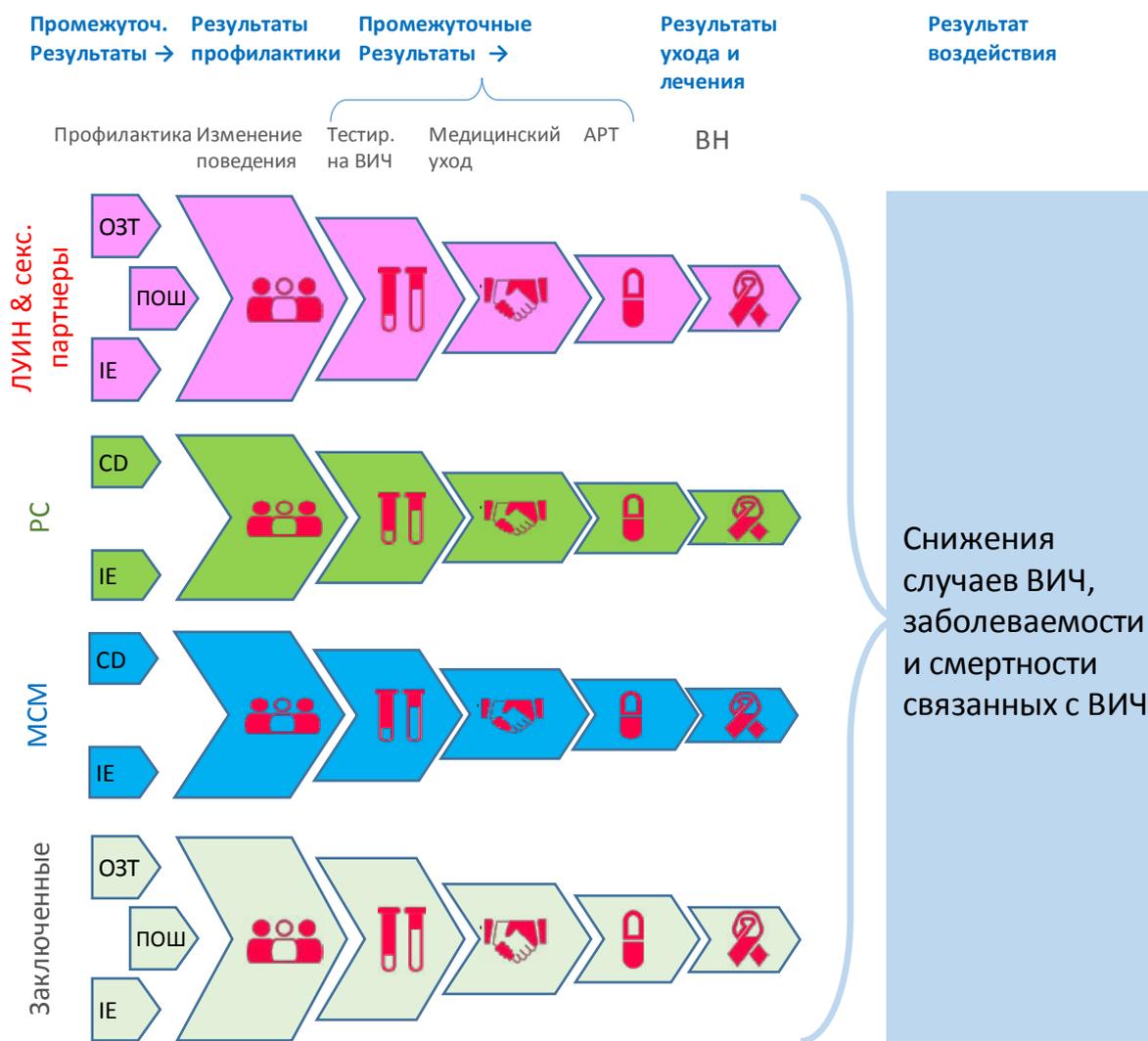
- c) Оценить потребности в ресурсах (финансовых, человеческих, технологических) для каждого решения/подхода. Если финансовые ресурсы не являются достаточными или существуют ограничения потенциала, необходимо разработать два сценария:
 - Сценарий с финансовым дефицитом и/или с ограниченностью потенциала: первоначальные цели и дефицит финансирования.
 - Сценарий без дефицита финансирования и/или с ограниченностью потенциала: цели (для менее важных мероприятий и результатов) сбалансированы с финансовым прогнозом (наличием ресурсов).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

d) Назначьте ответственного за каждый результат в цепи результатов ВИЧ на основе консультаций и тщательной оценки балан-

са между ответственностью и компетенцией (или полномочиями осуществлять контроль за реализацией и результатами).

Рисунок 37. Примерная цепь результатов ВИЧ для планирования.



(R6) Концептуализировать рамки МиО как основного инструмента для стратегического управления и надзора; совершенствовать практику МиО в следующих направлениях:

- Определить минимальный набор индикаторов промежуточного и конечного результата для оценки прогресса, а также формат представления отчетности о прогрессе¹⁶;
- Четко определить ответственность¹⁷ за потоки информации, валидацию данных/ау-

дит качества и расчет достижений по выбранным индикаторам и отчетности, с последующим усилением механизмов (административных и финансовых) и прогнозом требуемых ресурсов (необходимых для функционирования МиО);

- Начать внедрение сбора существующих данных, хранения и обмена опытом в единую информационную систему управления ВИЧ через следующие шаги:

- Четко определить требования к пользователям для анализа и отчетности на стратегических (как указано в пункте а)

¹⁶ Независимо от внешних обязательств, таких как GAPRP.
¹⁷ В идеале, ответственность должна быть распределена между исполнителями (ответственные за сбор информации) и учреждениями, оценивающими и готовящими отчеты МиО.

- выше) и операционных/программных уровнях;
- Сделать полный перечень переменных, которые необходимы для удовлетворения потребностей пользователей (то есть, для вычисления показателей);
- Определить потоки данных, необходимых для сбора для каждой переменной. Потоки бизнес-процессов, связанных с вводом данных, проверкой, хранением, передачей и обработкой;
- Сделать полный перечень существующих массивов данных (хранящихся в различных электронных базах данных), оценить качество данных и возможность их передачи в сводную информационную систему;
- Основываясь на результатах, упомянутых выше, разработать комплексный план для развития и функционирования единой информационной системы управления в области ВИЧ, которая включает в себя техническое задание для разработчиков программного обеспечения, механизм для обеспечения конфиденциальности чувствительной информации; требования к оборудованию и современным коммуникационным технологиям.

5.3 Мероприятия к действию и рекомендации

Осуществление рекомендации R2 «Разработка 3-5-летнего стратегического плана» зависит от результатов осуществления первой рекомендации R1 «Переосмыслить национальные меры в ответ на эпидемию».

Третья рекомендация R3 «Концептуализировать рамки МиО как основной инструмент для стратегического управления и надзора, совершенствовать практику МиО» может выполняться независимо от прогресса первых двух рекомендаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Рисунок 38. План действий по осуществлению рекомендации R1

Мероприятия	Исполнители	Этапы/ результаты	Период
1. Начать консультации в рамках каждой группы (доноры/партнеры, общины и неправительственные организации, поставщики услуг, государственные учреждения) о целесообразности пересмотра национальных мер в ответ на эпидемию	СКК, другие заинтересованные лица в рамках специальных платформ для внутреннего обсуждения	Мнения и ожидания будущих шагов между ключевыми заинтересованными сторонами формируются	Январь 2016
2. Разработка адвокационного плана и распространение среди заинтересованных сторон	UNAIDS	Определены ключевые сообщения, целевая группа и механизмы для координации взаимодействия	Январь - февраль 2016
3. Разработать 3-5 стр. концепции национальных ответных мер на ВИЧ с акцентом на руководящие принципы и наиболее важные областями для прекращения эпидемии ВИЧ к 2030 году («инструмент адвокации»)	UNAIDS, МЗ КР	Инструмент адвокации разработан и представлен на обсуждение с политическими элитами	Февраль 2016
4. Начать консультации (неофициальные и официальные совещания, круглые столы и т.д.) в соответствии с планом адвокации	Все участники, выражающие готовность поддержать усилия адвокации	Ключевые лица, принимающие решения, знают об их ответственности за будущее страны и последствия их выбора	Март – июнь 2016
5. В случае успеха адвокационной деятельности разработать подробную информацию о концепции, включая основные этапы (на уровнях результатов и воздействия)	UNAIDS, МЗ КР, партнеры/СКК	Инструмент политики готов для одобрения	Май – июнь 2016
6. Начало процедуры для одобрения концепции национального реагирования на эпидемию ВИЧ	Соответствующие уполномоченные органы	Концепция национального ответа завершить эпидемию ВИЧ к 2030 утверждена	Июль – сентябрь 2016 г.

Основополагающими допущениями предлагаемого плана действий являются следующие:

- Заинтересованные стороны согласовывают выполнение рекомендации R1, выражают готовность поддержать усилия адвокации и назначить исполнителей, представляющих их интересы в процессе;
- Адвокационные усилия (мероприятия #3 и #4) являются успешными, и необходимая поддержка обеспечивается среди политиков и лиц, принимающих решения для начала официальных процедур (мероприятие #6).

Рисунок 39. План действий по осуществлению рекомендации R2.

Мероприятие	Исполнители	Этапы/ результаты	Период
7. Разработать подробный план работы (при технической помощи, консультаций и принятия решений) и техническое задание (ТЗ) для технической рабочей группы (ТРГ) для разработки стратегического плана	СКК или другой управляющий орган	Рабочий план и ТЗ утверждены	Август 2016
8. Создать ТРГ	СКК или другой управляющий орган	ТРГ создана	Август 2016
9. Определить цепь результатов ВИЧ и поставить цели для промежуточного и конечного результатов ¹⁸	ТРГ	Логическая рамка результатов готова для консультаций и утверждения	Август – сентябрь 2016
10. Уполномоченный орган рассматривает и утверждает логическую рамку результатов	Уполномоченный орган	Логическая рамка результатов утверждена	Сентябрь 2016
11. Определить наиболее подходящие решения/подходы для определения мероприятий, необходимых для предоставления результатов и лиц, ответственных за результаты	ТРГ ¹⁹	Разрабатываются стратегии для достижения результатов	Сентябрь – октябрь 2016
12. Оценить потребности в ресурсах для реализации стратегий	ТРГ	Определены мероприятия, стратегии и результаты, включая возможные пробелы в финансировании и/или ограничения потенциала	Октябрь – ноябрь 2016
13. Обсудить результаты и определить приоритетные стратегии для баланса результатов и мероприятий в случае дефицита финансирования	ТРГ и уполномоченный орган	Сценарии (с и без разрыва в финансировании) с соответствующими целевыми результатами согласованы	Ноябрь 2016
14. Завершить стратегический план	ТРГ	Стратегический план готов для утверждения	Ноябрь 2016
15. Рассмотрение и утверждение стратегического плана	Уполномоченный орган	Утвержден стратегический план национального реагирования на эпидемию	Декабрь 2016

Предлагаемый план действий по выполнению соответствующих рекомендаций, связанных с МиО (R3), разделен на две фазы:

- Мероприятия 1-7 синхронизированы с разработкой и утверждением стратегического плана (как описано выше), так как необходимо подготовить план МиО в 2016 году для стратегического управления национальными мерами в ответ на эпидемию.
- Остальные мероприятия будут происходить в течение 2016 года и будут направлены на разработку и постепенное внедрение более продвинутой единой информационной системы, которая отвечает потребностям всех субъектов, вовлеченных в стратегические или оперативные мероприятия, связанные с управлением (программы) ВИЧ.

¹⁸ Определить цепь результатов ВИЧ и поставить цели для промежуточного и конечного результатов

¹⁹ Партнеры могут предоставить внешнюю техническую помощь, при необходимости

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Рисунок 40. План действий по выполнению рекомендации R3.

Мероприятие	Исполнители	Этапы/ результаты	Период
1. Разработать подробный план работы при технической помощи (консультаций и принятия решений) и техническое задание (ТЗ) для технической рабочей группы (ТРГ) для разработки и совершенствования плана МиО	СКК или другой управляющий орган	Рабочий план и ТЗ утверждены	Август 2016
2. Создать ТРГ ²⁰	СКК или другой управляющий орган	ТРГ создана	Август 2016
3. Определить минимальный набор индикаторов промежуточного и конечного результата для оценки прогресса, а также формат представления отчетности о прогрессе	ТРГ	Индикаторы определены и выбраны	Сентябрь 2016
4. Четко определить ответственность за потоки информации, валидацию данных/аудит качества и расчет достижений по выбранным индикаторам и отчетности в утвержденной логической рамке результатов	ТРГ	Определены процессы по измерению результатов определенных индикаторов	Сентябрь 2016
5. Разработать механизмы, необходимые для заинтересованных сторон по выполнению задач, связанных с МиО (сбор данных, обработка, расчеты, отчетность)	ТРГ	Механизмы реализации разработаны	Сентябрь - октябрь 2016
6. Оценить потребности в ресурсах для МиО стратегического плана	ТРГ	Финансовые и другие ресурсы для функционирования МиО стратегического плана определены	Ноябрь 2016
7. Завершить и представить план МиО стратегического плана для технической рабочей группы по стратегическому плану	ТРГ	МиО интегрирован в стратегический план	Ноябрь 2016
8. Четко определять требования пользователей к анализу и отчетности на всех уровнях (стратегических и оперативных/программных)	ТРГ ²¹	Определены требования пользователей системы МиО	Декабрь 2016 – январь 2017
9. Подготовить полный перечень переменных в соответствии с требованиями пользователя	ТРГ	Разработан перечень переменных	Январь – февраль 2017
10. Определить потоки данных, необходимых для сбора информации, для каждой переменной бизнес-процессов, связанных с вводом данных, проверки, хранения, передачи и обработки	ТРГ	Анализ бизнес-процессов проведен (документ)	Март – май 2017
11. Доступ к существующей практике управления данными, включая структуры баз данных и качество данных	ТРГ	Полный перечень существующих массивов данных разработан	Май - июнь 2017

20 Это и предыдущее действие можно объединить с #7 and #8 плана для выполнения рекомендации R2.

21 Партнеры могут предоставить внешнюю техническую помощь, при необходимости.

Мероприятие	Исполнители	Этапы/ результаты	Период
12. Разработать комплексный план для улучшения МиО и развития единой системы управления информацией	ТРГ ²²	ТЗ для отбора разработчиков программного обеспечения подготовлено	Июнь – июль 2017
13. Разработка и внедрение современных ИТ-решений для единой информационной системы управления (UMIS)	ТРГ + отобранная компания-разработчик MIS	Постепенно внедряются экспериментальные модули UMIS	Сентябрь – декабрь 2017
14. Реализация мероприятий, определенных в рамках комплексного плана (например, внедрение стандартных операционных процедур, подготовка соответствующих сотрудников)	Как определено в комплексном плане	Заинтересованные стороны и окружение готово перейти к UMIS	Сентябрь – декабрь 2017

Выполнение рекомендации R3 занимает больше времени и ресурсов. Это потребует технической и финансовой поддержки со стороны партнеров в 2017 году, и крайне желательно для ССМ изучить такие возможности и обеспечить поддержку к концу 2016 года

²² Партнеры могут предоставить внешнюю техническую помощь, при необходимости.

6 Приложения

Приложение 1. Технические детали и таблицы

Рисунок 41. Хронология (в календарных днях) на разных этапах от первого ВИЧ-теста до начала АРТ.

	ИФА1 - ИФА2	ИФА2 - ИБ	ИБ - ОКС	ИБ - АРТ	N
Гражданский сектор	НД	НД	-17	113	997
2013	НД	НД	-4	163	427
Другие	НД	НД	-11	142	305
ЛУИН	14	19	36	252	122
Бишкек	7	15	36	324	43
Чуй	21	23	47	267	56
Ош	5	9	28	32	15
Остальные	8	30	16	815	8
2014	21	6	-26	84	570
Другие	НД	НД	-40	82	437
ЛУИН	21	6	38	89	133
Бишкек	10	6	73	88	24
Чуй	33	6	50	127	69
Ош	9	5	19	49	26
Остальные	7	5	14	52	14
ГСИН	16	10	77	218	96
2013	16	14	79	338	52
Другие	НД	НД	86	700	6
ЛУИН	16	14	78	320	46
Бишкек	1	9	200	242	5
Чуй	21	12	67	308	30
Ош	0	17	НД	361	2
Остальные	8	26	40	371	9
2014	18	6	76	77	44
Другие	НД	НД	22	73	7
ЛУИН	18	6	79	77	37
Бишкек	21	5	7	77	2
Чуй	28	8	102	9	18
Ош	10	3	54	72	6
Остальные	5	4	98	159	11
Всего					1,093

Источник: База данных РЦ "СПИД" и формы эпидрасследования

Примечание: НД - нет данных

Рисунок 42. Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2013 г.

		Bishkek	Osh	Chui	The rest	Total civil sector	Prisons	Total National
Use IBBS 2013 for Prevention Coverage Использовать данные ДЭН 2013 для Охвата Превентивными услугами								Y
Use Loose Criteria for "Is on ART >=12" Использовать легкий критерии для определения "На АРТ >=12 месяцев"								Y
Use only ELISA1 or ELISA1 and RT Учесть только ИФА1 или ИФА1 вместе с ЭТ								Y
ELISA1+ELISA2 Specificity Специфичность ИФА1 + ИФА 2 (% подтверждения ИБ результатов ИФА)								98%
A	Size estimate	8,050	3,800	6,000	7,150	25,000		25,000
B	Covered by preventive programs	2,367	1,748	1,470	1,465	7,050	1,488	8,538
B1	Covered by OST	389	162	346	75	972	324	1,296
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)	1,715	1,457	1,117	271	4,560	1,674	6,234
C1	Tested and know results	1,307	1,243	555	100	3,205	690	1,737
C2	Tested and post-test counselling	199	211	328	106	844	608	1,419
C3	Tested positive (ELISA1+ELISA2)	88	79	108	27	302	127	429
C4	Applied for confirmation	44	15	57	8	124	47	171
D	HIV+ confirmed	43	15	56	8	122	46	168
E	Registered for care	14	9	23	3	49	28	77
F	Started ART	9	9	15	2	35	20	55
G	On ART after 12 months	2	3	8	0	13	13	26
H	Viral suppression	0	1	3	0	4	1	5
C_rt	Tested with Rapid Test	927	1,010	221	0	2,158	0	2,158
C1_rt	HIV+ and Knew result	45	84	11	0	140		140
C2_rt	Tested and post-test counselling	11	15	7	0	33		33
C3_rt	HIV+ Confirmed	11	15	7	0	33		33
	<i>Specificity</i>	100%	100%	100%		100%		
	<i>HIV prevalence</i>	4.9%	8.3%	5.0%		6.5%		
	<i>Lost after rapid tests</i>	34	69	4	0	107		
	<i>% of Lost from Tested</i>	76%	82%	36%		76%		
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)							
C	Tested for HIV (1st ELISA1)	799	462	903	75	2,435	1,674	4,109
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)	1,715	1,457	1,117	271	4,560	1,674	6,234
D	HIV+ confirmed	43	15	56	8	122	46	168
	<i>ELISA1 + ELISA2</i>	32	0	49	8	89	46	135
	<i>RT + ELISA1 + ELISA2</i>	11	15	7	0	33	0	33
		26%	100%	13%	0%	27%	0%	20%
B	Covered by preventive programs							
	<i>Admin Report</i>	4,651	2,628	3,456	42	10,777	1,488	12,265
	<i>IBBS 2013</i>	2,367	1,748	1,470	787	7,050	1,488	8,538
Assumptions based on IBBS 2013								
C1	Tested and know results	380	233	334	23	1,047	690	1,737
C2	Tested and post-test counselling	188	196	321	5	811	608	1,419
	<i>Cross checking with positive</i>	188	196	321	106	811	608	1,419
C3	Tested positive (ELISA1+ELISA2)	88	79	108	5	302	127	429
	<i>Cross checking with HIV+Confirmed</i>	88	79	108	8	302	127	429
G	On ART after 12 months							
	<i>Strict Criteria</i>	2	2	1	0	5	4	9
	<i>Loose Criteria</i>	2	3	8	0	13	13	26
H	Viral suppression							
	<i>Strict Criteria</i>	0	1	1	0	2	1	3
	<i>Loose Criteria</i>	0	1	3	0	4	1	5

Рисунок 43. Моделирование потока ЛУИН вдоль каскада услуг в 2014 г.

		Bishkek	Osh	Chui	The rest	Total civil sector	Prisons	Total National
Use IBBS 2013 for Prevention Coverage Использовать данные ДЭН 2013 для Охвата Превентивными услугами								Y
Use Loose Criteria for "Is on ART >=12" Использовать легкий критерии для определения "На АРТ >=12 месяцев"								Y
Use only ELISA1 or ELISA1 and RT Учесть только ИФА1 или ИФА1 вместе с ЭТ								Y
ELISA1+ELISA2 Specificity Специфичность ИФА1 + ИФА 2 (% подтверждения ИБ результатов ИФА)								98%
A	Size estimate	8,050	3,800	6,000	7,150	25,000		25,000
B	Covered by preventive programs	2,367	1,748	1,470	1,465	7,050	1,344	8,394
B1	Covered by OST	389	188	357	30	964	478	1,442
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)	2,229	1,342	1,292	417	5,280	788	6,068
C1	Tested and know results	1,475	1,189	677	233	3,574	243	1,561
C2	Tested and post-test counselling	352	175	354	179	1,060	214	1,234
C3	Tested positive (ELISA1+ELISA2)	160	61	118	41	380	45	425
C4	Applied for confirmation	24	27	70	14	136	38	173
D	HIV+ confirmed	24	26	69	14	133	37	170
E	Registered for care	14	17	35	9	75	26	101
F	Started ART	9	17	26	8	60	17	77
G	On ART after 12 months	5	6	11	3	25	3	28
H	Viral suppression	0	0	3	0	3	0	3
C_rt	Tested with Rapid Test	783	1,009	313	151	2,256	199	2,455
C1_rt	HIV+ and Knew result	25	73	5	1	104		104
C2_rt	Tested and post-test counselling	10	24	5	1	40		40
C3_rt	HIV+ Confirmed	10	24	5	1	40		40
	<i>Specificity</i>	100%	100%	100%		100%		
	<i>HIV prevalence</i>	3.2%	7.2%	1.6%	0.7%	4.6%		
	<i>Lost after rapid tests</i>	15	49	0	0	64		
	<i>% of Lost from Tested</i>	60%	67%	0%	0%	62%		
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)							
C	Tested for HIV (1st ELISA1)	1,456	357	984	29	3,064	589	
C	Tested for HIV (1st ELISA1 or RT)	2,229	1,342	1,292	567	5,280	788	
D	HIV+ confirmed	24	26	69	14	133	37	170
	<i>ELISA1 + ELISA2</i>	14	2	64	13	93	37	130
	<i>RT + ELISA1 + ELISA2</i>	10	24	5	1	40	0	40
		42%	92%	7%	7%	30%	0%	24%
B	Covered by preventive programs							
	Admin Report	4,654	2,792	4,285	77	11,808	1,344	13,152
	IBBS 2013	2,367	1,748	1,470	787	7,050	1,344	8,394
Assumptions based on IBBS 2013								
C1	Tested and know results	692	180	364	9	1,318	243	1,561
C2	Tested and post-test counselling	342	151	349	2	1,020	214	1,234
	<i>Cross checking with positive</i>	342	151	349	178	1,020	214	1,234
C3	Tested positive (ELISA1+ELISA2)	160	61	118	2	380	45	425
	<i>Cross checking with HIV+Confirmed</i>	160	61	118	14	380	45	425
G	On ART after 12 months							
	Strict Criteria	3	1	4	2	10	0	10
	Loose Criteria	5	6	11	3	25	3	28
H	Viral suppression							
	Strict Criteria	0	0	2	0	2	0	2
	Loose Criteria	0	0	3	0	3	0	3

Рисунок 44. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

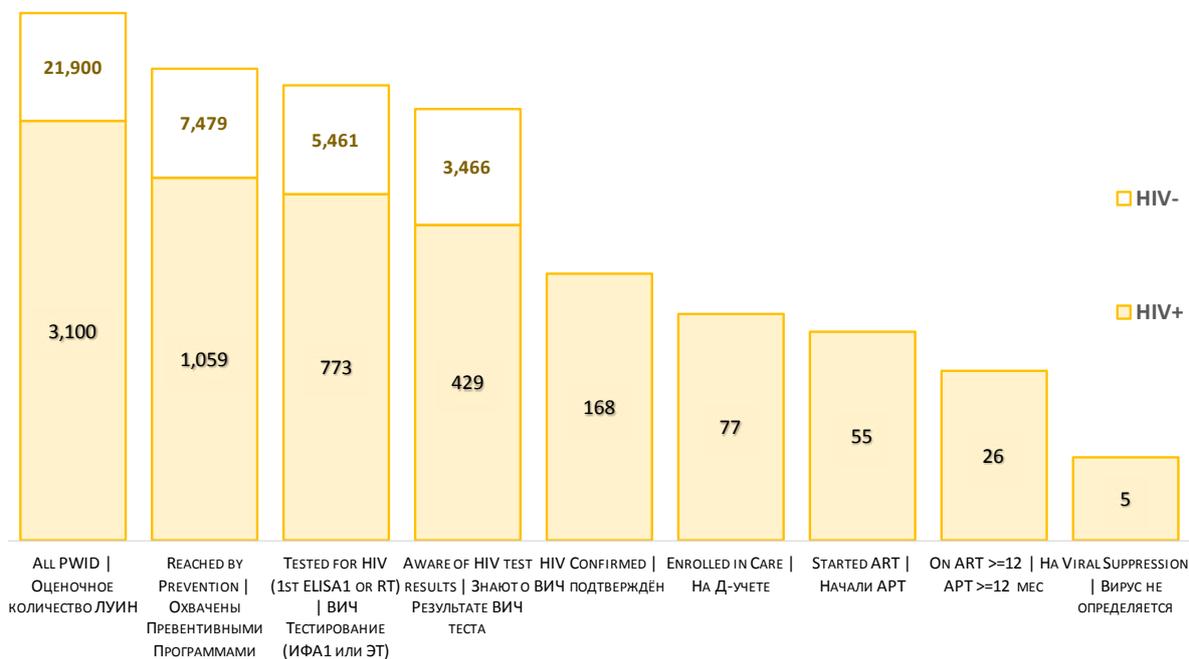


Рисунок 45. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2013 г.

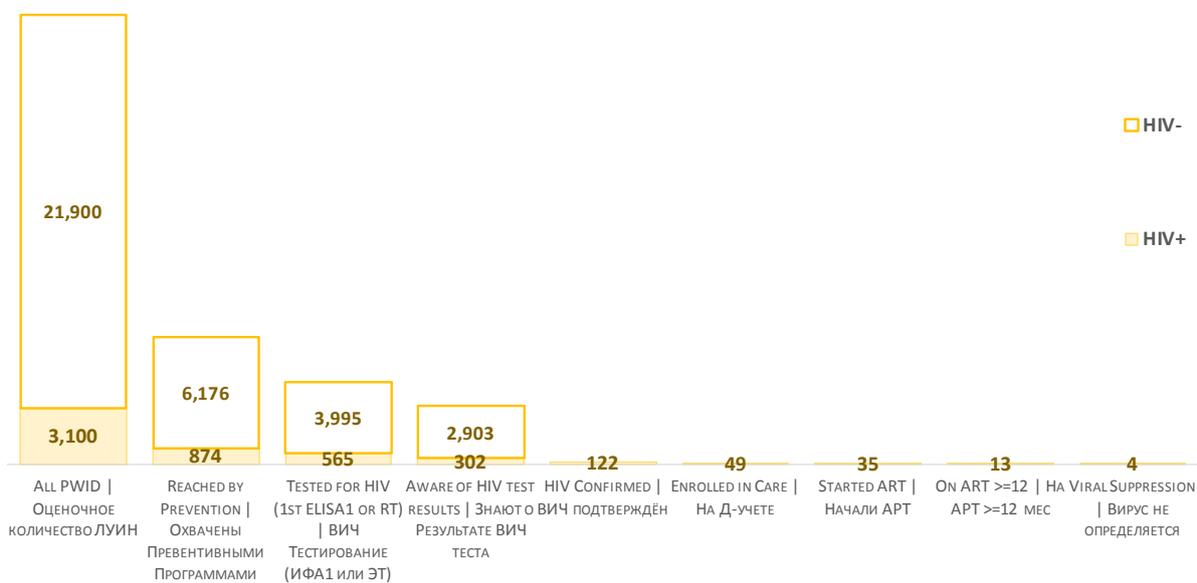


Рисунок 46. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

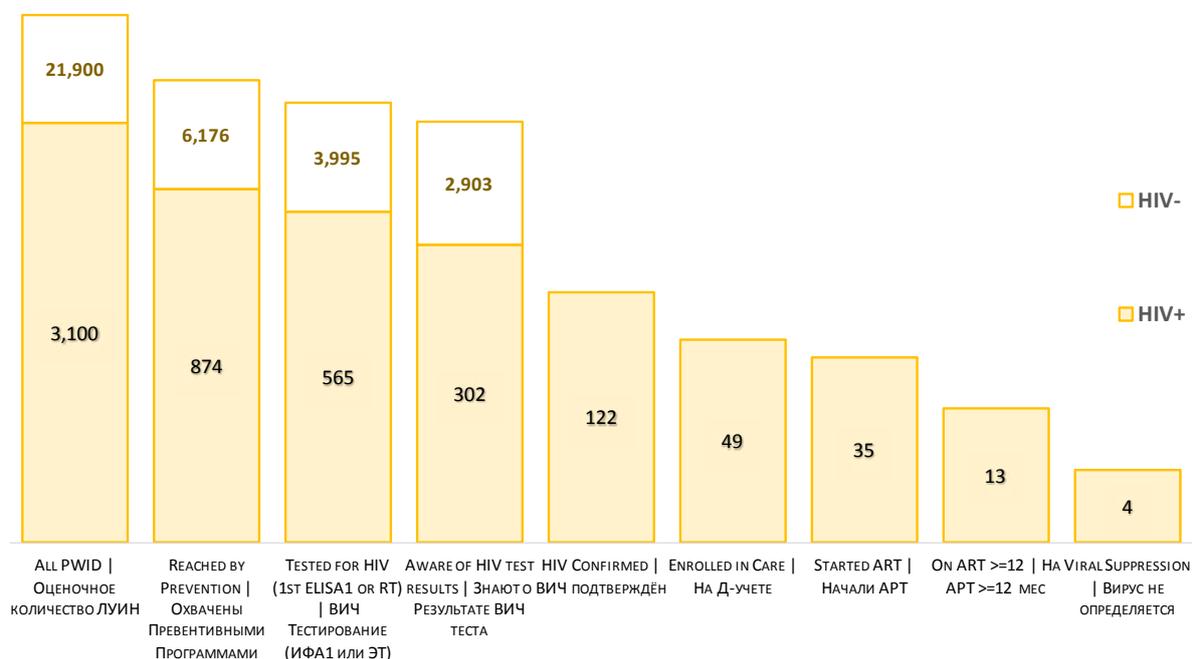


Рисунок 47. Движение ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

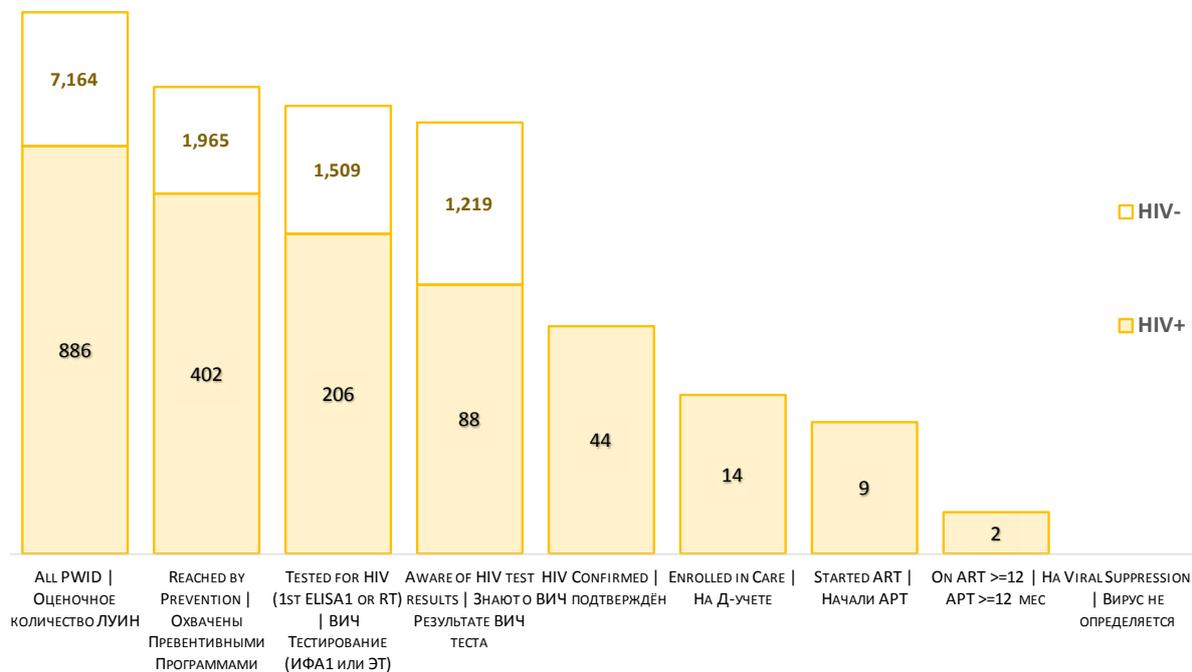


Рисунок 48. Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

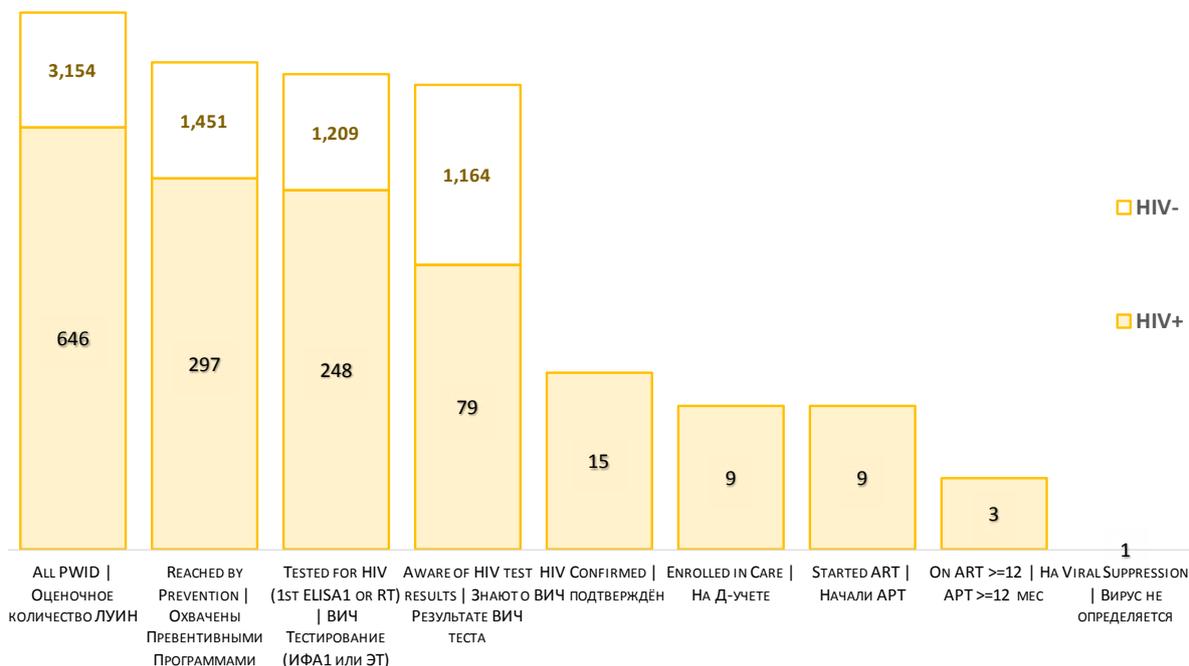


Рисунок 49. Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2013 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

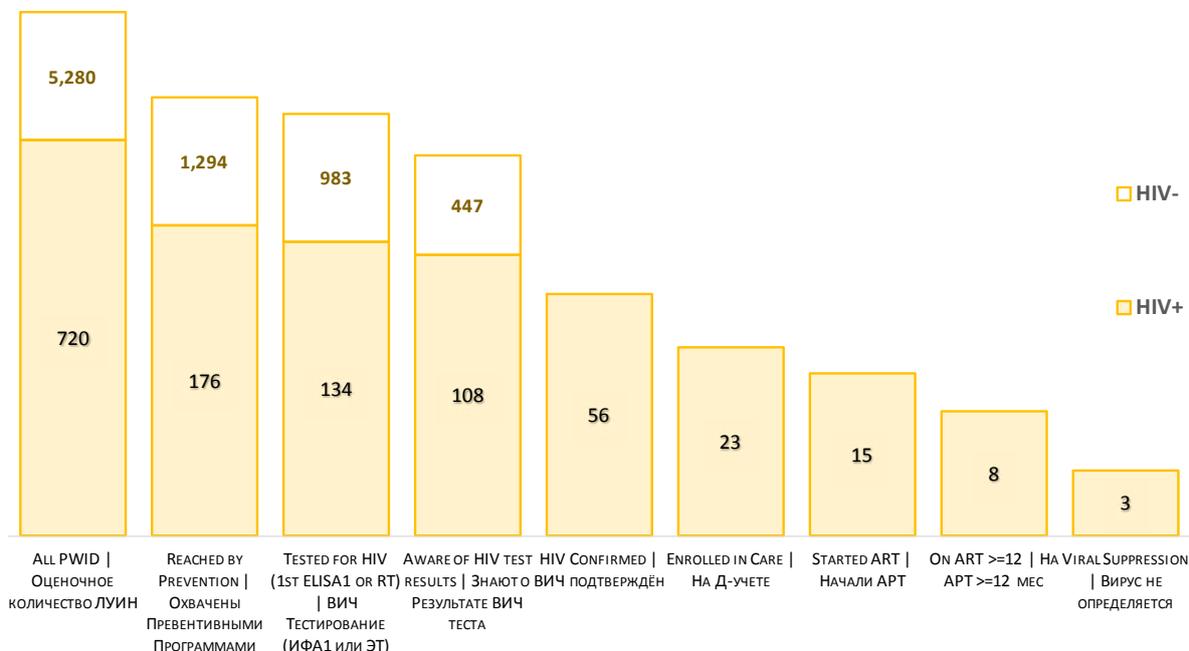


Рисунок 50. Движение ЛУИН вдоль каскада – все сектора, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

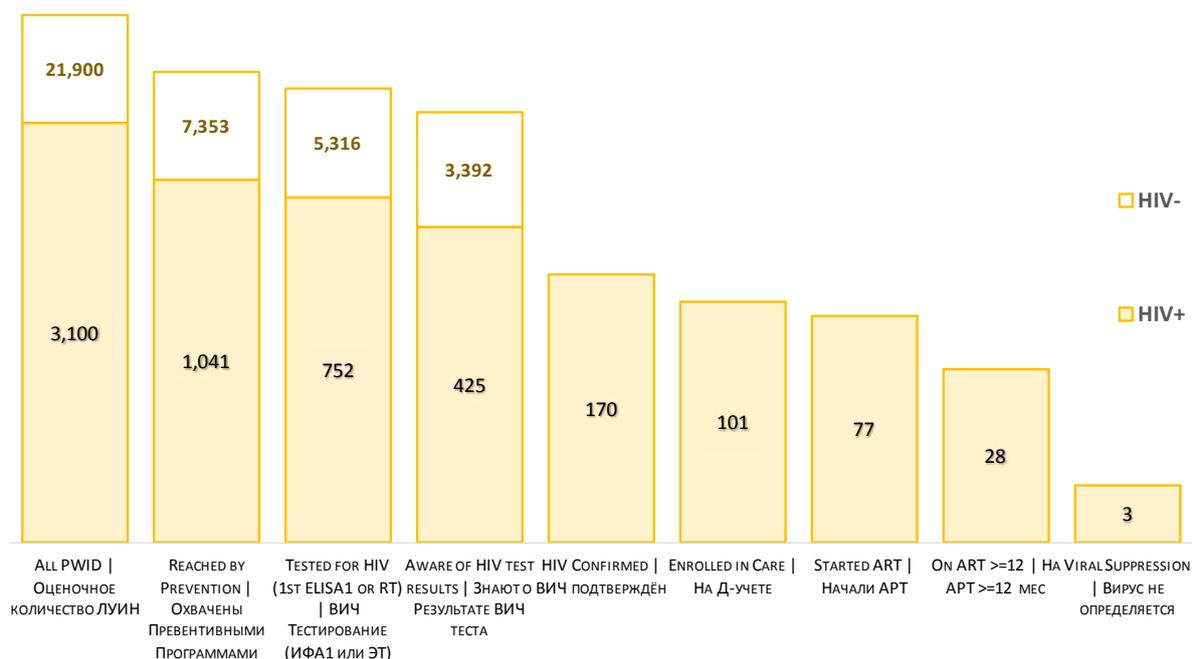


Рисунок 51. Движение ЛУИН вдоль каскада - гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

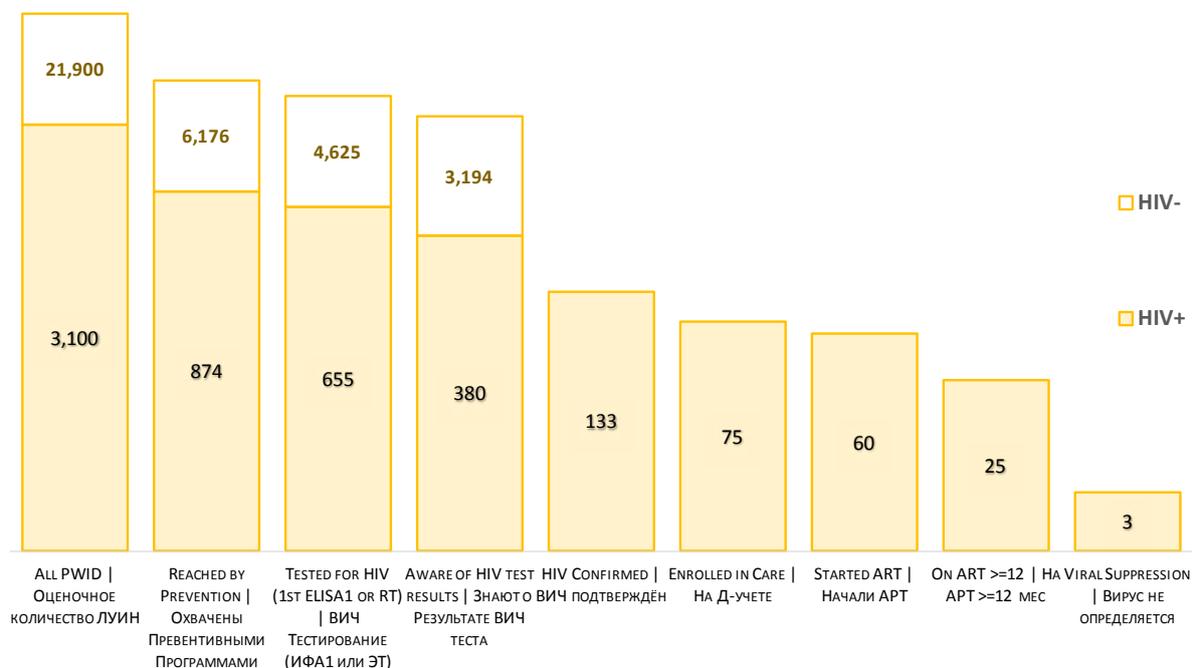


Рисунок 52. Движение ЛУИН вдоль каскада - Бишкек, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

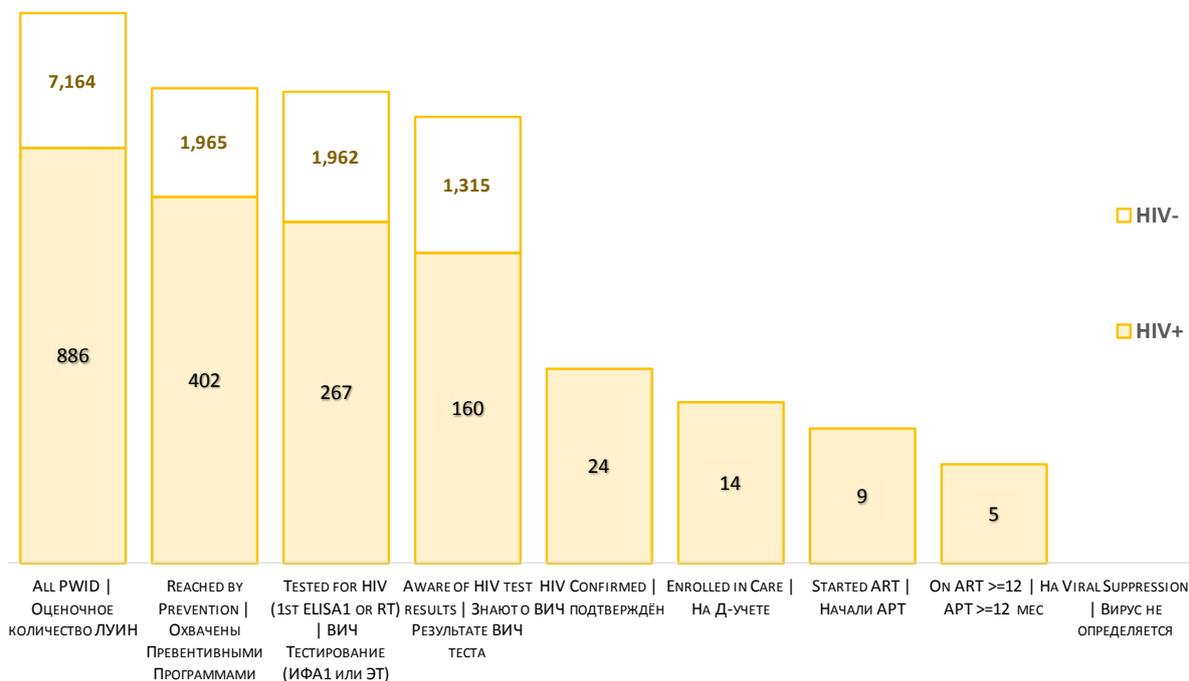


Рисунок 53. Движение ЛУИН вдоль каскада - Ош, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

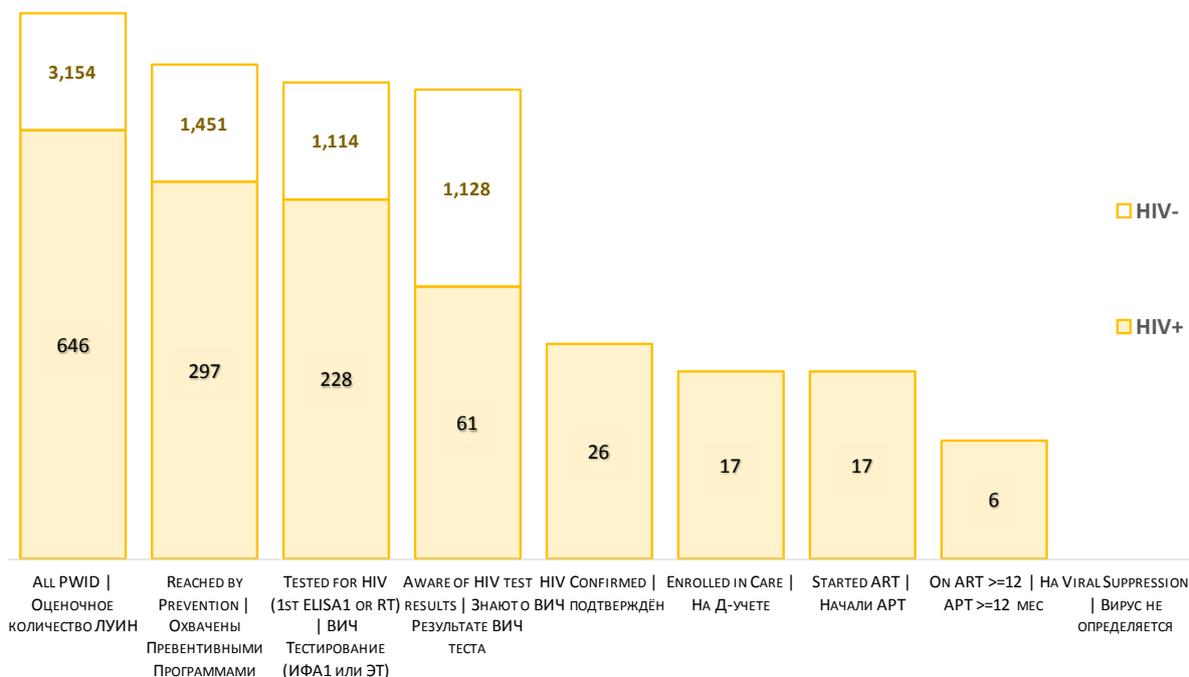


Рисунок 54. Движение ЛУИН вдоль каскада - Чуй, гражданский сектор, 2014 г. (на основе десятичной логарифмической шкалы).

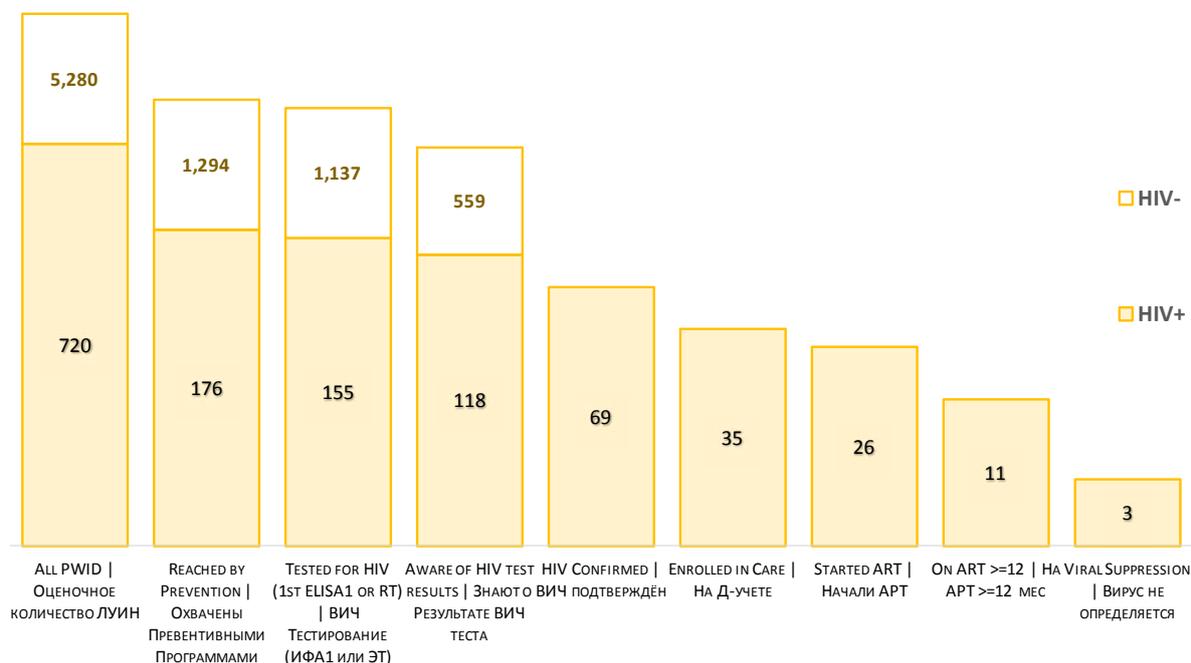


Рисунок 55. Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2013 г.

		Bishkek	Osh	Chui	The rest	Total civil sector	Prisons	Total National
A-B	Missed by prevention	5,683	2,052	4,530	5,685	17,950		16,462
(A-B)/A	Не охвачен профилактикой	71%	54%	76%	80%	72%		66%
B-C	Missed for HIV testing	652	291	353	1,194	2,490	-186	2,304
(B-C)/B	Не прошли тестирование	28%	17%	24%	82%	35%	-13%	27%
C4-C3	Lost before confirmation	44	64	51	19	178	80	258
(C4-C3)/C4	Потеряны до подтверждения	50%	81%	47%	70%	59%	63%	60%
D-E	Lost before registration	29	6	33	5	73	18	91
(D-E)/D	Потеряны во регистрации на Д-учет	67%	40%	59%	63%	60%	39%	54%
E-F	Lost before ART	5	0	8	1	14	8	22
(E-F)/E	Потеряны до начала АРТ	36%		35%	33%	29%	29%	29%
F-G	Lost during ART	7	6	7	2	22	7	22
(F-G)/F	Потеряны вовремя АРТ	78%	67%	47%	100%	63%	35%	63%
H-G	Lost for treatment success	2	2	5	0	9	12	21
(H-G)/G	Лечились безуспешно	100%	67%	63%		69%	92%	81%

Рисунок 56. Описание потерь ЛУИН через каскад по секторам и географическому разделению, 2014 г.

		Bishkek	Osh	Chui	The rest	Total civil sector	Prisons	Total National
A-B	Missed by prevention	5,683	2,052	4,530	5,685	17,950		16,606
(A-B)/A	Не охвачен профилактикой	71%	54%	76%	80%	72%		66%
B-C	Missed for HIV testing	138	406	178	1,048	1,770	556	2,326
(B-C)/B	Не прошли тестирование	6%	23%	12%	72%	25%	41%	28%
C4-C3	Lost before confirmation	136	34	48	27	244	7	251
(C4-C3)/C4	Потерены до подтверждения	85%	56%	41%	66%	64%	16%	59%
D-E	Lost before registration	10	9	34	5	58	11	69
(D-E)/D	Потерены во регистрации на Д-учет	42%	35%	49%	36%	44%	30%	41%
E-F	Lost before ART	5	0	9	1	15	9	24
(E-F)/E	Потерены до начала АРТ	36%		26%	11%	20%	35%	24%
F-G	Lost during ART	4	11	15	5	35	14	35
(F-G)/F	Потерены вовремя АРТ	44%	65%	58%	63%	58%	82%	58%
H-G	Lost for treatment success	5	6	8	3	22	3	25
(H-G)/G	Лечились безуспешно	100%	100%	73%	100%	88%	100%	89%

Рисунок 57. Охват ЛУИН профилактическими услугами и ОЗТ по областям и годам.

		Гражданский сектор			ГСИН			Все секторы		
		Получают профи- лактические услуги	Получают ОЗТ	Охват	Получают профилактические услуги	Получают ОЗТ	Охват	Получают профи- лактические услуги	Получают ОЗТ	Охват
2013	Кыргызстан	7 050	972	14%	1 488	324	22%	8 919	1 296	16%
	Бишкек	2 367	389	16%				2 756	389	14%
	Чуй	1 470	346	24%				1 816	346	19%
	Ош	1 748	162	9%				1 910	162	8%
	Остальные	1 465	75	5%				2 437	75	5%
2014	Кыргызстан	7 050	964	14%	1 344	478	36%	8 014	1 442	18%
	Бишкек	2 367	389	16%				2 756	389	14%
	Чуй	1 470	357	24%				1 827	357	20%
	Ош	1 748	188	11%				1 936	188	10%
	Остальные	1 465	30	2%				1 495	30	2%

Рисунок 58. Включение ЛУИН с подтвержденной ВИЧ-инфекцией в ОЗТ по географическим регионам, секторам и годам.

		Гражданский сектор		ГСИН			Все секторы			
		ВИЧ-статус подтвержден	Присоединились к ОЗТ	ВИЧ+ присоединились к ОЗТ	ВИЧ-статус подтвержден	Присоединились к ОЗТ	ВИЧ+ присоединились к ОЗТ	HIV+ Confirmed	Присоединились к ОЗТ	ВИЧ+ присоединились к ОЗТ
2013	Кыргызстан	122	8	7%	46	13	28%	168	21	13%
	Бишкек	43	4	9%	5	1	20%	48	5	10%
	Чуй	56	2	4%	30	11	37%	86	13	15%
	Ош	15	2	13%	2	0	0%	17	2	12%
	Остальные	8	0	0%	9	1	11%	17	1	6%
2014	Кыргызстан	133	8	6%	37	11	30%	170	19	11%
	Бишкек	24	4	17%	2	2	100%	26	6	23%
	Чуй	69	4	6%	18	3	17%	87	7	8%
	Ош	26	0	0%	6	1	17%	32	1	3%
	Остальные	14	0	0%	11	5	45%	25	5	20%
	Всего	255	16	6%	83	24	29%	338	40	12%

Рисунок 59. Время между критическими этапами (календарные дни) по годам и географическому разделению – гражданский сектор.

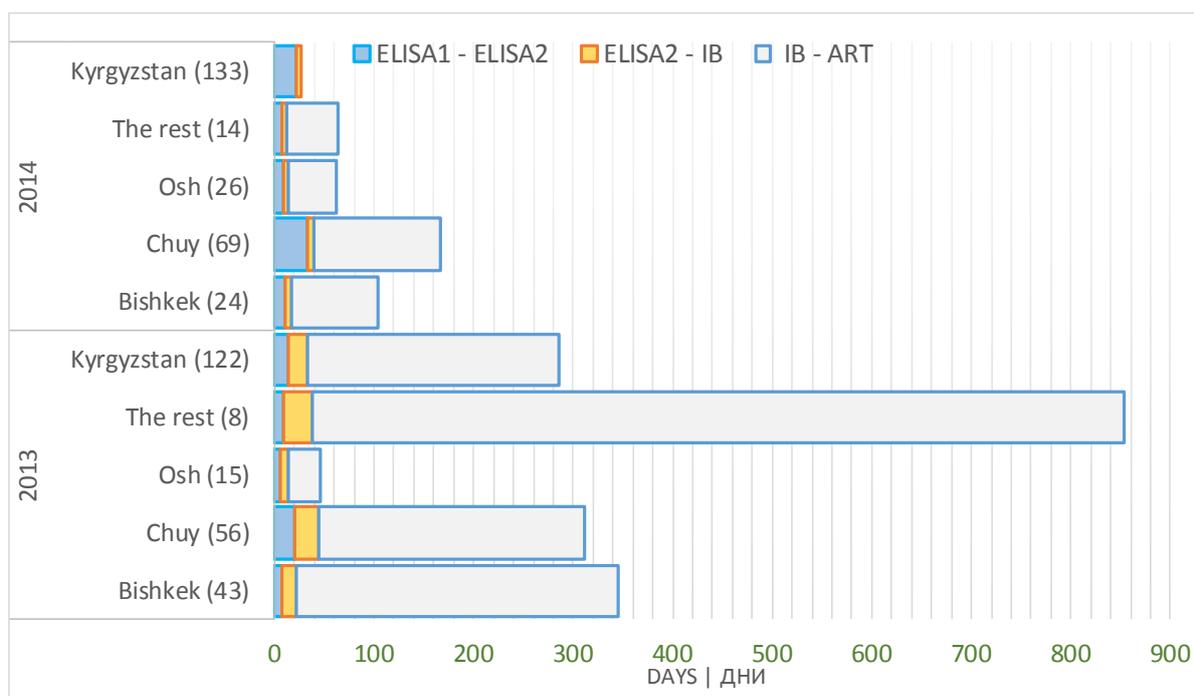


Рисунок 60. Время между критическими этапами (календарные дни) по годам и географическому разделению – гражданский сектор (выбранные регионы).

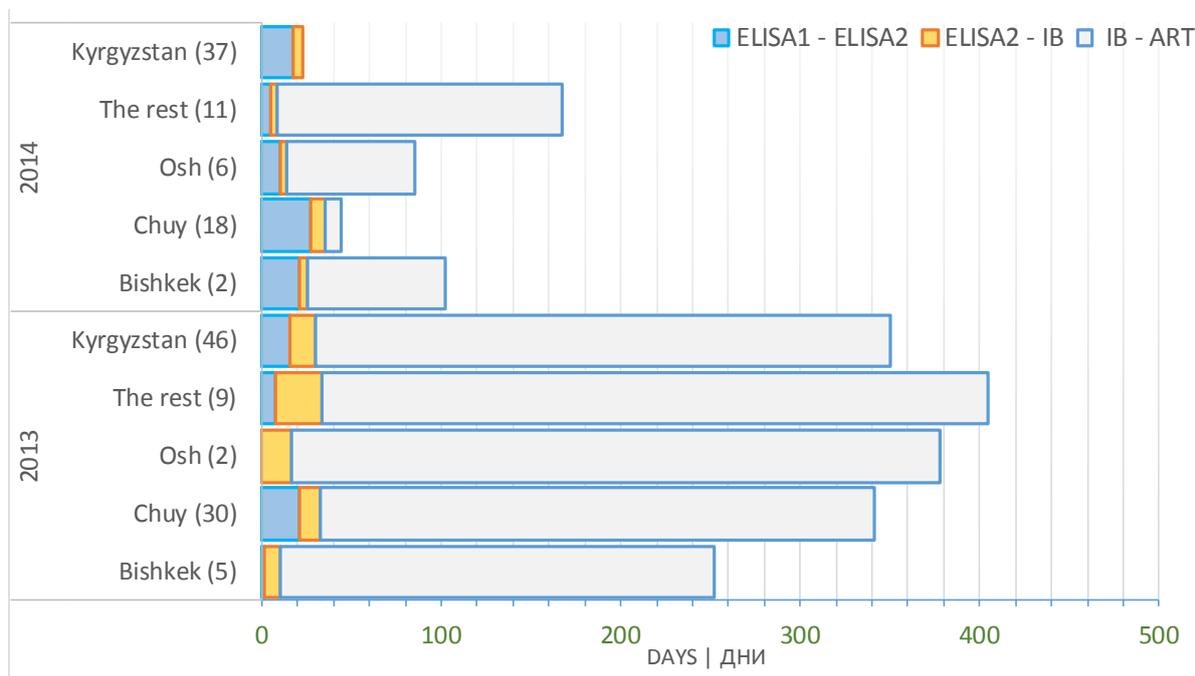


Рисунок 61. Распределение ЛЖВ на АРТ в 2014 г. (n=1718) по полу, возрасту и географическим регионам (официальные данные).

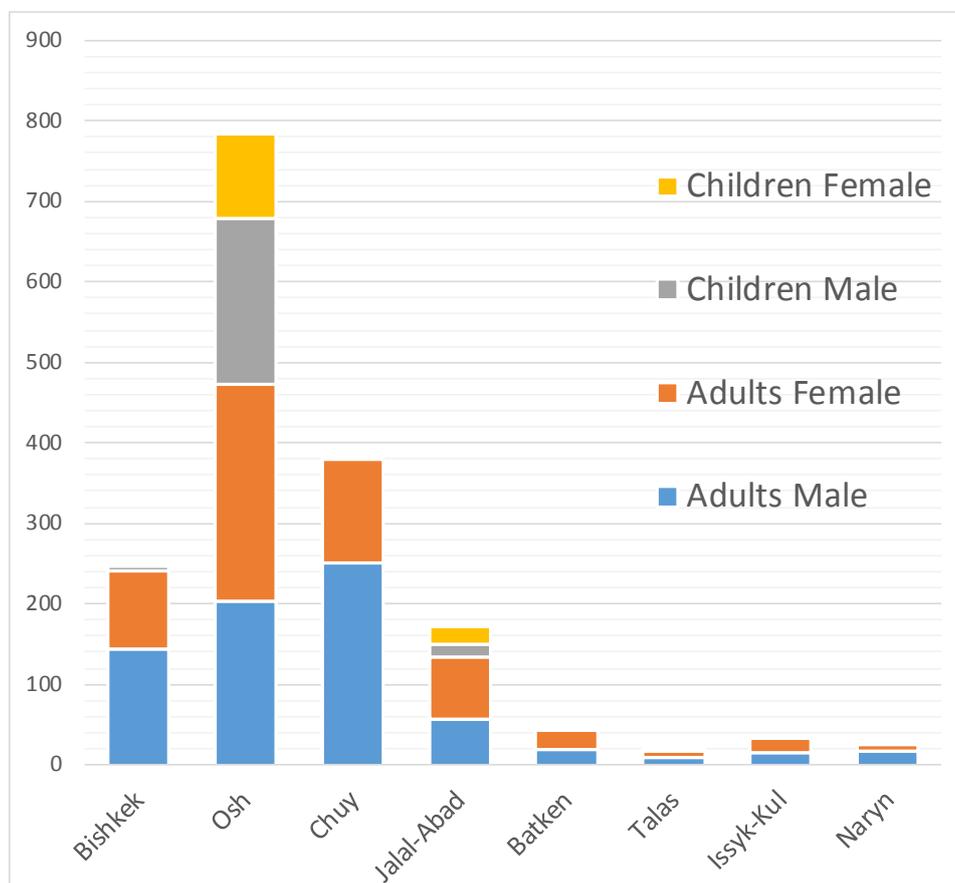
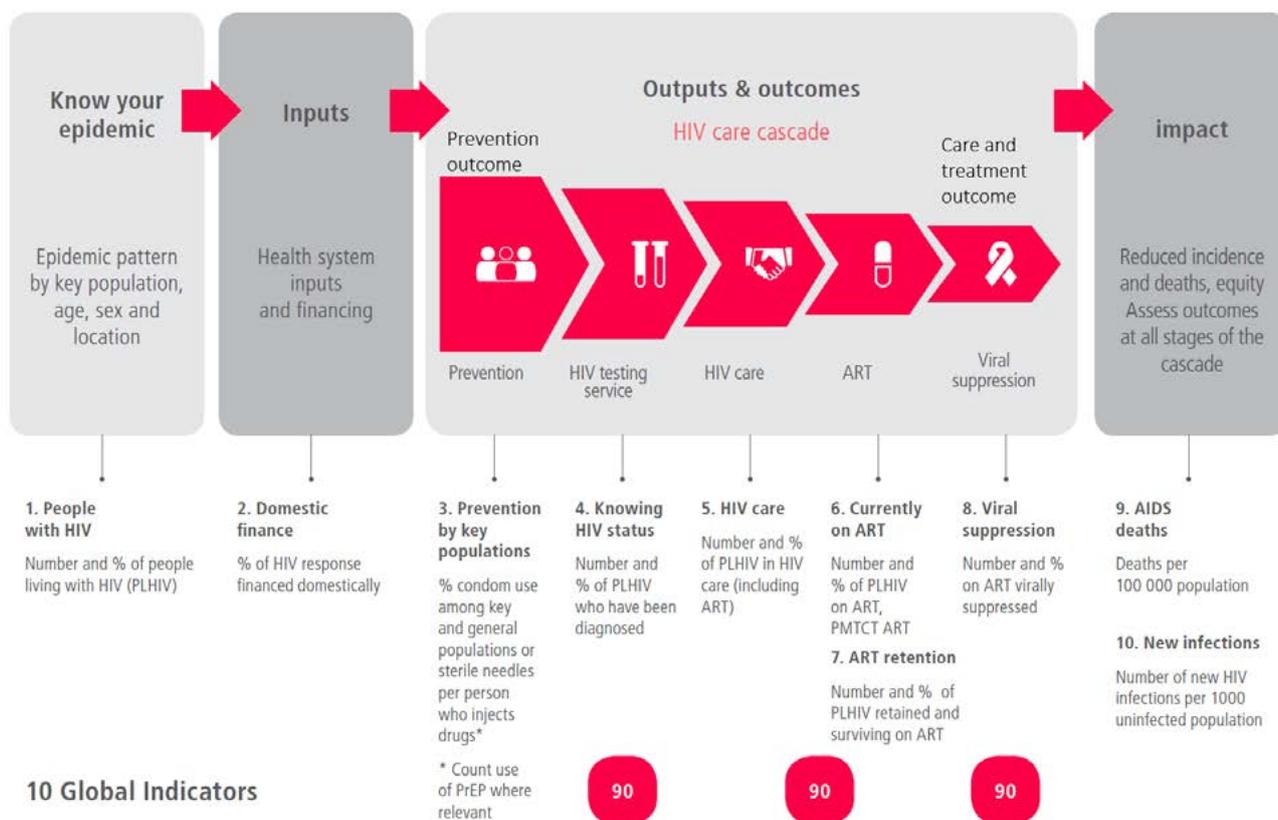


Рисунок 62. Цепь результатов ВИЧ и глобальные индикаторы для мониторинга и оценки ответа системы здравоохранения на ВИЧ.



Источник: World Health Organization 2015, модифицированная автором

Рисунок 63. Статистика каскада ВИЧ – гражданский сектор.

	ВИЧ+ подтвержден	Доступен к сервисам	Удержан на услугах >6	Удержан на услугах >12 месяцев	СПИД диагностирован	Доступны для АРТ	Готовы для АРТ	Начали АРТ	Завершили АРТ	Не завершили АРТ	На АРТ 2-ой раз	На АРТ	На АРТ ≥ 12	Потеряны на АРТ ≥ 12	Протестирован на CD4	Протестирован ПЦР (ВН)	Протестирован ПЦР (ВН) > 12	Вирус не определяется (всего)	Вирус не определяется после АРТ	Вирус не определяется после АРТ ≥12	Вирус не определяется среди тех, кто на АРТ ≥12	Вирус не определяется, кто потерял после АРТ ≥12	Умерло всего	Умерло по причине ВИЧ
2013	427	231	116	99	283	191	178	181	26	155	51	155	90	108	217	163	52	101	87	39	35	38	83	31
Другие	305	182	92	82	237	151	143	146	20	126	40	126	85	95	173	131	48	83	71	35	33	34	54	29
ЛУИН	122	49	24	17	46	40	35	35	6	29	11	29	5	13	44	32	4	18	16	4	2	4	29	2
Бишкек	43	14	6	3	8	11	9	9	1	8	2	8	2	2	13	10	0	5	5	0	0	0	3	1
Чуй	56	23	10	7	19	17	15	15	2	13	4	13	1	8	19	16	3	9	8	3	1	3	20	1
Ош	15	9	6	5	15	9	9	9	2	7	5	7	2	3	9	5	1	4	3	1	1	1	4	0
Остальные	8	3	2	2	4	3	2	2	1	1	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	2	0
2014	570	407	241	147	409	314	293	303	27	276	76	274	58	122	375	230	20	160	143	17	12	16	56	25
Другие	437	332	197	125	334	253	236	243	21	222	66	220	48	97	305	180	15	130	114	14	10	13	39	18
ЛУИН	133	75	44	22	75	61	57	60	6	54	10	54	10	25	70	50	5	30	29	3	2	3	17	7
Бишкек	24	14	9	4	9	10	8	9	0	9	0	9	3	5	12	10	1	5	5	0	0	0	0	0
Чуй	69	35	21	10	32	26	24	26	3	23	3	23	4	11	32	28	4	16	15	3	2	3	9	3
Ош	26	17	10	8	24	17	17	17	2	15	7	15	1	6	17	7	0	5	5	0	0	0	5	3
Остальные	14	9	4	0	10	8	8	8	1	7	0	7	2	3	9	5	0	4	4	0	0	0	3	1
Всего	997	638	357	246	692	505	471	484	53	431	127	429	148	230	592	393	72	261	230	56	47	54	139	56

Источник: База данных РЦ "СПИД"

Рисунок 64. Статистика каскада ВИЧ – тьюрмы.

	ВИЧ+ подтвержден	Доступен к сервисам	Удержан на услугах >6	Удержан на услугах >12 месяцев	СПИД диагностирован	Доступны для АРТ	Готовы для АРТ	Начали АРТ	Завершили АРТ	Не завершили АРТ	На АРТ 2-ой раз	На АРТ	На АРТ ≥ 12	Потеряны на АРТ ≥ 12	Протестирован на CD4	Протестирован ПЦР (ВН) >12	Протестирован ПЦР (ВН) (всего)	Вирус не определяется после АРТ	Вирус не определяется после АРТ ≥12	Вирус не определяется среди тех, кто на АРТ ≥12	Вирус не определяется, кто потерял после АРТ ≥12	Умерло всего	Умерло по причине ВИЧ
2013	52	31	9	6	8	21	19	21	2	19	1	19	4	13	28	20	7	7	7	1	1	2	0
Другие	6	3	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	3	1	0	1	0	0	0	0	0
ЛУИН	46	28	8	5	7	20	18	20	2	18	1	18	4	13	25	19	7	6	1	1	1	2	0
Бишкек	5	2	0	0	1	2	2	2	0	2	0	2	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Чуй	30	19	6	3	4	12	11	12	2	10	0	10	2	8	17	13	4	5	1	1	1	1	0
Ош	2	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
Остальные	9	6	1	1	2	5	4	5	0	5	1	5	0	2	5	3	1	0	0	0	0	1	0
2014	44	27	12	7	19	21	16	18	2	16	2	16	0	3	25	14	0	4	4	0	0	1	1
Другие	7	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0
ЛУИН	37	26	11	6	18	20	15	17	2	15	1	15	0	3	24	13	0	3	0	0	0	1	1
Бишкек	2	2	1	0	2	2	1	2	0	2	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Чуй	18	11	3	2	4	7	6	7	1	6	0	6	0	1	11	6	0	1	1	0	0	1	1
Ош	6	3	1	1	4	2	2	2	0	2	1	2	0	1	3	2	0	1	1	0	0	0	0
Остальные	11	10	6	3	8	9	6	6	1	5	0	5	0	1	9	5	0	1	1	0	0	0	0
Всего	96	58	21	13	27	42	35	39	4	35	3	35	4	16	53	34	7	11	11	1	1	3	1

Источник: База данных РЦ "СПИД"

Рисунок 65. Статистика каскада ВИЧ – все секторы.

	ВИЧ+ подтвержден	Доступен к сервисам	Удержан на услугах > 6	Удержан на услугах > 12 месяцев	СПИД диагностирован	Доступны для АРТ	Готовы для АРТ	Начали АРТ	Завершили АРТ	Не завершили АРТ	На АРТ 2-ой раз	На АРТ	На АРТ ≥ 12	Потеряны на АРТ ≥ 12	Протестирован на CD4	Протестирован ПЦР (ВН)	Протестирован ПЦР (ВН) > 12	Вирус не определяется (все)	Вирус не определяется после АРТ	Вирус не определяется после АРТ ≥12	Вирус не определяется средн тех, кто на АРТ ≥12	Вирус не определяется, кто потерян после АРТ ≥12	Умерло всего	Умерло по причине ВИЧ
2013	479	262	125	105	291	212	197	202	28	174	52	174	94	121	245	183	59	108	94	40	36	39	85	31
Другие	311	185	93	83	238	152	144	147	20	127	40	127	85	95	176	132	48	84	72	35	33	34	54	29
ЛУИН	168	77	32	22	53	60	53	55	8	47	12	47	9	26	69	51	11	24	22	5	3	5	31	2
Бишкек	48	16	6	3	9	13	11	11	1	10	2	10	3	4	15	12	2	5	5	0	0	0	3	1
Чуй	86	42	16	10	23	29	26	27	4	23	4	23	3	16	36	29	7	14	13	4	2	4	21	1
Ош	17	10	7	6	15	10	10	10	2	8	5	8	3	4	10	6	1	5	4	1	1	1	4	0
Остальные	17	9	3	3	6	8	6	7	1	6	1	6	0	2	8	4	1	0	0	0	0	0	3	0
2014	614	434	253	154	428	335	309	321	29	292	78	290	58	125	400	244	20	164	147	17	12	16	57	26
Другие	444	333	198	126	335	254	237	244	21	223	67	221	48	97	306	181	15	131	115	14	10	13	39	18
ЛУИН	170	101	55	28	93	81	72	77	8	69	11	69	10	28	94	63	5	33	32	3	2	3	18	8
Бишкек	26	16	10	4	11	12	9	11	0	11	0	11	3	5	13	10	1	5	5	0	0	0	0	0
Чуй	87	46	24	12	36	33	30	33	4	29	3	29	4	12	43	34	4	17	16	3	2	3	10	4
Ош	32	20	11	9	28	19	19	19	2	17	8	17	1	7	20	9	0	6	6	0	0	0	5	3
Остальные	25	19	10	3	18	17	14	14	2	12	0	12	2	4	18	10	0	5	5	0	0	0	3	1
Всего	1 093	696	378	259	719	547	506	523	57	466	130	464	152	246	645	427	79	272	241	57	48	55	142	57

Источник: База данных РЦ "СПИД"

Рисунок 66. Затраты национального ответа на эпидемию по источникам финансирования и годам.

Категории расходов	Государственные		Международные		Частные		Итого	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Профилактика	\$6,135,632	\$6,200,918	\$5,794,324	\$5,473,183	\$114,416	\$195,467	\$12,044,372	\$11,869,569
Уход и лечение	\$242,937	\$228,275	\$595,602	\$862,870	\$23,316	\$44,339	\$861,855	\$1,135,485
Сироты и уязвимые дети	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Усиление систем управления программами	\$368,741	\$360,986	\$2,338,002	\$2,493,238	\$61,414	\$116,847	\$2,768,158	\$2,971,072
Кадровые ресурсы	\$35,126	\$34,031	\$1,912,269	\$4,515,911	\$163	\$331	\$1,947,557	\$4,550,273
Социальная защита и социальные услуги	\$234,049	\$234,427	\$37,304	\$323,560	\$0	\$0	\$271,353	\$557,987
Благоприятная среда	\$14,256	\$13,957	\$1,199,335	\$462,320	\$3,311	\$6,300	\$1,216,903	\$482,577
Исследования, не включая операционные	\$40,808	\$30,749	\$33,481	\$126,623	\$2,054	\$3,908	\$76,343	\$161,280
Итого	\$7,071,549	\$7,103,344	\$11,910,317	\$14,257,705	\$204,674	\$367,192	\$19,186,540	\$21,728,242

Источник: МЗ КР, ЮНЭЙДС, 2014

Рисунок 67. Матрица оценки внедрения Государственной программы.

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Стратегия 1. Снижение уязвимости потребителей инъекционных наркотиков к ВИЧ-инфекции					
Задача 1.1. Стабилизация распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), в том числе женщин ПИН		1.1.1. Процент ПИН, позитивных ВИЧ (HIV-I5 #855)	<20% (2013)	12,4%	Achieved Достигнуто
		1.1.2. Процент ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ (HIV-C-P2 #845, HIV-P5 #760)	60% (2014)	28,2% (2013)	Не достигнут
	60% и более от оценочного числа потребителей	1.1.3. Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (HIV-C-P7 #854)	60% (2014)	43%	Не достигнут
	наркотиков получают инъекционные услуги по профилактике, лечению и уходу при ВИЧ к 2016 г.	1.1.4. Процент ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают свой результат (HIV-P7 #537)	50% (2014)	33,3%	Не достигнут
		Процент ПИН, получающих ВААРТ из оценочного числа лиц, нуждающихся в лечении (3.1.1.) (HIV-T1 #649)		19,3% (2014) (597/3 100)	Не может быть оценен
		3.1.2. Процент ВИЧ-позитивных ЛУИН, которые продолжают получать АРТ спустя 12 месяцев после его начала (HIV-I3 #G3)	85%	77,8% (2014) 147 / 189	Не достигнут
	3.1.3. Процент ЛЖВ, охваченных палиативной помощью и уходом из числа нуждающихся (медицинские услуги)		No data	Не может быть оценен	
Стратегия 2. Профилактика полового пути передачи ВИЧ-инфекции					
Задача 2.1. Ограничение распространения ВИЧ-инфекции среди секс-работников и их клиентов		2.2.1. Процент СР, инфицированных ВИЧ (HIV-I2 #844)	<5%	2,2%	Достигнут
		2.2.4. Процент СР, охваченных профилактическими программами (HIV-P5 #760)	60% (2013)	24,8%	Не достигнут
	Не менее 60% секс-работников будут охвачены базовым пакетом услуг к 2016 году	2.2.2. Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (HIV-C-P7 #854)	55%	56%	Достигнут
		2.2.3. Процент СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты (HIV-P7 #537)	55%	39%	Не достигнут
		2.2.5. Процент СР, указавших на использование презерватива при последнем половом контакте с платным клиентом (HIV-O4 #842)	90%	90,6%	Достигнут
		2.2.6. Процент СР, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (modified HIV-C-P1 #658)	40%	21%	Не достигнут

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Задача 2.2. Снижение уязвимости мужчин, имеющих секс с мужчинами (МСМ), к ВИЧ- инфекции	Более 30% от оценочного числа МСМ будут охвачены базовым пакетом услуг к 2016 году	2.3.1. Процент МСМ, инфицированных ВИЧ (HIV-I4 #850)	<5% (2013)	6,3%	Не достигнут
		2.3.4. Процент МСМ, охваченных профилактическими программами (HIV-P5 #760)	30 ⁹⁹ % (2014)	47,9%	Достигнут
		2.3.2. Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты (HIV-C-P7 #854)	60%	40%	Не достигнут
		2.3.3. Процент МСМ, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 мес., полное консультирование и знают результаты (HIV-P7 #537)	60%	17,9%	Не достигнут
		2.3.5. Процент МСМ, указавших на использование презерватива при последнем анальном половом контакте с мужчиной (HIV-O5 #664)	60%	83%	Достигнут
		2.3.6. Процент МСМ, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (modified HIV-C-P1 #658)	80%	56,8%	Не достигнут
Задача 2.3. Обеспечение доступа к услугам по профилактике и лечению ИППП группам повышенного риска	Распространенность сифилиса среди групп повышенного риска сократится на 50% к 2016 году	2.4.5. Процент беременных женщин с диагнозом сифилис, получивших лечение (#897)	94% (2014)	100%	Достигнут
		2.4.6. Процент СР, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	80% (2014)	28%	Не достигнут
		2.4.7. Процент ПИН, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	50% (2014)	27,3%	Не достигнут
		2.4.8. Процент МСМ, получивших лечение при наличии симптомов ИППП	70% (2014)	66,7%	В основном достигнут
		2.4.1. Распространенность сифилиса среди ПИН	<5% (2014)	8,4%	Не достигнут
		2.4.2. Распространенность сифилиса среди СР	<5% (2014)	23,6% (2013)	Не достигнут
2.4.3. Распространенность сифилиса среди МСМ	<5% (2014)	7,9% (2013)	Не достигнут		

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Задача 2.4. Снижение уязвимости молодежи к ВИЧ- инфекции и ИППП	Обеспечить доступ к программам по профилактике ВИЧ-инфекции не менее 60% молодых мужчин и женщин в возрасте от 15 до 24 лет к 2016 году	2.1.1. Процент молодых людей в возрасте 15-24 лет, инфицированных ВИЧ (беременные женщины) (HIV-12 #844)	<1% (2014)	0,007% (74 / 1 116 072)	Достигнут
		2.1.6. Процент ЛЖВ в возрасте 15-24 лет, от числа вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции	<8% (2016)	12,1% (2014) 72 / 612	Не достигнут
		2.1.3. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ (HIV-S-P1 #658)	60% (2013)	23,4% (2012) 937 / 4 000	Не достигнут
		2.1.5. Процент женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта (HIV-O3 #843)	90% (2013)	71,4% (2012) 100 / 140	Не достигнут
		Стратегия 3. Обеспечение доступа к лечению, уходу и поддержке для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ)		3.1.1. Процент взрослых и детей, получающих ВААРТ, из оценочного числа лиц, нуждающихся в лечении (HIV-T1 #649)	35% (2014)
Задача 3.1. Обеспечение доступа к высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ)	К 2016 году добиться 80% охвата ВААРТ нуждающихся, и 85% из них удерживать на лечении более 12 месяцев	3.1.2. Процент ВИЧ-позитивных взрослых и детей, которые продолжают получать АРТ спустя 12 месяцев после его начала (HIV-I6 #860)	85%	84,8% (2014) (434 / 512)	В основном достигнута
		4.1.2. Процент ЛЖВ, выявленных в отчетном году, у которых оценивался уровень СД4 клеток	90%	50,3% (308 / 612)	Не достигнут

24. Охват: 18,3% (1 718 / 9 410) от оценочного числа всех ЛЖВ | 75,8% (1 718 / 2 266) от состоящих на диспансерном учете | 67,7% (1 718 / 2 538) доступных ЛЖВ в отчетном периоде.

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Задача 3.2. Обеспечение универсального доступа ЛЖВ к диагностике, лечению и профилактике оппортунистических инфекций, включая туберкулез и вирусный гепатит С	К 2016 году снизить на 20-50% смертность от ТБ людей, живущих с ВИЧ	3.2.1. Процент умерших от туберкулеза в общей структуре смертности ВИЧ-позитивных лиц	35%	32,8% (72 / 219)	Достигнут
		Смертность от туберкулеза среди ЛЖВ (на 1 000 ЛЖВ)		284 (72 x 1 000 / 2 538)	
		3.2.2. Процент взрослых и детей ЛЖВ, у которых ТБ-статус оценивался в текущем году, из числа тех, кто состоит на диспансерном учете (~ТВ/НIV-1 #768)	60%	84,6%	Достигнут
		3.2.3. Процент ЛЖВ, которые получили лечение АРВ и ТБ, из оценочного числа ЛЖВ с вновь выявленным ТБ (С-ТВ/НIV #651)	60%	72,8% (2013)	Достигнут
Задача 3.3. Обеспечение ВИЧ-позитивных беременных женщин комплексом услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку (ППМР)	Вертикальная передача ВИЧ не превысит 3% от числа детей, родившихся у ВИЧ-позитивных матерей, к концу 2016 г.	3.2.4. Процент лиц ВИЧ/ТБ, получивших профилактику котримоксазолом (НIV-CS1 #764)	60%	100%	Достигнут
		3.3.4. Процент инфицирования детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами (НIV-17 #858 ???)	4%	3,4% (2 / 59)	Достигнут
		3.3.1. Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию и знающих свои результаты (#467)	80% (2013)	94,5% (179 131 / 189 422)	Достигнут
		3.3.2. Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, получивших АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку (НIV-P13 #856 #528)	50%	96,1% (114 / 117)	Достигнут с избытком
Задача 3.4. ²⁵ Обеспечение доступа к уходу и социальной поддержке ВИЧ-позитивных мужчин, женщин, детей и членов семьи	Более 90% ВИЧ-позитивных женщин и детей будут охвачены программами социальной поддержки и ухода к 2016 г.	3.3.3. Процент детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, получивших АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (№882 ???)	50%	96,5% (110 / 114)	Достигнут
		3.1.3. Процент ЛЖВ, охваченных паллиативной помощью и уходом из числа нуждающихся (медицинские услуги) (НIV-CS3 #765???)	60%	13,6% (142 / 1 039)	Не достигнут
		3.1.4. Процент ЛЖВ (взрослых и детей), имеющих право на социальную поддержку (пенсии и социальные пособия) и получающие их в течение отчетного года (НIV-CS3 #765 ???)	60%	Дети – 91% (432 / 475) Взрослые – 67% (119 / 176)	Достигнут

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Задача 3.5. Развитие потенциала сообщества ЛЖВ по обеспечению универсального доступа к услугам	60% вновь выявленных ЛЖВ получат доступ к уходу и поддержке со стороны сообщества ЛЖВ	3.4.1. Процент ЛЖВ, получивших хотя бы одну услугу (приверженность к лечению, консультирование «равный-равному»), от НПО сообществ ЛЖВ	50% (2013)	75,5% (1 710 / 2 266)	Достигнут
Задача 3.6. Формирование толерантности к ЛЖВ и группам повышенного риска	Снижение стигмы и дискриминации в обществе связанных с ВИЧ-инфекцией, так, чтобы свыше 60% социально значимого окружения проявляло толерантность по отношению к ЛЖВ	3.4.2. Процент женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые не выражают неприятие по отношению к людям, живущим с ВИЧ (HIV-O9 #474)	60% (2013)	2,9% (2012) Мужч. - 2,1% Жен. - 3,6%	Не достигнут
Стратегия 4. Усиление и обеспечение устойчивости системы здравоохранения в ответе на ВИЧ-инфекцию					
Задача 4.1. Интеграция качественных услуг, связанных с ВИЧ- инфекцией на всех уровнях здравоохранения	60% ЛЖВ будут получать качественные медицинские услуги на уровне ПМСП	4.1.1. Процент организаций здравоохранения, предоставляющих услуги по консультированию при тестировании <i>≈ Число поставщиков услуг, предоставляющих консультирование и тестирование согласно национальным и международным стандартам (#429) ≈ Число учреждений с полностью функционирующими сервисными центрами по ТпК (#373)</i>	50%	98,4% (191 / 194)	Достигнут
Задача 4.2. Предотвращение внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции	К 2016 году внутрибольничная передача ВИЧ-инфекции будет сведена к нулю	Процент ЛЖВ, получающих качественные медицинские услуги на уровне ПМСП 4.2.1. Число новых случаев ВИЧ-инфекции с внутрибольничным путем передачи	0	14 (2014) 3 родились - в 2000; 1 - 2004; 8 - 2006; 1 - в 2008	Не достигнут

Стратегии Задачи	Ожидаемый результат	Показатели из Национального Плана МиО	Планируемый результат	Результат	Достижение
Задача 4.3. Развитие кадрового потенциала здравоохранения	К 2016 году 80% специалистов организаций здравоохранения всех уровней, оказывающих услуги, связанные с ВИЧ-инфекцией и инфекционным контролем, будут обучены и получат сертификат установленного образца	4.3.1. Процент медицинского персонала, прошедшего специальное обучение в рамках сертифицированных программ Процент медицинских работников, которые прошли специальный тренинг сертифицированных программ <i>≈ Число работников здравоохранения, которые успешно завершили тренинговые программы в течение отчетного периода (#555)</i>	60%	15,5% (2013)	Не достигнут
Стратегия 5. Совершенствование стратегической координации и управления государственной политикой					
Задача 5.1. Совершенствование стратегической координации и управления государственной политической	Устойчиво функционирует триединый принцип: единая государственная программа, единая система страновой координации и единая система мониторинга и оценки к 2016 году	5.1.1. Национальный комбинированный индекс политики по ВИЧ-инфекции	0,8	0,8	Достигнут
Задача 5.2. Обеспечение устойчивого финансирования Государственной программы	Доля государственного вклада в общем финансировании Государственной программы будет составлять не менее 20% к концу 2016 г.	5.2.1. Доля внутренних затрат на СПИД по категориям и источникам финансирования <i>≈ Внутренние и международные расходы на СПИД по категориям и источникам финансирования (#861)</i> <i>≈ Государственное финансирование на ВИЧ и СПИД (#459)</i>	15%	23,8%	Достигнут
Задача 5.3. Совершенствование системы мониторинга и оценки (МиО) и стратегической информации	Единая система МиО внедрена и действует на национальном и местном уровне	5.3.1. Процент выполненных из запланированных мероприятий по мониторингу и оценке согласно рабочему плану	90%		Не может быть оценен

Приложение 2. Библиография

AIDS.GOV. "AIDS.gov." *HIV Care Continuum*. March 06, 2016. <https://www.aids.gov/federal-resources/policies/care-continuum/>.

CDC. "Centers for Disease Control and Prevention". *HIV/AIDS*. May 2014. http://www.cdc.gov/hiv/pdf/DHAP_Continuum.pdf.

Dvoriak, Sergii. *Review of HIV HR programs in Kyrgyzstan and background information to develop the country concept note for the new funding model of the GFATM*. Report, Bishkek: WHO, 2014.

European Centre for Disease Prevention and Control. *HIV Continuum of care. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report*. Thematic report, Stockholm: ECDC, 2015.

GFATM, UNDP. *Annual Report on the implementation of UNDP roject in support of the Government of the Kyrgyz Republic, funded by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - 2013*. Annual Report, Bishkek: United Nations Development Program, 2014.

GFATM, UNDP. *Annual Report on the implementation of UNDP roject in support of the Government of the Kyrgyz Republic, funded by the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria - 2014*. Annual Report, Bishkek: United Nations Development Programme, 2015.

Mansfeld, Maiken, Matti Ristola, and Giedrius Likatavicius. *HIV/AIDS Program in Kyrgyzstan Evaluation Report*. Draft Report, Bishkek: WHO, 2014.

Martin, Eugene G., Gratian Salaru, Sindy M. Paul, and Evan M Cadoff. "Use of a rapid HIV testing algorithm to improve linkage to care." *Journal of Clinical Virology*, 2011: S11-S15.

Matteelli, Alberto, and Alberto Roggi. *TB / HIV collaborative activities in Kyrgyzstan*. Bishkek: World Health Organization, 2014.

M-Vector. *Оценка численности мужчин, практикующих секс с мужчинами в Кыргызской Республике*. Аналитический отчет, Бишкек: ГУГ ПРООН, ICAP, 2013.

M-Vector. *Оценка численности секс-работниц в Кыргызской Республике*. Аналитический отчет, Бишкек: ГУГ ПРООН, ICAP, 2013.

NSC KR. "Healthcare." *National Statistics Committee of the Kyrgyz Republic*. 2015. <http://www.stat.kg/en/statistics/zdravoohranenie/> (accessed November 30, 2015).

NSC, MOH and IFC International. *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey 2012*. Bishkek, Kyrgyz Republic, and Calverton, Maryland, USA: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic (NSC), Ministry of Health the Kyrgyz Republic, ICF International, 2013.

Ogden, Jessica, Esim Simel, and Caren Grown. *Expanding the Care Continuum for HIV/AIDS: Bringing Carers into Focus*. Horizons Report, Washington, DC: Population Council and International Center for Research on Women, 2004.

Smyrnov, Pavlo, Maryna Braga, and Kateryna Boiko. *Report on Technical Assistance Assignment in Kyrgyzstan*. Bishkek: Regional Technical Support Hub for Eastern Europe and Central Asia, 2014.

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. *Monitoring and Evaluation Toolkit*. Part 2: HIV, Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2011.

UNAIDS. *90-90-90 An Ambitious treatment target to help and the AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS, 2014.

UNAIDS. *Global AIDS Response Progress Reporting 2014. Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS*. Guidelines, Geneva: UNAIDS, 2014.

UNAIDS. *Introduction to Triangulation*. Guidelines, Geneva: UNAIDS, 2010.

WHO RO for Europe. *Повышение эффективности действий, услуг и потенциала в области общественного здравоохранения*. Краткий отчет о работе Миссии Европейского Бюро ВОЗ в Кыргызской Республике, Бишкек: World Health Organization Regional Office for Europe, 2015.

World Health Organization. *Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Guidelines, Geneva: World Health Organization, 2014.

World Health Organization. *Consolidated Guidelines on the use of Antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Guidelines, Geneva: World Health Organization, 2013.

World Health Organization. *Consolidated Strategic Information Guidelines for HIV in the Health Sector*. Guidelines, Geneva: World Health Organization, 2015.

World Health Organization. *HIV Assays Operational Characteristics HIV rapid diagnostic tests*. Report 17, Geneva: World Health Organization, 2013.

Дерябина Анна and Айжан Дооронбекова. *Интегрированное биоповеденческого исследование среди половых партнеров людей, употребляющих инъекционные наркотики*. Бишкек: PEPFAR, ICAP, 2015.

Межведомственная рабочая группа МЗ КР. *Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию за 2012-2013 годы*. Бишкек: Министерство здравоохранения КР, 2014.

Межведомственная рабочая группа МЗ КР. *Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию за 2014 год*. Бишкек: Министерство здравоохранения КР, 2015.

МЗ КР, ЮНЭЙДС. *Кыргызстан - Оценка национальных расходов в связи со СПИДом за 2012-2013 годы*. Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, UNAIDS, 2014.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. *Руководство по мониторингу и оценке Государственной программы по ВИЧ и СПИДу на 2012-2016 годы*. Бишкек: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, 2012.

НСТ КР. *Кыргызстан в цифрах*. Статистический сборник, Бишкек: Национальный статистический комитет Кыргызской Республики, 2014.

Общественный фонд «Центр анализа политики здравоохранения». *Оценка численности лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), в Кыргызской Республике*. Бишкек: Общественный фонд «Центр анализа политики здравоохранения», 2014.

Чокморова Умуткан, и др. *Результаты Дозорного Эпидемиологического Надзора за ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике*. Бишкек: МЗ, 2013.