



Alliance[®]
for Public Health

**#
SOS_
PROJECT**



UIHP
UKRAINIAN INSTITUTE
ON PUBLIC HEALTH
POLICY

Аналитический отчет

**ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА ВИЧ
И ВОВЛЕЧЕНИЯ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ,
В ПРОГРАММЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ
ТЕРАПИИ В РЕГИОНЕ ВЕЦА**

2021

The bottom of the page features several large, stylized blue virus icons with spikes, scattered across the dark blue background.

Авторы

Александр Зезюлин, Александр Недужко, Татьяна Кирьязова, Мария Самко,
Константин Думчев

Выражение благодарности

Авторы настоящего отчета выражают благодарность группе национальных экспертов, чья информация, критические замечания, мнения и рекомендации внесли существенный вклад в подготовку отчета и легли в основу анализа устойчивости ВИЧ-услуг в странах исследования:

Кыргызская Республика

Айбар Султангазиев, Меруерт Бектемисова, Екатерина Новикова, Бактыгуль Калбаева и Айбек Бекболотов

Республика Беларусь

Денис Говорков, Олег Скрипко, Елена Фисенко, Сергей Низков, Игорь Тиковенко и коллектив государственной организации «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» Республики Беларусь

Республика Казахстан

Сайранкуль Касымбекова, Любовь Воронцова, Оксана Ибрагимова

Республика Молдова

Руслан Поверга, Евгений Голощапов, Юрий Климашевский

Республика Таджикистан

Зухра Нурляминова, Пулод Джамолов, Елена Хасанова

Российская Федерация

Елена Романяк, Алексей Корольков

Украина

Сергей Филиппович, Антон Басенко, Татьяна Сосидко и Сергей Рябоконт.

Аналитический отчет подготовлен и опубликован в рамках регионального проекта «Устойчивость сервисов для ключевых групп в регионе ВЕЦА», реализуемого консорциумом организаций из стран региона ВЕЦА под руководством МБФ «Альянс общественного здоровья» при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Мнения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения организаций консорциума и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

Содержание

Резюме	5
Аббревиатуры	6
Выводы и рекомендации	7
Вступление	11
Программное обоснование	13
Основные цели проекта	14
Методология исследования	15
Цель и задачи исследования	15
География и период сбора данных	16
Исследовательская сеть	16
Контактные лица стран исследования	17
Целевая группа и выборка	17
Дизайн исследования	18
Измерения и данные	18
Инструменты	20
Исследовательская стратегия	22
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	29
Кыргызская Республика	29
Республика Беларусь	50
Республика Казахстан	81
Республика Молдова	97
Республика Таджикистан	109
Российская Федерация	124
Украина	134
Список литературы	153
ТАБЛИЦЫ	158
Таблица 1. Отдельные страновые показатели по состоянию на 2019 г.	158

Таблица 2. Общая динамика основных показателей в Кыргызской Республике	159
Таблица 3. Общая динамика основных показателей в Республике Беларусь	160
Таблица 4. Общая динамика основных показателей в Республике Казахстан	161
Таблица 5. Общая динамика основных показателей в Республике Молдова	161
Таблица 6. Общая динамика основных показателей в Республике Таджикистан	162
Таблица 7. Общая динамика основных показателей в Украине	162
Таблица 8. Динамика показателей тестирования и начала лечения в странах ВЕЦА за 2019-2020гг.	163
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ТАБЛИЦЫ	164
Дополнительная таблица 2. Город Ош	167
Дополнительная таблица 3. Республика Беларусь	171
Дополнительная таблица 4. Город Минск	174
Дополнительная таблица 5. Город Светлогорск и Светлогорский район	178
Дополнительная таблица 6. Город Солигорск и Солигорский район	182
Дополнительная таблица 7. Республика Казахстан	185
Дополнительная таблица 8. Республика Молдова	188
Дополнительная таблица 9. Республика Таджикистан	191
Дополнительная таблица 10. Город Душанбе	194
Дополнительная таблица 11. Российская Федерация	197
Дополнительная таблица 12. Город Санкт-Петербург	202
Дополнительная таблица 13. Калининградская область	206
Дополнительная таблица 14. Новосибирская область	210
Дополнительная таблица 15. Свердловская область	214
Дополнительная таблица 16. Челябинская область	218
Дополнительная таблица 17. Украина	222

Резюме

Появление нового коронавирусного заболевания, известного как COVID-19, создает дополнительное бремя для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), которые сталкиваются с множественными проблемами со здоровьем и могут подвергаться повышенному риску тяжелого заболевания, вызванного COVID-19. Для того, чтобы противостоять многочисленным коморбидным состояниям среди ЛЖВ, также необходимо учитывать вызовы социального происхождения, которые подвергают эту группу риску заражения COVID-19 и повышают вероятность неблагоприятных исходов.

Удержание уровня предоставления услуг антиретровирусной терапии (АРТ) в комплексе с постоянным выявлением случаев и быстрым включением вновь диагностированных ЛЖВ в пожизненное лечение критически важно для защиты крупных глобальных инвестиций и последующего прогресса в борьбе с эпидемией ВИЧ. Если не будут предприняты усилия для устранения перебоев в предоставлении медицинских услуг, 6-месячный перерыв в АРТ может привести к более чем 500 000 дополнительных смертей от болезней, связанных со СПИДом.[1]

Это исследование проводилось с целью оценить изменения темпов тестирования на ВИЧ, выявляемости ВИЧ и назначения АРТ новым пациентам (далее — основные показатели) в семи странах региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) на национальном и местном уровнях в 2019—2020 годах в контексте пандемии COVID-19. Географически исследование охватывало следующие страны (города и регионы): Кыргызская Республика (г. Ош), Республика Беларусь (г. Минск, г. Солигорск и г. Светлогорск), Республика Казахстан, Республика Молдова, Республика Таджикистан (г. Душанбе), Российская Федерация (г. Санкт-Петербург и Калининградская, Новосибирская, Свердловская, Челябинская области) и Украина. Также проведение этого исследования планировалось в Узбекистане и Грузии, однако исходные статистические данные, необходимые для проведения оценки, предоставлены не были.

Для выполнения цели исследования были собраны статистические данные, чтобы изучить возможное изменение основных показателей за период 2019—2020 годов в контексте ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19. Также были собраны качественные данные в формате глубинных интервью и данных локальной документальной базы для того, чтобы установить связь между снижениями значений основных показателей и действием ограничительных мер.

Техническое задание для этого исследования было разработано в рамках регионального проекта «Устойчивость сервисов для ключевых групп в регионе Восточной Европы и Центральной Азии», который реализуется при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ) консорциумом организаций из стран региона ВЕЦА под руководством МБФ «Альянс общественного здоровья» в партнерстве со «Всеукраинской сетью ЛЖВ» (БО «100% Жизни»), Центрально-Азиатской ассоциацией людей, живущих с ВИЧ, и Евразийской сетью здоровья ключевых групп.

Аббревиатуры

CDC	Center for Disease Control and Prevention
PEPFAR	the President's Emergency Plan for AIDS Relief
АРВ-препараты	антиретровирусные препараты
АРТ	антиретровирусная терапия
БТ	быстрые тесты
ВЕЦА	страны Восточной Европы и Центральной Азии
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ИФА	иммуноферментный анализ
КГ	ключевые группы
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗСЗН РТ	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, имеющие секс с мужчинами
НКО	некоммерческие организации
НПО	неправительственные организации
НСЗУ	Национальная служба здоровья Украины
ППЛВ	программы профилактики и лечения ВИЧ
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РКС	работники коммерческого секса
СОП	стандартные операционные процедуры
ТГ	трансгендерные люди
УЗО	учреждения здравоохранения
ЦВЕ	страны Центральной и Восточной Европы
ЦОЗ	Центр общественного здоровья Украины

Выводы и рекомендации

Общие выводы

1. Пандемия COVID-19 оказала серьезное влияние на предоставление услуг по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ в странах ВЕЦА. В целом, системы здравоохранения, включая государственный и негосударственный секторы, смогли адаптироваться и адекватно отреагировали на вызов, не допустив прерывания ключевых услуг, и во многих случаях продемонстрировали минимальное отставание от исходных планов.
2. Охват тестированием на ВИЧ на базе неправительственных организаций, в первую очередь для ключевых групп, снизился в первые недели после введения противоэпидемических ограничений во всех странах. Однако организации достаточно быстро адаптировались, и итоговое количество тестов существенно не снизилось по сравнению с 2019 годом, а в некоторых случаях выросло (например, на 46% в Молдове, 14% в Казахстане). Рост был обусловлен эффективной реализацией программных планов (Казахстан) либо был ответом на снижение доступности тестирования в государственных учреждениях (Молдова). Пандемия послужила толчком к внедрению инноваций, таких как самотестирование и рассылка тестов почтой.
3. Количество тестов на ВИЧ в учреждениях здравоохранения существенно снизилось в большинстве стран (Таблица 8). Наибольшее снижение отмечалось в Молдове (-33% в 2020 году по сравнению с 2019), Украине (-21%) и Таджикистане (-19%). В период локдаунов это было вызвано, очевидно, ограничительными мерами, которые предусматривали приостановку плановых медицинских процедур, прекращением работы общественного транспорта и нежеланием населения подвергаться риску заражения COVID-19, а также сниженной мотивацией к тестированию на фоне экономических трудностей, особенно у представителей ключевых групп. За исключением Казахстана, где благодаря децентрализации в 2020 году в итоге удалось выйти на уровень 2019 года, страны не смогли восстановить объемы тестирования после полного или частичного снятия локдаунов. В определенной степени это можно объяснить повышенной нагрузкой на системы здравоохранения, в частности, учреждения службы ВИЧ/СПИД, во время бурного роста случаев COVID-19 в некоторых странах в конце 2020 года.
4. Наблюдаемые изменения в выявляемости ВИЧ-инфекции были в основном обусловлены особенностями программ тестирования, которые в разной степени делали процедурный или финансовый акцент на тестировании представителей ключевых групп, внедряли подходы индексного тестирования и адаптировались

к изменениям наркосцены. В республиках Средней Азии отмечалось распространение новых наркотиков, которые уводят часть клиентов из охвата НПО, что уменьшило их долю среди обследованных и снизило выявляемость. В Беларуси снижение было обусловлено изменениями системы верификации случаев.

5. Регистрация новых случаев ВИЧ и постановка на учет, аналогично тестированию на базе медицинских учреждений, снизилась во время пандемии COVID-19 в той или иной степени во всех странах ВЕЦА. Наибольшее снижение количества зарегистрированных случаев было в Беларуси (-33% по сравнению с 2019 г.), наименьшее в Украине (-2%). Большинству стран не удалось восстановить темпы регистрации до уровня 2019 года, в первую очередь из-за снижения уровня тестирования и в некоторых случаях из-за высокой заболеваемости COVID-19. Важно отметить, что в тех странах, где наблюдался рост тестирований на базе неправительственных организаций (Молдова), не всегда за ним следовал рост регистрации новых пациентов, что может свидетельствовать о недостаточно эффективном перенаправлении выявленных случаев.
6. Тенденция в показателях начала АРТ преимущественно отражала динамику постановки на учет и демонстрировала снижение по сравнению с предыдущим годом (Таблица 8). Наибольшее снижение было выявлено в Беларуси (-49%), наименьшее в Казахстане (-6%). Однако в отдельных странах (Российская Федерация, Беларусь, Таджикистан) отставание количества взятых на АРТ от количества поставленных на учет ЛЖВ было более существенным из-за диагностических и административных процедур, предшествующих назначению АРВ-терапии пациентам. Несмотря на декларируемую приверженность стратегии «тест и старт», в этих странах обследование на CD4 и вирусную нагрузку является необходимым условием для начала АРТ. Во время пандемии лабораторная служба оказалась перегружена, и многие пациенты испытывали существенные задержки с выполнением необходимых анализов. Кроме того, в некоторых странах снижение количества новых пациентов на АРТ усугубилось вследствие провала систем закупки и снабжения (Украина), а также учета препарата и отчетности (Казахстан).
7. Во всех странах сотрудники программ приложили значительные усилия для обеспечения приверженности и удержания пациентов на лечении. Нигде не было отмечено увеличения смертности пациентов с ВИЧ-инфекцией или снижения количества пациентов на АРТ. Во многих случаях пандемия привела к мобилизации персонала УЗО и НПО и послужила катализатором для налаживания взаимодействия между секторами. Был оперативно разработан и внедрен ряд подходов, которые позволили обеспечить непрерывность лечения. К ним относится выдача препарата на длительный срок, доставка препарата на дом, доставка почтой (что особенно актуально для стран с высоким уровнем трудовой миграции), децентрализация выдачи АРТ и мониторинговых обследований. Внедрению этих подходов способствовало наличие финансирования от международных фондов, которые обладают достаточной гибкостью для перераспределения средств в случае программной необходимости.

Рекомендации по обеспечению непрерывности ВИЧ-услуг в условиях пандемии COVID-19 или других экстренных ситуаций

1. Критически важным является создание координационного центра на национальном уровне и на уровне регионов, которые объединят провайдеров услуг из государственного и негосударственного секторов, представителей сообществ, управлений здравоохранения и международных организаций.
2. Следует закрепить опыт, полученный в условиях пандемии, для повышения эффективности взаимодействия ведомств и секторов, разработки и внедрения оптимизированных моделей предоставления услуг. Этот опыт целесообразно отразить в разработке антикризисных планов с гибкими механизмами финансирования, в том числе и из государственных источников.
3. Необходимо систематизировать лучшие практики в обеспечении непрерывности ВИЧ-услуг (на всех этапах каскадов профилактики и лечения), появившиеся в странах ВЕЦА во время пандемии COVID-19, и рекомендовать их к использованию в программах, которые продолжают сталкиваться с трудностями.
4. Следует продолжать децентрализацию услуг по тестированию и диагностике ВИЧ и внедрять инновационные подходы, такие как самотестирование, индексное тестирование и сопровождение для постановки на учет.
5. Необходимо пересмотреть процедуры подтверждения позитивного результата тестирования на ВИЧ и весь спектр других диагностических и административных процедур, предшествующих назначению АРВ-терапии пациентам, с целью снижения порога и уменьшения времени до начала АРТ. Это является особенно важным для представителей ключевых групп. Работу с ключевыми группами следует усилить с помощью эффективных интервенций, таких как кейс-менеджмент.
6. Необходимо обеспечить антикризисные механизмы бесперебойной поставки АРВ-препаратов как на этапе закупки и доставки в лечебное учреждение, так и на этапе выдачи пациенту. В случае госпитализации по поводу COVID-19 необходим механизм коммуникации с врачами-инфекционистами стационаров для обеспечения непрерывности АРТ.
7. Необходимо продолжать и совершенствовать предоставление услуг ВИЧ дистанционно, что позволит снизить риск заражения COVID-19 и повысить удержание пациентов. К таким услугам относятся: дистанционное консультирование ЛЖВ по вопросам лечения и поддержки; доставка препаратов АРТ по почте или курьером; обеспечение минимального 1-3-х месячного запаса препарата при доставке медикаментов для каждого пациента; ограничение количества визитов ЛЖВ в клиники ВИЧ за счет внедрения механизмов сортировки пациентов в зависимости от тяжести их состояния.

8. Необходимо разработать и внедрить методики скрининга для определения риска отказа от приема АРТ и других услуг, связанных с ВИЧ, в условиях пандемий или других кризисных ситуациях. Для пациентов, которые имеют высокий риск прерывания лечения, важно предоставлять консультирование по приверженности или при возможности полноценный кейс-менеджмент.
9. Требуется дополнительное, более глубокое исследование с использованием методов аналитической статистики для определения средне- и долгосрочного влияния пандемии COVID-19 на каскады профилактики и лечения ВИЧ на страновом уровне, а также на состояние здоровья и качество жизни на уровне когорт пациентов.

Вступление

Пандемия COVID-19 за последний год оказала колоссальное влияние на здравоохранение, общество и экономику во всем мире. По состоянию на 24 января 2021 года 97 464 094 подтвержденных случая заболевания, из них 2 112 689 со смертельным исходом, были отнесены к COVID-19 и зарегистрированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в более чем 222 странах/регионах мира.[2] Пандемия COVID-19 является одним из самых серьезных бедствий в сфере общественного здравоохранения со времен Второй мировой войны, которое, несмотря на все усилия, очень сложно контролировать.[3] Признавая быстрое распространение COVID-19 и угрозы, которые он представляет, 30 января 2020 года ВОЗ объявила пандемию международной чрезвычайной ситуацией. Это позволило странам приложить максимум усилий и выделить ресурсы для ограничения быстрого распространения SARS-CoV-2.[4]

Страны по-разному пытаются оптимизировать ресурсы, связанные с реагированием на пандемию COVID-19, и в то же время сохранить уровень оказания других основных услуг. Однако некоторые повседневные и плановые услуги могут быть приостановлены, в то время как существующие подходы к оказанию услуг адаптируются к изменяющимся условиям пандемии с учетом возможностей и приоритетов. Для достижения стойкого баланса между нагрузкой и возможностями системы необходим ряд стратегических и практических преобразований при участии местных сообществ и заинтересованных сторон из государственного и частного секторов. Все изменения должны осуществляться в соответствии с этическими принципами, такими как справедливость с точки зрения распределения ресурсов и доступа, обязательное предоставление помощи и уважение достоинства и прав человека.[5]

Пандемия COVID-19 оказала серьезное влияние на способность систем здравоохранения предоставлять медицинские услуги. Во время растущего спроса на лечение пациентов с COVID-19 критически важным оставалось поддержание доступности и качества профилактических услуг и лечения, особенно для наиболее уязвимых групп населения, таких как дети, люди пожилого возраста, люди, живущие с хроническими заболеваниями, меньшинства и люди с ограниченными возможностями.[6] Неверно организованные меры по защите уязвимых групп населения подвергают их более высокому риску, подрывают способность структур реагировать на COVID-19 и ставят под угрозу достижение более широких целей в области здравоохранения.[7]

Проблемы в получении своевременных и качественных медицинских услуг, как правило, усугубляются индивидуальными и системными факторами как со стороны потребителей, так и со стороны провайдеров в любых условиях. В условиях же пандемии, когда системы здравоохранения перегружены и пациенты не имеют доступа к необходимой медицинской помощи, резко возрастает как прямая смертность, вызванная вспышками болезни, так и косвенная от заболеваний, которые можно предотвратить и лечить.[7] Способность любой системы обеспечивать непрерывное оказание основных услуг здравоохранения зависит от бремени заболеваний, местного сценария распространения COVID-19 и потенциальных возможностей системы здравоохранения по мере развития пандемии.[8]

Последствия пандемии усиливаются из-за взаимодействия взаимосвязанных биологических и социально-экологических факторов. Эта разнообразная взаимосвязь была названа медицинским антропологом Меррилом Сингером в 1990-х годах «синдемой» для описания взаимосвязи между ВИЧ/СПИДом, употреблением психоактивных веществ и насилием. Таким образом, пандемия COVID-19 на данный момент рассматривается как синдемия коронавирусной инфекции с другими острыми и хроническими заболеваниями, включая ВИЧ.[9]

Один из последних отчетов показал, что существующие системы здравоохранения были плохо подготовлены к такому сценарию и поэтому не способны остановить рост хронических заболеваний даже в обычных условиях.[10] С началом пандемии COVID-19 устойчивость услуг по профилактике и лечению во всем мире была серьезно подорвана, а в странах с низким и средним доходом этот сбой оказался еще более существенным. Результаты опроса, проведенного ВОЗ в 155 странах, показали, что люди, живущие с хроническими заболеваниями, не могли получить доступ к лечению.[11]

Во время пандемии значительно возросла озабоченность по поводу воздействия COVID-19 на ЛЖВ. Хотя данные о риске, который представляет ВИЧ для исходов COVID-19, неоднозначны, ЛЖВ могут подвергаться диспропорциональному воздействию негативных последствий ответных мер общественного здравоохранения на пандемию.[12] Эти повышенные риски можно опять же понимать с точки зрения синдемии, которая предполагает, что две эпидемии могут взаимодействовать и усиливать друг друга, увеличивая бремя этих болезней.[13] Кроме того, условия, при которых развиваются эти взаимодействующие эпидемии, также являются синдемическими, когда множественные детерминанты здоровья и социального неравенства, включая экономическое положение, социальную изоляцию и стигму, взаимно усиливаются в ущерб пациентам.[14, 15]

Пандемия COVID-19 представляет реальную угрозу для организации и предоставления непрерывной помощи при ВИЧ-инфекции на каждом этапе.[16] Обзор состояния систем предоставления этих услуг во время кризиса COVID-19 в 19 странах Центральной и Восточной Европы показал, что соответствующие лечебные учреждения сообщали о нехватке АРТ и часто приостанавливали или значительно сокращали регулярные посещения и анализы крови, сохраняя только выдачу АРТ.[17] Половина стран в ходе опроса сообщила о карантине в связи с SARS-CoV-2, который распространялся также и на ЛЖВ, а в восьми странах АРТ предоставлялась людям, у которых не было возможности вернуться к месту своего проживания из-за транспортных ограничений. Также существуют доказательства, что каждый третий ВИЧ-позитивный человек может не иметь достаточного запаса АРВ-препаратов во время ограничения передвижения или количества визитов в клинику, а двое из трех могут испытывать трудности в получении АРТ.[18]

Важно отметить, что изоляция и меры социального дистанцирования могут вызывать негативные психологические эффекты. В регионе Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ) многие ВИЧ-позитивные люди относятся к уязвимым группам населения и испытывают стигматизацию и одиночество.[15] Из опыта предыдущих эпидемий известно, что у людей, подвергшихся стрессу во время пандемии, с высокой вероятностью может возникнуть депрессия.[19] Все эти факторы так или иначе влияют на приверженность и удержание в лечении. В то же время пациенты с прогрессирующей или неконтролируемой ВИЧ-инфекцией могут быть более уязвимы к COVID-19, при том, что половина ЛЖВ имеет сопутствующие заболевания, которые усугубляют течение этого заболевания.[20]

В большинстве стран ЦВЕ оказание помощи при ВИЧ организовано таким образом, что АРВ-препараты закупаются централизованно и распределяются через определенные клиники.[21]

Механизмы закупки АРВ-препаратов в разных странах варьируют и зависят от сложности административных процедур, поскольку многие компоненты АРТ не производятся на месте. Большинство стран выдают пациентам 2–3-месячный запас препаратов; при этом устойчивость поставок остается под вопросом, поскольку пандемия может еще больше повлиять на процессы закупок. Судя по развитию событий, международным организациям скорее всего потребуется сотрудничество с правительствами стран, чтобы предоставить дополнительную финансовую и логистическую поддержку в этой области.[20]

Программное обоснование

В Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) наблюдается самый большой рост заболеваемости ВИЧ с 2010 года, опережая другие регионы мира, включая Южную и Восточную Африку.[22] Человечество прилагает много усилий для того, чтобы снизить темпы распространения ВИЧ-инфекции, но пока вирус не удалось победить. Для преодоления эпидемии ВИЧ UNAIDS разработана стратегия 90-90-90, которая предполагает, что не менее 90% всех ЛЖВ должны знать о своем статусе, из них не менее 90% должны получать АРТ и не менее чем 90% из числа всех получающих АРТ должны достичь подавления размножения вируса и иметь неопределяемую вирусную нагрузку.[23] По состоянию на сегодняшний день ни одна из этих целей не достигнута, однако страны очень близки к выполнению первых 90 – а именно выявления 90% всех ЛЖВ.

Данные о предоставлении услуг профилактики и лечения ВИЧ среди общей популяции и населения в группах риска, а также динамика заболеваемости и смертности от ВИЧ в условиях локального контекста являются обязательным условием для планирования и реализации целенаправленных программ достижения целей 90-90-90 и преодоления эпидемии ВИЧ. В нашем исследовании мы провели оценку масштаба предоставления ВИЧ-услуг и описали факторы влияния, которые с высокой вероятностью определяют объем и качество этих услуг в условиях пандемии COVID-19 в странах ВЕЦА.

Проведение этого исследования и подготовка данного отчета стали возможным благодаря работе группы консультантов, представляющих "Украинский институт

политики общественного здоровья", при финансовой и технической поддержке МБФ "Альянс общественного здоровья". МБФ «Альянс общественного здоровья» (далее — Альянс) – ведущая профессиональная организация, которая в сотрудничестве с ключевыми общественными организациями, Министерством здравоохранения и другими правительственными учреждениями ведет борьбу с эпидемией ВИЧ/СПИД в Украине, обеспечивая руководство профилактическими программами и предоставление высококачественной технической поддержки и финансовых ресурсов организациям на местах. Все эти усилия направлены на достижение в стране универсального доступа к комплексным услугам в связи с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и вирусным гепатитом С, а также эффективного ответа на эпидемию на уровне сообществ, базируясь на достигнутых результатах и передовом опыте.

Данное исследование проходило в рамках регионального проекта «Устойчивость сервисов для ключевых групп в регионе Восточной Европы и Центральной Азии».[24] Региональный проект (2019–2021) реализуется при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, консорциумом организаций из стран региона ВЕЦА под руководством Альянса в партнерстве со «Всеукраинской сетью ЛЖВ» (БО «100% Жизни»), Центральноазиатской ассоциацией людей, живущих с ВИЧ, и Евразийской сетью здоровья ключевых групп.

Основные цели проекта:

- улучшение финансовой устойчивости и эффективности программ по ВИЧ;
- снижение существующих правовых барьеров и соблюдение наиболее важных прав человека для доступа к услугам профилактики ВИЧ и уходу;
- повышение эффективности и доступности моделей предоставления ВИЧ-услуг (тестирование и непрерывный уход) для ключевых групп населения.

Проект внедряется в 14 странах региона ВЕЦА: Беларусь, Босния и Герцеговина, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Румыния, Северная Македония, Сербия, Таджикистан, Украина, Узбекистан, Черногория. Особое внимание уделяется городам, которые подписали или готовятся к подписанию Парижской декларации, а именно: в Беларуси — г. Минск, г. Солигорск и г. Светлогорск, в Кыргызстане — г. Ош, в России — г. Санкт-Петербург и Калининградская, Новосибирская, Свердловская, Челябинская области, в Таджикистане — г. Душанбе, в Узбекистане — г. Ташкент и Самаркандская область.

Методология исследования

Цель и задачи исследования

Цель этого исследования – оценить влияние глобальных и контекстуальных факторов на функционирование системы предоставления ВИЧ-услуг в странах ВЕЦА посредством измерения динамики основных показателей и установить факторы, которые определяют величину колебания значений показателей в контексте пандемии COVID-19.

Цель исследования была достигнута через выполнение следующих задач для каждой из стран-объектов исследования (далее – стран исследования).

Задача 1. Определить динамику показателей предоставления услуг ВИЧ -услуг за 2019–2020 гг. (Кабинетное исследование).

- **Задание 1.1.** Создать сеть контактных лиц и собрать количественные данные.
- **Задание 1.2.** Систематизировать полученные количественные данные (ввод данных в инструментарий для сравнения и анализа, проверка качества и форматирование данных согласно страновой технической документации).
- **Задание 1.3.** Оценить динамику индикаторов и визуализировать результаты анализа данных.

Задача 2. Установить факторы, которые связаны и с высокой вероятностью определяют динамику показателей предоставления ВИЧ-услуг.

- **Задание 2.1.** Разработать и адаптировать руководства для проведения сбора качественных данных в формате глубинных интервью с ключевыми информаторами для каждой из стран исследования.
- **Задание 2.2.** Провести сбор качественных данных в формате глубинных интервью с ключевыми информаторами.
- **Задание 2.3.** Провести объяснительный анализ качественных данных и предоставить отчет по каждой стране исследования.

Задача 3. Сформировать общее представление о происходящем процессе в каскаде ВИЧ-услуг в странах исследования, подготовить резюме исследования и разработать рекомендации для оптимизации системы предоставления ВИЧ-услуг в условиях пандемии COVID-19.

- **Задание 3.1.** При наличии страновых планов выполнения основных показателей в локальной документальной базе установить, насколько реальные темпы предоставления услуг тестирования и лечения ВИЧ соответствуют

запланированным показателям (выполнялось одновременно с Заданием 1.1, 1.2, 2.2 и 3.2).

- **Задание 3.2.** Провести триангуляцию данных и подготовить общий аналитический отчет.
- **Задание 3.3.** В рамках специально созданной консультативной группы совместно с ключевыми информаторами и заинтересованными лицами формализовать общее видение заинтересованных сторон и операционализировать результаты оценки в форме объединенного отчета с практическими рекомендациями и концепцией дорожной карты для оптимизации системы предоставления ВИЧ-услуг в странах исследования в условиях пандемии COVID-19.

География и период сбора данных

Сбор данных проводился как на уровне стран, так и на региональном и городском уровнях. Динамика основных показателей оценивалась за период 2019–2020 годов.

Страновой уровень: Семь стран региона ВЕЦА (Кыргызская Республика, Республика Беларусь, Республика Казахстан, Республика Молдова, Республика Таджикистан, Российская Федерация, Украина).

Уровень городов: в Беларуси – г. Минск, г. Солигорск и г. Светлогорск, в Кыргызстане – г. Ош, в России – г. Санкт-Петербург и Калининградская, Новосибирская, Свердловская, Челябинская области, в Таджикистане – г. Душанбе.

Исследовательская сеть

Исследовательская команда работала с многочисленными партнерами в странах исследования как на международном, так и национальном уровнях. Исследовательская сеть включала представителей Альянса, работников национальных и региональных агентств здравоохранения, представителей негосударственного сектора (субгрантеры Альянса), представителей целевых групп исследования и другие заинтересованные стороны. Организации-партнеры сотрудничали с исследовательской командой (авторами этого отчета) и обеспечивали доступ к стратегической информации, локальным документальным базам и ключевым информаторам в странах исследования. В этом проекте Альянс выступал в роли главного партнера исследовательской команды и осуществлял методологическую, техническую и коммуникационную поддержку на всех этапах исследования, в том числе и в отношении подготовки главного технического задания этого исследования, организации работы с контактными лицами и оптимизации методологии сбора данных в странах исследования.

Контактные лица стран исследования

Контактные лица – это эксперты в странах исследования, которые обладают знаниями, опытом и доступом к стратегической информации в разрезе основных показателей. Главным техническим заданием этой оценки была предусмотрена центральная роль Альянса в процессе формирования сети контактных лиц. Совместно с исследовательской командой Альянс разработал специальный список контактных лиц для каждого региона исследования.

Контактные лица **не являлись** членами исследовательской команды и не принимали участия в обработке и анализе предоставленных статистических и качественных данных. Контактные лица получили соответствующие инструкции от исследовательской команды, в соответствии с которыми на них возлагались следующие обязанности:

- проводить совместную работу с исследовательской командой в рамках сбора стратегической информации, качественных данных и сопутствующей документации касательно организации и предоставления ВИЧ-услуг в отдельной стране (**далее – локальной документальной базы**);
- предоставление технической поддержки исследовательской команде для разработки релевантной административно-исследовательской документации с учетом локального контекста (политической, эпидемиологической ситуации, языковых барьеров и юридических особенностей функционирования учреждений здравоохранения в странах исследования);
- формирование запросов для получения информации по **основным показателям** для выполнения заданий в Задаче 1 этого исследования;
- предоставление списков **ключевых информаторов** для выполнения заданий в Задаче 2 этого исследования;
- участие в консультативных группах по обсуждению результатов исследования и подготовке общих рекомендаций согласно заданиям Задачи 3 этого исследования.

Целевая группа и выборка

Согласно главному техническому заданию этой оценки, сбор стратегической информации (Задания 1.2, 1.3.) определялся **основными количественными показателями** (см. ниже) среди целевых групп исследования. Целевыми группами исследования по направлению тестирования и лечения были определены ЛЖВ и отдельно представители уязвимых к ВИЧ групп, которые пользуются услугами профилактики – мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ); люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН); работники коммерческого секса (РКС).

Для сбора качественных данных в формате глубинных интервью в исследование планировалось привлечь до 28 респондентов. Предполагалось, что в каждой стране исследования будет привлечено до четырех респондентов для проведения дистанционного собеседования с членами исследовательской команды.

Дизайн исследования

Для выполнения задач данной оценки исследовательская команда использовала *последовательный объяснительный дизайн* (Explanatory Sequential Design)[25]

(Рисунок 1)



Последовательный объяснительный дизайн – это один из смешанных методов исследований, который состоит из двух разных фаз: 1) количественной и 2) последующей качественной.[26] В этом дизайне исследователь сначала собирает и анализирует количественные (числовые) данные. Качественные (текстовые) данные собираются и анализируются позже, чтобы объяснить или уточнить полученные количественные результаты на первом этапе. Вторая, качественная, фаза строится на первой, количественной фазе, и две фазы соединяются на промежуточной стадии исследования. Обоснованием этого подхода является то, что количественные данные и их последующий анализ дают общее представление о проблеме исследования. Качественные данные и их анализ уточняют и объясняют статистические результаты за счет более глубокого изучения мнений участников.[27, 28]

Таким образом, методология этого исследования включала в себя, но не была ограничена сбором и анализом как количественных (например, количество тестирований на ВИЧ, количество позитивных тестов, количество начавших лечение и количество выбывших из программ лечения), так и качественных данных (например, причины прекращения лечения, возможное влияние схем лечения на прекращение лечения, другие организационные сложности, которые влияют на отсроченное начало АРТ или являются причиной прекращения приема препаратов).

Измерения и данные

Во время количественной фазы исследования статистические данные собирались согласно **основным количественным показателям** (Панель 1), которые были определены главным техническим заданием исследования для изучения динамики каскада ВИЧ-услуг за 2019 и 2020 годы.

Панель 1.

Период: 2019–2020 (последняя доступная информация), за каждый месяц
1. Количество проведенных тестов на ВИЧ за месяц, из них количество позитивных:
1.1. Данные по тестированию в учреждениях здравоохранения, за месяц:
1.1.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
1.2. Данные по тестированию, произведенному на базе негосударственных организаций, за месяц:*
1.2.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
2. Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц:
2.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
3. Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца:
3.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
4. Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц:
4.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
5. Количество пациентов на АРТ на конец месяца:
5.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
6. Количество умерших пациентов с ВИЧ на конец месяца:
6.1. Разбивка по группам риска (ЛУИН, МСМ, РКС)*
Период: 2020 год, за каждый месяц
7. Ежемесячное количество заболевших COVID-19, (из них пациентов с ВИЧ)*
8. Ежемесячное количество умерших от COVID-19, (из них пациентов с ВИЧ)*

*При наличии информации.

Индикаторами выполнения количественной фазы исследования служили заполненные инструменты для сбора данных и аналитические справки по каждой из стран исследования.

Индикаторами выполнения этапов качественного исследования служили: 1) отдельно разработанные для каждой страны руководства для проведения глубинных интервью с ключевыми информаторами; 2) аудиозаписи глубинных интервью; 3) протоколы глубинных интервью с ключевыми информаторами и 4) соответствующие аналитические заметки. Кроме того, во время сбора количественных данных по основным показателям и проведения качественного исследования проводился сбор и анализ локальной документальной базы как фактора влияния на динамику предоставления ВИЧ-услуг (см. ниже).

Инструменты

Инструментарий исследования был собран согласно типам данных и методик, определенных главным техническим заданием и протоколом исследования. Исследовательская команда использовала четыре группы инструментов: 1) коммуникационные; 2) формы для сбора данных (формы для сбора количественных данных, протоколы глубинных интервью); 3) административно-исследовательские (руководства для глубинных интервью для каждой из стран исследования, информированное согласие для ключевых информаторов и графики онлайн-встреч для проведения глубинных интервью); 4) аналитические профили (сведенные формы для объединения данных, перекрестных ссылок на источники и визуализации результатов).

Коммуникационные инструменты

На базе основных количественных показателей для каждой из стран исследования было разработано **индивидуальное техническое задание (Приложение 1)**, в котором перечислены показатели для сбора данных, короткие процедуры по выполнению, рекомендуемые схемы коммуникации и ссылки для технической поддержки. Согласно техническому заданию, контактные лица совместно с исследовательской командой проводили сбор статистических данных в разрезе основных показателей, а также релевантной локальной документальной базы.

Формы для сбора данных

Форма для сбора количественных данных была разработана и применялась для агрегации статистических данных, полученных от контактных лиц или по их ссылкам в странах исследования.

На основании количественных данных, предоставленных контактными лицами, командой исследователей были разработаны **индивидуальные руководства для проведения глубинных интервью** в каждой из стран исследования. Руководства использовались

для системного и структурированного сбора данных в ходе коммуникации между интервьюером и информатором. Также в руководстве было предусмотрено использование специальных текстовых полей для заметок интервьюера и транскрибирования ответов информаторов (при необходимости).

Инструменты и протокол исследования были одобрены Комиссией по вопросам этики в Украинском институте политики общественного здоровья. Набор инструментов (включая руководство по проведению глубинных интервью) прошел пилотные испытания в Украине. Целью пилотного испытания было определение оптимальных уровней понимания, удобства и комфорта для использования и предоставления ответов ключевыми информаторами исследования. Основным требованием к инструментам была гибкость в использовании и возможность быстрой кастомизации, поскольку темы и вопросы в инструментарии были разноплановыми и в большей степени зависели от местных условий с разными политическими, регуляторными, программными и культурными особенностями. Для пилотирования все исследовательские формы в наборе инструментов были подготовлены на русском языке. Исследователи предварительно испытали формы для сбора качественных и количественных данных в Украине. Пилотирование инструментов для сбора качественных данных было проведено среди четырех информаторов. Следует отметить, что особое внимание было уделено среднему времени, необходимому для проведения интервью, поскольку предполагаемая продолжительность проведения глубинного интервью с одним респондентом была определена в рамках 30 минут. Однако пилотирование показало, что проведение глубинного интервью занимало около 60 минут, а в некоторых случаях даже больше, что повлекло за собой изменение соответствующих процедур и документации. Отзывы информаторов и рекомендации ответственных исследователей послужили основой для соответствующей доработки инструментария.

Аналитические страновые профили

Аналитический страновой профиль – это набор таблиц с описательными статистическими данными, выводами тематического анализа качественных данных (данных глубинных интервью) и соответствующим пакетом локальной документальной базы. Для каждой страны была создана отдельная база данных, которая включала в себя: 1) базу количественных данных (заполненные таблицы основных показателей), 2) визуализацию в виде графиков, отображающих динамику основных показателей за период сбора данных и их описание, 3) аналитическую заметку по результатам глубинных интервью и 4) регуляторную и другую релевантную документацию касательно предоставления ВИЧ-услуг в каждой из стран исследования. Профиль для каждой страны был собран на этапе триангуляции данных (Задача 3) после заполнения второй и третьей группы инструментов.

Исследовательская стратегия

Задача 1.

Определение динамики показателей предоставления ВИЧ-услуг

Эта задача была выполнена посредством сбора стратегической информации с помощью контактных лиц и проведения кабинетного исследования, для систематизации и анализа полученных данных. Результатами выполнения этой задачи стали заполненные формы для сбора статистических данных для каждой страны, выводы сравнительного анализа и основанные на этих данных руководства по проведению глубинных интервью среди ключевых информаторов для выполнения Задачи 2.

- **Задание 1.1. Создание сети контактных лиц и сбор количественных данных.**

Исследовательская команда провела совместную работу с представителями Альянса для определения контактных лиц в странах исследования. Был подготовлен календарный план коммуникации с контактными лицами в каждой стране. Также перед проведением вводной индивидуальной встречи (ориентации) по началу работы над сбором статистических данных и локальной документальной базы каждому контактному лицу было выслано резюме исследования для ознакомления. С каждым контактным лицом была проведена онлайн-ориентация, где персонал исследования презентовал общую информацию о целях, задачах и методах исследования. Также во время ориентации обсуждались особенности локального контекста. Во время такого обсуждения исследователи собирали базовую информацию для **подготовки индивидуального технического задания** для каждой из стран с учетом местных условий. На основании отдельных технических заданий для каждой страны контактные лица предоставили исследовательской команде доступ к количественным данным в формате основных показателей. Эти данные были собраны посредством официальной коммуникации с владельцами данных (через запросы в государственные и негосударственные ведомства), самостоятельной выгрузки (при наличии у контактного лица официального доступа к электронным регистрам) или с помощью ссылок на открытые онлайн ресурсы.

- **Задание 1.2. Систематизация полученных количественных данных.**

На данном этапе персонал исследования изучил предоставленный контактными лицами материал и ввел статистические данные в формы для сбора данных. В процессе ввода данных были проведены процедуры контроля качества данных соответствующим исследователем. По мере обработки данных с контактными лицами поддерживалась двусторонняя связь для уточнения технических вопросов касательно формата и полноты статистических данных. Одновременно

с Заданием 1.2 выполнялся сбор локальной документальной базы, определяющей функционирование системы услуг по профилактике и лечению ВИЧ (см. Задача 3.1). Стоит отметить, что статистические данные предоставлялись в формате и полноте (разбивка по группам риска, наличие данных по определенным показателям и временным периодам), которые отличались от таковых в индивидуальном техническом задании для каждой из стран исследования. Поэтому персонал исследования проводил обработку данных, чтобы отобразить информацию в формате, позволяющем сравнить каскад ВИЧ-услуг в разные периоды для каждой из стран исследования. Результатами выполнения этой задачи стали: 1) составленная хронология введения и снятия основных ограничительных и противоэпидемических мер в связи с пандемией COVID-19; 2) собранная статистическая информация о ежемесячном (где применимо, ежеквартальном и др.) количестве тестирований на ВИЧ, количестве новых зарегистрированных случаев ВИЧ, количестве умерших пациентов с ВИЧ в вышеуказанных странах и городах в течение 2019 и 2020 годов; 3) собранная статистическая информация о ежемесячном количестве пациентов, получающих АРТ на конец месяца, количестве пациентов, начавших лечение за месяц в вышеуказанных странах и городах в течение 2019 и 2020 годов.

- **Задание 1.3. Оценка динамики индикаторов и визуализация полученных данных.**

Заполненные формы для сбора данных были обработаны и описаны аналитиком исследования, а также дополнены визуализацией динамических процессов основных количественных показателей исследования. Проводилось ежемесячное сравнение отдельных показателей 2019 и 2020 годов. В результате были получены процентные значения изменения отдельных показателей между сравниваемыми месяцами. Кроме того, определялось среднемесячное значение изменения каждого показателя. При наличии только квартальных данных, определялись процентные значения изменения отдельных показателей между сравниваемыми кварталами 2019 и 2020 годов, а также среднеквартальное значение изменения каждого показателя. Для унификации сбора страновых показателей заболеваемости и смертности от COVID-19 изначально использовались соответствующие ежедневные данные Европейского центра по контролю и профилактике заболеваний.[29] Однако информация 2020 года была ограничена 14 декабря, поэтому использовались еженедельные полные данные 2020 года заболеваемости и смертности от COVID-19.[30] Для демонстрации результатов календарные недели имели следующее распределение между месяцами: январь (1–5 недели года), февраль (6–9), март (10–13), апрель (14–18), май (19–22), июнь (23–26), июль (27–31), август (32–35), сентябрь (36–39), октябрь (40–44), ноябрь (45–48), декабрь (49–53).

Так же на этом этапе начиналось формирование страновых профилей, где впоследствии (Задание 3.2) на изменения в динамике основных количественных показателей накладывались результаты изучения локальной документальной базы (Задание 3.1) и результаты качественного исследования (Задание 2.2). В результате проведения данного анализа исследовательская команда получила информацию о темпах прироста ЛЖВ, знающих свой статус, и ЛЖВ, получающих АРТ, за период 2019 и 2020 годов.

Задача 2.

Установить факторы, которые связаны и с высокой вероятностью определяют динамику показателей предоставления ВИЧ-услуг

Для выполнения этой задачи специалистом по качественным исследованиям было проведено 16 интервью с ключевыми информаторами из семи стран исследования. Список ключевых информаторов для проведения глубинных интервью сформирован в сотрудничестве с контактными лицами в каждой стране исследования. Контактные лица, которые изъявили желание пройти глубинные интервью, были также приглашены для участия на этом этапе как ключевые информаторы.

- ***Задание 2.1. Разработка и адаптация руководства для проведения сбора качественных данных в формате глубинных интервью с ключевыми информаторами для каждой из стран исследования.***

На основании результатов анализа статистических данных, полученных при выполнении Задачи 1, персоналом исследования было подготовлено руководство для проведения глубинных интервью с ключевыми информаторами. Руководство было адаптировано для каждой страны, базируясь на динамике основных показателей, а также на информации об особенностях локального контекста, полученной во время консультаций с контактными лицами и другими экспертами. При разработке руководства также были учтены особенности целевой аудитории, с которой проводились интервью, поскольку некоторые разделы опросника могли быть актуальны только для отдельных категорий заинтересованных сторон. Например, в ходе интервью исследователь принимал во внимание опыт работы и род занятий респондентов для более точных формулировок вопросов, чтобы получить валидные и точные ответы. Исследовательский поиск на этом этапе был сфокусирован на получении данных, которые: 1) могут объяснить динамику основных показателей, 2) могут объяснить отсутствие данных среди основных показателей, 3) указать направление исследовательского поиска на последующих этапах выполнения этого исследования. Таким образом, если какие-либо данные не удалось получить в ходе проведения кабинетного исследования, соответствующие вопросы были добавлены в руководства для проведения интервью с ключевыми информаторами и/или в рамках обсуждения результатов исследования на более поздних этапах (Задача 3). Руководства включали сценарий уточнений и дополнительных запросов для получения недостающих данных. Ключевым информаторам из стран/городов, где было определено снижение темпов тестирования на ВИЧ и/или назначения АРТ или отсутствовали соответствующие данные, исследователи задавали вопросы о причинах такого уменьшения и отсутствия данных; возможном влиянии изменения объемов финансирования и механизмов закупок антиретровирусных препаратов, а также применяемых в стране схем лечения на снижение темпов тестирования и начала АРТ.

- ***Задание 2.2. Провести сбор качественных данных в формате интервью с ключевыми информаторами.***

План и процедуры сбора качественных данных были основаны на рекомендациях Центра исследований в сфере политики здравоохранения Калифорнийского

университета.[31] Проведение интервью проходило дистанционно согласно заранее подготовленному и согласованному с ключевыми информаторами календарному плану. Каждое интервью длилось около 60 минут. Персонал исследования вел аудиозапись встречи, а также делал заметки в ходе собеседования. В течение 24 часов после завершения интервью такая информация была пересмотрена и заархивирована в файлах для хранения данных на компьютере с высоким уровнем безопасности. В этот же день информация, полученная в ходе интервью, вносилась в протоколы глубинных интервью, пока еще были свежи впечатления от полученной информации. При необходимости ответственный персонал оперативно связывался с ключевыми информаторами для разъяснений или получения дополнительных данных в письменном виде, о которых шла речь в ходе интервью. На этапе обработки качественных данных (частичное транскрибирование аудиозаписи, внесение заметок в протоколы) любая идентифицирующая информация, которая не была согласована с респондентом, удалялась.

- ***Задание 2.3. Провести объяснительный анализ качественных данных и предоставить отчет по каждой стране исследования.***

Данные протоколов интервью были обработаны специалистом по анализу качественных данных. Анализ качественных данных проходил параллельно со сбором качественных и количественных данных в других странах. Таким образом исследовательская команда могла при необходимости расширить поиск и провести уточнения, базируясь на находках предыдущих аналитических выводов. Тематический анализ позволил выделить ключевые концепции и категории факторов, имеющих отношение к построению гипотез о том, как пандемия COVID-19, а также любые другие явления влияют на динамику основных показателей.

Модель, предполагающая зависимость основных показателей от изменений локального контекста спровоцированного пандемией COVID-19, разработанная путем индуктивного анализа рассказов участников в сочетании с существующими представлениями о факторах воздействия на каскад ВИЧ-услуг, служила основой анализа наблюдений и опыта ключевых информаторов. Ключевые сравнительные элементы в анализе включали: признаки влияния COVID-19 на функционирование системы предоставления ВИЧ-услуг и ее наиболее уязвимые места; наличие разработанных на месте регуляторных и законодательных решений по контролю влияния пандемии на каскад услуг; наличие руководств или практических рекомендаций, а также финансовых механизмов обеспечения работы данной сферы услуг в динамическом контексте; связанные с пациентами и провайдерами услуг контекстные детерминанты. Был проведен сравнительный анализ точек зрения поставщиков ВИЧ-услуг в государственном секторе и среди НПО, представителей технической поддержки со стороны международных доноров страновых программ противодействия ВИЧ, представителей сообществ, чтобы выявить факторы влияния и существующие связи. Результаты анализа качественных данных были резюмированы для каждой из стран исследования и добавлены к страновым профилям для последующей триангуляции данных и подготовки объединенного отчета.

Задача 3.

Сформировать общее представление о происходящем процессе в каскаде ВИЧ-услуг в странах исследования, подготовить резюме исследования и предоставить рекомендации для оптимизации системы предоставления ВИЧ-услуг в условиях пандемии COVID-19

- ***Задание 3.1. При наличии страновых планов выполнения основных показателей в локальной документальной базе установить, насколько реальные темпы предоставления услуг тестирования и лечения ВИЧ соответствуют запланированным показателям (проводится одновременно с Заданием 1.1, 1.2, 2.2 и 3.2).***

На этом этапе исследователи провели проверку существующей документальной базы, регулирующей функционирование каскада ВИЧ-услуг в странах исследования как на финансово-административном, так и законодательно-регуляторном уровнях. Для стран/городов, где было обнаружено снижение темпов тестирования на ВИЧ и/или назначения АРТ, проанализированы национальные/городские планы по основным показателям, документальные подтверждения изменения объемов финансирования, механизмы закупок антиретровирусных препаратов, а также применяемые в стране схемы лечения. Таким образом, исследователи собрали информацию о том, насколько реальные темпы предоставления услуг тестирования и лечения ВИЧ-инфекции соответствуют запланированным показателям и определяют возможные регуляторные барьеры. Для выполнения этой задачи контактные лица подавали дополнительные официальные запросы на получение необходимой информации. В случае, если такие данные не могли быть получены из доступных официальных источников, исследователи самостоятельно или с помощью контактных лиц провели поиск необходимых данных на уровне «серой» литературы и онлайн-источников. После выполнения этой задачи были полностью заполнены страновые профили необходимыми данными и, таким образом, создана общая база данных с количественными, качественными данными и результатами анализа локальной документальной базы.

- ***Задание 3.2. Провести триангуляцию данных и подготовить общий аналитический отчет.***

На данном этапе исследователи использовали весь набор заполненных инструментов для структурирования информации, полученной в ходе кабинетного исследования и глубинных интервью. Структурированная информация была взята за основу для подготовки раздела финального объединенного отчета о результатах исследования. Данные, полученные в результате проведения количественного и качественного исследований и анализа локальной документальной базы, сравнили и описали в виде обобщающих выводов. Выделяют несколько типов триангуляции как метода: триангуляция данных, триангуляция исследований, триангуляция теорий и триангуляция методов.[32] В рамках этого исследования была применена триангуляция данных. Триангуляция данных предполагает сбор и анализ данных из одного источника, чтобы верифицировать данные из другого источника.[33] Данные, собранные из разных источников (уровней), впоследствии сравниваются,

чтобы определить, в какой степени разные источники «сообщают аналогичную или несовместимую информацию».[34]

Таким образом, информация из нескольких источников была использована для верификации причинно-следственных связей между динамикой основных показателей и характеристиками локального контекста.[35–37] Для этого исследователи провели итоговый тематический анализ, используя методику, описанную в Задании 2.3, и дополнительные процедуры по проверке согласованности между источниками данных, а также зафиксировали противоречивые доказательства. Также были проведены дополнительные консультации с контактными лицами, информаторами и экспертами в области предоставления ВИЧ-услуг в странах ВЕЦА. Противоречивые данные внесены в отдельный список для проведения дополнительных консультаций в рамках работы. В завершение этого этапа исследовательская команда подготовила проект общего аналитического отчета, который состоял из разделов с описательным и аналитическим материалом без предварительной разработки разделов с выводами и рекомендациями. В дальнейшем этот документ был использован для презентации и обсуждения результатов исследования в рамках работы консультативной группы и разработки объединенного отчета с рекомендациями.

- ***Задание 3.3. В рамках специально созданной консультативной группы совместно с ключевыми информаторами и заинтересованными лицами формализовать общее видение заинтересованных сторон и операционализировать результаты оценки в форме объединенного отчета с практическими рекомендациями и концепцией дорожной карты для оптимизации системы предоставления ВИЧ-услуг в странах исследования в условиях пандемии COVID-19.***

В ходе работы над объединённым отчетом была сформирована консультативная группа для обсуждения результатов исследования и создания концепции рекомендаций для оптимизации системы предоставления ВИЧ-услуг в контексте пандемии COVID-19. Консультативная группа включала в себя представителей стран исследования (государственный и негосударственный секторы), контактных лиц и ключевых информаторов, других экспертов в сфере предоставления ВИЧ-услуг в регионе ВЕЦА, провайдеров и клиентов сервисов программ по ВИЧ, а также представителей других заинтересованных сторон.

Для того, чтобы сформулировать качественные рекомендации и определить их приоритетность, исследователи провели серию встреч с членами консультативной группы. Это помогло определить наиболее критичные вопросы и проблемы из тех, что были выявлены в ходе оценки, а также какие конкретные шаги должны быть предприняты и какими именно структурами. Таким образом, исследователи получили список конкретных рекомендаций, адресованных тем или иным заинтересованным лицам, и внесли эту информацию в соответствующие разделы объединенного отчета.

Исследователями был представлен на рассмотрение консультативной группы проект общего аналитического отчета по каждой стране с просьбой указать на возможные конфликты данных, неполные или неподтвержденные данные из разных

источников. После согласования спорных моментов, уточнения информации и получения рекомендаций была подготовлена финальная версия объединенного отчета.

Таким образом, данный отчет включает описание странового контекста, полученную информацию и выводы по каждой из стран и тематических областей, а также страновые и общие выводы и рекомендации государственным органам, поставщикам услуг, гражданскому обществу, техническим партнерам и донорам, которые помогут повысить устойчивость и обеспечить эффективный процесс оптимизации ВИЧ-услуг в контексте пандемии COVID-19.

Управление данными

Документы с данными, предоставленными контактными лицами (статистическая информация и локальная документальная база), а также протоколы глубинных интервью, заполненные в ходе проведения качественного исследования, были определены как первичная документация этого исследования (первоисточник). Только члены исследовательской команды занимались обработкой этих данных: проверкой качества и полноты данных, вводом данных в аналитические инструменты, форматированием, анализом и интерпретацией полученных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кыргызская Республика

В 2019 г. численность населения Кыргызской Республики составляла 6,4 млн человек (Таблица 1).[38] По оценочным данным, в стране проживало 10 тыс. ЛЖВ, а оценочная распространённость ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет была на уровне 0,2%. Показатель осведомлённости о своем позитивном ВИЧ-статусе составлял 62%, охвата АРТ – 40%, а достижения неопределяемой вирусной нагрузки – 33% (расчет показателей от оценочной численности ЛЖВ).[39]

Первые случаи заражения COVID-19 были зарегистрированы в марте 2020 г. [40] Ежемесячное количество новых случаев заболевания увеличилось с 84 в марте до 32112 в июле 2020 г. Непропорциональное увеличение значения показателя в июле (более чем в десять раз по сравнению с показателем в июне – 3200), по словам экспертов, было связано с наращиванием мощности лабораторной диагностики в стране. Возможности лабораторной диагностики в первые месяцы пандемии были ограничены и на фоне огромного спроса не позволяли выполнять необходимое количество анализов, связанных с COVID-19. *«Сотрудницы нашей (Республиканского Центра СПИДа) лаборатории спали по три часа в сутки; они закладывали ПЦР и, пока анализ выполнялся, спали по полчаса. Если бы лабораторная мощность была выше, то регистрация случаев COVID-19 была бы больше еще до июля. Например, из 20 моих заболевших родственников официально тестировались на COVID-19 лишь двое-трое». Второй причиной такого роста случаев COVID-19 явилось то, что после окончания майского локдауна «началось бурное взаимодействие людей, уставших от изоляции, люди начали посещать общественные места, рынки, встречаться с родственниками...».*

До конца 2020 г. отмечались существенные колебания в количестве выявленных случаев COVID-19 (август – 6769, сентябрь – 2457, октябрь – 13524, ноябрь – 12928, декабрь – 8581). Общее число заболевших составило 81388. Ежемесячное количество зарегистрированных

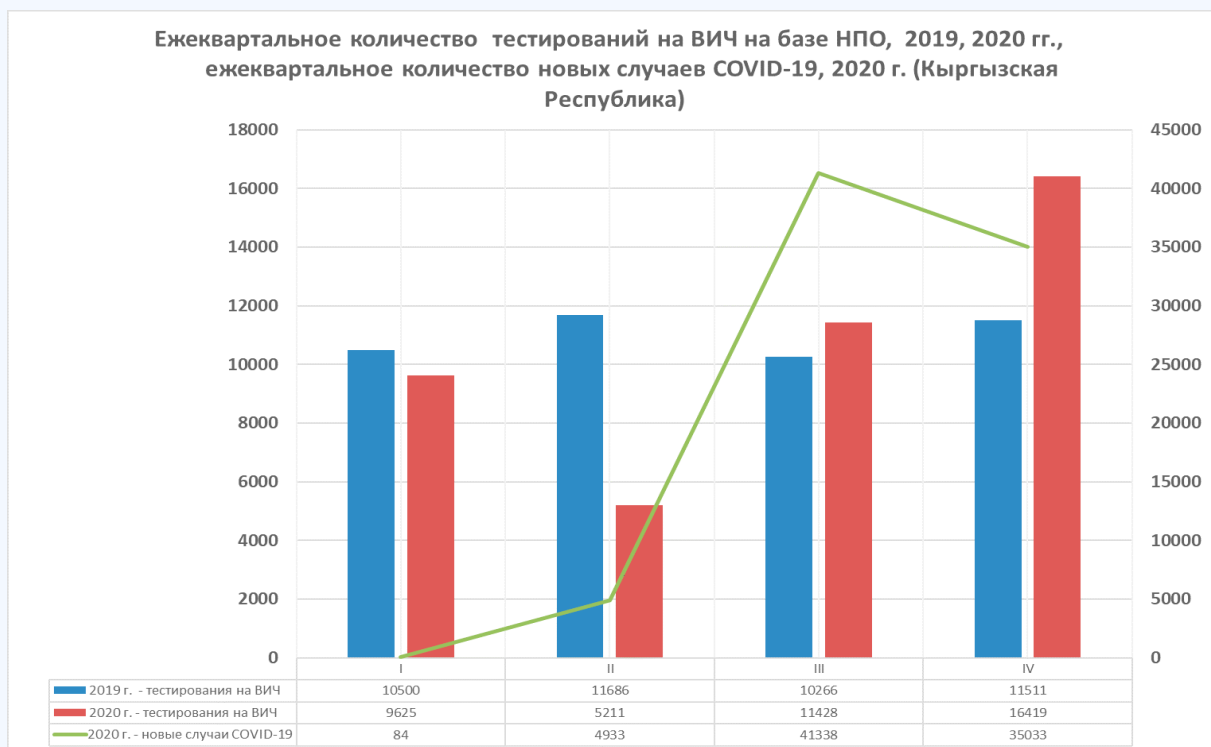
случаев смерти от COVID-19 также имело широкие колебания. По данным European Centre for Disease Prevention and Control, количество умерших в августе 2020 г. составило отрицательное значение (-362)[41]. В августе был изменен механизм подсчета умерших, и из ранее считавшихся умершими от COVID-19 исключили тех, кому была установлена другая причина смерти – инсульт, инфаркт и т.д. Таким образом, общее количество умерших от COVID-19 в 2020 г. составило 1360.

«Тотальный» локдаун, действовавший с 24 марта по 10 мая 2020 г., предусматривал существенные ограничения в передвижении людей и работе общественного транспорта. Однако после окончания строгого локдауна люди массово вернулись к активной общественной жизни, и пришлось вскоре вводить следующий, «неофициальный» локдаун, который действовал с 10 мая по 31 августа. Во время второго локдауна действовали ограничения на работу развлекательных центров (торговые центры, детские развлекательные площадки, кафе более чем на 50 мест, некоторые ограничения по работе общественного транспорта). После некоторого затишья в сентябре-октябре 2020 г. *«с ноября снова пошел подъем случаев COVID-19».*

В целом по стране в первом и во втором кварталах 2020 г., по сравнению с аналогичными периодами 2019 г., отмечается сокращение **количества тестирований на ВИЧ на базе НПО** – на 8,3% и 55,4% соответственно (Рисунок 2) (Дополнительная таблица 1. Кыргызская Республика). В третьем и четвертом кварталах, наоборот, количество тестирований увеличилось на 11,3% и 42,6% соответственно. Эксперт отметил, что снижение началось в первом квартале и было особенно выраженным во втором квартале 2020 г., а в третьем и особенно в четвертом ситуация понемногу начала выравниваться. *«По итогам года мы не выполним 100% от запланированных индикаторов, но процентов 90, думаю, выполним. Сейчас мы ждем сводных годовых результатов от ГФ».* Другой эксперт отметил, что на базе НПО тестируется «наиболее социально уязвимый контингент» – люди, выживающие благодаря повседневному заработку, и локдаун крайне негативно отразился на их социальном положении. Для таких людей приоритетом является не тестирование или профилактика, а выживание. *«Поговорить с голодным человеком о тестировании и с сытым человеком – это разные вещи».*

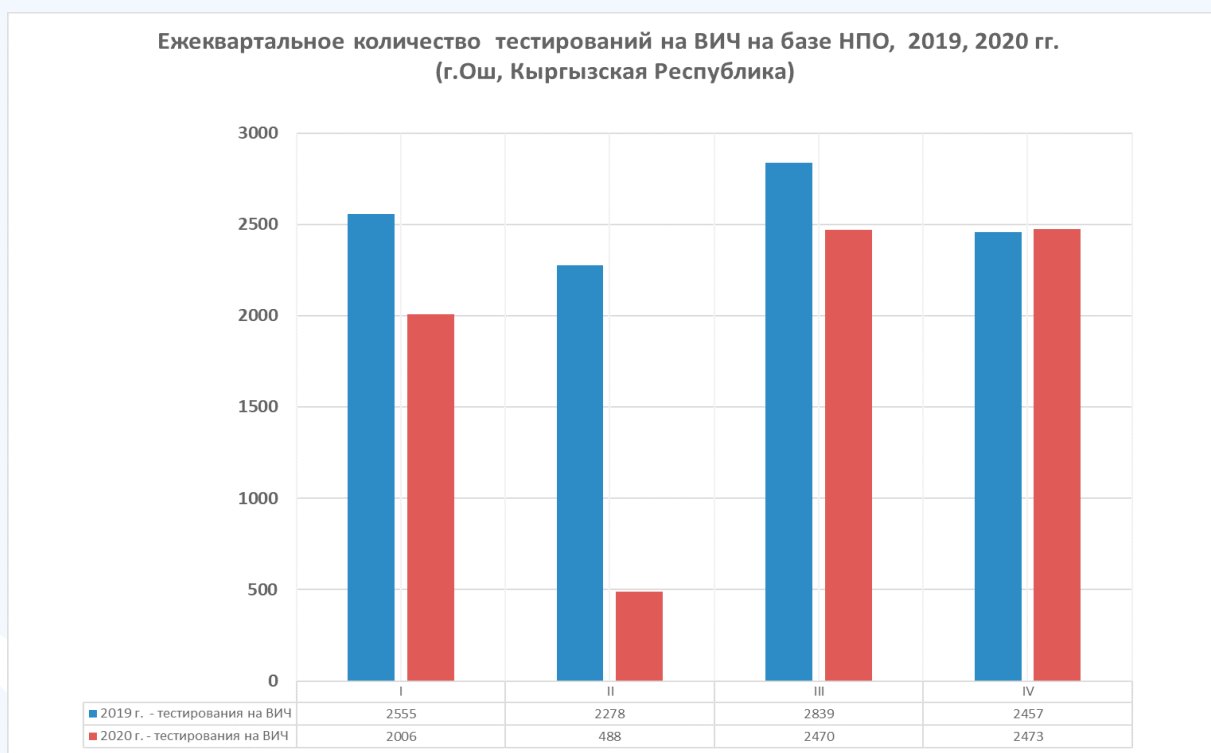
Эксперт отметил, что в 2019–2020 гг. НПО Кыргызстана стали выходить с тестированием за пределы трех основных ключевых групп (КГ) и начали активно тестировать сексуальных партнеров ЛЖВ, среди которых идет выявление новых случаев ВИЧ-инфекции; много усилий прилагается для установления контакта с этой группой. Кроме того, медицинские работники при поддержке НПО стали практиковать проведение массовых тестирований на ВИЧ на рынках, где часто сконцентрированы группы внутренних мигрантов и бедное население в целом. По словам эксперта – представителя гражданского общества, отчетность по тестированию в рамках такой аутрич-работы входит в отчетность НПО. По словам же представителя системы здравоохранения, *«эти выявленные ЛЖВ вошли в статистику тестирования на базе УЗО, а НПО как волонтеры приводили людей на тестирование».*

Рисунок 2



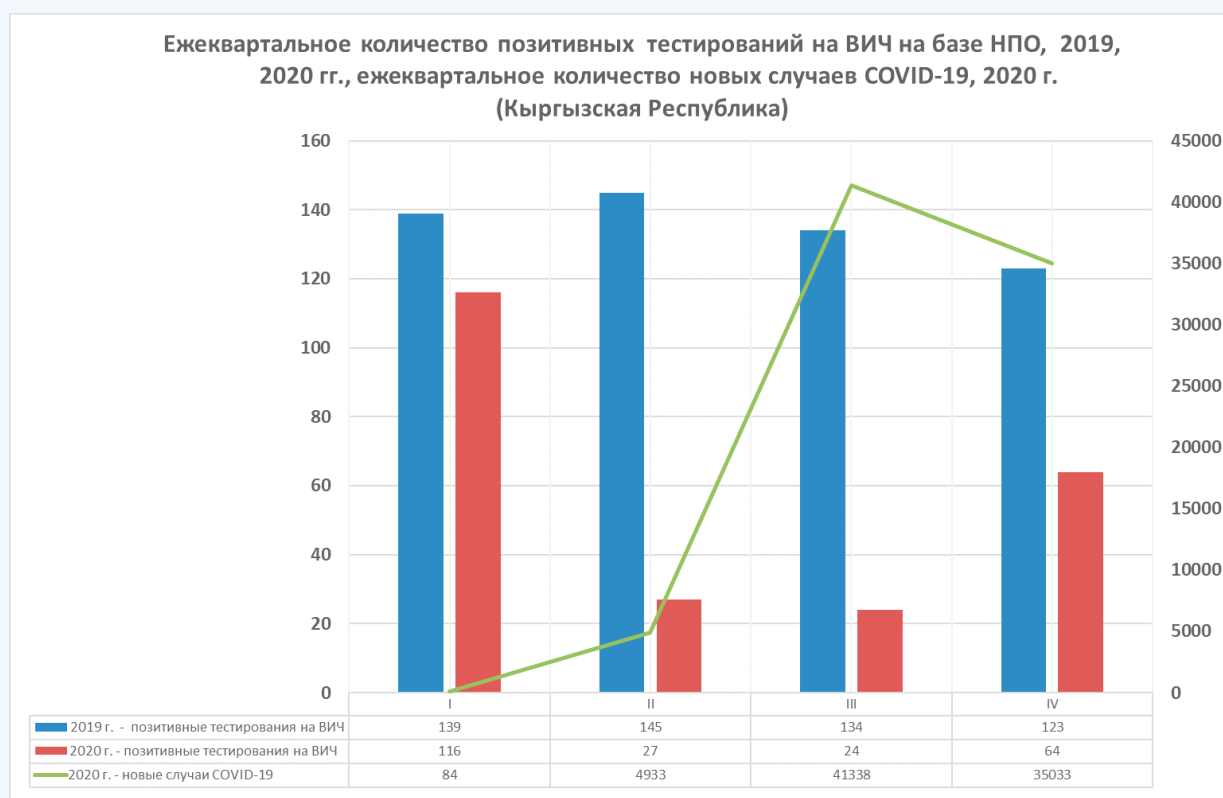
Ежеквартальный объём тестирований на ВИЧ на базе НПО в г. Ош в первых трех кварталах 2020 г., по сравнению с 2019 г., снизился на 21,5%, 78,6% и 13,0% соответственно (Рисунок 3) (Дополнительная таблица 2. Город Ош). Количество тестирований на ВИЧ в четвертом квартале 2019 и 2020 гг. практически не отличалось.

Рисунок 3



Примечательно, что количество позитивных результатов тестирования на ВИЧ на базе НПО на национальном уровне (Рисунок 4) снизилось во всех кварталах 2020 г. по сравнению с 2019 г.: I квартал – на 16,5%, II квартал – на 81,4%, III квартал – на 82,1% и IV квартал – на 48,0%. При этом на протяжении 2019 и 2020 гг. количество позитивных результатов тестирования на ВИЧ в трех основных КГ составляло меньшую часть от общего количества позитивных результатов. Например, в четвертом квартале 2020 г. из 64 позитивных результатов тестирования на ВИЧ только 16 (25%) приходилось на КГ (ЛУИН – 2, МСМ – 8 и РКС – 6). «Мы используем тесты из проекта ГФ, но у нас в страновой заявке не было таких целевых групп, которых мы тестируем, например, на рынках. Например, за месяц, при тестировании 1–2 тысяч человек, может быть выявлено 4–5% новых случаев; для общего населения это высокий процент». «В целом мы хотим пересматривать программы и понемногу расширять список ключевых групп – это касается в первую очередь мигрантов». По словам эксперта, порядка 17% населения страны работают в Российской Федерации (РФ), Турции и Казахстане.

Рисунок 4



Обсуждая снижение уровня выявления количества позитивных результатов тестирования на ВИЧ на базе НПО в 2020 году, эксперты также отметили, что, возможно, «нагоня индикаторы», НПО не всегда четко определяли принадлежность клиентов к КГ; во-вторых, что, по мнению эксперта, более важно, при анализе национального каскада ВИЧ-услуг наблюдается сокращение количества выявленных случаев ВИЧ среди КГ и рост новых случаев среди общего населения – мигрантов, сексуальных партнеров ЛЖВ и пациентов, которые тестировались по клиническим показаниям. И если в целом среди

МСМ и трансгендерных людей (ТГ) идет увеличение количества новых случаев ВИЧ-инфекции, то выявление в группе ЛУИН сокращается.

По мнению эксперта, этот тренд в группе ЛУИН связан в первую очередь с наблюдающимся в течение нескольких последних лет изменением наркосцены: классические опиаты (героин) уходят, а потребители солей не попадают в поле зрения и в поле деятельности программ НПО, не успевают попасть – от начала употребления до их смерти или помещения в психиатрические клиники проходит немного времени. *«Мы их не успеваем зацепить, а они уже прошли весь путь, у них максимум год активного употребления, и они сгорают; плюс нам особо нечего им предложить, пока то, что мы имеем, им неинтересно – метадон им не подходит, шприцов и презервативов им нужно гораздо больше, чем мы предлагаем. Команда не готова к работе с ними, только начинаем перестраиваться.»* Эксперт отметил, что сейчас аутрич-работники (часто в возрасте 40+) не имеют контакта с потребителями новых психоактивных веществ, заполнивших рынок, поэтому на 2021 год в планы работы были включены новые подходы – подготовка новых, более молодых аутрич-работников, поиск клиентов через Телеграм-каналы и т.д. для улучшения доступа к целевой группе.

Согласно полученным данным, в г. Ош в 2019–2020 гг. был получен только один позитивный результат тестирования на ВИЧ на базе НПО. Город Ош входит в программу Fast-Track Cities и подписал Парижскую декларацию. В то же время, по словам эксперта, если и город Ош, и область в начале эпидемии ВИЧ-инфекции лидировали по количеству случаев ВИЧ, то в последние три года там отмечается низкий уровень выявления новых случаев ВИЧ во всех программах. Эксперт объясняет это тем, что на юге страны наблюдаются высокие темпы исламизации. За счет этого снижается инъекционное употребление, МСМ из-за высокого уровня стигматизации переезжают на север страны, а местные стараются не идентифицировать свою принадлежность к ключевым группам.

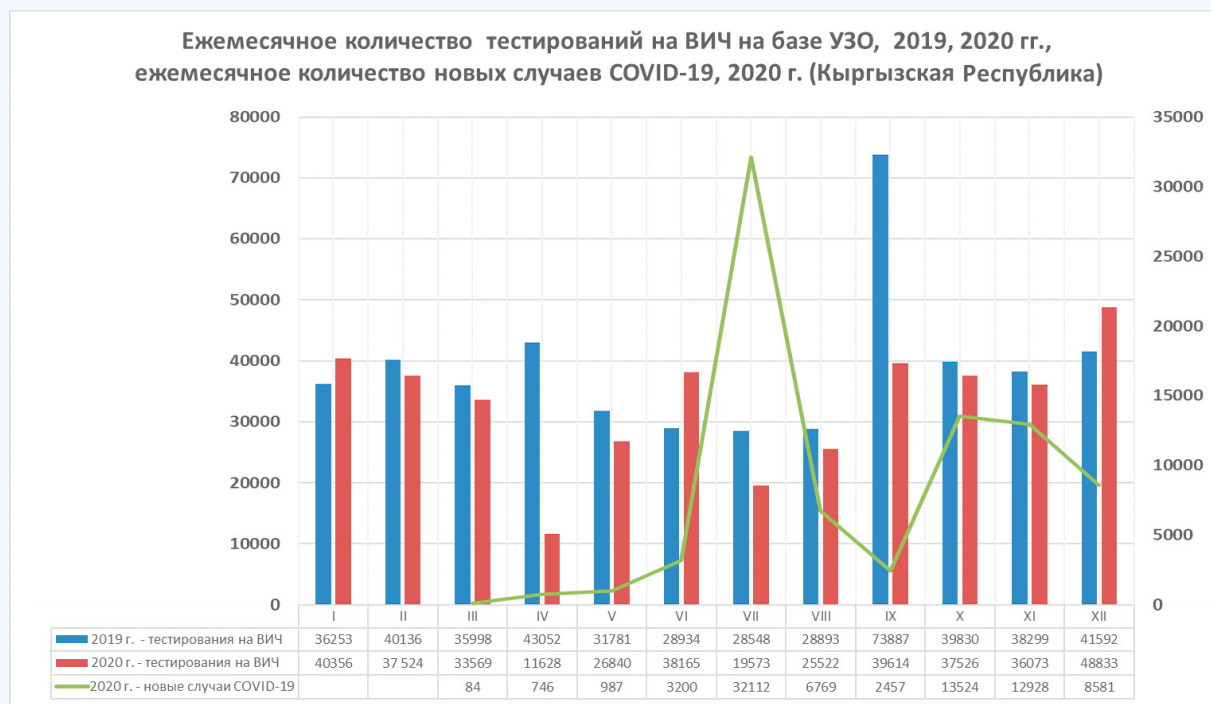
В 2020 г., по сравнению с 2019 г., **ежемесячное количество тестирований на ВИЧ на базе УЗО** (Рисунок 5) Кыргызской Республики уменьшилось в среднем на 11,9%. Наибольшее уменьшение (–73,0%) и (–46,4%) отмечалось в апреле и сентябре 2020 г. И если в апреле это, скорее всего, связано с влиянием эпидемии COVID-19, то в сентябре подобная динамика объясняется непропорциональным увеличением количества тестирований в сентябре 2019 г. (73887). В остальные месяцы количество тестирований в 2019 и 2020 гг. имели разнонаправленную сравнительную характеристику. Эксперты отметили, что в целом в 2020 г. *«вся медицинская система на обычные заболевания (включая ВИЧ-инфекцию) работала очень плохо; у нас был тотальный COVID-19 с высоким уровнем смертности, сами медики массово болели COVID-19, люди умирали на улицах... Вся система здравоохранения работала только на преодоление ситуации с COVID-19».*

Непропорциональное снижение количества проведенных тестирований в апреле и сентябре 2020 г., по сравнению с 2019 г., эксперты объяснили тем, что на апрель пришелся пик локдауна, тогда как на сравнительной статистике в сентябре отразился высокий объем тестирования в сентябре 2019 г.: *«В это время проходит целенаправленное тестирование определенного контингента – например, детей. В сентябре 2019 года мы тестировали медработников по всей стране. Именно благодаря этому наблюдался такой высокий уровень тестирования в этот период».*

Однако, сравнивая объем тестирования в отдельные месяцы, можно отметить увеличение объема тестирования в июне 2020 г. По словам специалиста, мы старались тестировать

людей в обсервации, вернувшихся на родину мигрантов. «Когда после окончания первого локдауна разрешили перелеты, 250–300 тысяч мигрантов вернулись в страну, многие из них из южных регионов, и мы старались охватывать этих людей тестированием».

Рисунок 5

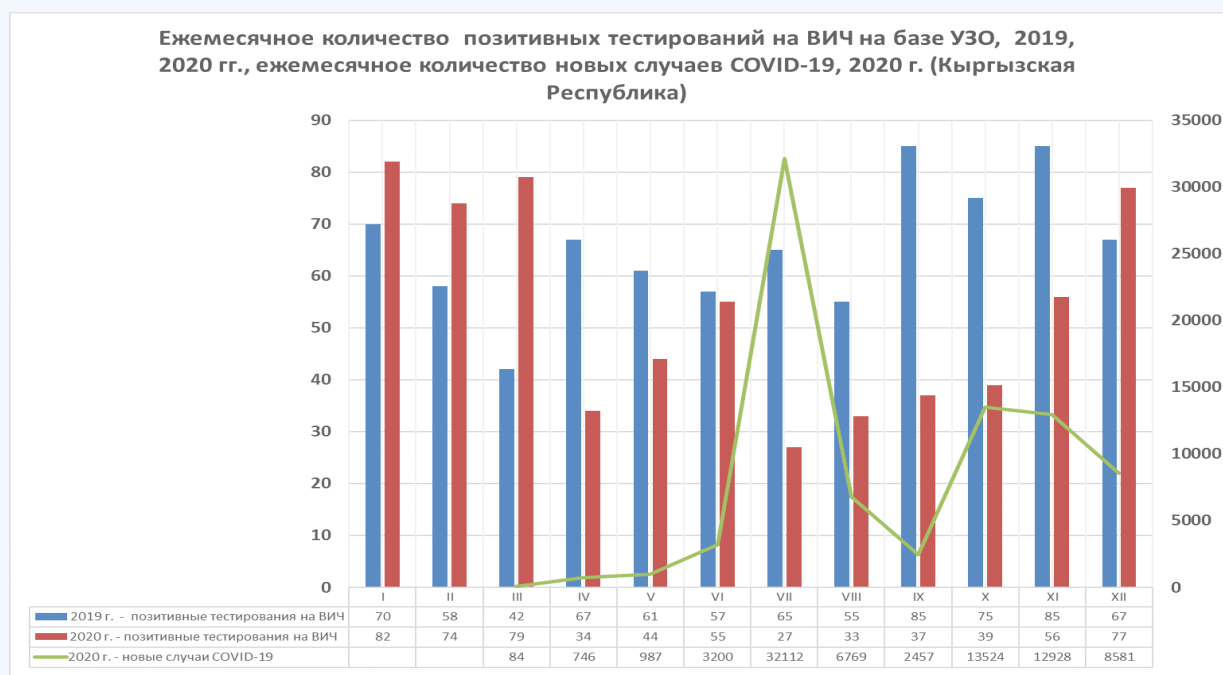


Среднемесячное количество пациентов с положительным результатом тестирования на ВИЧ в УЗО (Рисунок 6) Кыргызской Республики в 2020 г., по сравнению с 2019 г., уменьшилось на 14,2%. С апреля по ноябрь 2020 г. показатели выявления ВИЧ в УЗО были ниже по сравнению с аналогичными данными 2019 г. Максимальная разница возникла в апреле (–49,3%), июле (–58,5%) и сентябре (–46,4%). Примечателен тот факт, что тестирование и выявление ВИЧ в КГ составляло меньшую часть среди общего количества тестирований и положительных результатов. Это, однако, не исключает регистрацию тестирования КГ под другими категориями.

По мнению эксперта, в месяцы непропорционально высокого уровня тестирования в 2019 году и выявления новых случаев ВИЧ-инфекции было больше. Кроме того, «КГ не идут в УЗО», они предпочитают обращаться за тестированием в НПО. По словам эксперта, КГ попадают на тестирование в УЗО при обследовании на туберкулез, в период пандемии попадали в больницы с пневмоцистной пневмонией или с другими клиническими проявлениями. Однако в этом случае в УЗО эти люди уже тестируются под другими кодами, скрывая свою принадлежность к КГ.

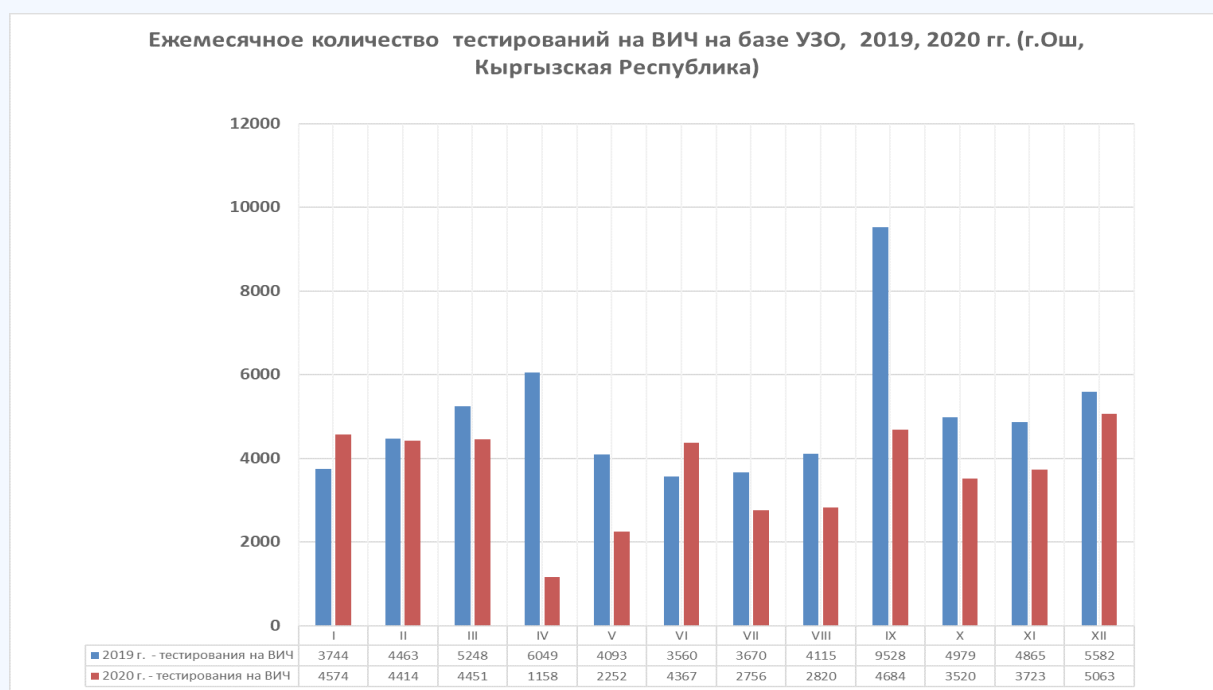
Второй эксперт добавил, что у некоторых организаций есть индикатор – количество проведенных тестирований, тогда как у других есть индикатор выявляемости (yield) – они должны выявлять, а не просто тестировать, и некоторые организации могли тестировать ключевые группы «не очень дифференцированно» для выполнения этих индикаторов. «Конец года, конец гранта, давление донора, поэтому могли и тестировать менее избирательно. Как видно, в 9–11 месяцы 2020 года и особенно к декабрю сильно выросло выявление».

Рисунок 6



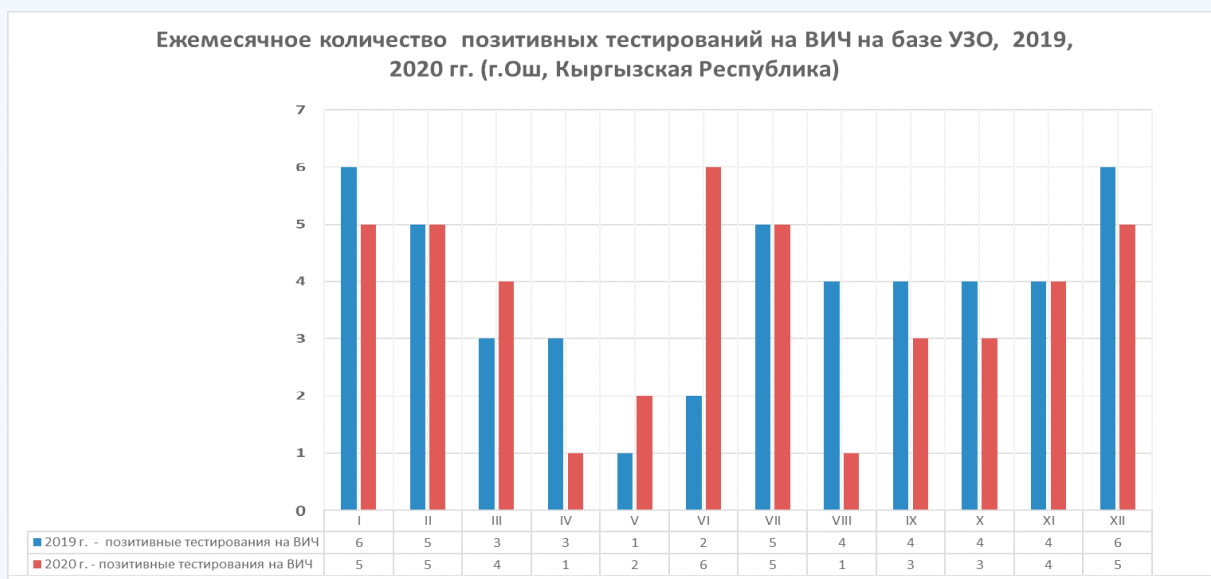
Уменьшение **среднемесячного количества тестирований на ВИЧ в УЗО г. Ош** (Рисунок 7) в 2020 г. по сравнению с 2019 г. составило 22,2%. По словам экспертов, и в НПО, и в УЗО в 2020 г. было проведено меньше тестирований, чем обычно, в связи с пандемией.

Рисунок 7



Однако это не отразилось в недовыявлении случаев ВИЧ-инфекции в г. Ош, где, напротив, в 2020 г. **ежемесячно выявлялось** (Рисунок 8) в среднем на 9,0% больше случаев ВИЧ-инфекции, чем в 2019 г. Низкие показатели выявляемости ВИЧ (не более 6-ти случаев в месяц) не позволяют проводить полноценную интерпретацию относительных данных.

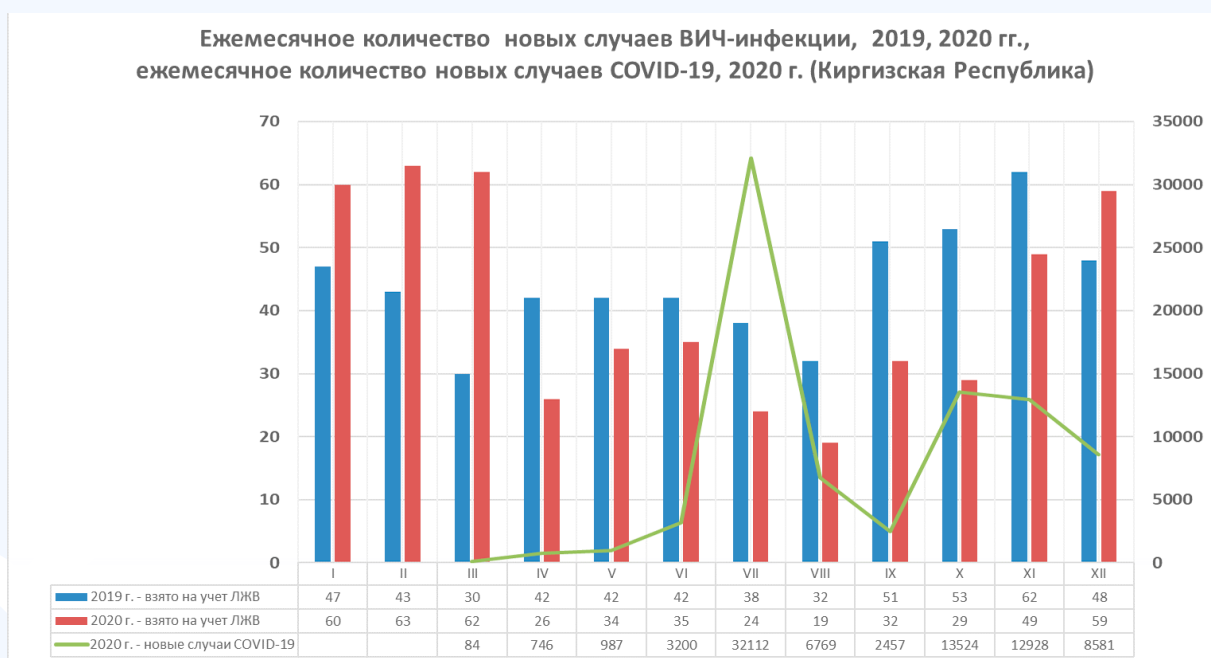
Рисунок 8



Ежемесячное количество пациентов, взятых под наблюдение в связи с ВИЧ-инфекцией (Рисунок 9) в 2020 г., по сравнению с 2019 г., в целом по стране уменьшилось в среднем на 4,3%. Подобная негативная динамика отмечалась с апреля по ноябрь 2020 г. Наибольшая «недорегистрация» отмечалась в апреле (-38,1%), июле (-36,8%), августе (-40,6%), сентябре (-37,3%) и октябре (-45,3%). По мнению экспертов, динамика регистрации новых случаев и постановки на учет «зеркально отражает динамику COVID-19»: в пик новых случаев COVID-19 и в целом во время пандемии люди меньше обращались в медицинские учреждения.

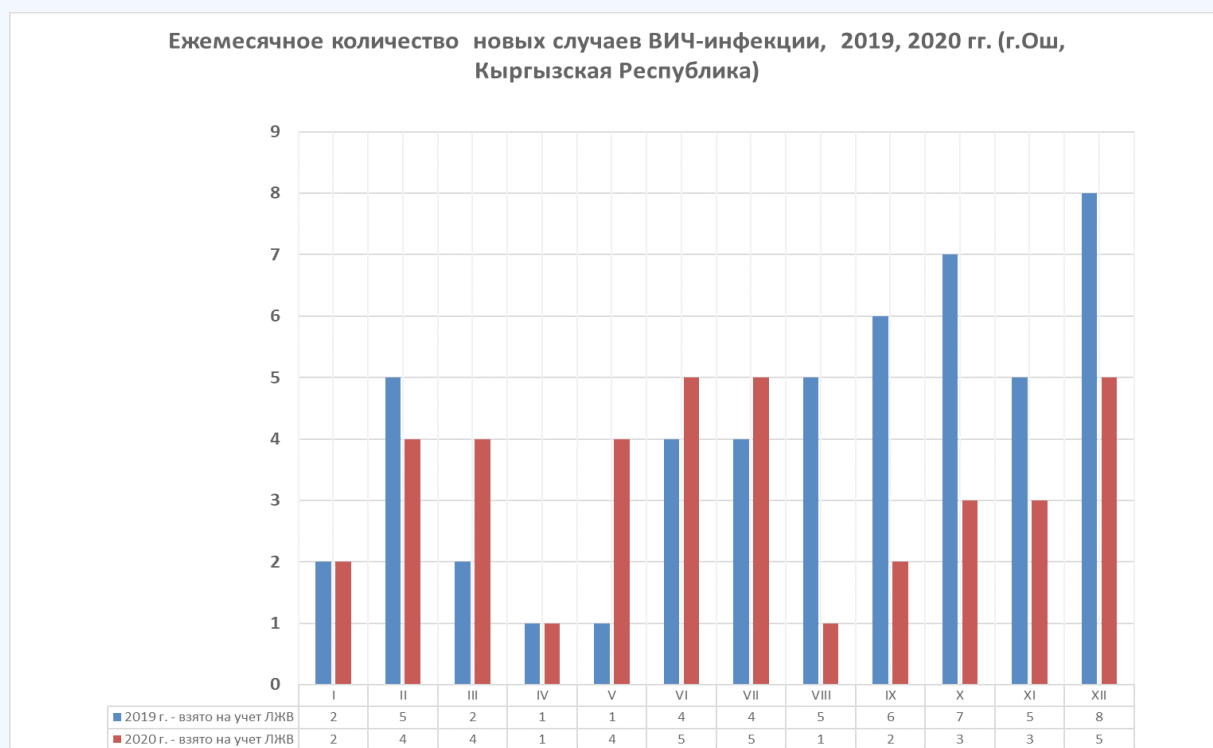
Кроме того, по словам одного из респондентов, до COVID-19 проводить тестирование и параллельно уделять внимание работе по формированию мотивации к лечению было проще. «В период пандемии проводилось тестирование на ВИЧ, однако работа по мотивационному консультированию в это время очень ослабла».

Рисунок 9



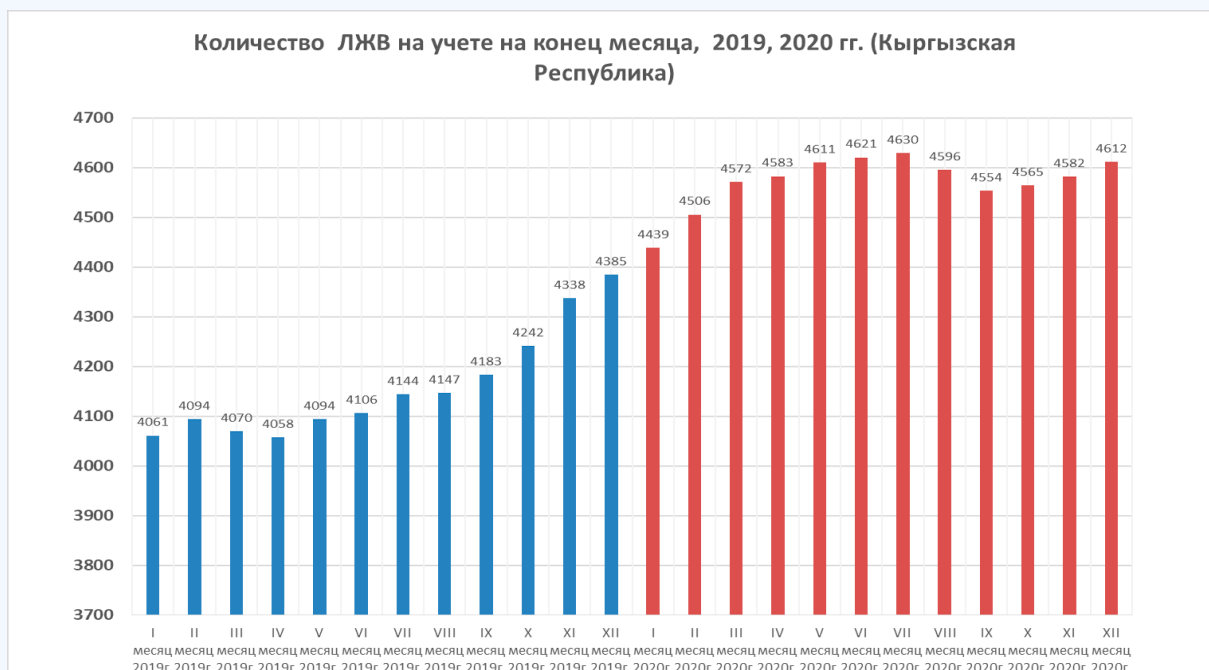
На протяжении 2019 и 2020 гг. ежемесячное количество ЛЖВ, ставших на учет в УЗО г. Ош, не превышало восемь человек (Рисунок 10). Ежемесячно становилось на учет в связи с ВИЧ-инфекцией в среднем на 12,4% пациентов больше по сравнению с 2019 г. Эксперты отметили, что речь идет о единичных случаях, поэтому графики не являются информативными. Новые случаи ВИЧ-инфекции среди КГ составляли единицы. Как и на национальном уровне, это не исключает регистрацию тестирования КГ под другими кодами.

Рисунок 10



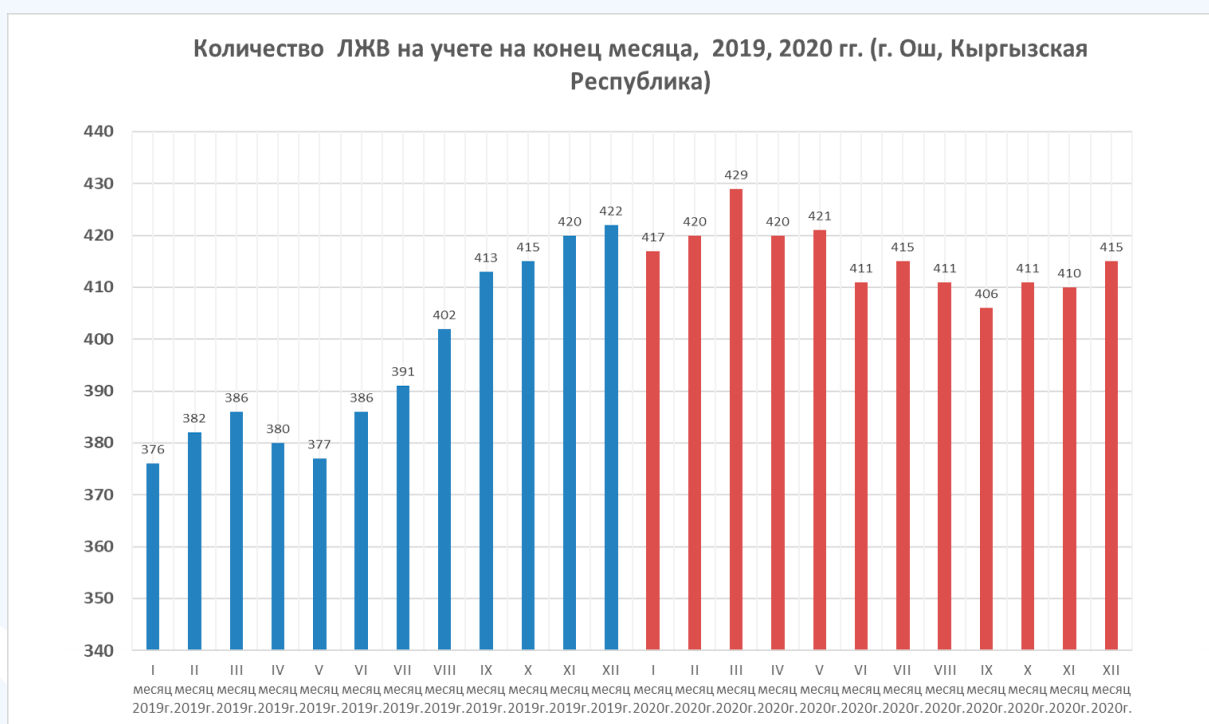
На национальном уровне на протяжении 2019 и 2020 гг. **кумулятивное количество ЛЖВ на учете в целом увеличивалось** (Рисунок 11). Однако отмечались промежутки снижения количества ЛЖВ на учете: март и апрель 2019 г., а также август и сентябрь 2020 г. Количество зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции в указанные промежутки всегда превышало количество умерших ЛЖВ (Рисунок 17). Эксперты были единодушны в своих комментариях по поводу отдельных промежутков снижения количества ЛЖВ на учете на фоне общего роста кумулятивного количества диспансерной группы. По их словам, случается, что пациенты выпадают из наблюдения, и тогда специалисты Центра СПИДа проводят верификацию базы данных и снимают с учета пациентов, которые в течение 12 месяцев или более не посещали Центр СПИДа. Такой пациент переходит в категорию тех, кого следует искать. Однако если пациент получает АРТ и не приходит в течение 28 дней после назначенной даты получения следующей порции АРВ-препаратов, он исключается из статистики пациентов на АРТ и его также переводят в категорию поиска.

Рисунок 11



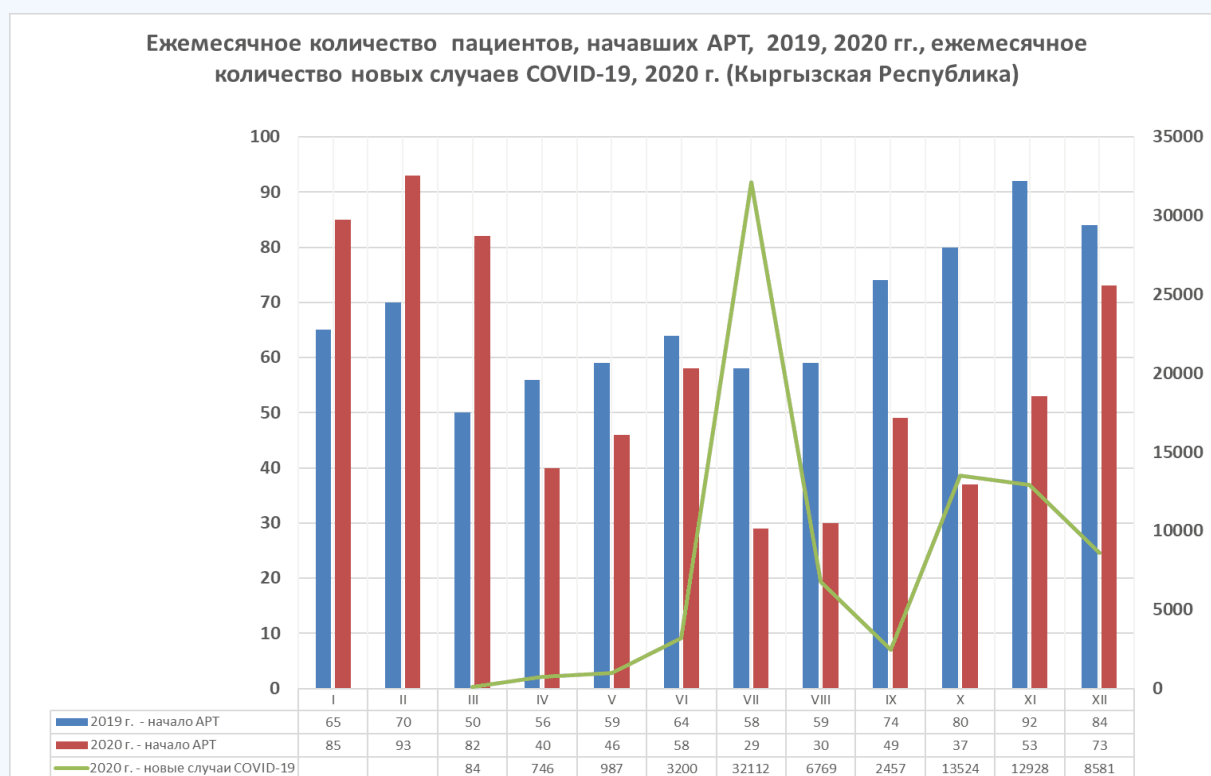
На протяжении двух месяцев 2019 г. (апрель и май) и шести месяцев 2020 г. (январь, апрель, июнь, август, сентябрь и ноябрь) в г. Ош отмечалось уменьшение количества ЛЖВ на учете (Рисунок 12). По словам экспертов, уменьшение количества ЛЖВ на учете в г. Ош связано с тем, что там активно проводится «инвентаризация» базы и исключение утраченных для наблюдения пациентов из диспансерной группы. Кроме того, абсолютные цифры низкие – «новых всего 3–4 случая, несколько смертей плюс внутренняя миграция, вот и получается статистика».

Рисунок 12



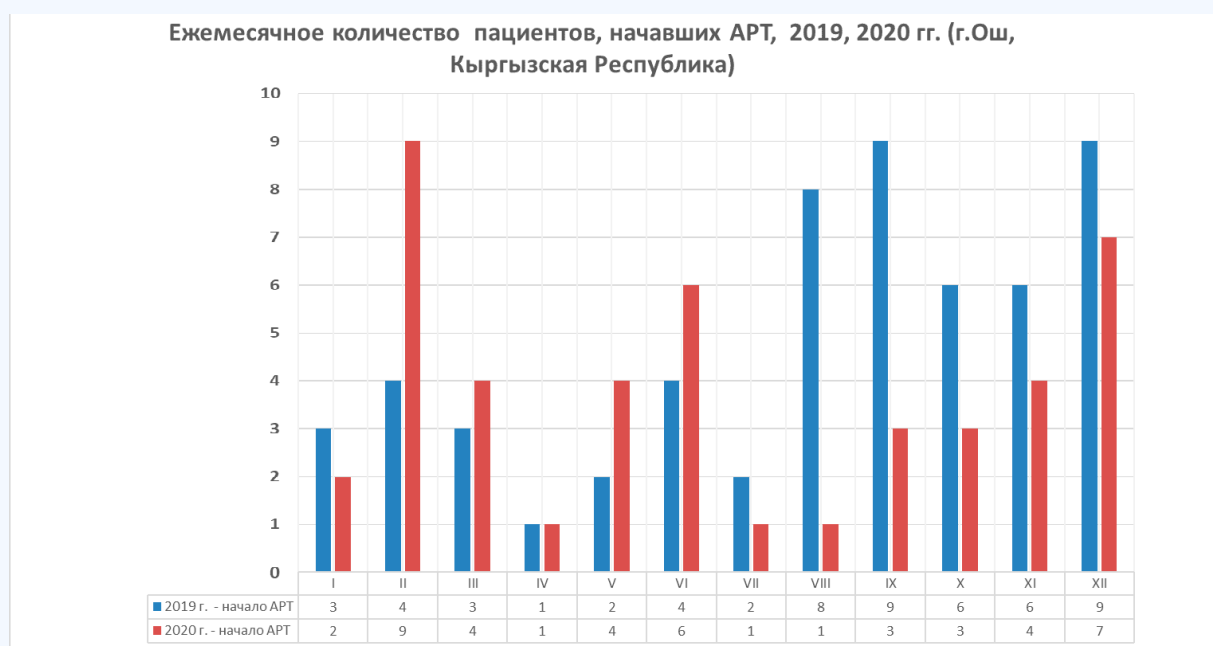
Ежемесячное количество пациентов, которые в 2020 г. начинали АРТ в Кыргызской Республике (Рисунок 13), было в среднем на 14,5% меньше, чем в 2019 г. С апреля по декабрь 2020 г. отмечался ежемесячный недобор пациентов на АРТ по сравнению с аналогичными месячными показателями 2019 г. Наибольшее снижение набора пациентов на АРТ отмечалось в июле (-50,0%), августе (-49,2), октябре (-53,8) и ноябре (-42,4%) 2020 г. Эксперты однозначно связывают «недобор» пациентов на АРТ в 2020 г. с влиянием пандемии: «Чем хуже была ситуация с COVID-19, тем меньше пациентов начинали АРТ». Они отметили, что диаграмма в значительной степени отражает динамику всплесков COVID-19. «У нас инфекционисты – главные на передовой по борьбе с COVID-19, а ВИЧ уделялось уже меньше внимания; плюс люди боялись заболеть и меньше обращались – начало АРТ же можно отложить...». Комментарий экспертов заключался в том, что в 2020 г. в стране активно начали внедрять схему TLD (тенофовир, ламивудин, долутегравир). Пациентам эта терапия подошла, и люди начали активно подключаться к лечению. Темпы перевода на новые схемы сдерживались локдауном, но потом снова наблюдалась активизация этого процесса; кроме того, выявление новых случаев в последние месяцы 2020 г. увеличилось.

Рисунок 13



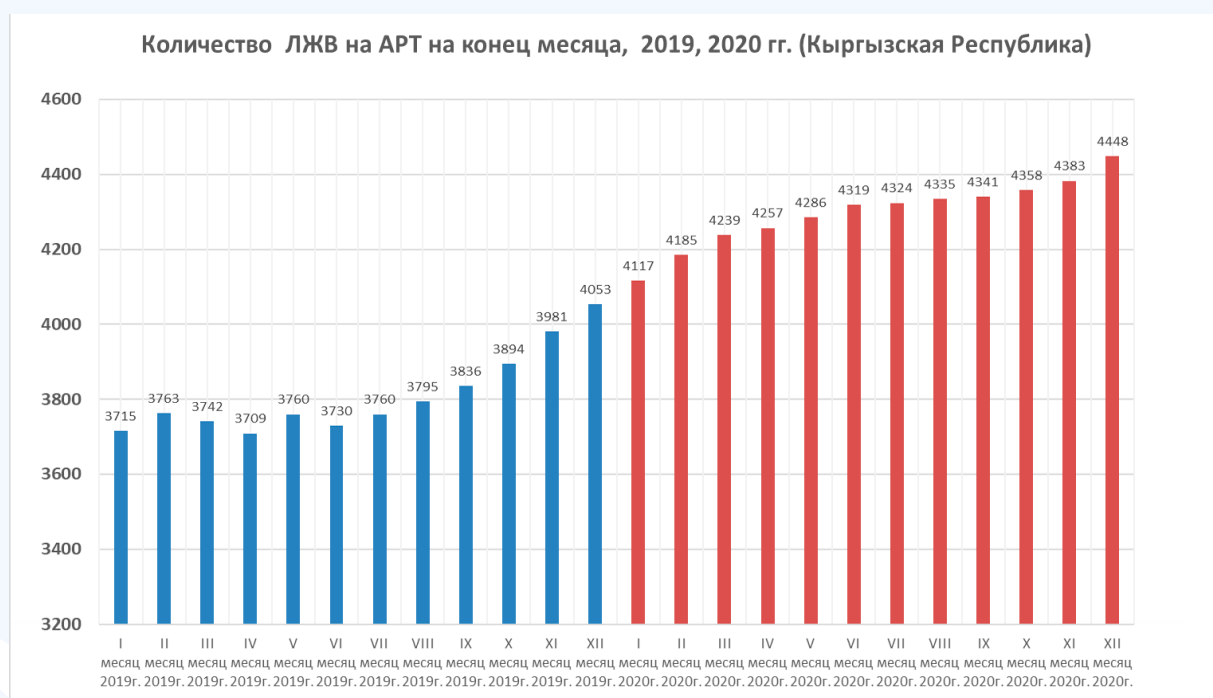
В г. Ош ежемесячный недобор пациентов на АРТ (Рисунок 14) в 2020 г. по сравнению с 2019 г. в среднем составил (-2,9%). Недобор пациентов отмечался в январе, а также с июля по декабрь 2020 г.

Рисунок 14



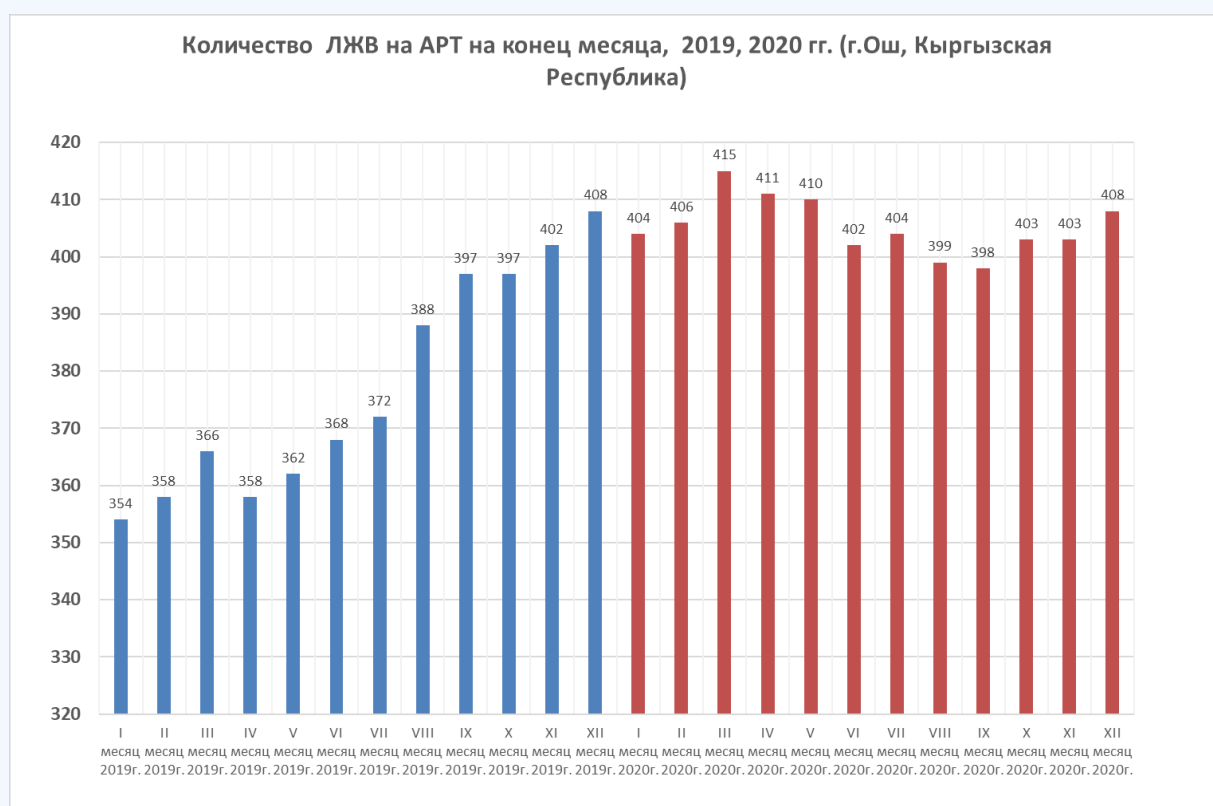
На протяжении 2019 и 2020 гг. в целом по Республике отмечалось увеличение общего количества пациентов, принимающих АРТ (Рисунок 15) (кроме марта, апреля и июня 2019 г.). Эксперт отметил, что в поиске «потерявшихся» пациентов Центр СПИДа обращается за помощью к НПО: *«Специалисты Центра СПИДа приглашают НПО и сличают списки утерянных из наблюдения пациентов со списками клиентов НПО, и если есть совпадения, то мы просим НПО помочь нам с поиском этих людей».*

Рисунок 15



Периодические уменьшения количества пациентов на АРТ в г. Ош (Рисунок 16), особенно в 2020 г. (январь, апрель, май, июнь, август, сентябрь) эксперты связывают с выпадениями пациентов: «Кто-то не пришел, при обследовании других оказалось, что некоторые люди не принимают АРТ. Если же он какое-то время не приходит, его исключают из статистики получающих АРТ». Кроме того, большое количество людей из южного региона находятся в РФ, и через партнерские НПО в РФ их обеспечивали АРВ-препаратами. «У нас для мигрантов могут получать терапию родственники по доверенности, а когда не было авиасообщения, родственники не могли получать и отправлять им терапию, и получалось, что люди по базе или как не получившие терапию»; многие из них могли получить АРТ в России через партнерские организации, но в базе это не отображается.

Рисунок 16



На протяжении 2019 и 2020 гг. **ежемесячное количество умерших ЛЖВ**, состоящих на учете в Кыргызской Республике, не превышало 22 человек (Рисунок 17). В 2020 г. по сравнению с 2019 г. среднемесячное количество умерших незначительно увеличилось (+3,2%); ежемесячные показатели имели широкие колебания. В 2019 и 2020 гг. ежемесячное количество умерших ЛЖВ, состоящих на учете в г. Ош, не превышало шести человек (Рисунок 18). Ежемесячная регистрация умерших ЛЖВ среди представителей КГ либо не отмечалась, либо составляла единичные значения. Комментируя смертность среди ЛЖВ, эксперт отметил, что 80% из тех ЛЖВ, кто умирает, не принимали АРТ. Это люди, выявленные на поздней стадии или потерянные для наблюдения.

Рисунок 17

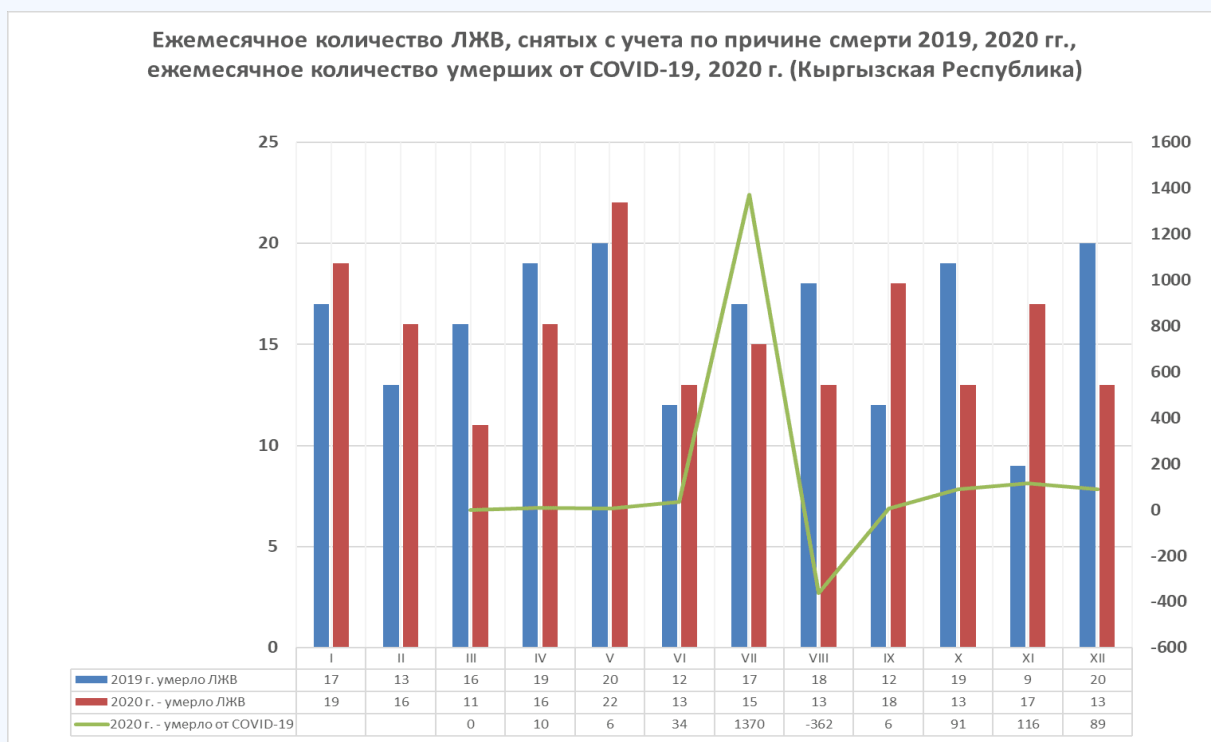
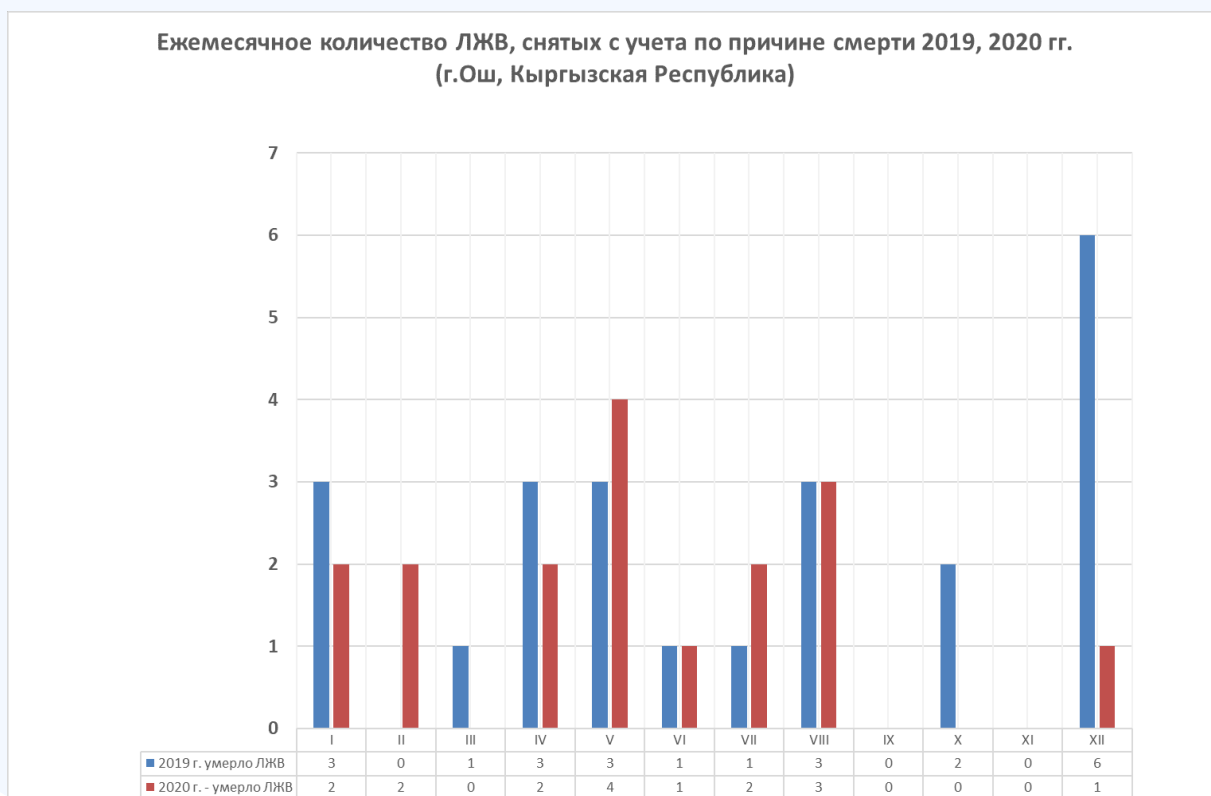


Рисунок 18



Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Что касается влияния пандемии на устойчивость программ, эксперты отметили, что за первые три квартала 2020 г. уровень как тестирования, так и выявления новых случаев ВИЧ-инфекции существенно снизился. *«Примерно 150 человек не выявили в 2020 году, соответственно, меньше людей начали АРТ. Но главное – не выросли показатели смертности и прерывания АРТ, люди не прерывали лечение».*

Отмечая прогресс в сфере ВИЧ-услуг, эксперты в первую очередь упомянули существенный рост показателя третьей части каскада ВИЧ-услуг после массового перевода пациентов на схемы с долутегравиром и планомерной работы по формированию приверженности к лечению. *«Наш главный успех в каскаде – третьи 90; у нас почти 90% людей с вирусной супрессией. Все годы на этом делался акцент, потому что еще 2 года назад вирусная супрессия была на уровне 60%».* По словам экспертов, в течение последних двух лет выявление новых случаев было неплохим, но «все же мы недостаточно выявили людей и недостаточно подключили к лечению». Вторая часть каскада – взятие на АРТ – немного уступает, но положительная динамика все равно есть по сравнению с 2016-2017 гг.

Кроме этого, эксперты отметили, что за последние 2 года было разработано много важных нормативных документов и планов, по которым работали, – например, *«План по приверженности к АРТ».* Был запущен механизм контрактования НПО по государственному социальному заказу, разработаны СОПы по логистике поставок препаратов, увеличилось государственное финансирование компонента *«Лечение и уход»:* *«Если раньше мы получали из госбюджета 40–43 млн сомов – начали по 65 млн получать. Это удалось благодаря реализации Государственной программы, в которой была Дорожная карта перехода на госфинансирование, и большой адвокационной работе гражданского сообщества».* По словам эксперта, *«мы потом начали захлебываться, тратя эти деньги»,* потому что многие компоненты программы были заложены в гранте ГФ и за счет этого в гранте образовалась значительная экономия, поскольку при подготовке заявки ГФ *«не планировалось, что государство возьмет на себя так много».* Благодаря этой экономии, по словам экспертов, удалось обеспечить усиление кадрового потенциала и целенаправленное обучение специалистов. Был проведен ряд исследований, а также дозорный эпиднадзор.

Роль национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

В стране работает государственная программа противодействия ВИЧ на 2017–2021 гг., в ежегодном плане прописан каждый индикатор, и все донорские проекты и заявки в ГФ ориентированы на достижение индикаторов этой программы. Существует ежегодная отчетность; каждый год правительство получает отчеты по выполнению индикаторов этой программы: Республиканский Центр СПИДа осуществляет мониторинг реализации программы и представляет отчет Минздраву, который в свою очередь отчитывается перед правительством. Поскольку 90% тестирования ключевых групп выполняются за деньги ГФ, Центр СПИДа и Минздрав запрашивают данные по тестированию у НПО. Ежегодно пересматриваются индикаторы программы с учетом новых данных – СПЕКТРУМ и т.д.

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

По словам одного из экспертов, если говорить о компоненте «лечение и уход», то он обеспечен государственным финансированием примерно на 70 процентов, тогда как на профилактику госбюджет средств не выделяет вообще, в приоритете – лечение и его мониторинг. Однако в целом, по мнению данного эксперта, благодаря донорскому финансированию денег более чем достаточно, потому что в год 4 млн долларов поступает от ГФ, *«и минимум половина идет на профилактические программы»*. Кроме этого, PEPFAR предоставляет стране 3 млн долларов ежегодно на компонент лечения и ухода и на профилактические программы. *«Сегодня я уверен, что на ближайшие три года денег хватит на все запланированные государственной программой мероприятия»*.

Несмотря на это, по мнению эксперта, все же не стоит ставить более амбициозные цели – *«есть такой предел, когда сколько бы миллионов и миллиардов ты не вкладывал, результата не получишь, потому что достигли потолка»*. Сейчас, даже вкладывая больше, не удастся получить пропорциональных результатов при имеющихся моделях профилактической работы. *«У нас люди перешли на новые психоактивные вещества, наблюдается тенденция перехода ВИЧ в общее население, – но наши программы не рассчитаны на эти изменения; на работу с мигрантами, с общим населением (кроме пассивного тестирования), с людьми, практикующими химсекс. На это в программах денег абсолютно не предусмотрено, и если мы переориентируем программы на эти новые тенденции – то имеющихся денег, конечно, будет мало»*. По словам эксперта, за последний год на долю парентерального пути инфицирования пришлось 7% новых случаев, а 10 лет назад было 97%. Наркосцена изменилась, на смену героину пришли соли, амфетамин, метамфетамин; *«в стране сейчас максимум 5 000 ЛУИН осталось, а наши программы написаны из расчета 25 000 человек»*, при этом работа с МСМ недостаточно финансируется. *«Возможно, какие-то вещи делаются на ветер»*.

По словам другого эксперта, значительное количество компонентов национальной программы реализуется за счет госбюджета: например, все мероприятия по тестированию общего населения – это 300 000 тестов в год. *«Если в 2018 году 40% АРВ-препаратов закупалось за счет государства, в 2019 – 50%, то в 2020 около 55–60% АРВ-препаратов закуплены за счет государства. И сейчас на 2021 год закупки АРТ на 70% заложены в госбюджет»*.

С 2019 г. в стране началась реализация госсозаказа, но в 2020 г. из-за пандемии он не был реализован. По мнению специалиста, на фоне падения экономики более чем на 6% и высокого дефицита бюджета *«риски в отношении устойчивости программ становятся очень высокими. Мы переживаем за то, чтобы весь объем средств был выделен»*. В то же время эксперт отметил, что из-за нарушения логистических процессов были переживания по поводу роста стоимости АРВ-препаратов, однако, напротив, удалось еще и снизить цену: если в 2019 г. цена TLD составляла 15 долларов за банку, то удалось в два раза снизить цену и в 2020 г. произвести закупку препарата по цене 7 долларов за банку. *«За лечение мы не особо переживаем, но что касается финансирования профилактических программ – пока мы рассчитываем на поддержку ГФ»*.

Изменения в управлении программами в период COVID-19

Эксперты поделились опытом антикризисного реагирования в условиях противодействия пандемии. Так, в марте 2020 г., в самом начале эпидемии был разработан «План адаптации оказания услуг по ВИЧ и туберкулезу в условиях пандемии», утвержденный на уровне ССМ (Комитет координационного совета по общественному здравоохранению по ВИЧ и туберкулезу); ГФ предоставил дополнительно 860 тыс. долларов для реализации этого плана. *«У нас слаженная работа: международные организации, государственный и неправительственный секторы сотрудничают в рамках этого комитета. А такие вопросы, как адаптация доставки лекарств или инновационные модели тестирования – это мы курировали как Республиканский Центр СПИДа».*

По словам эксперта, Центр СПИДа разработал два СОП – «Выдача АРТ на базе сообщества» и «Выдача АРТ на долгие месяцы (на 6 месяцев)»; пациенты на АРТ могут получать препараты на срок 3, 6 и 12 месяцев. Также в «Плане адаптации» заложены блоки по доставке препаратов пациентам на дом через сообщество и медицинские учреждения; осуществлялась доставка препаратов для мигрантов в другие страны – например, в РФ препараты получали около 300 человек. Сотрудники службы СПИДа участвовали в диагностике COVID-19, было задействовано ПЦР-оборудование.

Согласно «Плану адаптации» (блок по ППМР), был выпущен новый приказ по ассистированному тестированию и самотестированию беременных, которым выдавали тесты, и они тестировались удаленно. Кроме того, проведена большая кампания по самотестированию на ВИЧ, тесты для самостоятельного тестирования выдавали всем желающим.

Всем пациентам программ заместительной поддерживающей терапии начали выдавать жидкий метадон на 5-дневный срок. НПО также быстро перестроили свои услуги: инструкции по выдаче инструментария (шприцов, презервативов) на более длительный срок (на месяц) были изданы еще в начале локдауна. В 2020 г. сократилось тестирование уязвимых групп, что объясняется экспертами исключительно влиянием локдауна. Переформатирование гранта ГФ также вошло в «План адаптации», поскольку были сэкономлены средства, выделенные на проведение мероприятий с физическим участием. Экономия составила 440 тыс. долларов и была направлена в том числе на закупку аппаратов ИВЛ для медицинских учреждений.

Что касается организации выдачи АРВ-препаратов на срок вплоть до шести месяцев, эксперты отметили, что службы СПИДа всегда имеют буферный запас АРТ на срок не менее шести месяцев, благодаря годовому запасу препаратов основной схемы, 90% которых были закуплены за счет государства, недостатка в препаратах не было. *«Годами буфер не влиял, а в этом году буфер реально исполнил свою роль. Мы могли бы давать людям даже на 12 месяцев».*

По словам эксперта, по антикризисному реагированию есть и проблемы: например, страдало обучение врачей, требующее практических навыков – подготовка лабораторных специалистов, специалистов по эпиднадзору; в целом для медиков обучение онлайн неактуально. *«Несмотря на то, что много средств сэкономлено, ряд закупок был отклонен; в рамках гранта ГФ мы закупили холодильные комнаты для тест-систем, но не успели их инсталлировать».* Наконец, на фоне COVID-19 ВИЧ-инфекция и туберкулез отошли на второй план, выявление новых случаев по обеим нозологиям уменьшилось.

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 2)

1. Среднее поквартальное количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НГО в Республике снизилось на 2,4%. В г. Ош этот показатель снизился на 28,1%.
2. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО в Республике снизилось на 11,9%, а в г. Ош на 22,2%.
3. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ, по Республике снизилось на 14,5%. В г. Ош снижение этого показателя составило 2,9%.

Выводы

1. Пик заболеваемости на COVID-19 в стране пришелся на июль – 32112 случаев. Резкое увеличение показателя заболеваемости в этом месяце (более чем в десять раз выше по сравнению с показателем в июне – 3200) может быть связано с наращиванием мощности лабораторной диагностики и активным взаимодействием людей после локдауна.
2. Пандемия COVID-19 повлияла на снижение количества тестирований на ВИЧ на базе НПО Республики Кыргызстан в первом и во втором кварталах 2019 г. Такая ситуация была вызвана в том числе снижением финансового благосостояния и изменившимися в этой связи приоритетами населения. Снижение объемов тестирования в г. Ош наблюдалось в первых трех кварталах 2020 г.
3. В третьем и четвертом кварталах 2020 г. количество тестирований на ВИЧ на базе НПО страны превысило аналогичные показатели 2019 г., что могло быть связано с адаптацией системы предоставления услуг к работе в условиях пандемии, привлечением к тестированию других групп населения (сексуальных партнеров ЛЖВ, работников и посетителей рынков и т.д.) и традиционным наращиванием объема услуг в конце отчетного периода. Возвращение к сопоставимым с 2019 г. объемам тестирования на ВИЧ в г. Ош удалось достичь только в четвертом квартале 2020 г.
4. Выявление лиц с ВИЧ-инфекцией на страновом уровне снизилось во всех кварталах 2020 г., что может быть связано с вовлечением в данную услугу других групп населения с более низким уровнем инфицированности ВИЧ по сравнению с тремя КГ. В то же время снижение выявления ВИЧ в группе ЛУИН может быть связано с изменением наркосцены и переходом потребителей наркотиков от классических опиатов к солям. Потребители солей чаще всего не попадают в существующее поле зрения и в поле деятельности программ НПО. В г. Ош на протяжении 2019, 2020 гг. был выявлен только один клиент с позитивным результатом тестирования на ВИЧ.

5. Пандемия имела умеренное влияние на снижение количества тестирований на базе УЗО Республики. Такое снижение было связано в том числе с существенным увеличением количества тестирований медработников в 2019 г. и меньшим охватом данной группы в 2020 г. Увеличение объемов тестирования на ВИЧ в июне 2020 г. связано с увеличением количества тестирований на ВИЧ людей в обсервации, вернувшихся на родину мигрантов. По словам представителя гражданского общества, сейчас инициируется дополнительный приказ Минздрава, согласно которому всех пациентов с COVID-19, особенно в стационарных отделениях, будут тестировать на ВИЧ. Пока для этого будут использоваться тесты из проектов ГФ, однако в будущем закупку тестов должно обеспечить государство.
6. С уменьшением в 2020 г. количества тестирований в УЗО уменьшилась и выявляемость ВИЧ, причем представители КГ составляли меньшую часть среди выявленных ЛЖВ. По мнению эксперта, представители КГ часто тестируются на ВИЧ в УЗО под другими кодами, скрывая свою принадлежность к КГ. Кроме того, для достижения индикаторов выявления ВИЧ некоторые организации могли тестировать КГ *«не очень дифференцированно»*.
7. В УЗО г. Ош, по сравнению с Республикой в целом, пандемия оказала большее влияние на снижение количества тестирований на ВИЧ, однако не повлияла на его выявляемость. С другой стороны, низкие показатели выявляемости (не более 6-ти случаев в месяц) не позволяют получить объективные данные сравнительного анализа.
8. Среднемесячные показатели постановки на учет в 2020 г., по сравнению с 2019 г., в УЗО страны несущественно уменьшились. Максимальное снижение количества ЛЖВ, ставших на учет, наблюдалось в отдельные месяцы 2020 г. и, по мнению экспертов, «зеркально отражают динамику COVID-19» и снижение доступности услуг в периоды локдаунов.
9. Системе здравоохранения Республики Кыргызстан в целом удалось сохранить позитивную динамику количества ЛЖВ на учете в УЗО. Отдельные месячные периоды снижения количества ЛЖВ на учете наблюдались вследствие выпадения из-под наблюдения и снятия с учета пациентов, которые в течение 12 месяцев или более не посещали Центр СПИДа.
10. Существенный недобор пациентов на АРТ эксперты связывают с пандемией COVID-19, определенным смещением приоритетов потребителей услуг (желание отложить не являющиеся жизненно важными активности) и самой системы оказания услуг (фокус на предоставление услуг, связанных с COVID-19).
11. Позитивным фактом является высокий уровень удержания пациентов на АРТ в условиях пандемии. Определенный вклад при этом имели: разработка «Плана по приверженности к АРТ», разработка СОПов по логистике поставок препаратов и увеличение государственного финансирования. Внедрение более удобных для пациентов схем терапии с долутегравиром также позволило несколько смягчить негативное влияние пандемии. В то же время большое количество трудовых мигрантов, особенно на территории РФ, и отсутствие данных по сохранению их в лечении не позволяют сделать точные выводы относительно удержания в АРТ всех ЛЖВ, состоящих на учете.

12. Показатель смертности среди ЛЖВ остался практически на уровне 2019 года. Это позволяет сделать вывод, что, согласно официальной статистике, пандемия COVID-19 не повлияла на показатели смертности среди ЛЖВ в Республике Кыргызстан. По мнению одного из экспертов, большинство из тех ЛЖВ, кто умирает, не принимали АРТ. Это люди, выявленные на поздней стадии или потерянные для наблюдения.

Рекомендации

1. Оптимизировать модели услуг НПО, чтобы повысить охват тестированием и социально-психологическим сопровождением ЛЖВ из числа представителей КГ. Внедрение и адаптация хорошо зарекомендовавших себя моделей оптимизированного нахождения случая ВИЧ (optimized case finding)[42] может существенно повысить эффективность привлечения труднодоступных КГ в программы профилактики и лечения ВИЧ (ППЛВ). Особое внимание необходимо уделять ЛУИН, поскольку в стране произошли весомые изменения в наркосцене, и привлечение таких клиентов в программы снижения вреда должно быть частью спектра услуг большинства НПО.
2. Изучить возможность перераспределения части функций ППЛВ на первичный уровень предоставления медицинских услуг. В стране существует возможность (и инициатива со стороны негосударственного сектора) для децентрализации не только ВИЧ-услуг, но и перенесения программ снижения вреда на платформу первичного медицинского звена.
3. Обеспечить устойчивость государственного финансирования, в том числе контрактирования НПО по государственному социальному заказу. Для этого необходимо минимум на 10% ежегодно увеличивать объем средств, который государство сейчас выделяет на программы по ВИЧ-инфекции.
4. Изучить целесообразность тестирования на ВИЧ лиц, находящихся в обсервации, в частности, трудовых мигрантов; определить, является ли данный подход целесообразным с точки зрения выявляемости ВИЧ.
5. Изучить динамику местной наркосцены и снизить ее влияние на доступ к ВИЧ-услугам. Проводить мониторинг местной наркосцены с целью определения ее влияния на спрос и доступ к ВИЧ-услугам. Провести совместную работу с правоохранительными ведомствами и консультации с другими заинтересованными сторонами по оптимизации аутрич-работы для привлечения к тестированию на ВИЧ в условиях ограничительных мер, с особым вниманием к ЛУИН.
6. Изучить влияние системы регистрации принадлежности к КГ на объективность показателей эпиднадзора и доступа к лечению. В частности, необходимо определить, какая часть представителей КГ указывает свою принадлежность к данным группам при постановке на учет и назначении АРТ.

7. Изучить влияние миграционных процессов на удержание в лечении и предложить оптимальные способы обеспечения АРВ–препаратами пациентов, работающих за рубежом.
8. Изучить возможность внедрения отдельных компонентов антикризисного реагирования, разработанных в локальных условиях противодействия пандемии, как доказательную практику и рекомендовать для использования как на национальном, так и международном уровнях. В частности: (1) выдача АРТ на базе сообщества; (2) выдача запаса препаратов на длительное время (шесть и более месяцев); (3) доставка препаратов пациентам на дом через сообщество и медицинские учреждения; (4) доставка препаратов для мигрантов в другие страны; (5) расширение самотестирования на ВИЧ; (6) выдача жидкого метадона пациентам ЗПТ на 5-дневный срок; (6) выдача средств профилактики (шприцы, презервативы) на более длительный срок (один месяц и более); (7) перераспределение средств в рамках существующих программ (средства, которые не могут быть израсходованы в связи с карантинными мероприятиями, могут быть перенаправлены на разрешенные и необходимые в условиях эпидемии активности); (8) формирование резервного запаса АРВ–препаратов на складах; (9) дополнительная подготовка специалистов по оказанию ВИЧ-услуг в условиях кризисных ситуаций.

Дополнительная информация

При выявлении антител/антигена к ВИЧ, результаты вносятся в систему электронного слежения и заполняется «Экстренное извещение» (УФ №058/у согласно постановлению №583 от 23.09.2011 г.).[43]

Республика Беларусь

В 2019 г. численность населения Республики Беларусь составляла почти 9,5 млн человек (Таблица 1).[38] По оценочным данным, в стране проживало около 28 тыс. ЛЖВ, а оценочная распространённость ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет была на уровне 0,5%. Страна взяла на себя обязательство по достижению к концу 2020 года стратегической цели ЮНЭЙДС 90-90-90. Охват АРТ составлял 63% от оценочной численности ЛЖВ, а уровень достижения неопределяемой вирусной нагрузки среди всех ЛЖВ – 48%.[39]

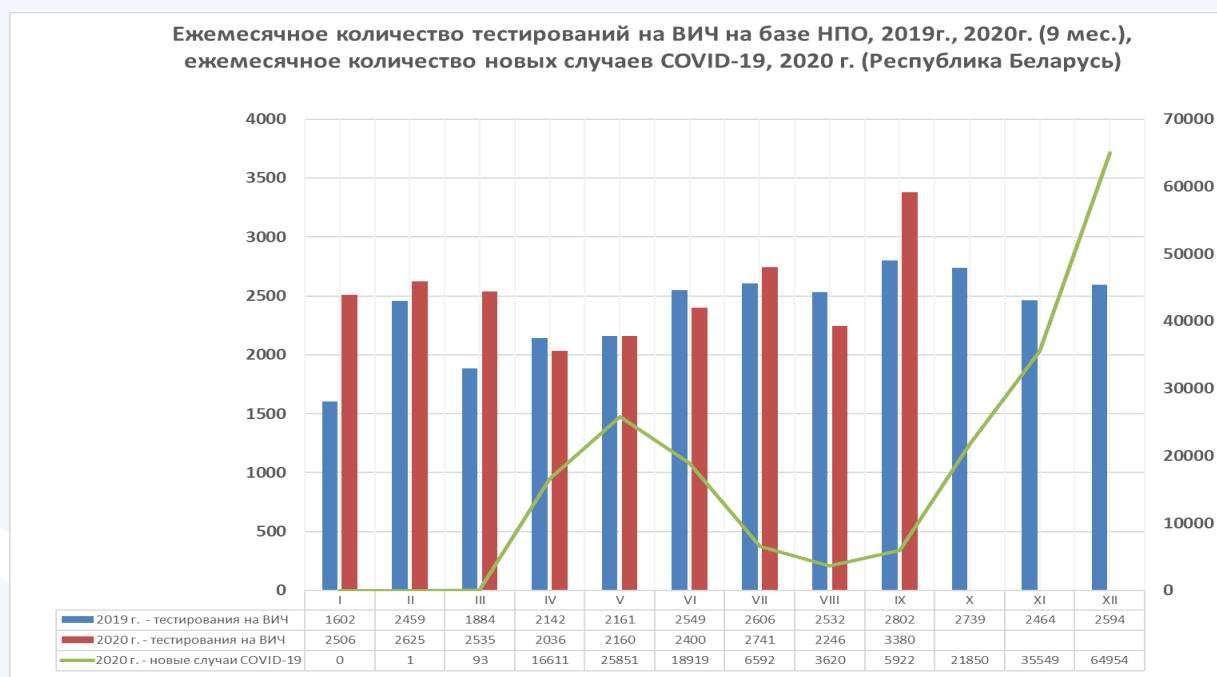
Первый случай заражения COVID-19 был зарегистрирован в феврале 2020 года.[41] Ежемесячное количество новых случаев заболевания увеличилось: с одного случая в феврале до 64954 в декабре 2020 г. Общее число заболевших составило 199962, включая 783 ЛЖВ.

Первые случаи смерти от COVID-19 зарегистрированы в апреле 2020 г. – 99 случаев. Ежемесячное количество умерших имело широкие колебания с максимумом в декабре – 300 случаев. Общее количество зарегистрированных смертей от COVID-19 в 2020 году составило 1451, включая шесть ЛЖВ.

По словам экспертов, в Беларуси не было локдауна как такового; были определенные карантинные ограничения – сначала они действовали с апреля по июнь 2020 г., затем с июля по сентябрь ограничений практически не было, а с октября 2020 г. до настоящего времени действуют определенные ограничения, которые носят рекомендательный характер.

За первые девять месяцев 2020 года, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, **ежемесячное количество тестирований на базе НПО** (Рисунок 19)(Дополнительная таблица 3. Республика Беларусь) увеличилось в среднем на 11,3%. Наибольший прирост наблюдался в январе (+56,4%), то есть до регистрации первых случаев COVID-19. Сравнительная динамика данного показателя до конца 2020 года была разнонаправленной, от максимального уменьшения в августе (–11,3%) до максимального увеличения в марте (+34,6%).

Рисунок 19



Эксперты единодушно назвали две основные причины положительной динамики тестирования на базе НПО: 1) в национальной программе на 2020 год «были установлены более высокие индикаторы по тестированию, и все работали на их выполнение»; 2) в сентябре 2020 года начался дозорный эпиднадзор, проходило связанное био-поведенческое исследование, поэтому была дополнительная мотивация клиентов – «они получали вознаграждение за прохождение тестирования и привлечение новых респондентов». На фоне «обычного хронического невыполнения индикаторов по тестированию», благодаря этим двум факторам, в 2020 году общий объем тестирований на базе НПО увеличился.

Если за первые девять месяцев 2020 года, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, ежемесячное количество **тестирований на ВИЧ среди MSM** на базе НПО практически не изменилось, то среди **ЛУИН** аналогичный показатель вырос в среднем на 13,4%, а среди **РКС** – на 39,7% (не указано в графиках). Это объясняется тем, что на базе НПО в Беларуси тестируются три основные ключевые группы, а также трансгендерные люди и сексуальные партнеры РКС. По словам экспертов, рост количества тестирований среди РКС почти на 40% в 2020 году – это «успешный пример того, когда перед НПО – провайдерами услуг была поставлена задача – увеличить охват РКС; они на это работали, искали выходы на новых клиентов, и у них все получилось». Таким образом, введение в программу «нового программного индикатора по увеличению выявляемости ВИЧ среди РКС» и активная работа по его выполнению обеспечили увеличение охвата РКС тестированием на ВИЧ. Наконец, по словам эксперта, «система тестирования в целом включает в себя пункты предоставления анонимных профилактических услуг, которые расположены на базе НПО и кабинетов профилактики на базе УЗО. На базе УЗО проходили тестирования около 30% ЛУИН, несмотря на то, что количество таких пунктов на базе УЗО значительно выше, чем на базе НПО».

В отдельных городах страны ежемесячное количество тестирований на ВИЧ на протяжении первых трех кварталов 2020 года, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, также возросло: Минск – в среднем на 5,4% (Рисунок 20)(Дополнительная таблица 4. Город Минск), Светлогорск (+13,7%)(Рисунок 21)(Дополнительная таблица 5. Город Светлогорск и Светлогорский район) и Солигорск (+98,7%)(Рисунок 22) (Дополнительная таблица 6. Город Солигорск и Солигорский район).

Рисунок 20

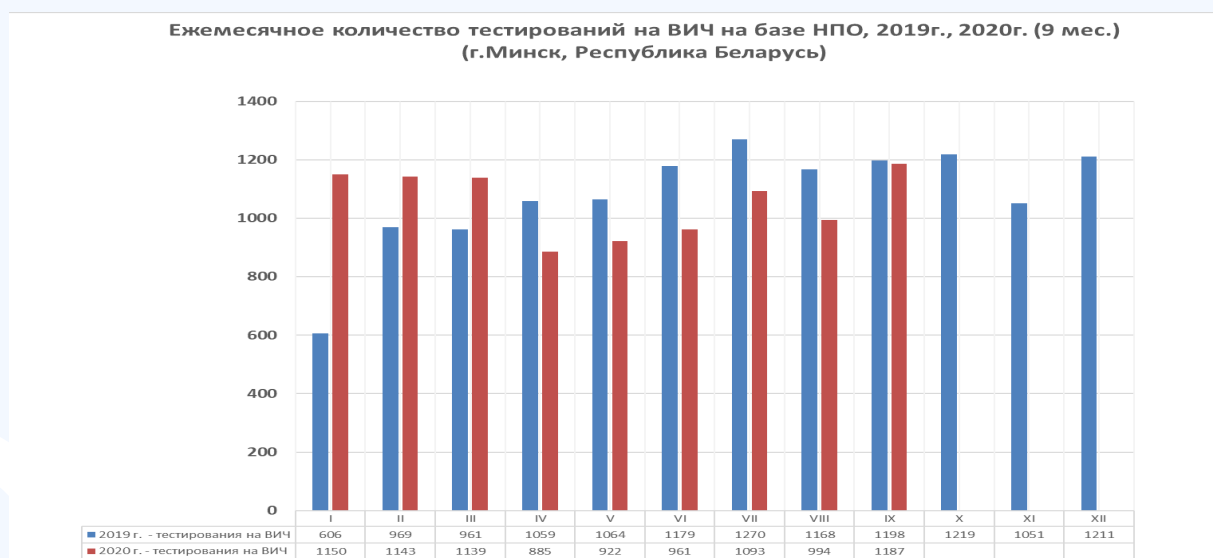


Рисунок 21

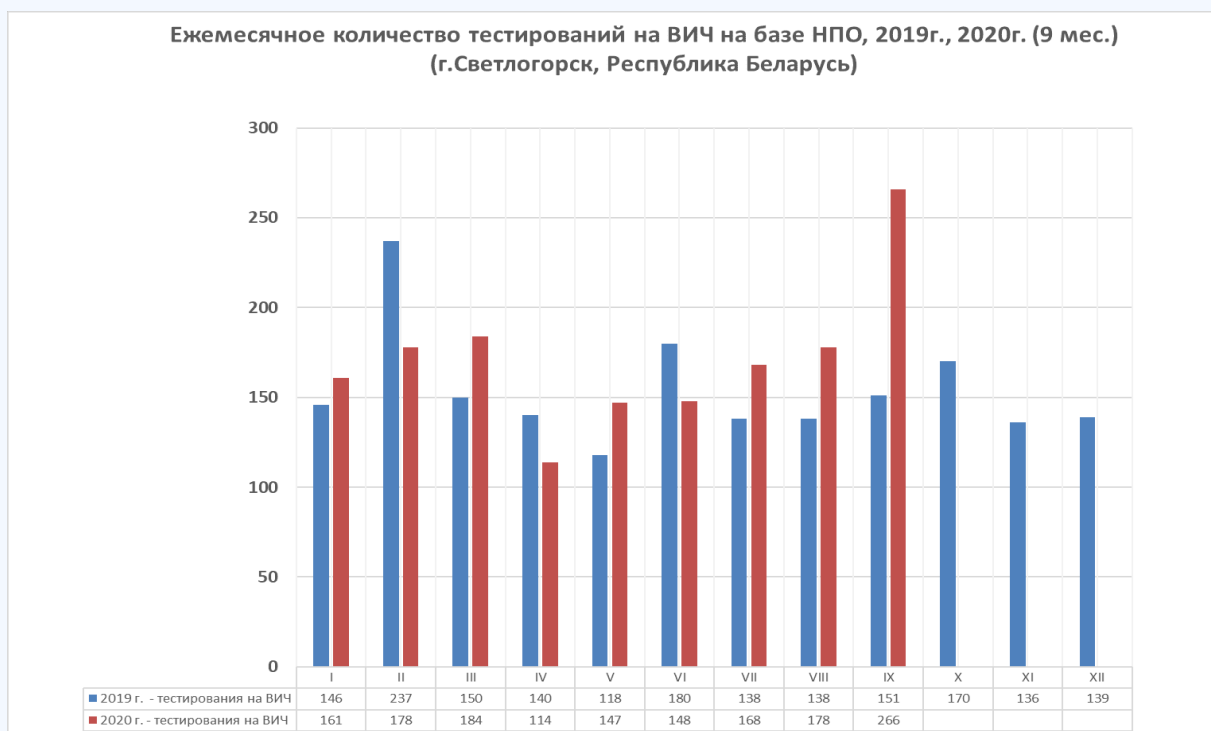
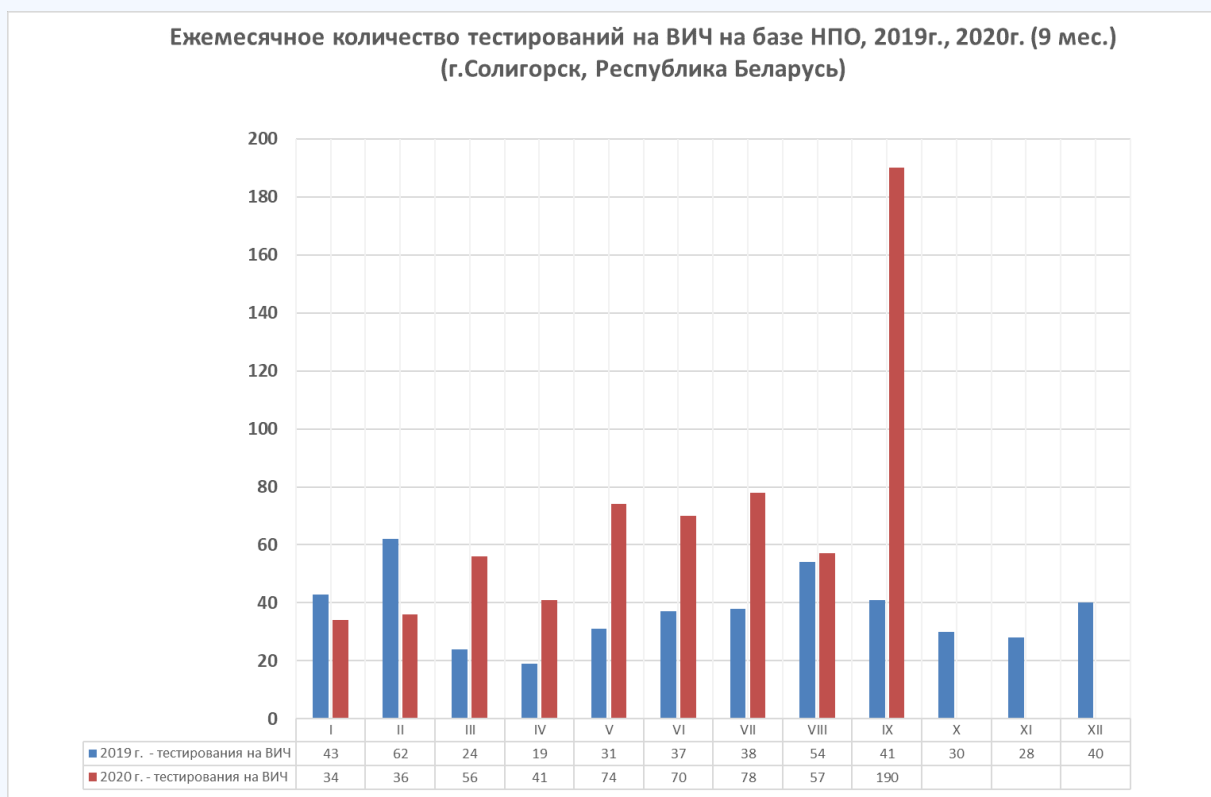


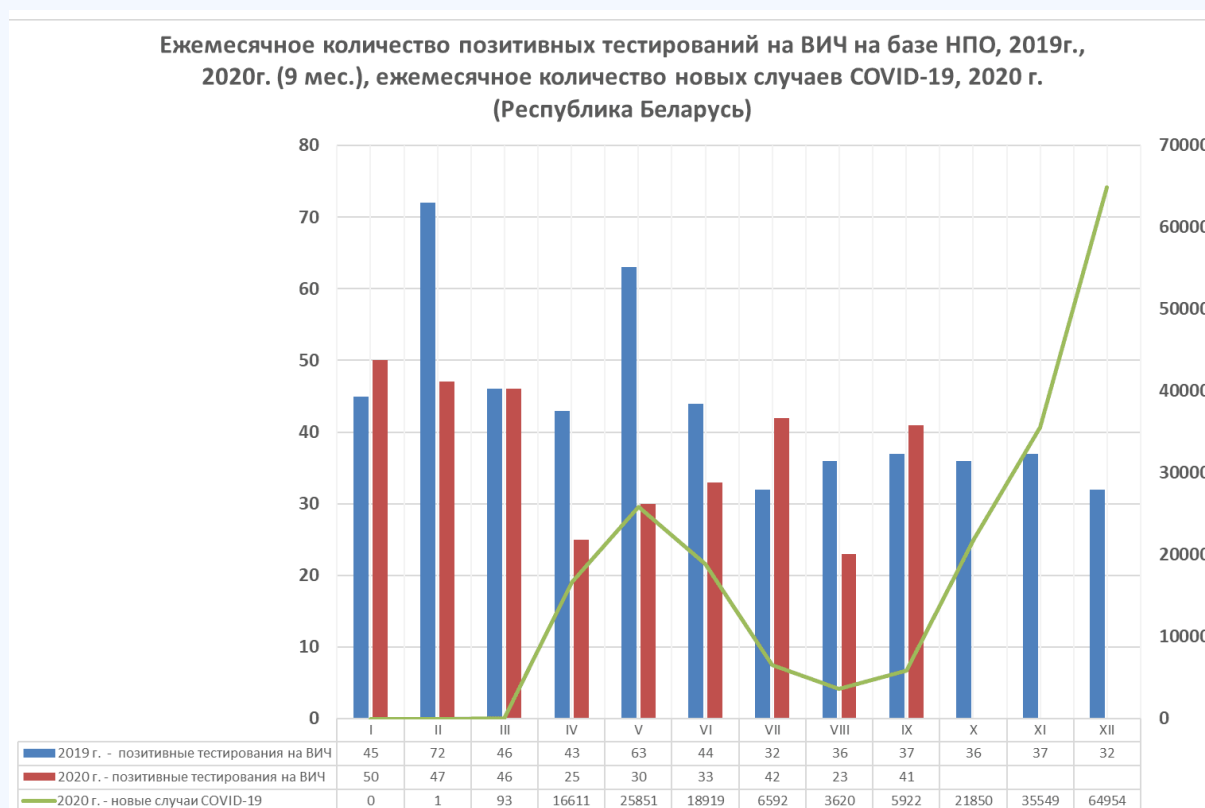
Рисунок 22



Мнения экспертов по поводу значительного увеличения тестирования в г. Солигорск также полностью совпали: по их словам, в этом городе «до 2019 года услуги предоставлялись крайне ограниченно», а в 2019 году города Солигорск и Светлогорск вошли в программу Fast Track Cities, и благодаря этому в 2020 году там фактически началось тестирование на базе НПО – «отсюда и рост почти на 100 процентов». И если ранее в этих городах не было организаций, которые бы работали с РКС и МСМ, то в 2020 году были запущены первые пилотные сервисы для этих ключевых групп. Эти услуги предоставляются в кабинетах профилактики, которые находятся на базе УЗО; соработники в них относятся к системе здравоохранения, а аутрич-работники и кейс-менеджеры привлекаются из НПО. Эту ситуацию один из экспертов обрисовал так: «С 2020 года все 19 кабинетов профилактики, которые находятся на базе УЗО, были переданы под контроль государства. Они стали частью государственной системы, появился отдельный координатор для мониторинга их деятельности, появилось больше ответственности и больше внимания к их работе. Как результат – и в Светлогорске, и в Солигорске есть и НПО, но успешно работают именно государственные кабинеты профилактики».

Интересно, что на фоне увеличения общего количества тестирований на ВИЧ на базе НПО **среднемесячное количество позитивных тестирований в стране, наоборот, уменьшилось** (–15,2%)(Рисунок 23).

Рисунок 23



Аналогичная тенденция наблюдалась в Минске — (-18,0%)(Рисунок 24) и Светлогорске — (-22,4%)(Рисунок 25). Позитивные тестирования на ВИЧ в городе Солигорск либо не регистрировались, либо составляли единичные случаи.

Рисунок 24

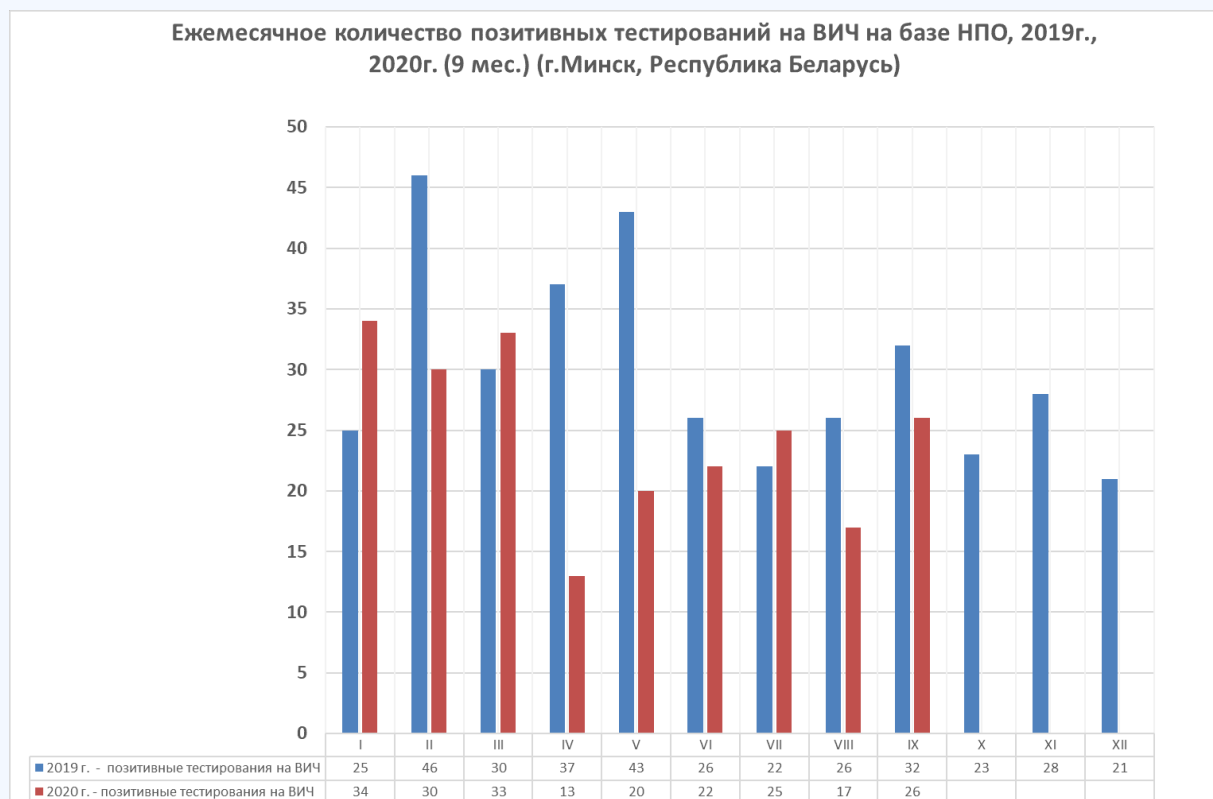
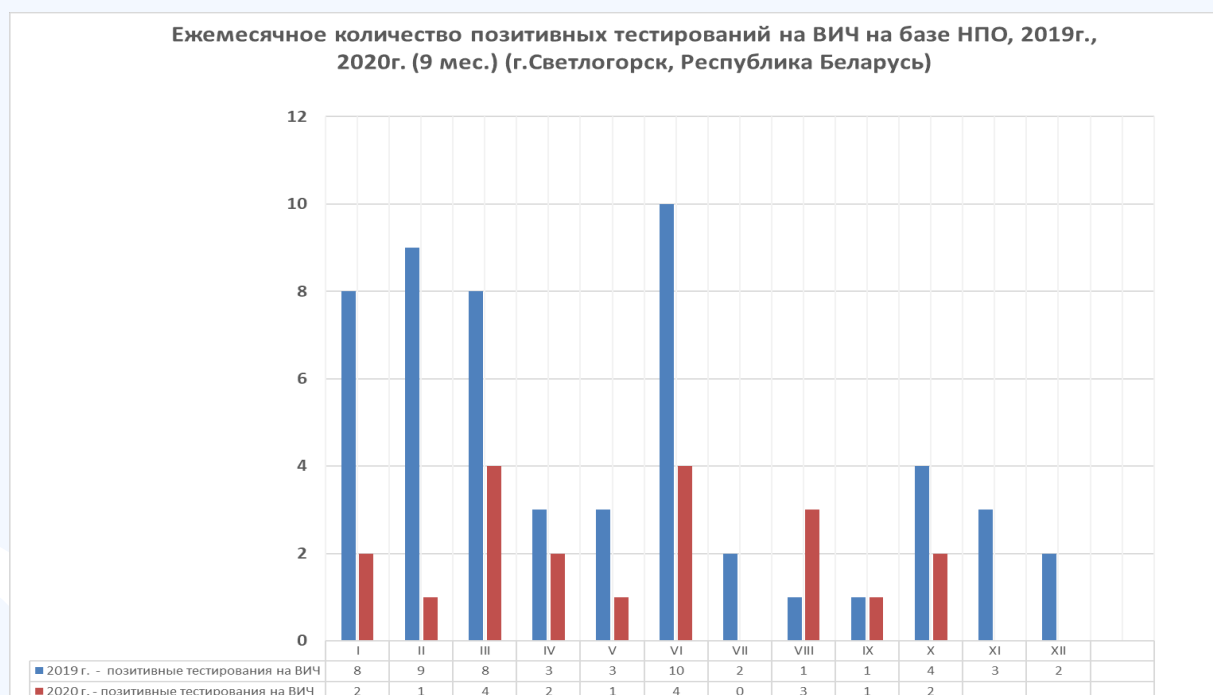


Рисунок 25



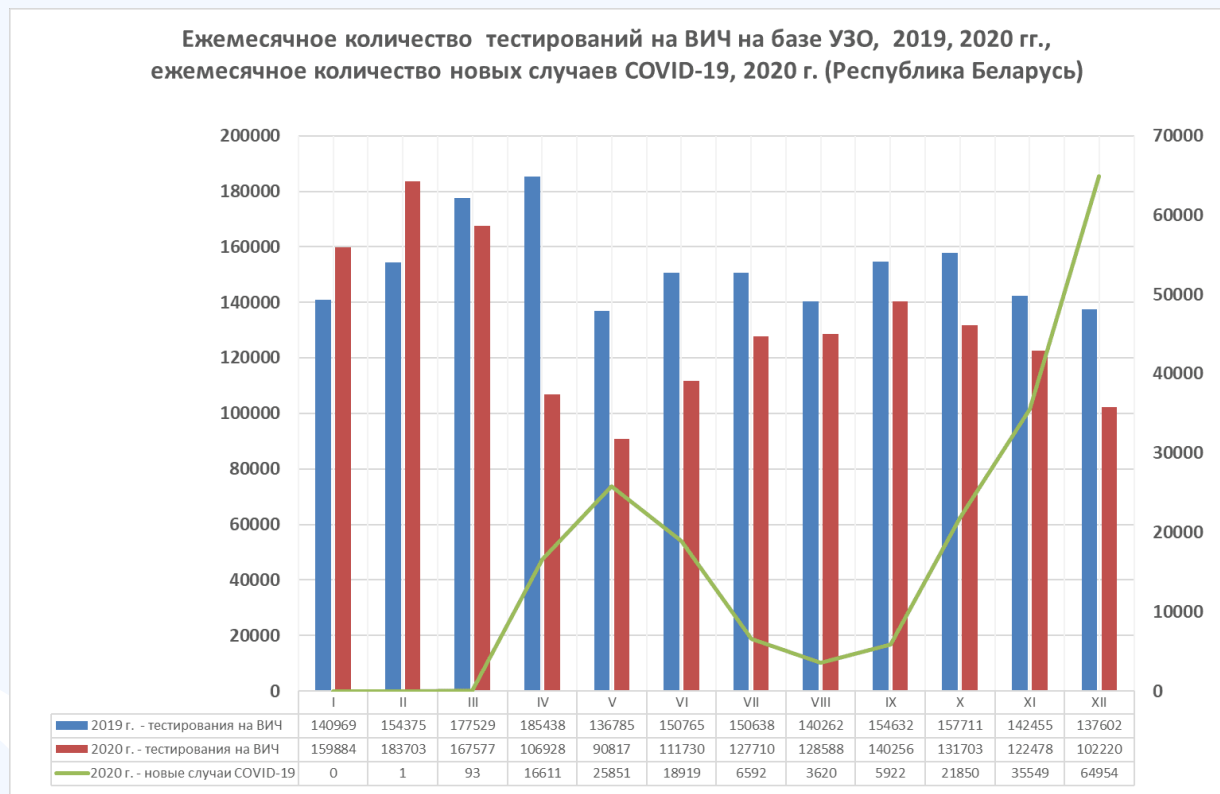
Одной из весомых причин уменьшения выявляемости, помимо снижения уровня тестирования, были изменения в процедурах учета, когда больше внимания стали уделять достоверности данных и верификации выявленных случаев. «Раньше тестировались одни и те же люди. Начиная с 2020 года, цифры по вновь выявленным случаям стали более реальными».

По поводу динамики выявления клиентов с позитивным результатом тестирования на ВИЧ в отдельных городах эксперты сошлись во мнении, что прямой связи с пандемией здесь нет. Причина в том, что в этих городах «программа только набирает обороты» – например, в 2020 году в Солигорске был выявлен всего один клиент с позитивным результатом тестирования среди MSM.

Данные по количеству тестирований на ВИЧ в УЗО, установленным диагнозам ВИЧ-инфекции и размеру диспансерной группы были предоставлены дополнительно, после окончания периода сбора данных. Таким образом, обсуждение этих показателей при проведении глубинных интервью было ограниченным.

В 2020 г., по сравнению с 2019 г., среднемесячное количество тестирований на ВИЧ на базе УЗО Республики Беларусь уменьшилось на 13,7% (Рисунок 26). Если в январе и феврале 2020 г., по сравнению с аналогичными месяцами 2019 г., наблюдался прирост количества тестирований: (+13,4%) и (+19,0%) соответственно, то в последующие месяцы наблюдалась негативная динамика с максимальным уменьшением объёмов тестирования на ВИЧ в апреле (–42,3%), мае (–33,6%), июне (–25,9%) и декабре (–25,7%). Среднемесячное количество тестирований среди ЛУИН на базе УЗО в 2020 г., по сравнению с 2019 г., уменьшилось на 29,3% (данные на графиках отсутствуют).

Рисунок 26



По мнению одного из экспертов, в 2020 г., по сравнению с 2019 г., объем тестирования на базе УЗО снизился в первую очередь в связи с карантинными ограничениями по COVID-19. По его словам, уменьшился объем плановой медицинской помощи, тогда как обычно тестирование на ВИЧ проходили все пациенты, которые начинали лечение в стационарах. Снизился объем добровольного тестирования, поскольку люди стали меньше посещать медицинские учреждения, например, наркологического профиля и т.д.

Среднемесячное количество тестирований на ВИЧ на базе УЗО отдельных городов также уменьшилось: Минск – (-4,4%)(Рисунок 27), Светлогорск и Светлогорский район – (-19,8%)(Рисунок 28), Солигорск и Солигорский район (-16,3%)(Рисунок 29).

Рисунок 27

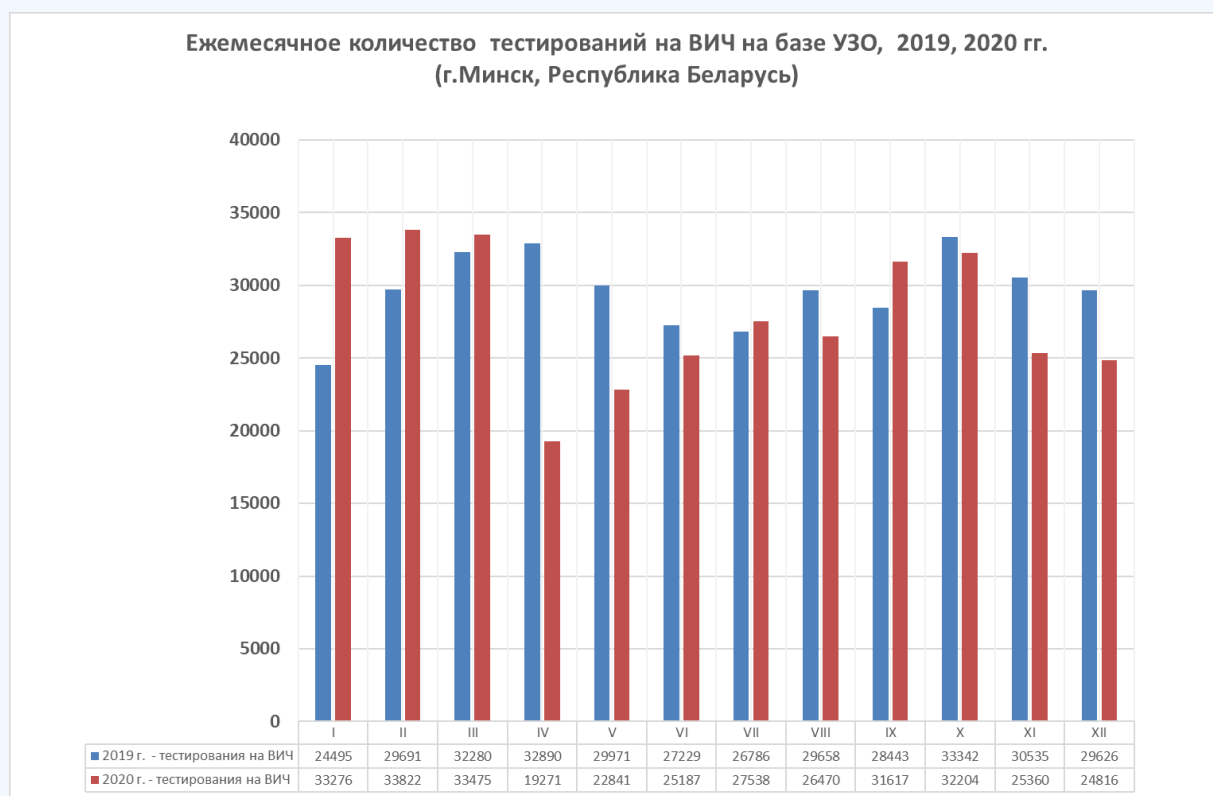


Рисунок 28

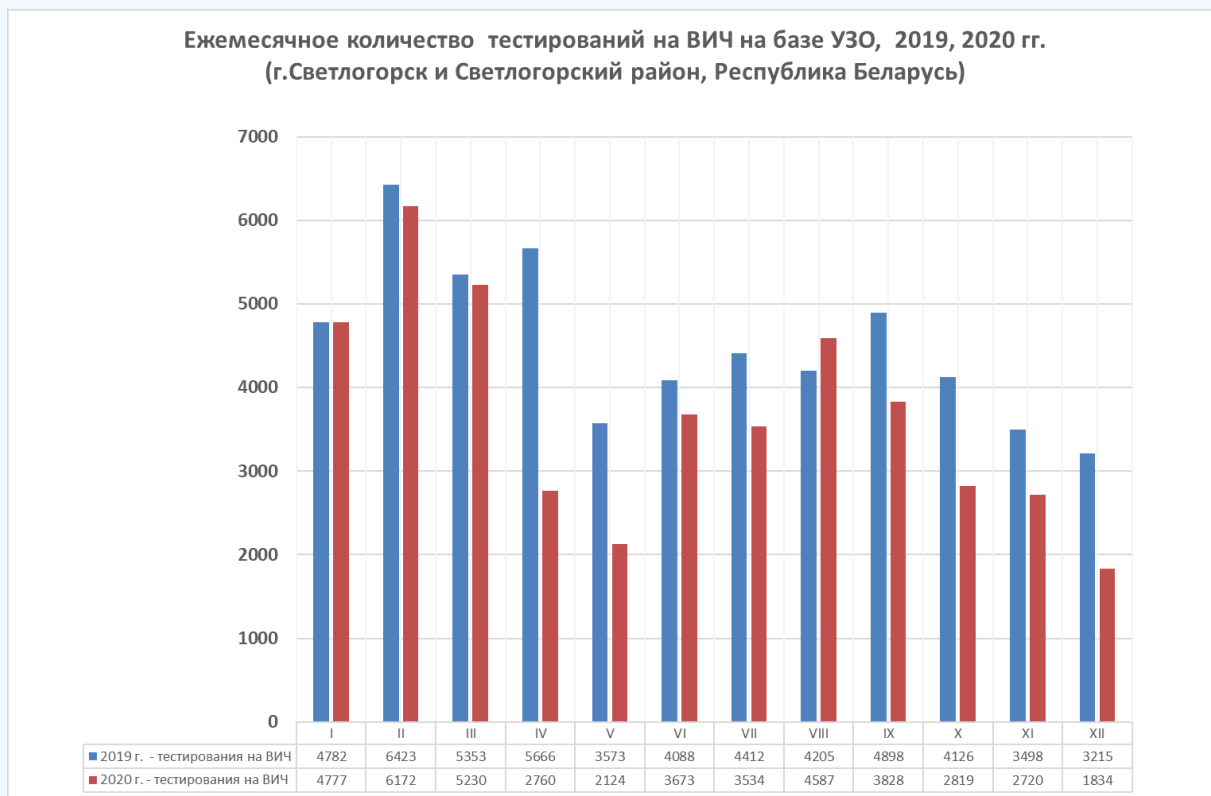
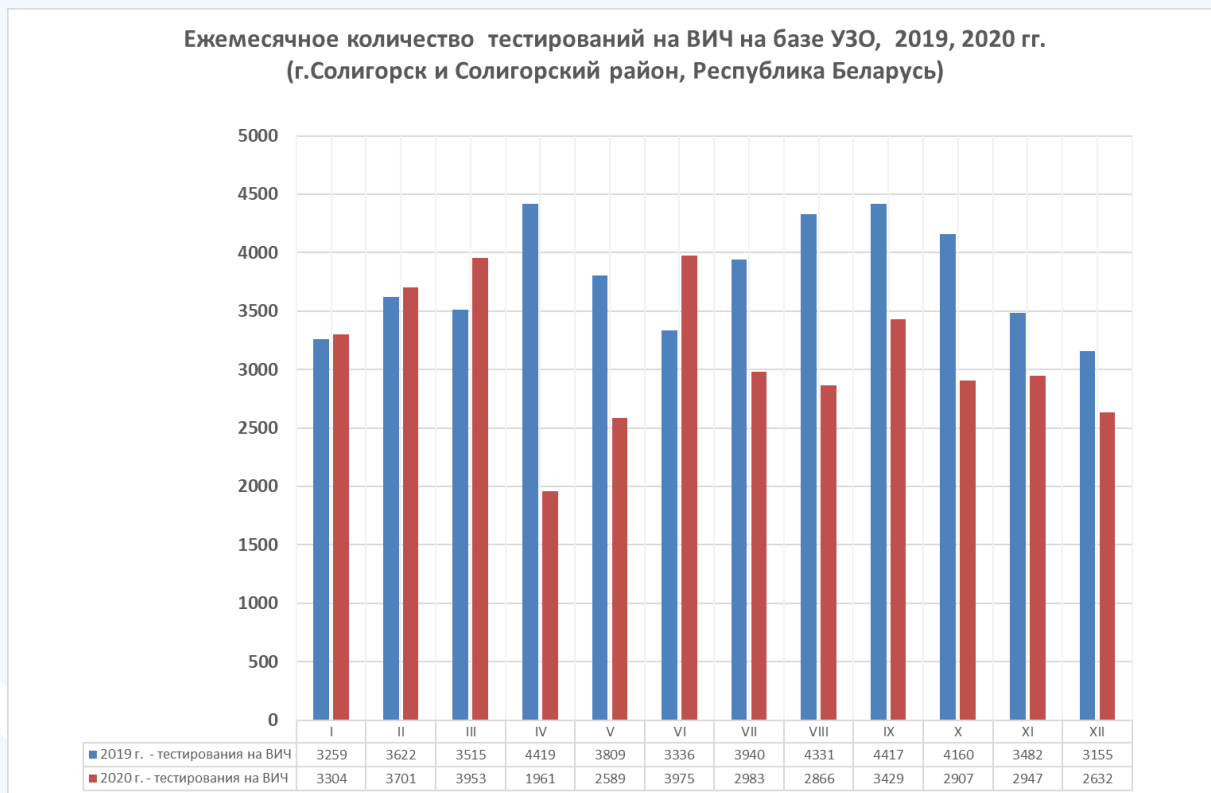
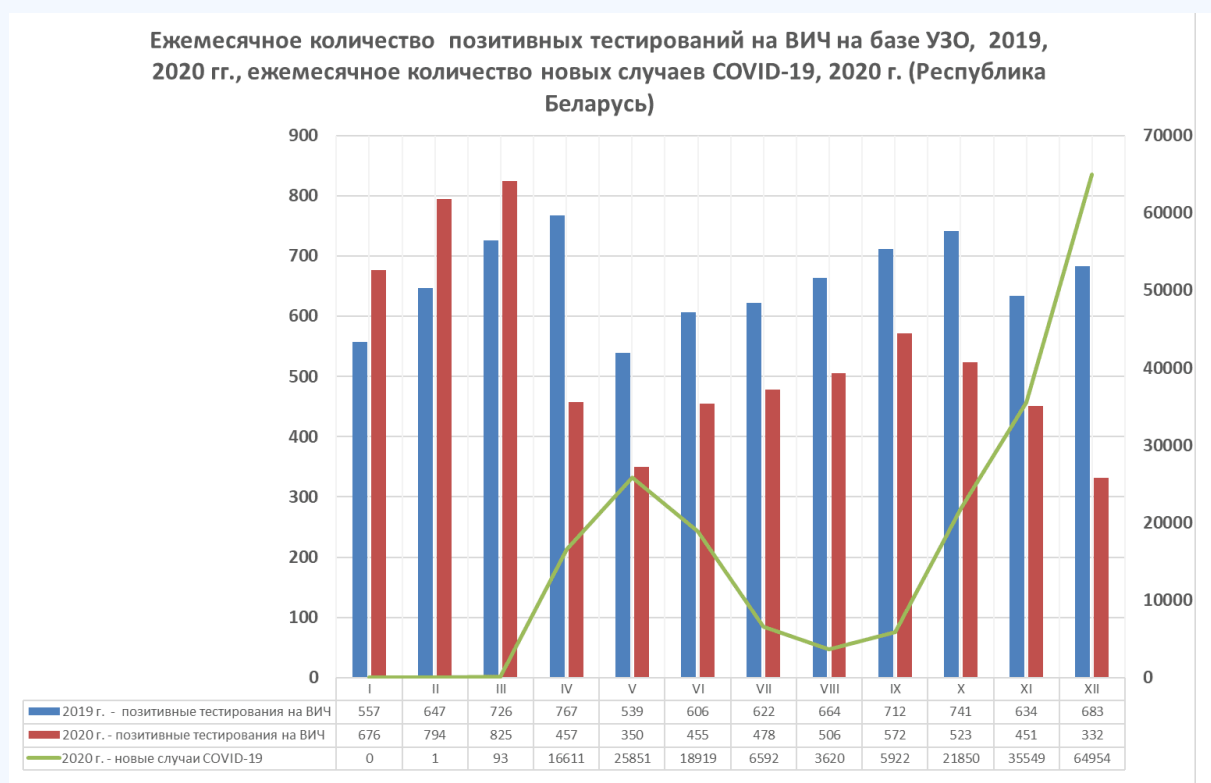


Рисунок 29



Среднемесячное количество позитивных результатов тестирования на ВИЧ в 2020 г., по сравнению с 2019 г., в УЗО Республики Беларусь уменьшилось на 18,2% (Рисунок 30). В январе, феврале и марте отмечался рост количества позитивных результатов: (+21,4%), (+22,7%) и (+13,6) соответственно. В последующие месяцы (апрель–декабрь) наблюдалось снижение количества позитивных результатов тестирования: (–40,4%), (–35,1%), (–24,9%), (–23,2%), (–23,8%), (–19,7%), (–9,4%), (–28,9%) и (–51,4%).

Рисунок 30



По мнению экспертов, ограничительные меры в связи с пандемией отразились на количестве выявленных пациентов с позитивным результатом тестирования на ВИЧ. «Традиционная выявляемость при тестировании в государственном секторе – 0,8%, и она почти не изменилась, но количество выявленных случаев уменьшилось».

Среднемесячное количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе УЗО отдельных городов уменьшилось следующим образом: Минск – (–13,6%)(Рисунок 31), Светлогорск и Светлогорский район – (–34,0%)(Рисунок 32), Солигорск и Солигорский район (–53,2%)(Рисунок 33).

Рисунок 31



Рисунок 32

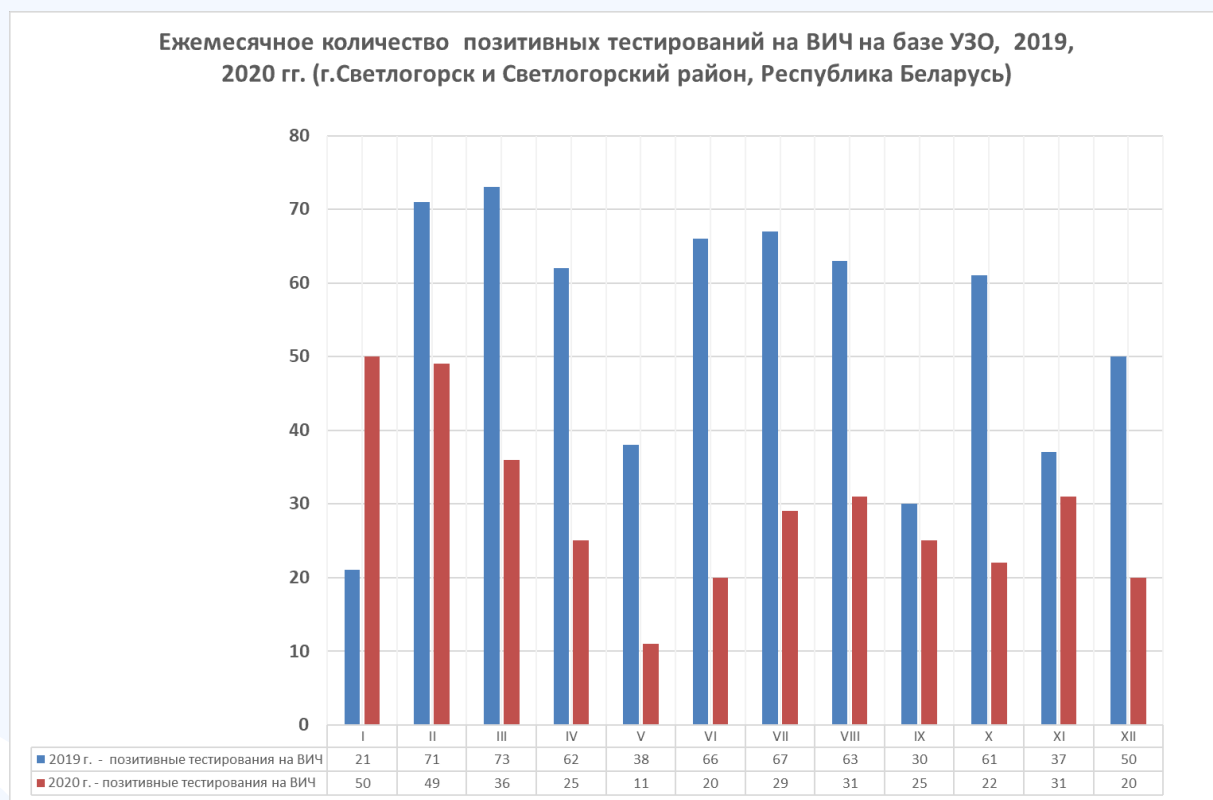
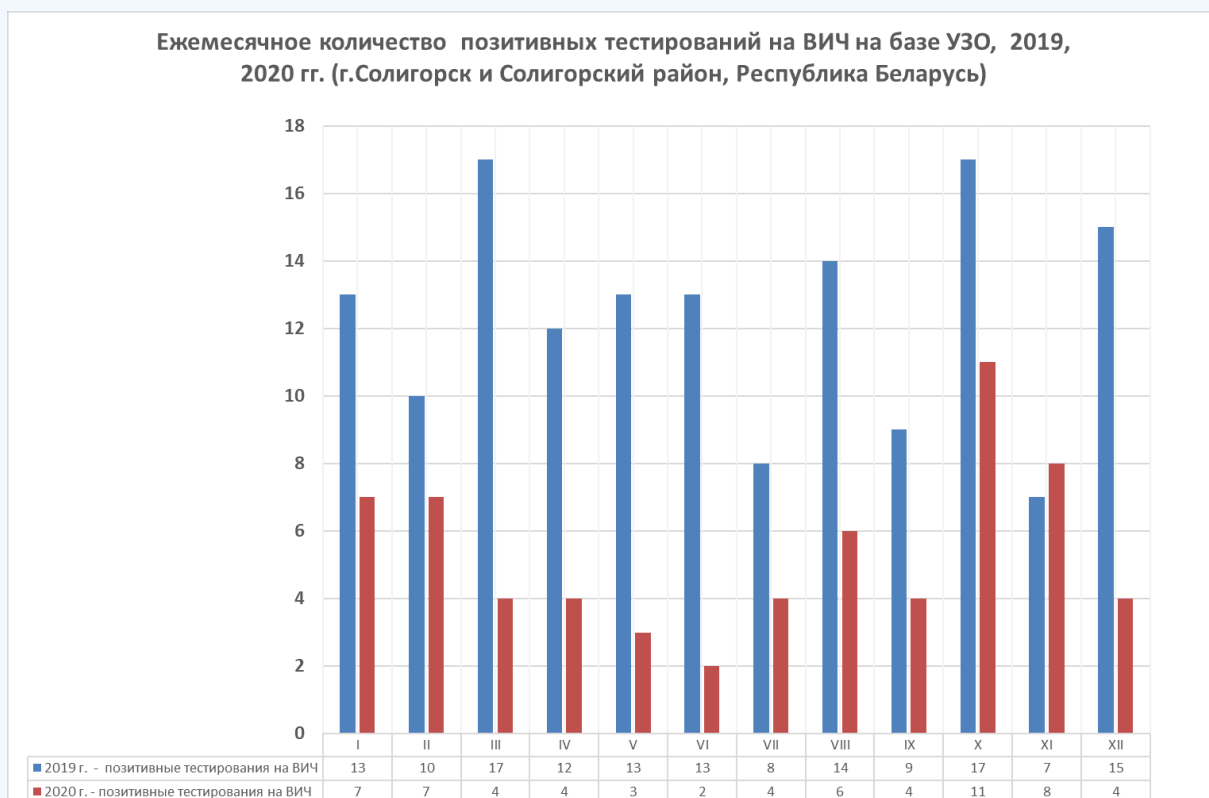
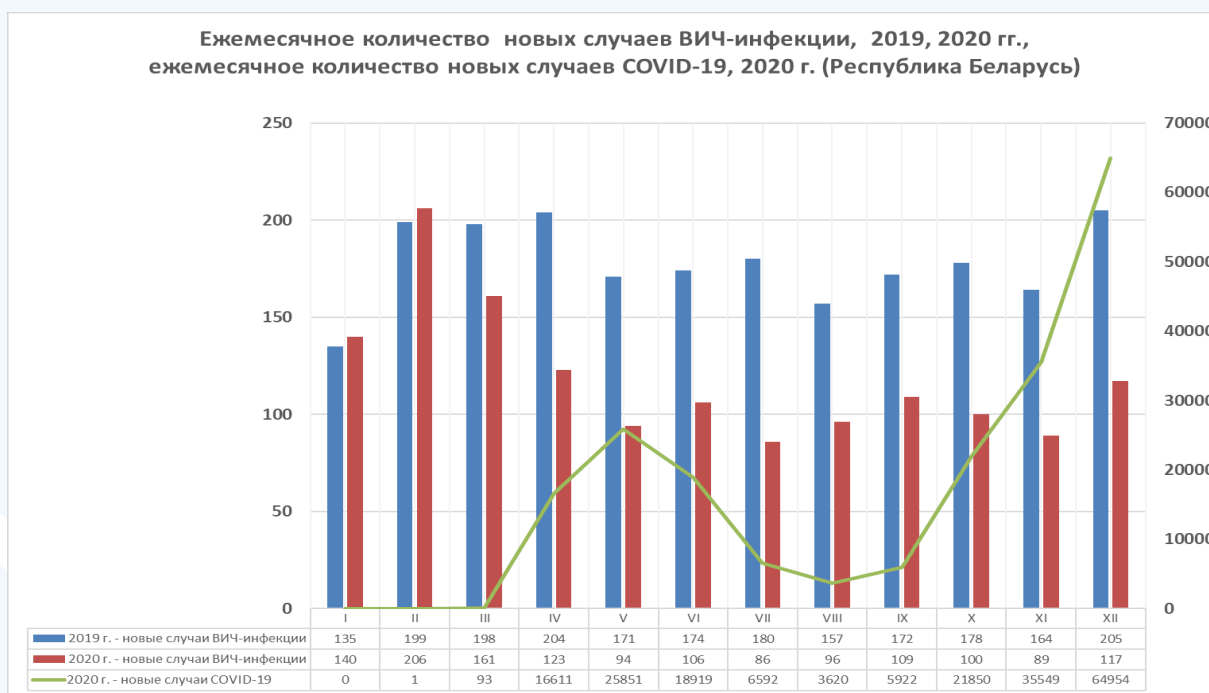


Рисунок 33



Закономерно, что снижение выявляемости ВИЧ повлияло на уменьшение среднемесячного количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на национальном уровне – (-33,0%)(сравнение показателей 2020 и 2019 гг.)(Рисунок 34). Если в январе и феврале 2020 г., по сравнению аналогичным периодом 2019 г., отмечался рост заболеваемости на ВИЧ-инфекцию – (+3,7%) и (+3,5%) соответственно, то в оставшиеся месяцы количество новых случаев существенно уменьшалось (максимальное снижение произошло в июле (-52,2)).

Рисунок 34



Среднемесячный показатель заболеваемости на ВИЧ-инфекцию в отдельных городах в 2020 г., по сравнению с 2019 г., уменьшился и составил: Минск – (-37,0%)(Рисунок 35), Светлогорск и Светлогорский район – (-44,2%)(Рисунок 36), Солигорск и Солигорский район (-10,5%)(Рисунок 37).

Рисунок 35

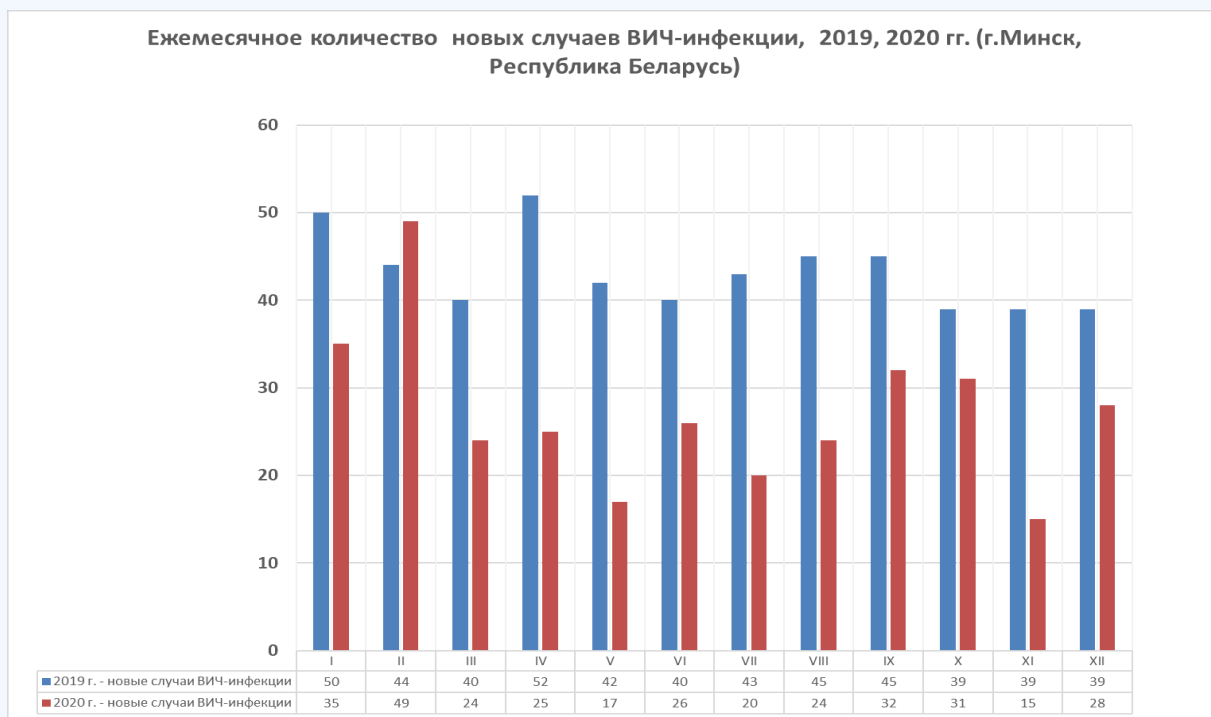


Рисунок 36

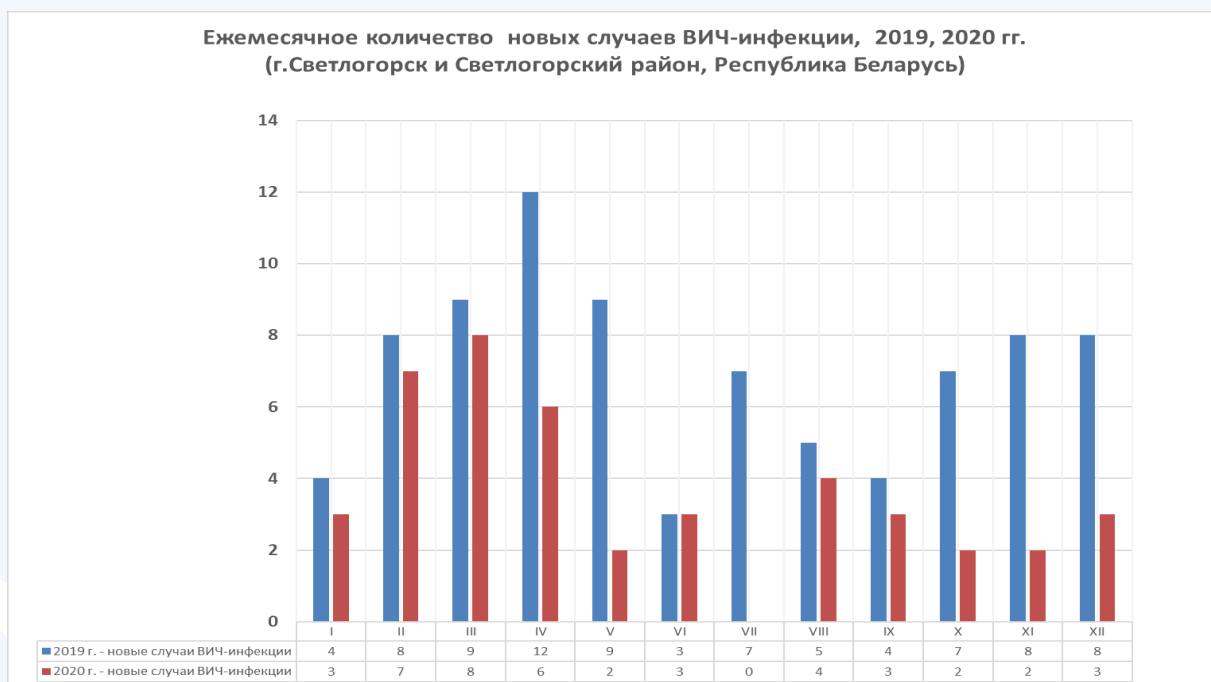
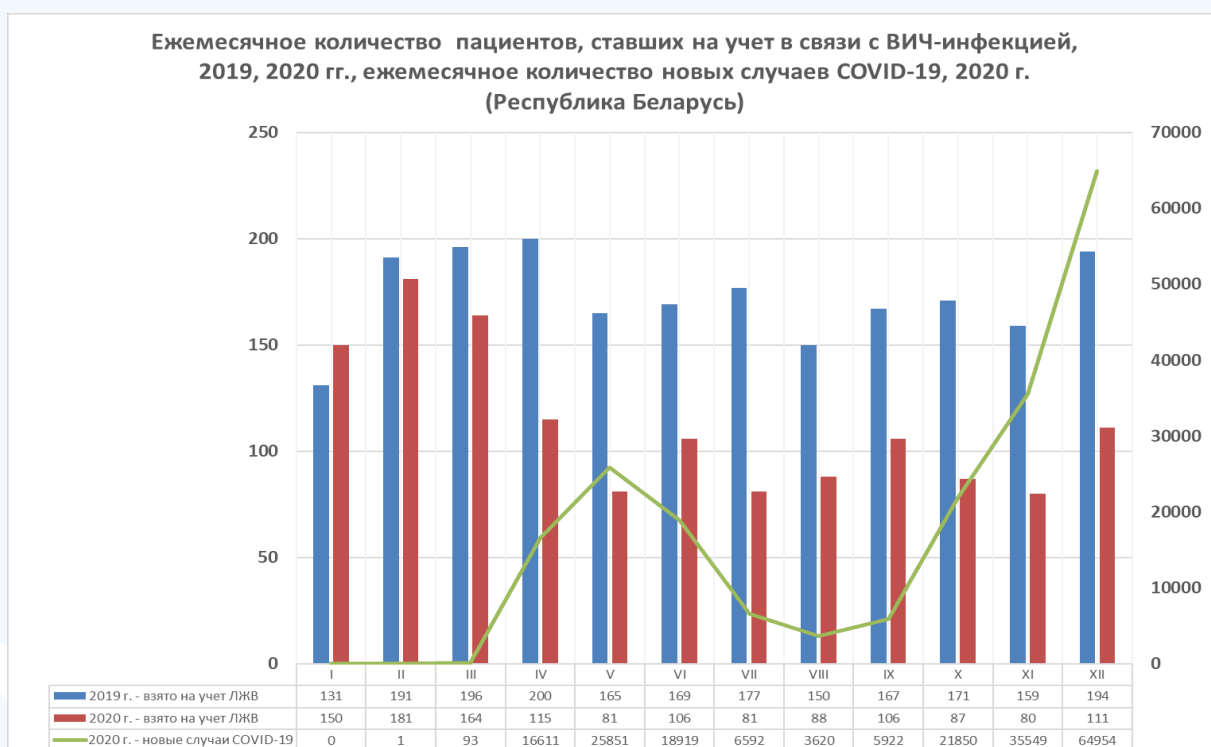


Рисунок 37



Среднемесячный показатель постановки на учет в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Беларусь в 2020 г. уменьшился на 34,3% по сравнению с 2019 г. В январе 2020 г. наблюдался рост значения показателя (+14,5%), а в оставшиеся месяцы – снижение, с максимальным снижением в июле (–54,2%)(Рисунок 38).

Рисунок 38



Среднемесячное количество ЛЖВ, взятых на учет в отдельных городах, уменьшилось в 2020 г. по сравнению с 2019 г. и составило: Минск – (-40,8%)(Рисунок 39), Светлогорск и Светлогорский район – (-54,0%)(Рисунок 40), Солигорск и Солигорский район (-32,2%) (Рисунок 41).

Рисунок 39

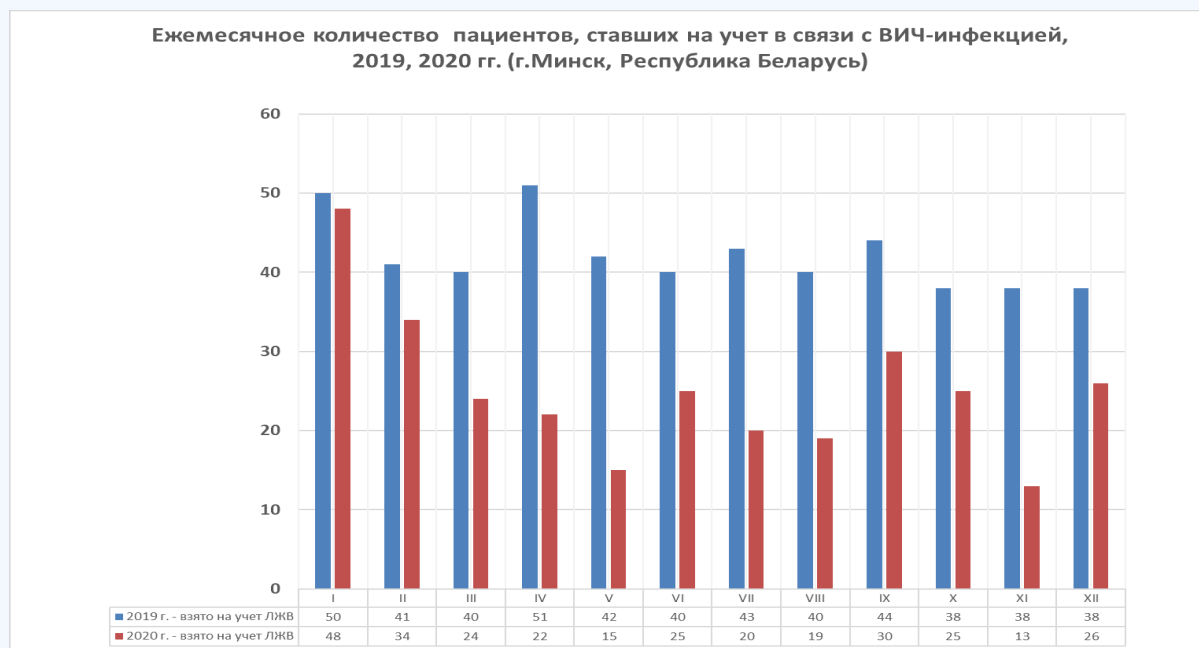


Рисунок 40

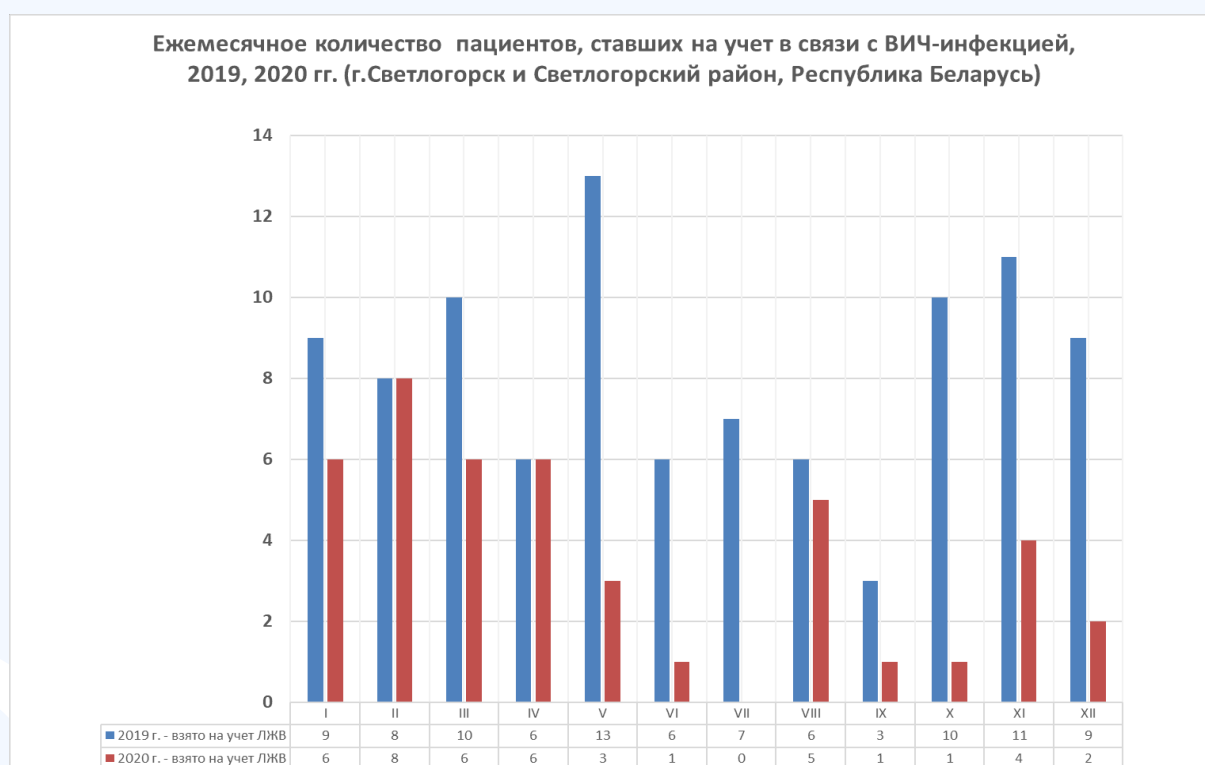
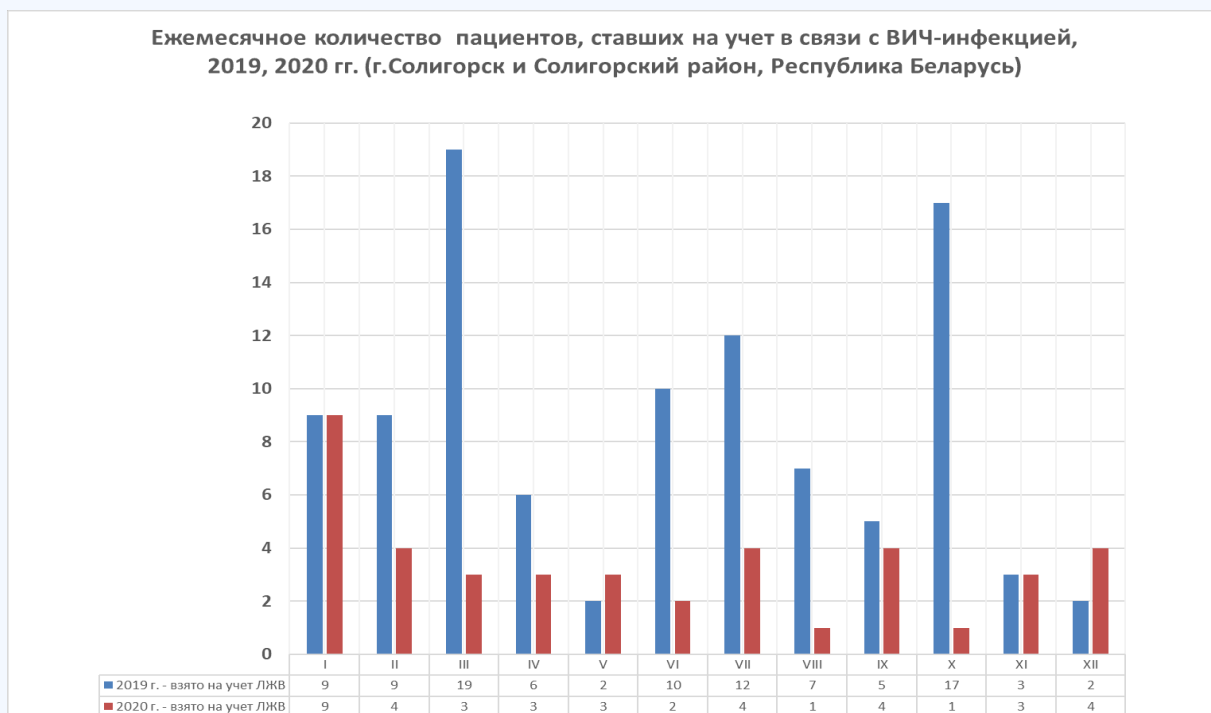
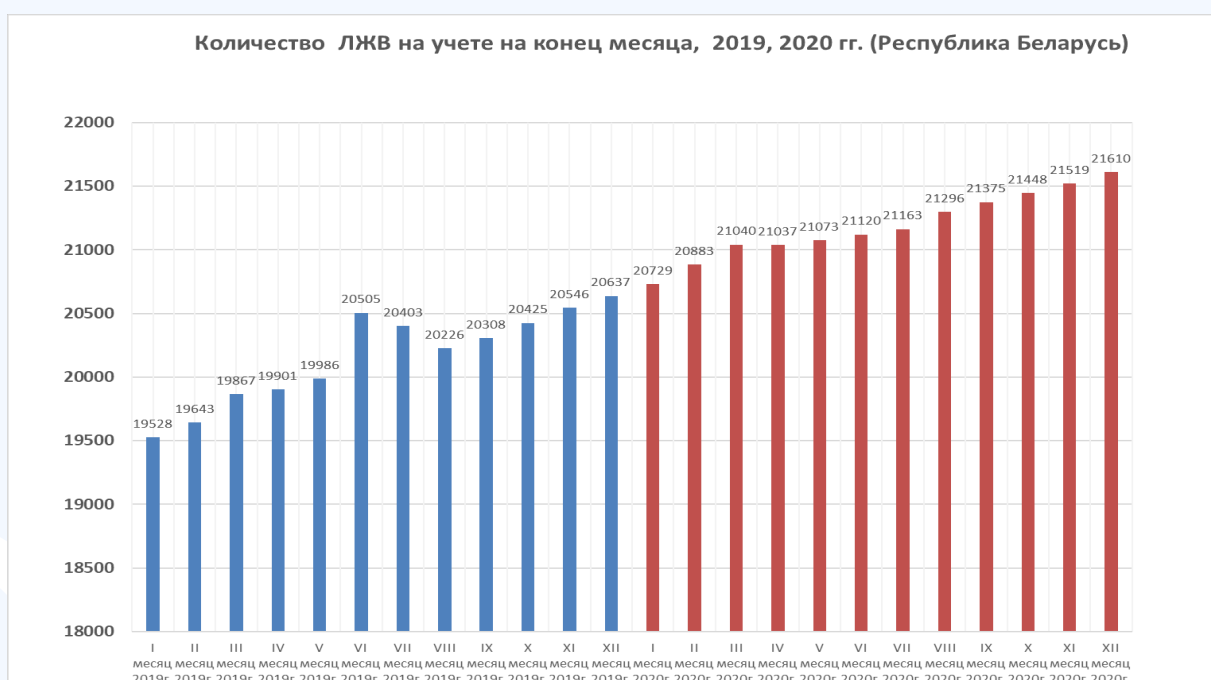


Рисунок 41



Кумулятивное количество пациентов ЛЖВ на учете в Республике Беларусь (Рисунок 42) в целом увеличивалось, однако отмечалось несколько месяцев снижения данного показателя: июль, август 2019 г. и апрель 2020 г. Снижение в июле, августе 2019 г. может быть связано с непропорциональным увеличением количества пациентов на учете в июне. При этом в июне 2019 г. на учет было взято 169 пациентов, что не превышает среднемесячные значения, поэтому непропорциональное увеличение количества пациентов на учете в июне может быть связано с непропорционально низким количеством снятых с учета или ошибкой в предоставленных данных.

Рисунок 42



В 2019 и 2020 гг. диспансерная группа ЛЖВ увеличивалась в г. Минск (Рисунок 43), г. Светлогорск и Светлогорском районе (Рисунок 44). За последние два года численность ЛЖВ на учете в г. Солигорск и Солигорском районе (Рисунок 45) имела множественные периоды снижения, что, возможно, связано с качеством введения данных или другими особенностями электронного учета, которые не удалось выяснить в ходе сбора данных для этого анализа.

Рисунок 43

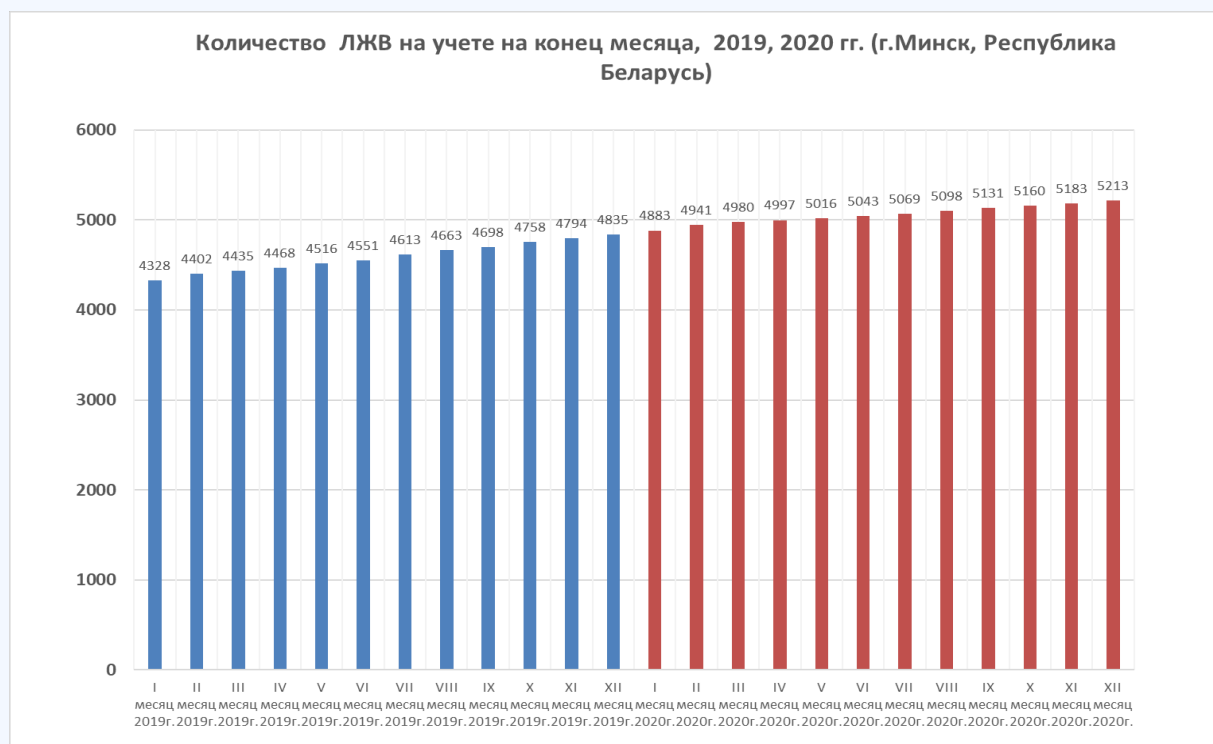


Рисунок 44

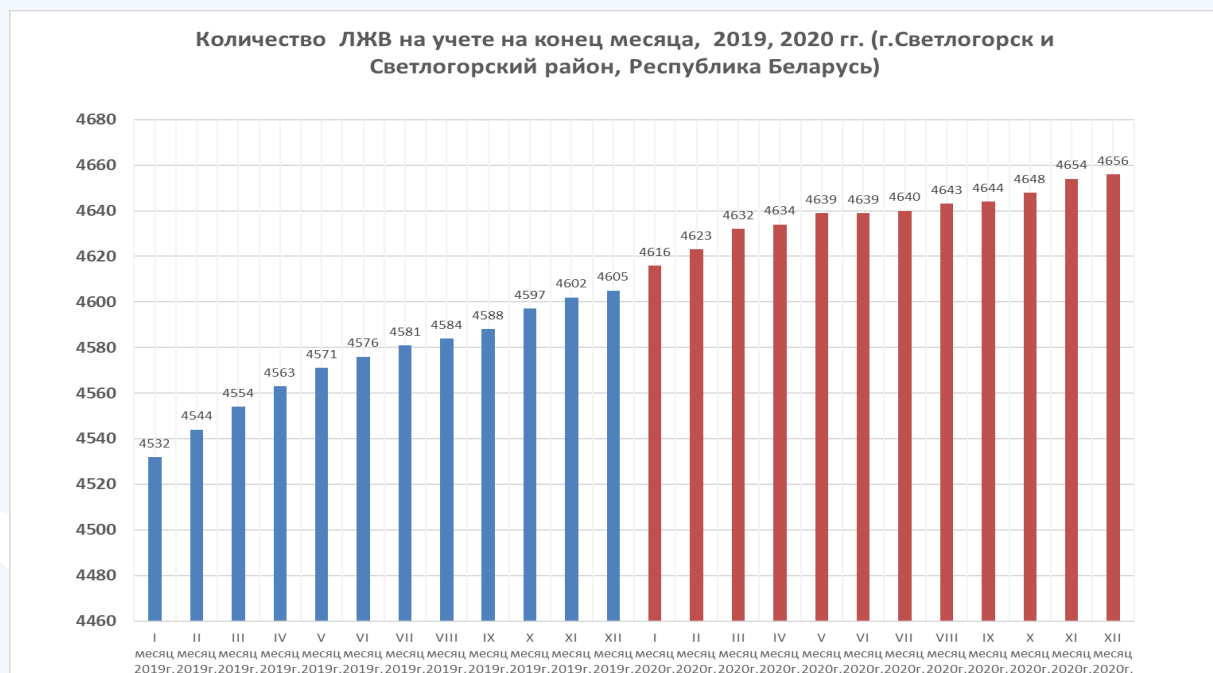
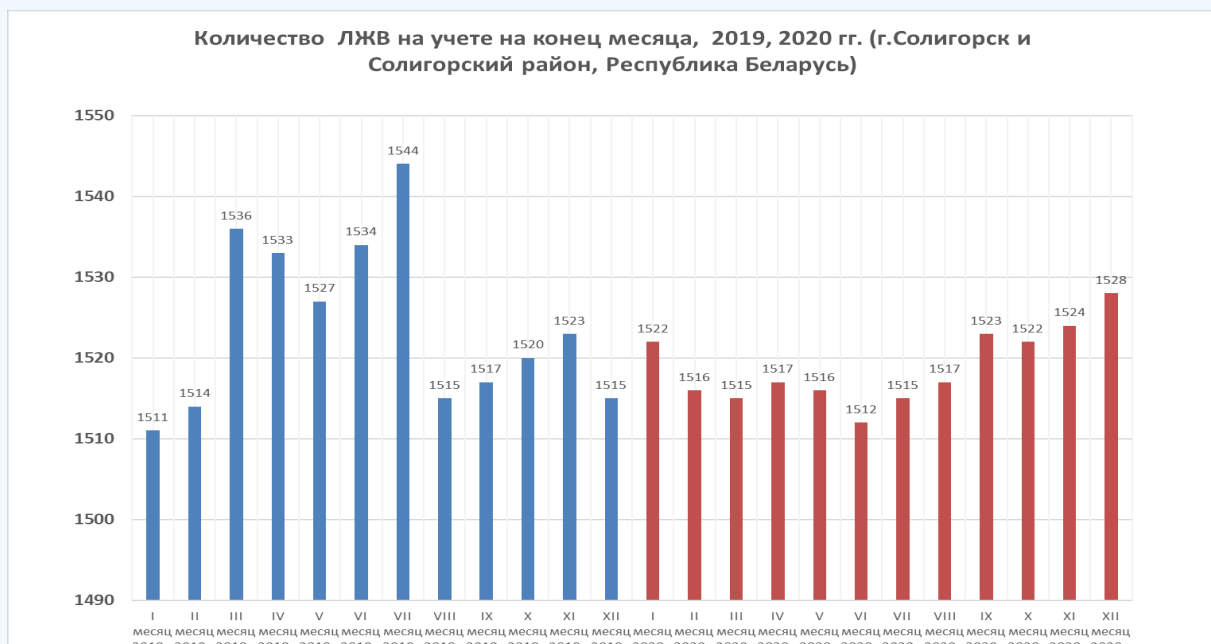


Рисунок 45



Известно, что в Республике Беларусь в 2020 году **в среднем за месяц АРТ начинало** на 48,5% пациентов меньше, чем в 2019 году (Рисунок 28)(г. Минск – (-27,3%)(Рисунок 47), г. Светлогорск и Светлогорский район – (-57,2%)(Рисунок 48) и г. Солигорск и Солигорский район – (-69,5%) (Рисунок 49). Примечательно, что при сравнении показателя ежемесячного набора на АРТ в 2019 и 2020 годах отмечается его снижение во всех месяцах (включая первый квартал 2020 г.) как на страновом уровне, так и в городах Минск (кроме октября (+55,6%) и декабря (+10,0%) 2020 г.), г. Светлогорск и Светлогорском районе (кроме марта – 0,0%), а также г. Солигорск и Солигорском районе.

Рисунок 46

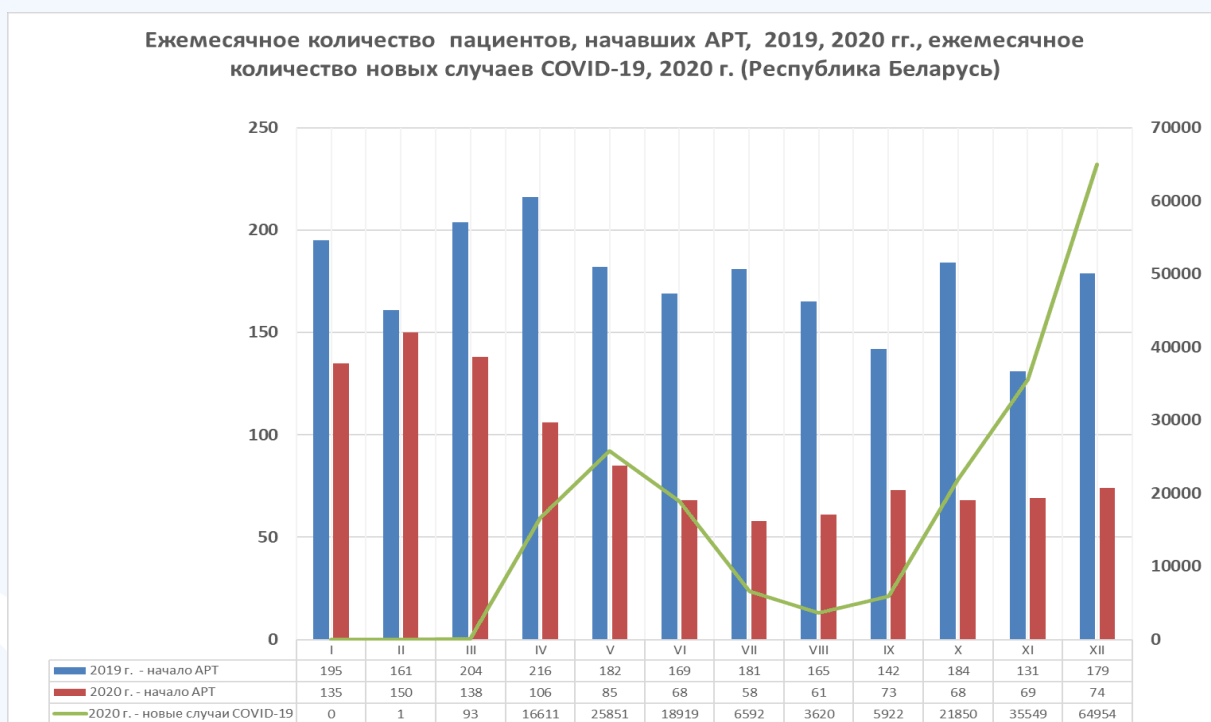


Рисунок 47

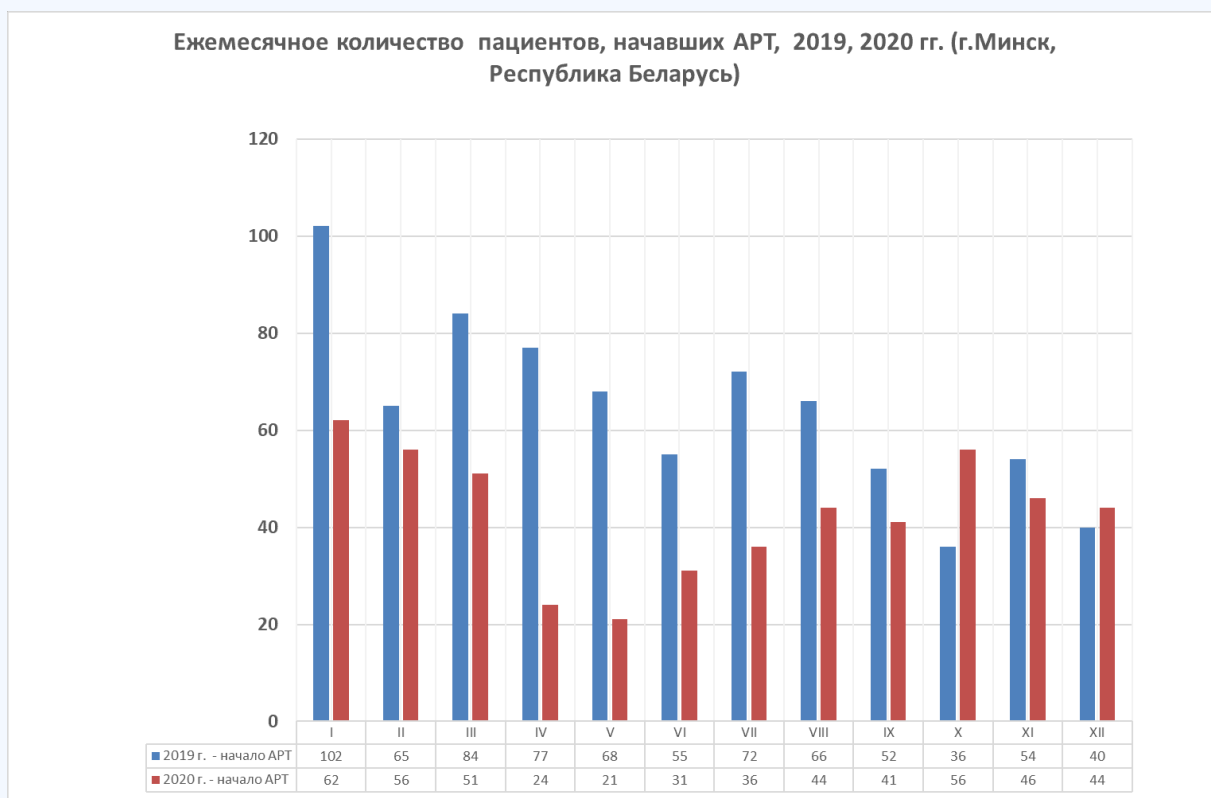


Рисунок 48

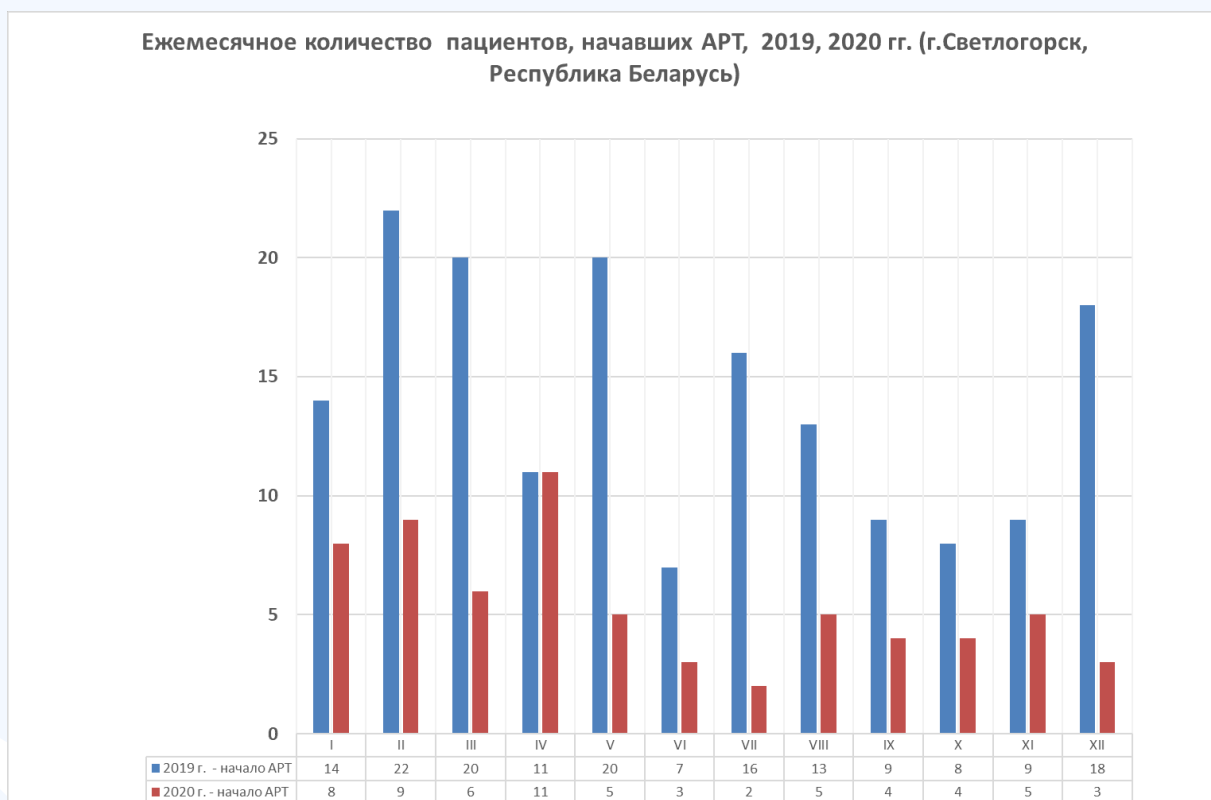
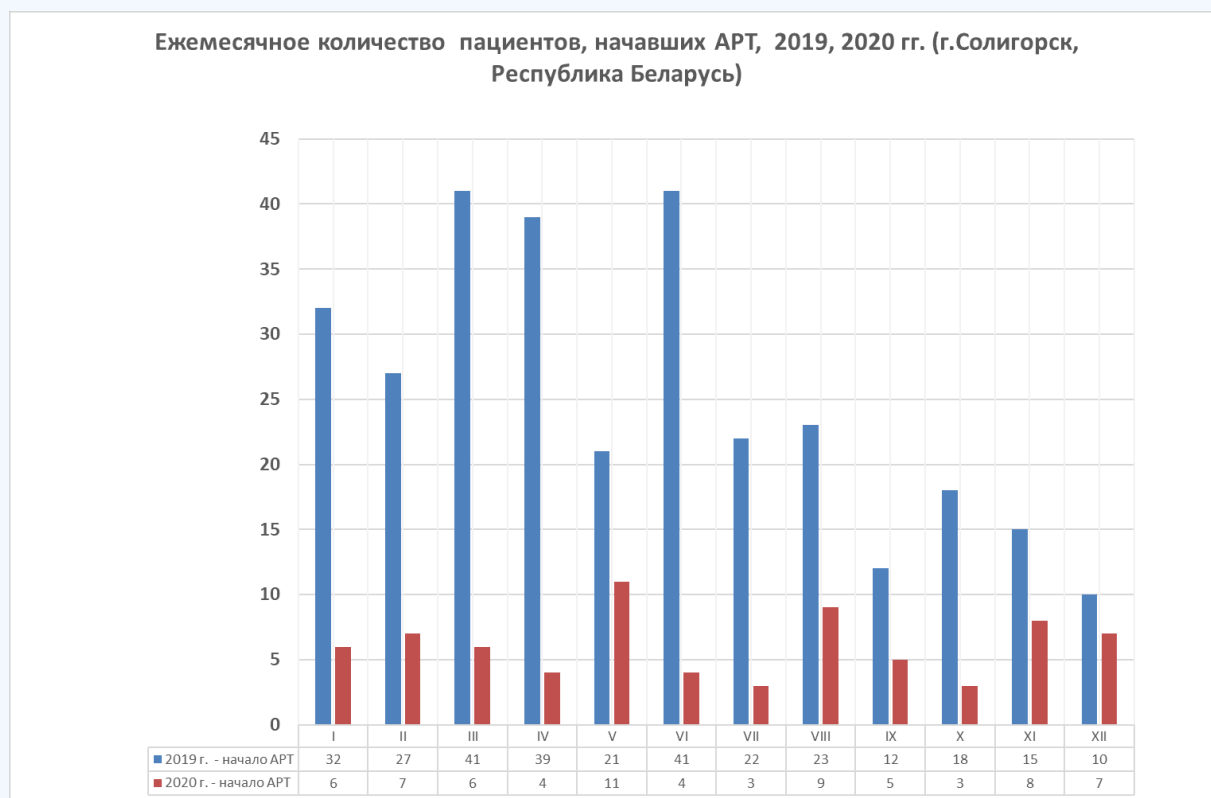


Рисунок 49



Эксперты назвали несколько причин снижения **набора пациентов на АРТ** в 2020 году. Первой причиной, по их мнению, стало снижение выявляемости в 2020 г.: *«на 500 человек меньше выявили – значит, меньше назначили АРТ»*. Во-вторых, в 2020 году всего выявлено около 1500 новых случаев ВИЧ-инфекции, однако АРВ-терапию начали 1200 человек: некоторые пациенты *«не дошли пока до инфекциониста»*, некоторым помешали начать АРТ сложности с лабораторными обследованиями. *«И без того медленный процесс назначения АРТ стал еще медленнее из-за загрузки лабораторий тестами по COVID-19. Есть обязательный комплекс обследований, которые человек должен пройти, чтобы начать АРТ, включая тест на вирусную нагрузку, – это напрямую связано с работой лабораторной службы, и на это COVID-19 существенно повлиял»*.

В то же время карантинные ограничения, особенно во время первого периода, негативно отразились на доступе к ВИЧ-услугам, в первую очередь к услугам по тестированию, и прежде всего это касалось выполнения тестов на CD4 и вирусную нагрузку. Были ограничения в работе лабораторий, загруженных тестированием, связанным с COVID-19. Например, в Минске единственный в городе сайт АРТ находится на базе инфекционной больницы, в которой действовал пропускной режим, и рутинные анализы делали только в особых случаях – например, больным с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции. Таким образом, *«если какое-то влияние COVID-19 система здравоохранения почувствовала, то это касалось тестирования на вирусную нагрузку и отражалось на своевременности назначения АРТ»*.

Наконец, оба эксперта отметили, что с 2018 г. в стране изменились подходы к назначению АРТ – терапию начали назначать независимо от уровня CD4. В связи с этим в 2018–2019 гг. активно шел набор на АРТ пациентов, которые до 2018 года не подлежали назначению АРТ. *«За пару лет набрали всех, кого могли набрать, и набор затормозился»*. *«В 2019 и*

2020 годах этот процесс стал затухать – теперь набор на АРТ требует больших усилий и изменения подходов».

На фоне уменьшения набора пациентов на АРТ сохранилась общая позитивная динамика количества пациентов на терапии на конец месяца, как на национальном уровне (кроме июля 2019 г. и марта 2020 г.) (Рисунок 50), так и в г. Минск (Рисунок 51), г. Солигорск и Солигорском районе (Рисунок 52). В г. Светлогорск и Светлогорском районе отмечались множественные периоды снижения числа ЛЖВ на АРТ (июль и ноябрь 2019 г., май, июнь, июль, сентябрь 2020 г.) (Рисунок 53). В связи с ежемесячным недововлечением в АРТ динамика увеличения кумулятивного количества пациентов на АРТ в 2020 году была менее выраженной, чем в 2019 году. Стабильное увеличение контингента пациентов на АРТ, на фоне снижения вовлечения в АРТ, может свидетельствовать о высоком уровне удержания в лечении.

Рисунок 50

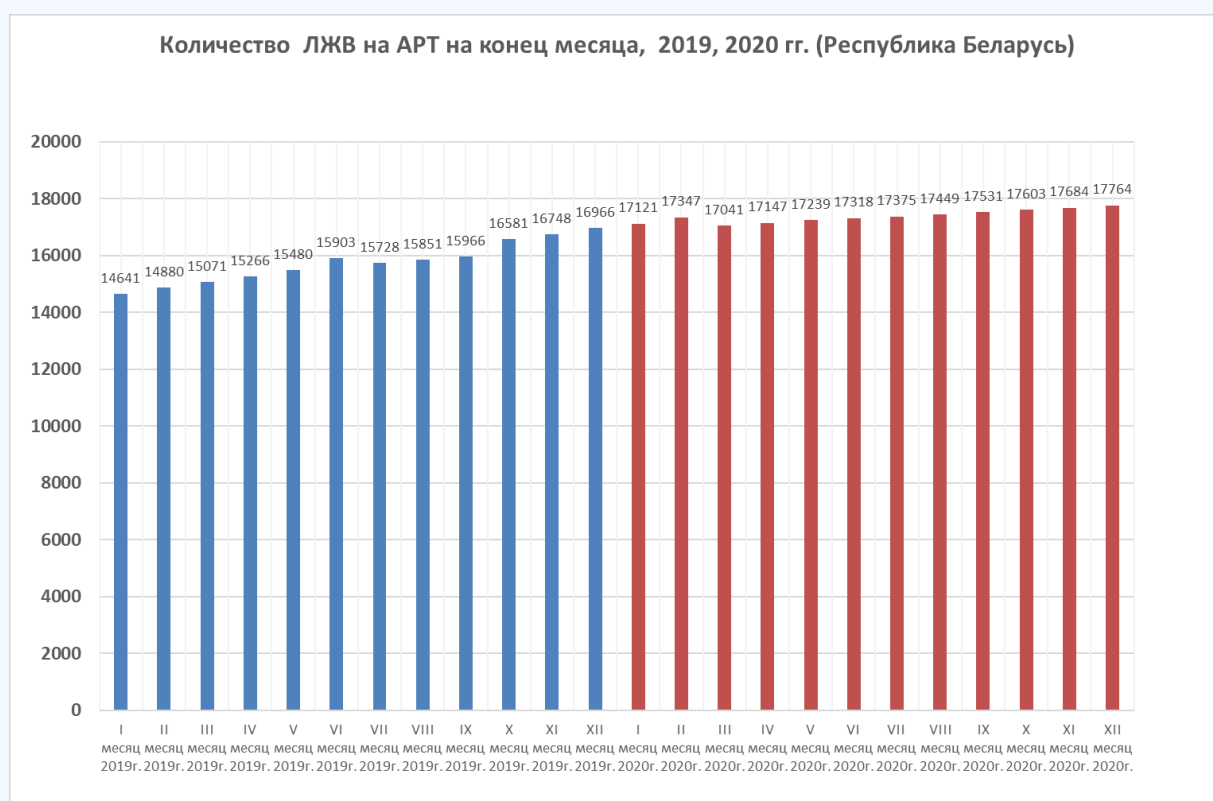


Рисунок 51

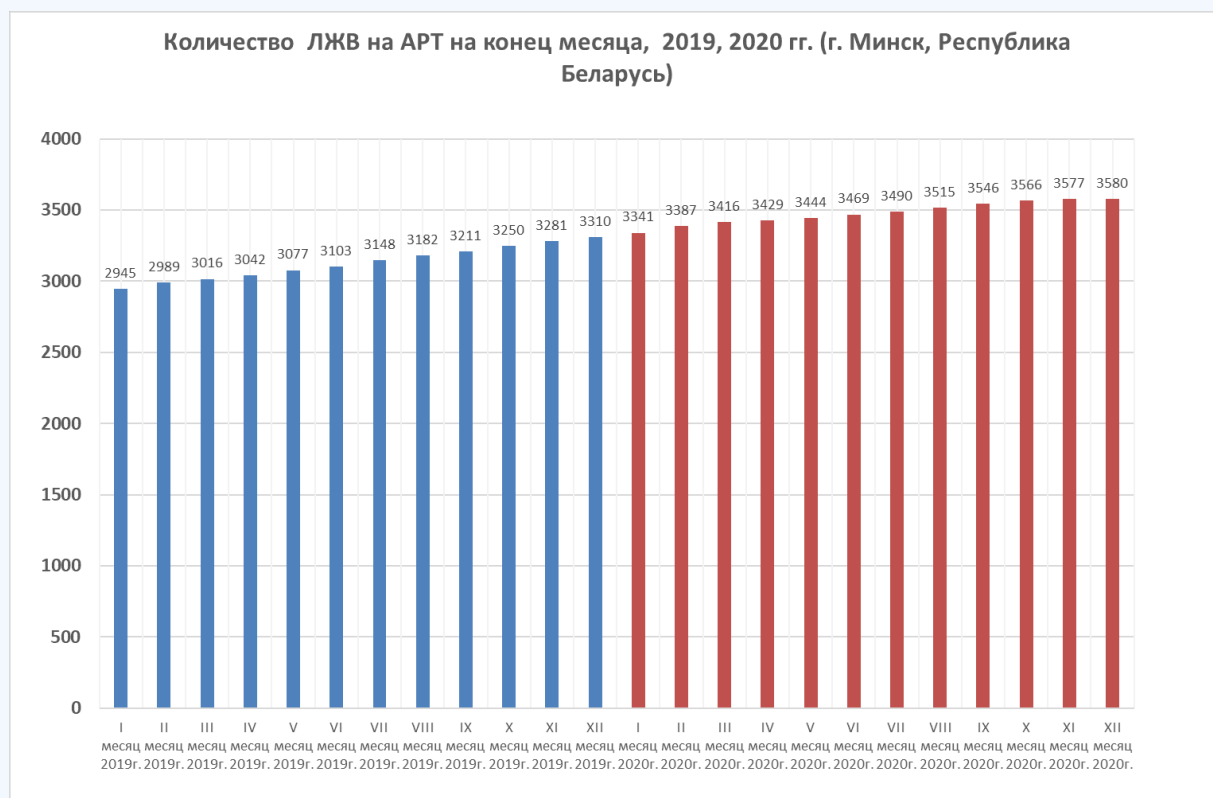


Рисунок 52

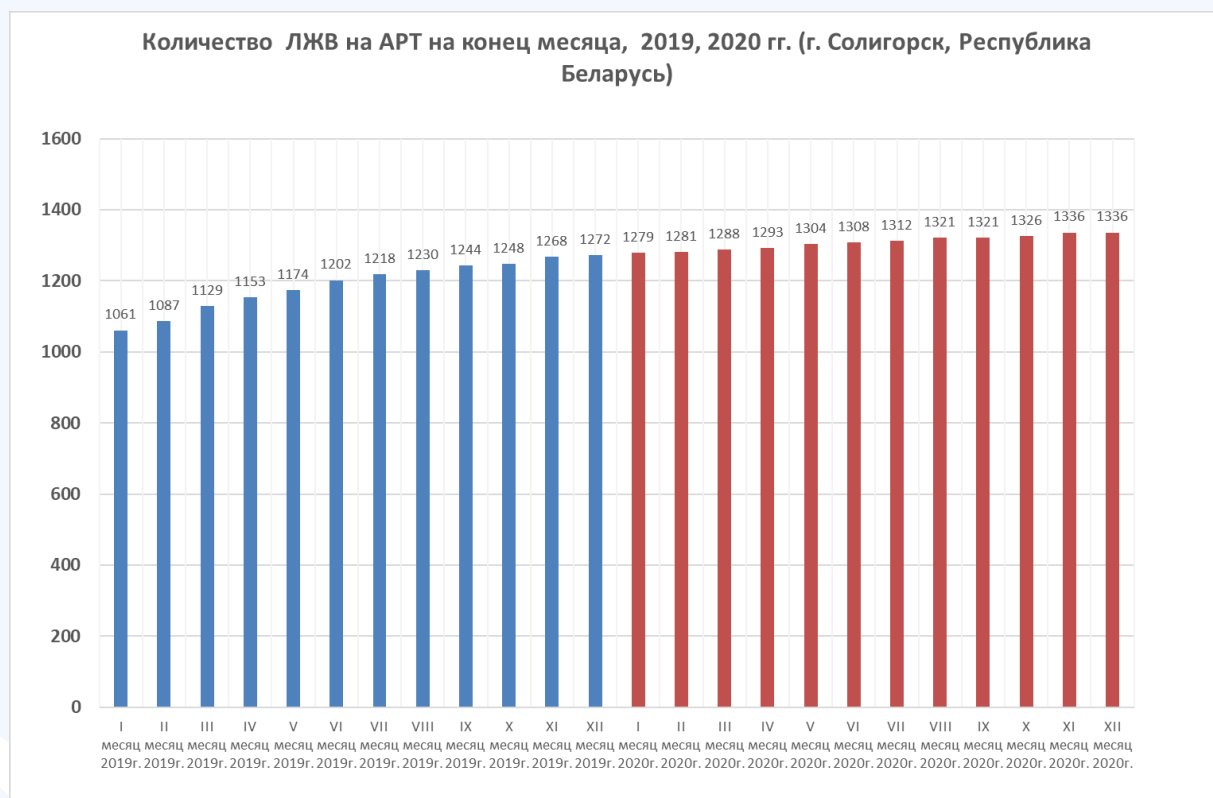
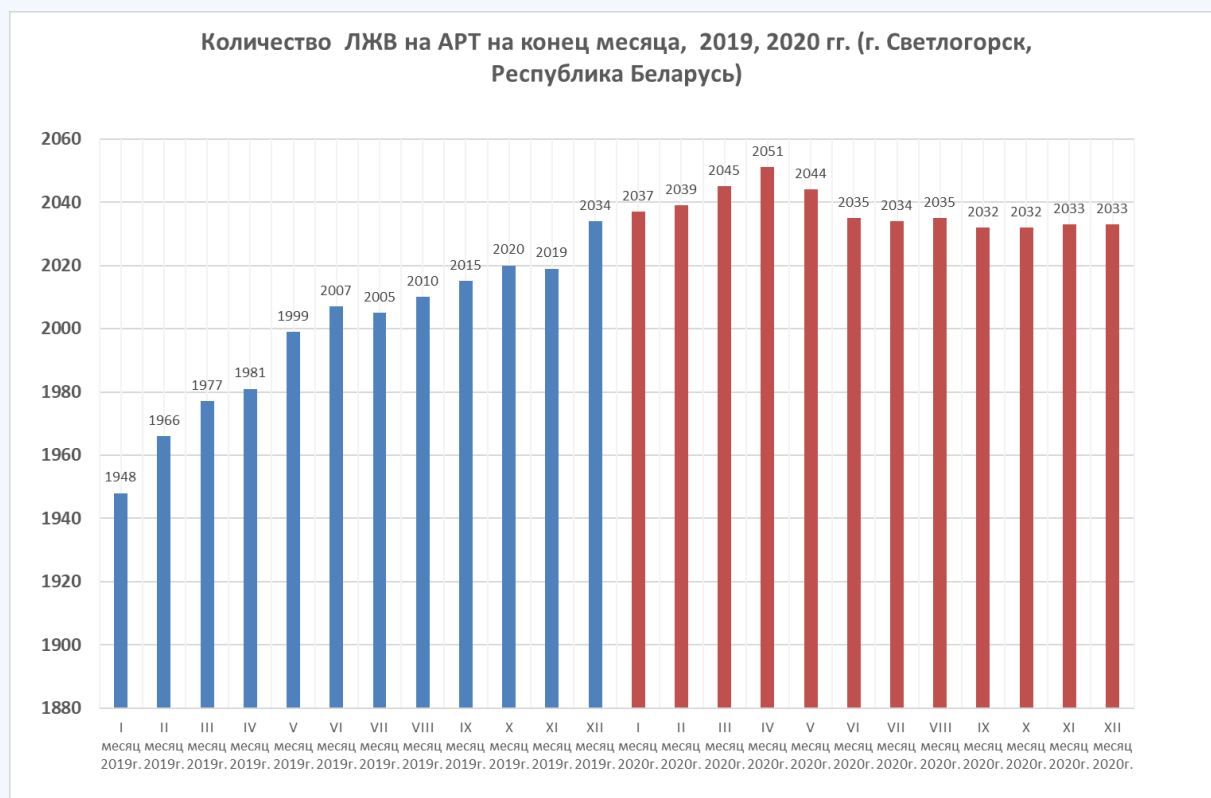


Рисунок 53



Стабильное, хотя и медленное увеличение контингента пациентов на АРТ на фоне снижения вовлечения в АРТ даже в условиях пандемии, по мнению экспертов, свидетельствует о том, что «высокий уровень усилий всех сторон для поддержания высокого уровня удержания в лечении дает результат». Эксперты считают, что качество услуг улучшилось, как и доступ к АРВ-препаратам. «Госзаказ финансирует программы по формированию приверженности – например, в Светлогорске работает такая программа. В 2019 году был проведен большой тренинг по достижению индикаторов 90-90-90 для мультидисциплинарных команд, и после него врачи стали уделять приверженности больше внимания. НПО также внесли свой вклад». Эксперты отметили также «усиленный мониторинг со стороны Минздрава». Таким образом, активизировалась всесторонняя работа по формированию приверженности к лечению.

По словам участников, не было перебоев с препаратами или проблем с выдачей АРТ – «не было случаев, чтобы у кого-то в связи с COVID-19 был ограничен доступ к получению АРТ». Кроме того, позитивную роль в увеличении доступа к АРТ, по словам специалистов, сыграла успешная децентрализация; «у нас по стране около 136 сайтов АРТ». Однако большим пробелом, как считают эксперты, остаются неудобные часы работы сайтов, предоставляющих АРТ. «Кабинеты АРТ находятся на базе УЗО, и мы упираемся в часы работы не столько самого сайта АРТ, сколько лаборатории, которая его обслуживает. Это утренние часы, и если взять ключевые группы, для наркопотребителя прийти с утра и постоять в очереди, чтобы сдать тест на вирусную нагрузку, – это огромный барьер. А РКС, которая работает ночью, утром вообще не придет».

О высокой приверженности к лечению косвенно свидетельствует уменьшение в 2020 году **среднемесячного количества умерших ЛЖВ** в Республике Беларусь (–14,9%) (Рисунок 54), (Минск (–27,3%)(Рисунок 55), г. Светлогорск и Светлогорский район

(единичные случаи) (Рисунок 56) и г. Солигорск и Солигорский район (+9,8%)(Рисунок 57). Это, однако, не исключает недорегистрации смертей в условиях эпидемии, особенно в крупных городах.

Рисунок 54

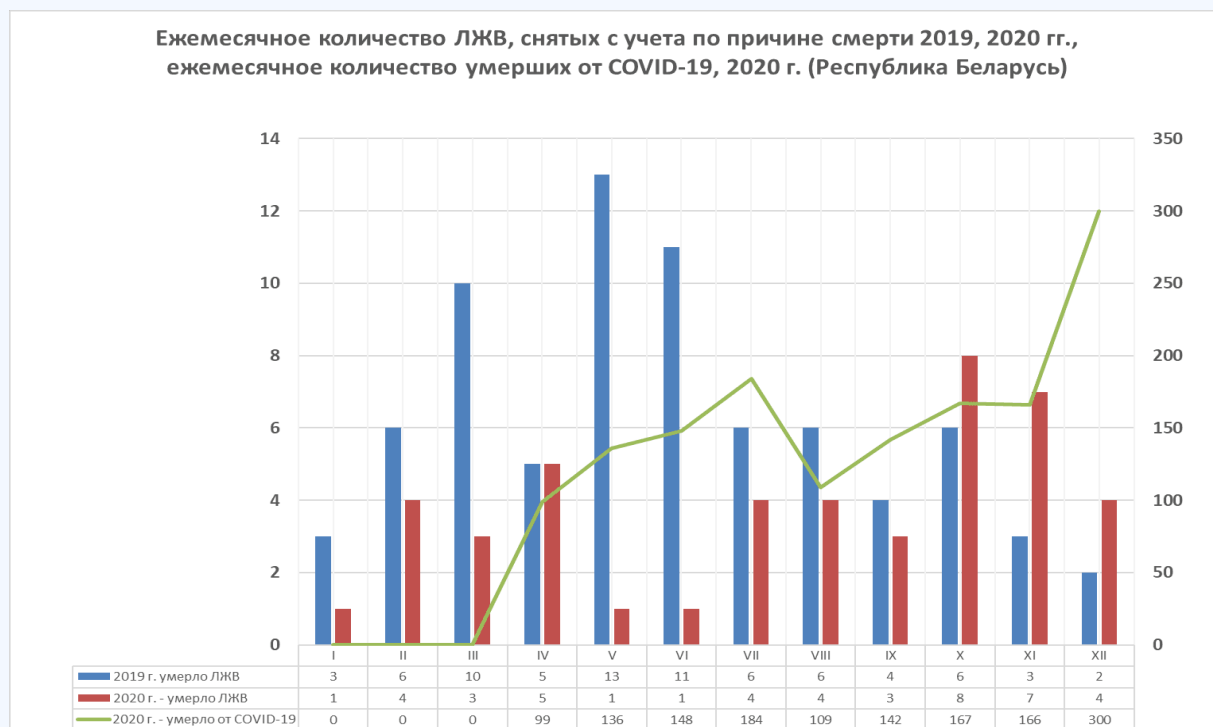


Рисунок 55

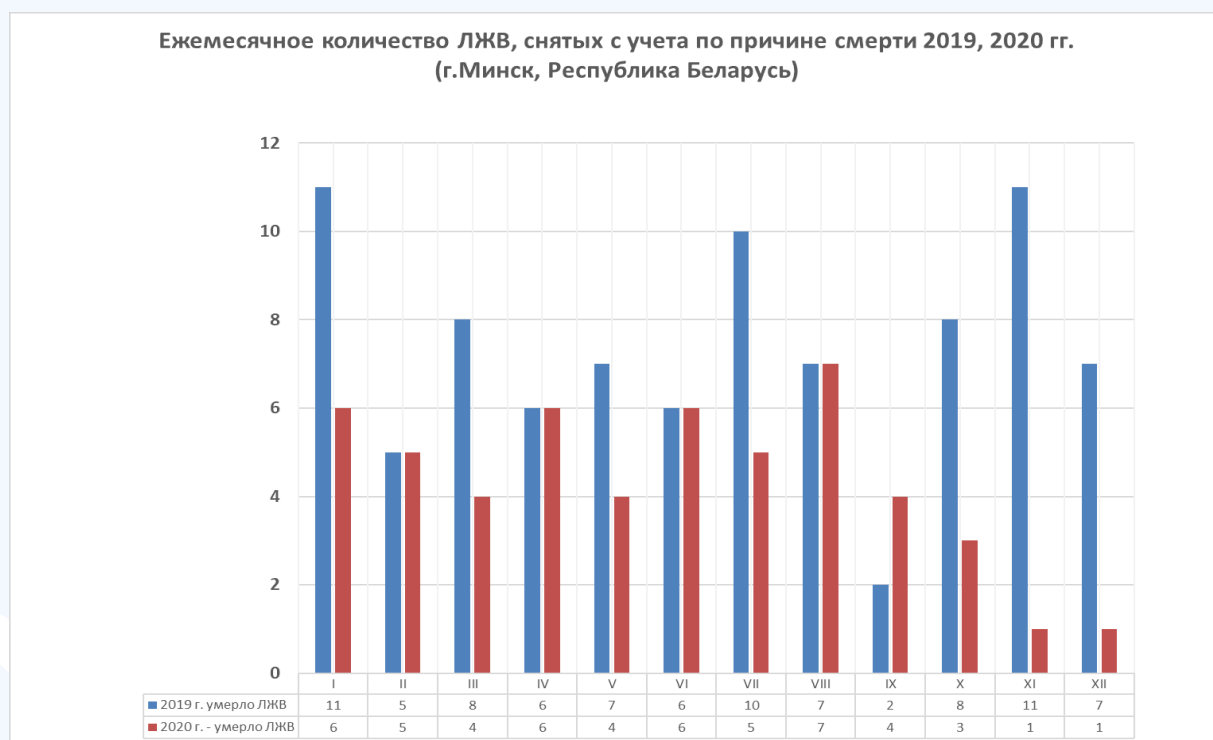


Рисунок 56

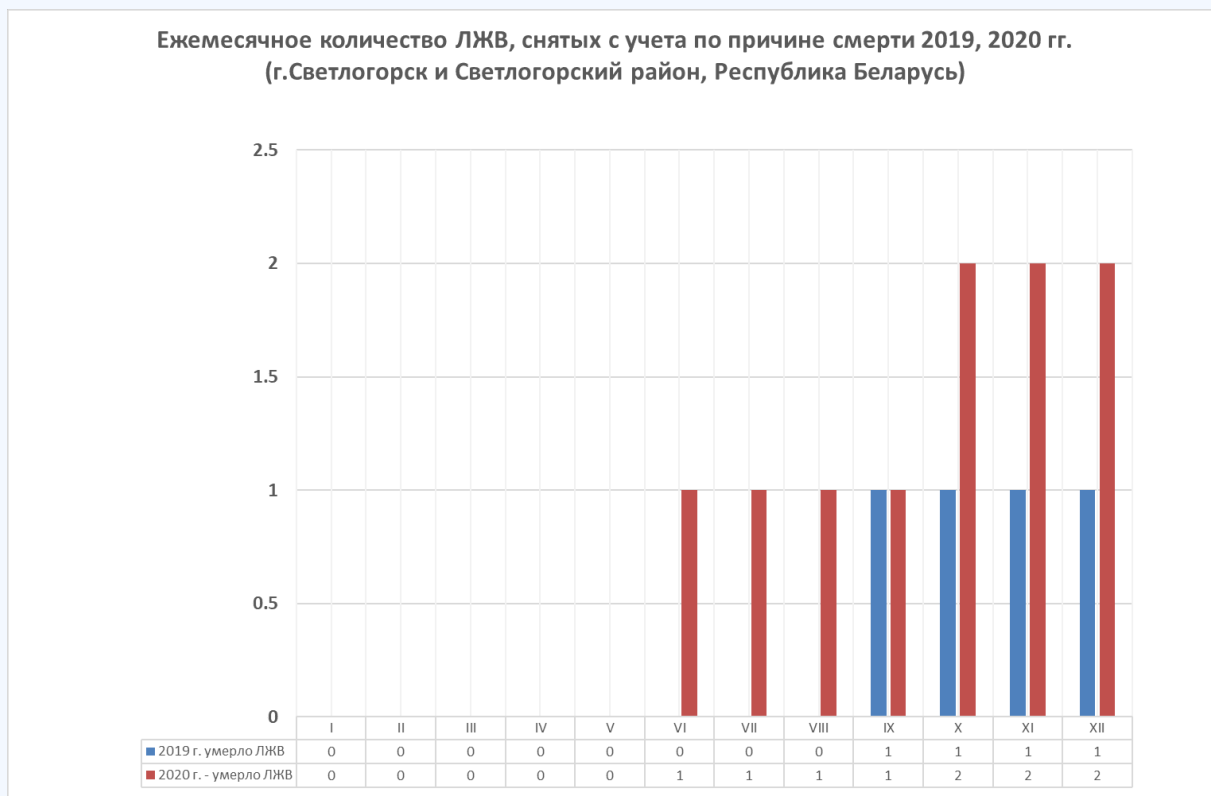
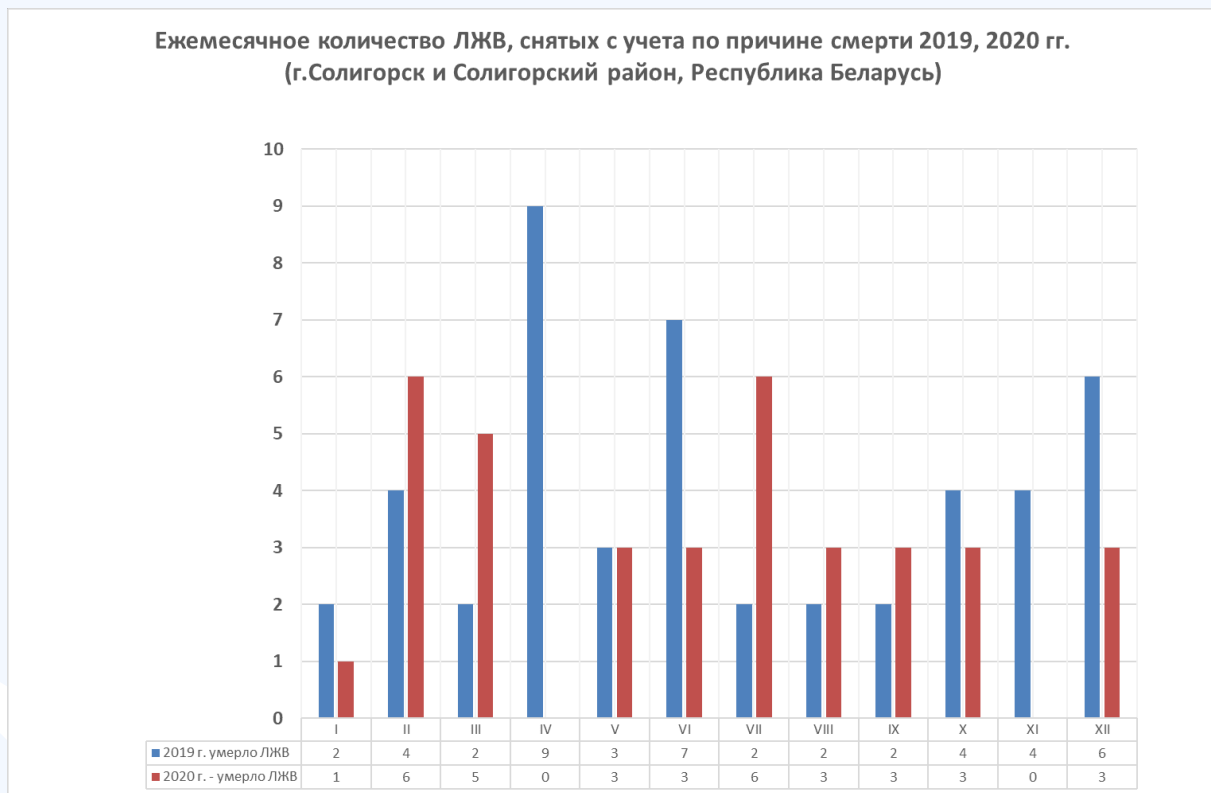


Рисунок 57



Эксперты прокомментировали данные о некотором снижении смертности, связанной с ВИЧ-инфекцией: по их мнению, на регистрацию смертей COVID-19 не повлиял, однако такая регистрация происходит с задержкой. Поэтому статистика смертности на конец года еще не включает данные за 10–12-й месяцы, которые будут поступать немного позже. Кроме того, по словам экспертов, есть прогресс в достижении целей 90-90-90, в частности, эффективности АРВ-терапии: последний компонент каскада увеличился с 58% в 2017 году до 83% в 2019 году. *«То, что так значительно вырос показатель неопределяемой вирусной нагрузки, положительно повлияло и на смертность». Наконец, «раннее начало АРТ играет роль в снижении смертности».* По словам экспертов, сейчас ЛЖВ выявляются в основном на первой–второй стадиях ВИЧ-инфекции, на 4-й стадии – не более 10-15%, поэтому, по их мнению, *«смертность должна быть еще ниже».*

Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Обсуждая прогресс в сфере программ ППЛВ за период 2019–2020 гг., эксперты подчеркнули, что в 2020 году усилился контроль за всеми компонентами каскада ВИЧ-услуг со стороны Минздрава, а также донора и Республиканского научно-практического центра медицинских технологий (РНПЦ МТ) в рамках гранта ГФ. Большие усилия в стране были сконцентрированы на улучшении показателей каскада ВИЧ-услуг. Изменились подходы к работе НПО: *«Раньше НПО занимались в основном программами снижения вреда и далеко не всех клиентов тестировали, так как перед ними не стояли такие задачи. Однако в 2019-м профилактическими услугами было охвачено 69 000 клиентов, а тестирование на ВИЧ из них прошли около 40%. В 2020 году НПО стали уделять больше внимания тестированию и выявлению новых случаев ВИЧ-инфекции, и доля протестированных постепенно увеличивается».*

Что касается применения метода индексного тестирования, доказавшего свою эффективность, выяснилось, что эти программы в Беларуси находятся *«на стадии внедрения – мы уже запланировали и заложили индексное тестирование в новую заявку ГФ на 2022 год, и будем пилотировать эту модель в 2021 году».*

В сфере лечения в 2019 г. началась оптимизация схем АРТ и переход на рекомендованные ВОЗ схемы.[44] В конце 2020 г. Беларусь (наряду с Азербайджаном, Казахстаном и Малайзией) была включена в соглашение добровольного лицензирования между Патентным пулом лекарственных средств и международной компанией ViiV Health-care.[45] В соответствии с этим соглашением Беларусь на льготных условиях получила доступ к генерическому препарату Долутегравир (DTG), а также к комбинированным препаратам, содержащим долутегравир (тенофовир + ламивудин + долутегравир), что обеспечит более широкий доступ к этим лекарствам для ЛЖВ.

Роль национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Постановлением Совета Министров от 19 января 2021 г. № 28 в Республике Беларусь была утверждена Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы. Программа состоит из 6 подпрограмм, одна из которых – «Профилактика ВИЧ-инфекции». По словам экспертов, впервые программа содержит

индикаторы по охвату услугами ключевых групп населения. Кроме этого, программой предусмотрен всеобщий скрининг на ВИЧ в двух эпидемиологически значимых регионах – Гомельской и Минской областях, в которых предусмотрено тестирование на ВИЧ всех, кто обращается в учреждения здравоохранения.

«Контроль за выполнением индикаторов Государственной программы осуществляет Республиканский центр гигиены и эпидемиологии; в той части, что касается гранта ГФ, за мониторинг выполнения программы отвечает Республиканский научно-практический центр медицинских технологий (РНПЦ МТ) вместе с Центром гигиены и эпидемиологии; также мониторинг осуществляется при участии ССМ (странового механизма), надзорный орган которого отвечает за реализацию Госпрограммы и за план перехода и его реализацию».

Помимо Государственной программы, существует еще Республиканский план по достижению целей 90-90-90. Информация по выполнению индикаторов этого плана ежемесячно собирается Республиканским центром гигиены и эпидемиологии. Государственная программа также включает индикатор каскада, но только один – по охвату АРТ, который в 2020 г. находился на уровне 88–89%. Информация по этому индикатору собирается один раз в год на основании официальной отчетности, но ответственность за выполнение этого индикатора выше, поскольку он является частью Госпрограммы.

Изменения в управлении программами

Специалисты отметили, что, несмотря на отсутствие в стране специального антикризисного плана, внимание государства к Национальной программе по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции не снизилось. По поводу быстрого реагирования на ситуацию во время пандемии эксперты сообщили, что мониторинг по остаткам АРТ на сайтах осуществлял РНПЦ МТ, который ежемесячно предоставлял информацию внештатному специалисту Минздрава. *«Фактически роль антикризисного комитета выполняли внештатный специалист министерства по вопросам ВИЧ-инфекции и наше с ним взаимодействие».*

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Что касается финансовой устойчивости программ, эксперты считают, что в новой программе на 2021–2025 гг. предусмотрены достаточные средства для обеспечения перехода на полное государственное финансирование. Используются различные модели финансирования – как предоставление субсидий НПО в рамках государственного социального заказа (соцзаказа), так и открытие кабинетов профилактики для потребителей инъекционных наркотиков на базе УЗО. По мнению одного из экспертов, *«запланированного программой финансирования достаточно для существующих на сегодня охватов, однако если пандемия существенно отразится на экономике страны, безусловно, финансирование могут урезать».*

В то же время эксперты видят проблему в слабой устойчивости программ по соцзаказу в стране. *«Соцзаказ в 2020 году еще больше 'просел'. Если в 2018-2019 гг. наблюдался прогресс и в 3 раза увеличился объем средств, выделяемых через соцзаказ, то в 2020 г.*

прогресса и новых контрактов не было, выполнялись только заключенные ранее 2-3-летние контракты. Сказался недостаток финансирования из местных бюджетов в период пандемии». Однако и в 2019 г. освоение денег, выделенных на соцзаказ, составило 34%; эксперты связывают это с отсутствием необходимого постановления Минздрава по перечню базового и расширенного пакетов услуг. Предполагается, что в 2020 году освоение денег по соцзаказу составило не более 25%. Это сказывается в первую очередь на услугах по профилактике ВИЧ среди ключевых групп.

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 3)

1. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО в Республике повысилось на 11,3%. В городах Минск, Светлогорск и Солигорск этот показатель увеличился на 5,4%, 13,7% и 98,7% соответственно.
2. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО в Республике снизилось на 13,7%, а в городах Минск, Светлогорск и Светлогорском районе, Солигорске и Солигорском районе этот показатель снизился на 4,4%, 19,8% и 16,3% соответственно.
3. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ по Республике снизилось на 48,5%. В городах Минск, Светлогорск и Светлогорском районе, Солигорске и Солигорском районе этот показатель снизился на 13,8%, 57,2% и 69,5% соответственно.

Выводы

1. Ограничительные меры существенно не повлияли на запланированное повышение уровня тестирования представителей ключевых групп на базе НПО. Таким образом, современная модель предоставления услуг в негосударственном секторе в контексте пандемии является устойчивой как на районном, так и национальном уровнях. Однако стоит принять во внимание возможный синергический эффект проводимого в тот же период биоповеденческого исследования с привлечением и тестированием большого количества клиентов НПО, что с высокой вероятностью способствовало повышению уровня тестирования на базе НПО.
2. Модель взаимодействия НПО и государственного сектора в рамках международной технической и финансовой помощи оказалась эффективной и привела к росту показателей по тестированию на базе НПО, даже в условиях ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19. Однако стоит отметить, что ранее услуги по тестированию среди определенных ключевых групп в отдельных регионах не предоставлялись, что и объясняет существенный рост показателей по тестированию на ВИЧ в 2020 году на местном уровне.

3. Введение ограничительных мер с высокой вероятностью привело к снижению выявляемости ВИЧ и регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, что выглядит закономерным на фоне общего снижения количества тестирований на базе УЗО в стране и регионах.
4. С марта 2020 года объём тестирований на ВИЧ в УЗО был существенно снижен в первую очередь в связи со снижением обращаемости – спроса на другие медицинские услуги, предусматривающие тестирование на ВИЧ (плановые оперативные вмешательства, плановая госпитализация). Также снизился уровень добровольного тестирования в связи с ограничительными мерами. Поскольку транспорт работал без ограничений, основным препятствием могла стать временная приостановка предоставления рутинных и плановых медицинских услуг в УЗО.
5. Экспертная оценка снижения количества позитивных результатов тестирования на ВИЧ в 2020 году на базе НПО показала, что влияние пандемии на данный показатель является минимальным, и наблюдаемое снижение в большей степени связано с внедрением новых процедур персонального учета позитивных результатов тестирования на ВИЧ, которые предусматривают верификацию выявленных случаев и исключают дублирование.
6. Существуют длительные предварительные диагностические процедуры, включающие официальное эпидемиологическое расследование для ЛЖВ перед началом АРТ. Подобные практики являются барьером к своевременному началу АРТ, поскольку могут занимать от 60 до 120 дней и влекут за собой возможное выпадение из каскада ВИЧ–услуг лиц, которые нуждаются в лечении и поддержке. Это обстоятельство особенно актуально в контексте ограничительных мер в связи с пандемией COVID-19.
7. Централизация лабораторной диагностики в условиях пандемии приводит к недопустимо длительным срокам между постановкой диагноза и началом АРТ. В условиях, когда лаборатории перегружены работой, связанной с диагностикой COVID-19, такая практика усугубляет снижение охвата АРТ среди ЛЖВ.
8. Темп набора новых пациентов на АРТ в 2020 г. был, по всей видимости, также снижен из-за существенных регуляторных изменений в системе предоставления АРТ, произошедших за последние два года (2018–2019), когда доступ к АРТ был существенно расширен – АРТ стали назначать независимо от уровня CD4. Это привело к существенному росту количества пациентов на АРТ в 2018 и 2019 гг. В то же время, несмотря на уменьшение набора пациентов на АРТ, в 2020 г. сохранилась общая позитивная динамика общего количества ЛЖВ на АРТ.
9. При сравнении годовых показателей оказалось, что регистрируемая смертность среди ЛЖВ существенно снизилась. Этот феномен требует дополнительного исследования: не исключено, что мы оперируем неполными данными за 2020 год, поскольку имеет место задержка в регистрации случаев смерти, что является особенностью системы учета. С другой стороны, показатель процента пациентов на АРТ с неопределяемой вирусной нагрузкой существенно вырос, что может объяснять снижение смертности среди пациентов, получающих АРТ.

10. Имплементировано финансирование ВИЧ-услуг в формате социального заказа услуг на базе НПО, однако на данный момент уровень освоения этих средств намного ниже оптимального. Существуют критические политические, структурные и регуляторные барьеры для эффективного использования механизма социального заказа, который имеет высокий потенциал для формирования устойчивых услуг на базе НПО даже в условиях кризисных ситуаций.
11. За последние два года национальная система предоставления ВИЧ-услуг проходила через реформаторские изменения как в государственном секторе, так и в секторе НПО. В государственном секторе изменения коснулись контроля всего каскада ВИЧ-услуг, и особенно в компоненте лечения, где произошла оптимизация процедур назначения АРТ и применения инновационных медикаментозных схем согласно рекомендациям ВОЗ. Кроме того, в 2020 году НПО расширили свою сферу деятельности в направлении тестирования на ВИЧ, что привело к существенному расширению доступа к этой услуге. Таким образом, система предоставления ВИЧ-услуг в Республике Беларусь находилась на этапе бурного развития на момент начала пандемии COVID-19, что объясняет устойчивость предоставления почти всего спектра ВИЧ-услуг, за исключением компонента лабораторной диагностики CD4 и вирусной нагрузки, который оказался не готов к повышенному спросу на другие лабораторные услуги во время пандемии.

Рекомендации

1. Изучить причины и механизмы снижения охвата тестированием в условиях ограничительных мер на базе УЗО. Принять и поддерживать меры по возобновлению охвата тестированием на ВИЧ, а также проводить работу с населением и оптимизировать систему выявления новых случаев ВИЧ для работы в условиях биологических угроз.
2. Разработать и внедрить гибкие и адекватные ограничительные меры, позволяющие не нарушать функционирование системных механизмов контроля эпидемии ВИЧ, в том числе и тестирования на ВИЧ, в условиях пандемии COVID-19.
3. Обеспечить расширение государственного финансирования программ предоставления услуг по профилактике и лечению ВИЧ. С этой целью Министерству здравоохранения и Министерству финансов необходимо провести совместный анализ экономической и программной эффективности всех мероприятий, которые сейчас выполняются за счет грантов и за счет соцзаказа. Это в первую очередь касается ВИЧ-услуг для ключевых групп.
4. Помимо лидирующей роли государственного финансирования, необходимо разрабатывать альтернативные механизмы финансирования пакета

услуг для ключевых групп, в том числе и кабинетов профилактики. Предусмотреть использование международной финансовой помощи для поддержки новых программ (например, услуги для потребителей новых психоактивных веществ). Обеспечить продвижение социального заказа как прогрессивного и перспективного направления, поскольку освоение этих средств на данном этапе является неэффективным. Разработать план антикризисного финансирования в условиях потенциальных биологических угроз.

5. Обеспечить расширение доступа к схемам АРТ с долутегравиром путем оптимизации механизма закупок как части общей стратегии по расширению доступа и повышению эффективности лечения ВИЧ-инфекции.
6. Оптимизировать (сократить) сроки проведения диагностических процедур и этапов эпидемиологического расследования как условий для начала АРТ.
7. Разработать и внести изменения в организацию и финансирование функционирования систем национальных и местных лабораторий, чтобы обеспечить непрерывность выполнения диагностики ВИЧ на необходимом уровне во время ограничительных мер или карантина.
8. Провести децентрализацию лабораторной диагностики на CD4 и вирусную нагрузку, поскольку одним из факторов, который существенно тормозит начало АРТ, является централизованная диагностика. С этой целью поддержать и продолжить работу над оптимизацией системы лабораторий, владеющих GeneXpert, которые могут быть использованы для определения вирусной нагрузки и имеют высокий потенциал для того, чтобы сократить общее время лабораторного обследования пациента в ожидании АРТ.
9. Расширять и укреплять взаимодействие НПО и УЗО в рамках общей модели предоставления ВИЧ-услуг.

Дополнительная информация (информация о сайтах на базе НПО)

Минск. ЛУИН – 3 мобильных пункта профилактики + 3 стационарных, на каждом из которых действует команда аутрич. Из них 1 стационарный пункт на базе учреждения здравоохранения, частично (за исключением расходов на аутрич-работников и расходных материалов, выдаваемых клиентам) финансируется государством. МСМ – 1 стационарный пункт профилактики с командой аутрич на базе НПО. РКС – 1 стационарный пункт профилактики + 2 мобильных, на каждом из которых действует команда аутрич на базе НПО.

Светлогорск. ЛУИН – 2 стационарных пункта профилактики + 1 мобильный пункт профилактики, на каждом из которых действует команда аутрич. 1 стационарный пункт на базе учреждения здравоохранения, частично (за исключением расходов на аутрич-работников и расходные материалы, выдаваемых клиентам) финансируется государством. МСМ – 1 стационарный пункт профилактики с командой аутрич на базе НПО. РКС – 1 стационарный пункт профилактики с командой аутрич + социальный работник с функцией курьера (объезд точек на личном автомобиле) на базе НПО.

Солигорск. ЛУИН – 1 стационарный пункт профилактики + 1 мобильный, на каждом из которых действует команда аутрич. Оба пункта располагаются на базе учреждения здравоохранения и частично (за исключением расходов на аутрич-работников и расходные материалы, выдаваемые клиентам) финансируются государством. МСМ – 1 стационарный пункт на базе НПО, на котором действует команда аутрич. РКС – 1 стационарный пункт на базе НПО, на котором действует команда аутрич.

Факт инфицирования ВИЧ устанавливается врачом-эпидемиологом на основании лабораторных исследований, а диагноз ВИЧ-инфекции – устанавливается врачом-инфекционистом на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. [46] Таким образом, позитивный результат тестирования на ВИЧ является фактом инфицирования, но не установленным диагнозом.

При проведении эпидемиологического расследования и установлении диагноза РКС чаще всего не сообщают о своей принадлежности к данной ключевой группе, поэтому данные о РКС в персональном регистре пациентов-ЛЖВ отсутствуют.

Начиная с 01.01.2018 года в Республике Беларусь АРТ показана всем ЛЖВ.[46] При отсутствии возможности обеспечения АРТ всех ЛЖВ терапия должна предоставляться в приоритетном порядке определенным категориям пациентов.

Республика Казахстан

В 2019 г. в Республике Казахстан проживало 18,5 млн человек (Таблица 1).[38] В стране 33 тыс. человек, по оценочным расчетам, жили с ВИЧ, а оценочная распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составляла 0,3%. Среди общего числа ЛЖВ: 77% знали о своем позитивном ВИЧ-статусе, 52% принимали АРТ и 42% достигли неопределяемой вирусной нагрузки.[39]

Первые случаи заражения COVID-19 были зарегистрированы в марте 2020 года.[41] Ежемесячное количество новых случаев COVID-19 увеличилось с 284 случаев в марте до 10019 в июне. В июле произошел непропорциональный рост зарегистрированных случаев COVID-19 – 77314. В августе и сентябре наблюдалось снижение количества заболевших до 32032 и 9592 соответственно. В оставшиеся три месяца отмечался рост заболеваемости: 10598 (октябрь), 22943 (ноябрь) и 33262 (декабрь). На протяжении 2020 года всего зарегистрировано 207068 случаев заболевания COVID-19. По данным местных экспертов в сфере предоставления ВИЧ-услуг, среди ЛЖВ с подтвержденным диагнозом было 57 случаев COVID-19.

Изменение ежемесячного показателя количества умерших от COVID-19 также не было линейным. С марта по июль наблюдался рост смертности: с одного до 926 случаев. Значения показателя в оставшиеся месяцы 2020 года составляли: 672 (август), 268 (сентябрь), 178 (октябрь), 206 (ноябрь), 342 (декабрь). Общее количество зарегистрированных смертей от COVID-19 составило 2775.

В Республике Казахстан был введен жесткий локдаун: режим чрезвычайного положения действовал с 16 марта по 11 мая, после чего карантинные ограничения были немного ослаблены. Вслед за этим последовало повторное ужесточение карантинных мер в период с 3 июля до конца августа, и далее снова небольшое смягчение. Эти ограничения, по мнению специалистов, сказались на доступе к медицинской помощи, особенно для пациентов, проживающих в отдаленных районах. В период локдауна в течение двух месяцев не работали медицинские учреждения, были полностью закрыты медицинские учреждения первичного уровня. Общественный транспорт не работал, проезд был разрешен только спецмашинам, которые перевозили сотрудников предприятий стратегического значения либо развозили лекарственные препараты. В июле–августе также действовали ограничения на передвижение, было запрещено транспортное сообщение между городами и регионами.

В период пандемии все управленческие решения принимал Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Казахский научный центр) как структурное подразделение министерства здравоохранения. На основании информации с мест и статистических данных рабочая группа принимала решения и затем направляла информационные письма с распоряжениями о необходимых мерах в областные и городские Центры СПИДа. Так, в начале марта Казахский научный центр направил письма в областные Центры СПИДа с указанием выдать всем пациентам АРТ на 3–6 месяцев в зависимости от их места проживания. На местах были запасы АРТ; кроме того, единый дистрибьютор

СК «Фармация», у которого не было ограничений по транспортировке, бесперебойно доставлял АРВ-препараты. Благодаря такому распоряжению большинство пациентов получили препараты на руки до жесткого локдауна, а тем, кто не успел их получить, доставляли силами медицинских работников районных больниц и специалистов НПО.

Стоит отметить среди других управленческих кризисных решений распоряжение о том, что все пациенты с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ и пациенты с легочными заболеваниями должны быть бесплатно обследованы на COVID-19. Также было принято решение о том, что пациенты могли сдать биологический материал на дому, чтобы пройти необходимые обследования и при этом соблюдались все противоэпидемические меры. В указанные сроки специалисты Центров СПИДа выезжали к пациентам и брали кровь на вирусную нагрузку и CD4. Некоторые сложности были с предоставлением этой услуги пациентам в отдаленных районах, но большинство пациентов в городах благодаря этим действиям могли своевременно пройти обследование.

Еще до пандемии COVID-19, в 2019 г. в стране были введены изменения алгоритма тестирования на ВИЧ: *«начали тестировать по одной сыворотке»*. Ранее, когда человек сдавал кровь на ВИЧ-инфекцию и анализ оказывался положительным, нужно было повторно найти этого человека, при наличии документов снова взять у него кровь и отправить на подтверждающее тестирование. С 2019 года, по новому алгоритму, человек сдает кровь один раз (с документами), и в случае положительного результата эта кровь сразу отсылается на подтверждающее исследование. По словам эксперта, в целом это немного сократило период постановки диагноза. Однако в 2020 г. возникли другие сложности: в период локдауна проблемой стал не только доступ населения к сдаче биоматериала, но и сама постановка диагноза. Поскольку в стране диагноз ВИЧ-инфекции подтверждает только одна организация – Казахский научный центр, для быстроты постановки диагноза кровь для подтверждающего исследования со всей страны доставляют в Алматы самолетами; однако в период локдауна самолеты не летали. И в этой ситуации Казахский научный центр принял решение изменить алгоритм постановки диагноза: *«Мы дали возможность Центрам СПИДа самим выставлять диагноз на местах; для этого они делали подтверждающий иммуноферментный анализ (ИФА) и тест на вирусную нагрузку»*.

Полные данные о ежемесячном тестировании на ВИЧ и показателях выявляемости на базе НПО предоставлены не были.

Известно, что в первые шесть месяцев 2020 года на базе НПО было проведено на 28,5% больше тестирований, чем за аналогичный период 2019 года. А за вторые шесть месяцев количество тестирований незначительно уменьшилось, по сравнению с тем же периодом 2019 года (-1,1%). Комментируя эти статистические данные, один из экспертов отметил, что доступ к тестированию в НПО в период локдауна снизился, поскольку аутрич-работников при Центрах СПИДа сократили на этот период и пункты доверия не работали. В то же время увеличение объема тестирований на базе НПО в 2020 г., по сравнению с 2019 г., объясняется тем, что в 2019 году, при изменении алгоритма тестирования на ВИЧ, был внесен в приказ алгоритм тестирования на базе НПО, что являлось новшеством. Это позволило НПО проводить тестирование на своей базе и привлекать консультантов для осуществления тестирования среди представителей ключевых групп.

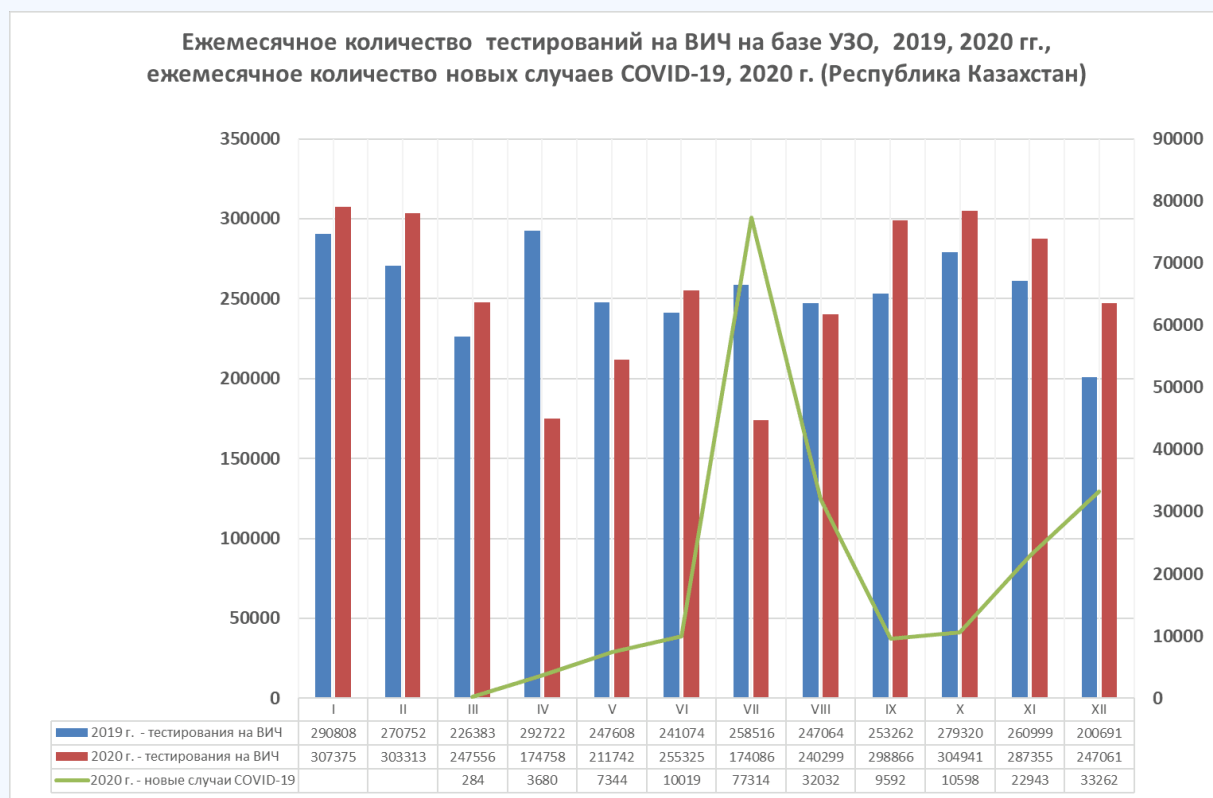
Рост объема тестирования в НПО во втором полугодии, по сравнению с первым, эксперт объяснил тем, что за исключением единичных НПО, которые получают зарубежные

гранты, государственные Центры СПИДа обеспечивают НПО экспресс-тестами, и так как в первом полугодии проходят бюрократически сложные тендерные процедуры, «*вся работа уже разворачивается во втором полугодии*». Ранее (до 2020 г.) в Казахстане использовались быстрые тесты на ВИЧ, но это были в основном кровяные тесты, а в 2020 г. появились тесты для тестирования околодесенной жидкости OraQuick, которые были зарегистрированы в стране в конце 2019 г. НПО могут проводить тестирование на ВИЧ только с помощью быстрых тестов для тестирования околодесенной жидкости, поскольку для любых манипуляций с кровью нужно иметь медицинскую лицензию, которой нет у НПО. Стоит отметить, что в рамках пилотного проекта PEPFAR в 2019 г. в двух областях на базе НПО проводили тестирование на ВИЧ по крови, однако доступ к такой услуге был ограниченным из-за ограниченного охвата.

В 2020 году, по сравнению с 2019 годом, **среднемесячное количество тестирований в УЗО** (Рисунок 58)(по данным формы №4) практически не изменилось (+0,3%). (Дополнительная таблица 7. Республика Казахстан) Однако на протяжении целого ряда месяцев 2020 года, по сравнению с аналогичными ежемесячными показателями 2019 года, отмечалось существенное снижение количества тестирований на ВИЧ: апрель (-40,3%), май (-14,5%) и июль (-32,7%). По мнению экспертов, локдаун однозначно отразился на доступе населения к тестированию на ВИЧ, поскольку УЗО были полностью закрыты в период первого локдауна (с марта по май 2020 г.) и работали в ограниченном режиме в июле–августе 2020 г.

В 2020 году, по сравнению с 2019 годом, **среднемесячное количество тестирований на ВИЧ среди КГ** уменьшилось: ЛУИН (-37,5%), МСМ (-4,3%) и РКС (-33,7%). Доля тестирований представителей трех КГ (ЛУИН, МСМ и РКС) среди общего количества тестирований в УЗО была незначительной: 2019 год – 1,1%, 2020 год – 0,6%. Это не исключает регистрации тестирований представителей данных КГ под другими категориями учета. Кроме того, представленные данные касаются тестирования с использованием метода ИФА. Важно отметить, что, согласно страновым правилам регистрации, положительный результат иммунного блоттинга или ИФА теста с профилем белков ВИЧ (2 ENV, GAG, POL) определяет факт инфицирования ВИЧ.[47] Учет и регистрация случаев ВИЧ-инфекции проводится организациями здравоохранения, осуществляющими деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.[48] Результаты подаются в территориальную государственную организацию здравоохранения, осуществляющую деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. Тестирование представителей КГ выполняется преимущественно с использованием быстрых тестов (БТ)(данные по тестированию с использованием БТ предоставлены не были).

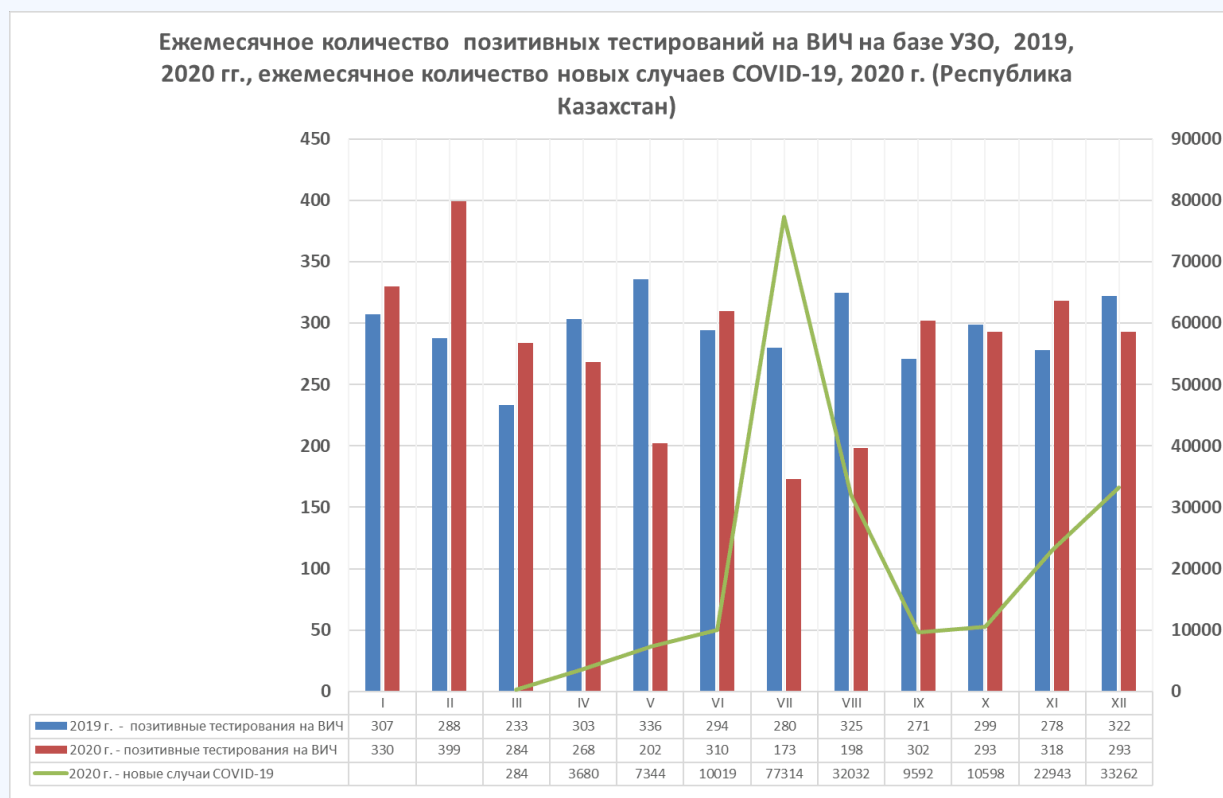
Рисунок 58



По словам эксперта, отмеченное ежемесячное снижение количества тестирований в 2020 году произошло в связи с тем, что более активно применялись быстрые тесты, и в связи с этим не было необходимости проводить ИФА для первичного обследования на ВИЧ-инфекцию. Поэтому, по мнению экспертов, обследование методом ИФА проходили уже те люди, кто пришел на подтверждающее обследование с документами. Быстрые тесты в медицинских организациях Республики используются для тестирования беременных женщин, которые попадают в роды с неизвестным ВИЧ-статусом, в стационарах перед оперативными вмешательствами, если пациенты поступают экстренно и без документов, а также в дружественных кабинетах и пунктах доверия, которые работают при центрах СПИДа и находятся в некоторых поликлиниках.

Ежемесячное количество позитивных результатов тестирования на ВИЧ в УЗО (Рисунок 59) в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, несколько уменьшилось – в среднем на 3,4%. Наибольшее уменьшение отмечалось в мае (–39,9%), июле (–38,2%) и августе (–39,1%). Эксперты выразили единое мнение: такое уменьшение было связано с карантинными ограничениями в связи с COVID-19, особенно в периоды локдауна. Выявление новых случаев ВИЧ-инфекции существенно снизилось, потому что, как уже отмечалось, в эти месяцы людей тестировали меньше и наблюдались сложности с доставкой крови на подтверждающее диагностирование.

Рисунок 59



Если доля трех КГ в общем количестве тестирований на ВИЧ с использованием метода ИФА на базе УЗО была низкой, то вклад этих групп в количестве положительных результатов был, наоборот, достаточно высоким: 17,8% в 2019 году и 12,9% в 2020 году. В 2020 году, по сравнению с 2019 годом, среди ЛУИН ежемесячно выявлялось в среднем на 33,3% положительных результатов меньше, чем в 2019 году. Эксперт подчеркнул, что доля КГ в тестировании в УЗО составляет 0,6%, а вклад в выявление – около 13%, и это наглядно показывает, что «к нам уже целенаправленно приходят целевые группы, чтобы подтвердить диагноз».

По мнению одного из экспертов, такое существенное снижение выявления новых случаев среди ЛУИН связано с влиянием ограничительных мер. Кроме того, в последние годы значительная часть представителей этой группы перешла на новые синтетические наркотики, и «эта категория ЛУИН тестируется хуже, чем потребители опиатов», меньше обращается за услугами в целом, и «нам им нечего предложить». По словам эксперта, люди больше употребляют наркотики-синтетики в приграничных регионах, вблизи границы с РФ и Китаем.

Также в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, отмечалось 3,7% уменьшение **среднемесячного количества пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция/ постановки на учет** (Рисунок 60). Ежемесячное количество ЛУИН, взятых на учет в связи с ВИЧ-инфекцией в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, также уменьшилось – в среднем на 10,9%. По мнению одного из экспертов, это закономерно: в 2020 году меньше ЛЖВ выявлялось в связи с ограничительными мерами, соответственно, меньше было взято на учет.

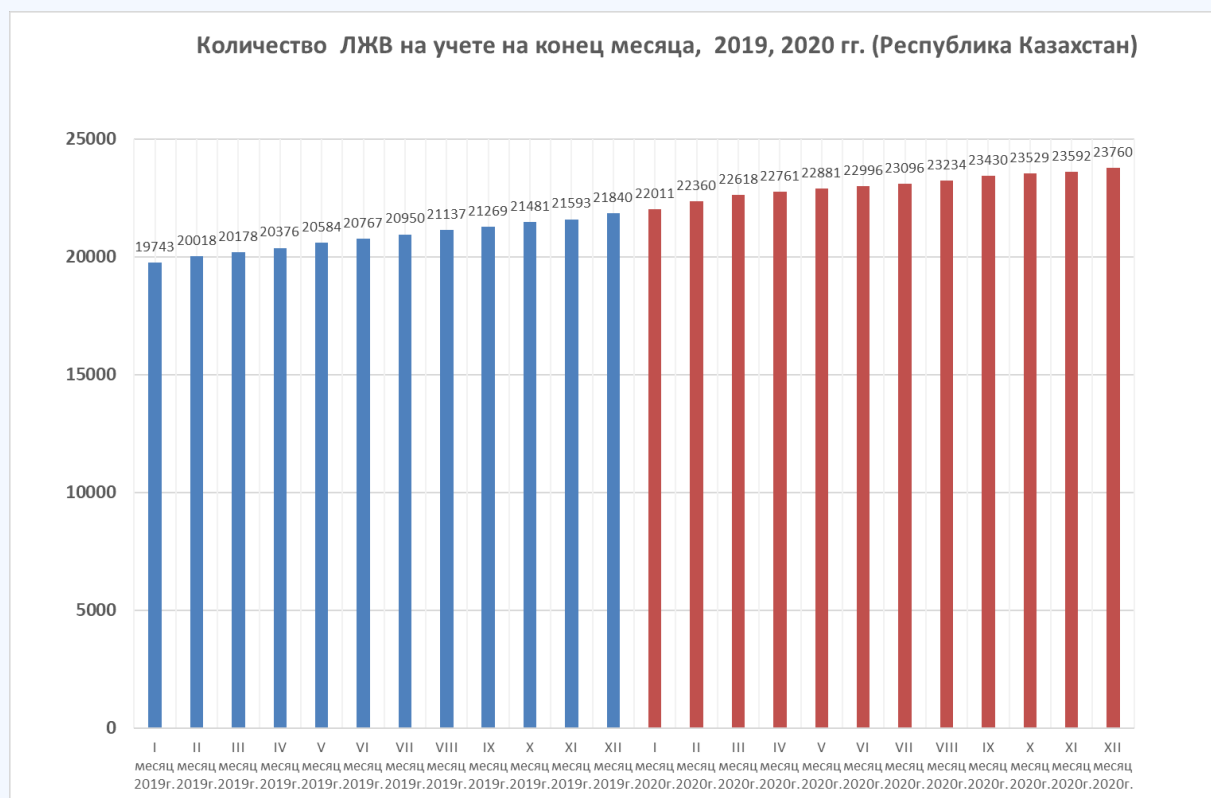
Рисунок 60



Следует обратить внимание на тот факт, что **доля трех КГ в показателе заболеваемости на ВИЧ-инфекцию** (количество новых случаев) была достаточно высокой: 35,0% в 2019 году и 36,9% в 2020 году. Это может свидетельствовать о существенном присутствии КГ в эпидемическом процессе, а также высоком уровне их регистрации в системе учета. По словам экспертов, с учетом того, что в стране примерно 40% ЛЖВ на диспансерном учете (это представители КГ, преимущественно ЛУИН), специалистам приходится с ними активно работать. К такой работе привлекаются НПО, консультанты «равный-равному», психологи, создаются мультидисциплинарные команды. Если даже в регионе нет НПО, но есть успешный пациент из этой группы, то он тоже привлекается к работе по консультированию ЛЖВ. При этом эксперты отметили, что при отсутствии у человека документов (что не редкость среди КГ) его нельзя взять на диспансерный учет; в статистике он будет учитываться как новый случай ВИЧ-инфекции, но на учет его не возьмут и АРТ он начать не сможет.

Несмотря на снижение количества новых случаев ВИЧ, на протяжении 2019 и 2020 годов сохранялась позитивная динамика увеличения **численности ЛЖВ на учете** (Рисунок 61). Это может свидетельствовать о высоком уровне приверженности и превышении значения показателя заболеваемости / постановки на учет над показателем снятия с учета.

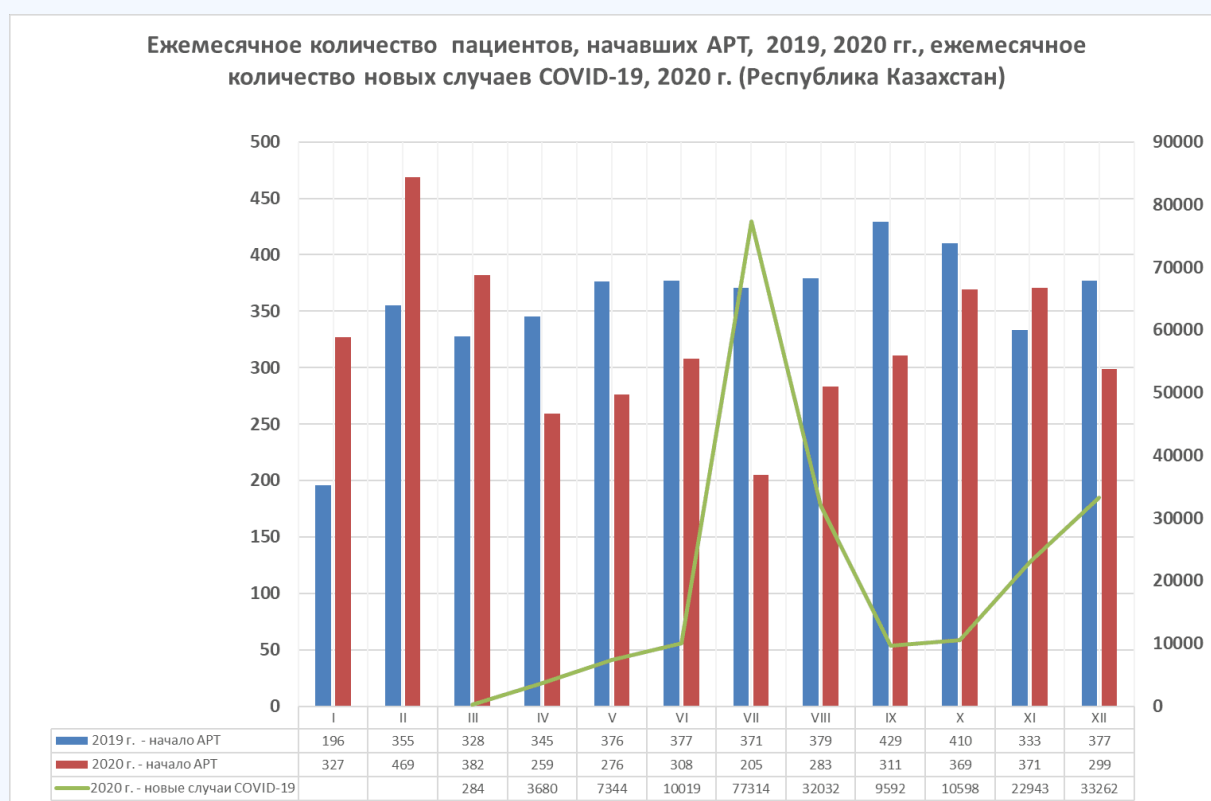
Рисунок 61



Эксперты объяснили такую положительную динамику тем, что начиная с 2018 года в стране внедряется социальное медицинское страхование и благодаря договорным отношениям Центра СПИДа с Фондом социального медицинского страхования теперь финансирование выделяется на каждого пациента, состоящего на диспансерном учете. По словам эксперта, «это вызывает заинтересованность врачей в том, чтобы пациенты, зная свой статус, находились под динамическим наблюдением». И если раньше УЗО получали постоянную, «исторически сложившуюся» оплату, то сейчас финансирование рассчитывается из комплекса услуг, которые обязательно должны быть оказаны ВИЧ-положительному пациенту, и «чем больше на учете пациентов, тем больше УЗО получит денег, а это и вопрос вознаграждения медицинских работников». По словам экспертов, в связи с этим еще больше внимания уделяется работе с приверженностью пациентов, и это дает результат.

Количество пациентов, взятых на АРТ за месяц (Рисунок 62), в 2020 году было в среднем на 5,9% меньше, чем в 2019 году. Наибольший уровень недововлечения в АРТ (снижение на 20% и больше) наблюдался в апреле (-24,9%), мае (-26,6%), июле (-44,7), августе (-25,3%), сентябре (-27,5%) и декабре (-20,7%).

Рисунок 62

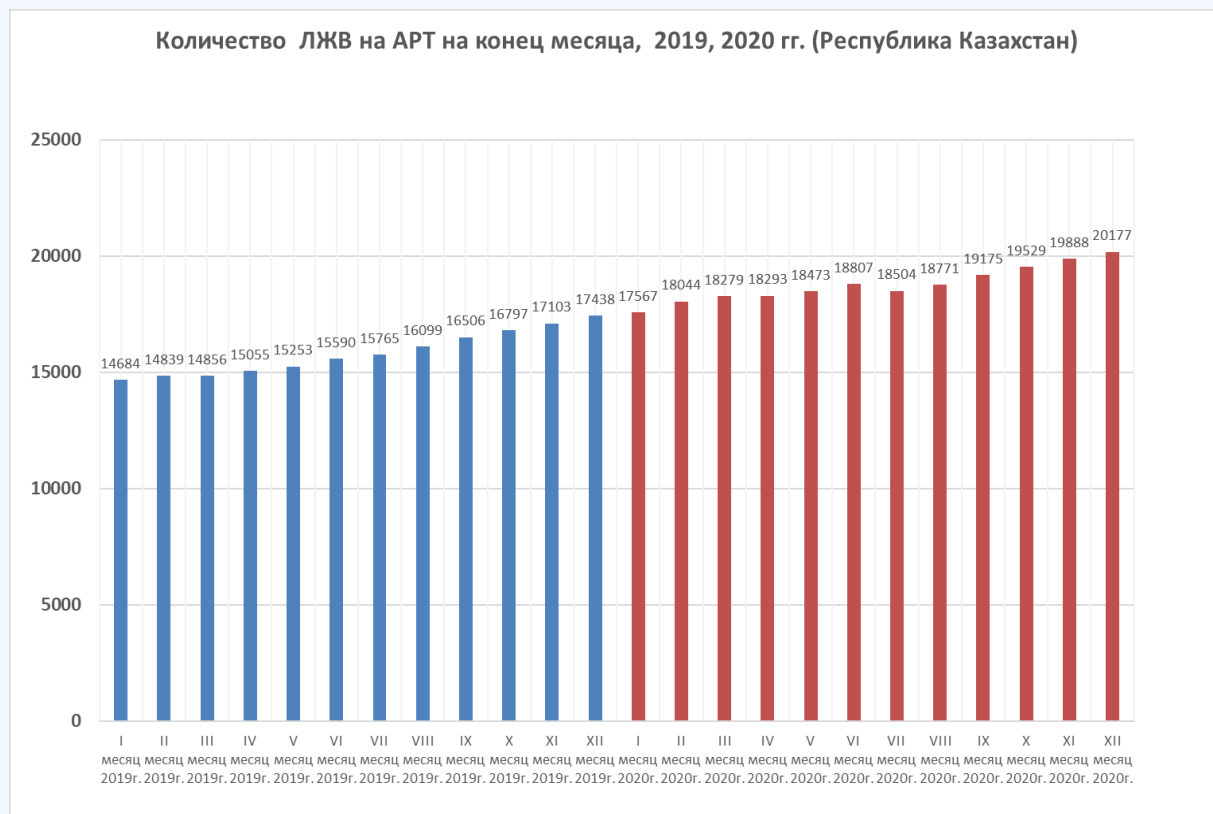


Эксперты единодушно объяснили такую негативную динамику в количестве начавших АРТ влиянием карантинных мер: не работал транспорт, сложно было добраться до медучреждений, Центры СПИДа ограничили прием пациентов. Кроме того, по словам эксперта, «у нас ресурсы НПО небольшие – всего в семи городах Казахстана есть НПО, которые работают с ЛЖВ», и, соответственно, не во всех областях люди могли получить поддержку социального работника.

Также, обсуждая Рисунок 62 (меньше на 6% начинали АРТ ежемесячно), эксперт отметил, что если в середине года такое снижение было связано с карантинными мерами, то в конце года «это — естественный процесс; в конце года обеспечиваются АРВ-препаратами только пациенты, которые уже получают АРТ». Эксперт объяснил, что в декабре новых пациентов на АРТ уже стараются активно не брать по той причине, что по нормативам на конец года нельзя иметь буферный остаток препаратов, все остатки АРТ должны быть розданы, а склады пусты. Поэтому терапия выдается только текущим пациентам – с учетом того, что следующая поставка будет только в конце января. Таким образом, в течение года проблем с наличием АРТ нет, но сложности всегда отмечаются в декабре и январе–феврале следующего года, в период поставок. Еще одной причиной «недовлечения» в АРТ в 2020 году эксперты считают уже упомянутое распространение синтетических наркотиков. По их мнению, наблюдается закономерность: в регионах с высоким распространением синтетических наркотиков есть проблемы с привлечением новых пациентов к лечению. Например, по словам эксперта, есть регионы, где 90% вновь выявленных пациентов составляли активные потребители синтетических наркотиков. «Бывало, что человек выявлен, но не в состоянии принимать препарат. Мы с ними работаем по мере возможностей, но нам им предложить нечего, у нас нет программ, чтобы мы могли хотя бы стабилизировать их состояние».

Естественно, снижение уровня набора на АРТ повлияло на замедление темпов увеличения **кумулятивного числа ЛЖВ на АРТ** (Рисунок 63). Более того, в июле 2020 года, по разным причинам АРТ прекратило принимать больше пациентов, чем начало.

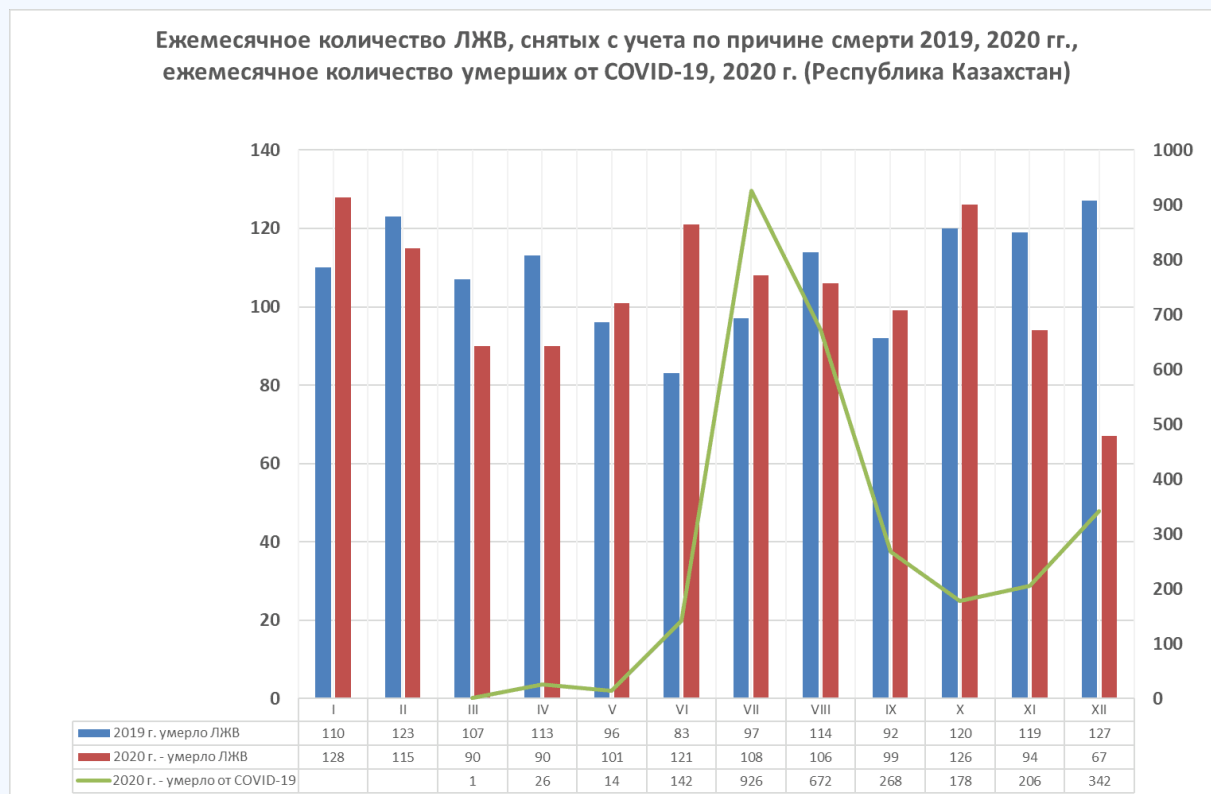
Рисунок 63



Комментируя эти данные, эксперт объяснил, что по итогам полугодия (в данном случае в начале июля) осуществляется активная оценка пациентов на АРТ. В Казахстане таким пациентам исследование вирусной нагрузки каждые три месяца. При отсутствии у них вирусной супрессии по результатам двукратного обследования приглашают на консультацию, обсуждают приверженность к АРТ, и если пациент настаивает на регулярном приеме терапии, проводят анализ на вирусную устойчивость к АРТ. Если в итоге выясняется, что он не привержен к лечению, поскольку по результатам обследования на лекарственную устойчивость сохраняется чувствительность к АРВ-препаратам, приостанавливают выдачу АРТ и проводят консультативную работу с привлечением психолога и равных консультантов по подготовке к продолжению лечения. Такого пациента исключают из статистики людей на АРТ, в соответствии с рекомендациями ЮНЕЙДС «Руководство по подсчету количества пациентов на АРТ» 2020 г.

В 2020 году ежемесячно умирало (Рисунок 64) в среднем на 2,2% меньше ЛЖВ, чем в 2019 году (ЛУИН (-6,7%)). Примечательно, что суммарная доля ЛУИН и МСМ в показателе смертности среди ЛЖВ в 2019 и 2020 гг. составляла около половины.

Рисунок 64



Эксперты предположили, что высокий вклад КГ в показатели смертности свидетельствует о том, что значительная часть представителей этих групп своевременно не обращаются за медицинской помощью: это люди, выпавшие из наблюдения, либо те, помощь которым начинают оказывать уже на последней стадии ВИЧ-инфекции в связи с поздним обращением за постановкой диагноза. По мнению одного из экспертов, эта ситуация усугубляется в связи с распространением и превалярованием во многих регионах синтетических наркотиков.

Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Несмотря на все проблемы, связанные с карантином и локдауном, в стране есть достижения по сравнению с 2019 годом. «Охват АРТ увеличился с 68% до 73%, и у нас хорошие результаты в достижении эффективности лечения: в 2019 году она составляла 78%, а в 2020 – 84%».

По словам эксперта, в целом по стране нет проблем с доступностью АРВ-препаратов, за исключением первых двух месяцев в начале года. Активная выдача трехмесячного запаса препаратов пациентам на АРТ в конце года в некоторых регионах вызывает трудности с обеспечением вновь выявленных пациентов. Как уже было отмечено, данная ситуация связана с отсутствием возможности иметь буферный запас АРВ-препаратов и отсутствием уверенности, что весь необходимый запас поступит в январе следующего года.

В стране запланировано проведение оптимизации схем АРТ; в 2020 году был одобрен новый клинический протокол, согласно которому основной схемой первого ряда стала DTG-содержащая схема. На сегодняшний день большинство пациентов находятся на

схеме лечения тенофовир–эмтрицитабин–эфавиренц (оригинальное название Атрипла).

Роль национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Эксперты разъяснили, что с 2015 года в стране отсутствуют профильные национальные программы по ВИЧ-инфекции – есть единственная Государственная программа развития здравоохранения с индикаторами по всем нозологиям. Выполнение Государственной программы развития здравоохранения оценивает Министерство здравоохранения. Республиканский центр развития здравоохранения проводит ежемесячный мониторинг по достижению индикаторов программы. В Государственной программе на 2020–2025 годы есть следующие индикаторы по ВИЧ-инфекции: оказание профилактических услуг ключевым группам населения, охват АРТ и распространенность ВИЧ-инфекции. Целевые индикаторы тестирования населения на ВИЧ и КГН отражены в приказе Министерства здравоохранения №КР ДСМ -137/2020 от 19.10.2020 «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции» и приказе Казахского научного центра МЗ РК №119-П от 02.10.2020 «Об утверждении Инструкции по мониторингу и оценке ответных мер на ВИЧ в РК».

По мнению эксперта, нужно продолжать и более активно внедрять тестирование в неправительственных организациях, которое было начато в соответствии с новым протоколом. *«Нужно активизироваться в этом направлении, а также расширять программу самотестирования населения на ВИЧ».* Внедрение программ по самотестированию населения осуществляется сейчас в рамках пилотных проектов в отдельных регионах, но такой программы для общего населения в стране нет. В 2021 г. планируется начать эту работу – внедрить распространение тестов для тестирования околодесенной жидкости на ВИЧ, для этого требуется большая информационная работа. Также пока не продуман механизм обратной связи, который бы позволил получать от пациентов информацию о результатах самотестирования; предполагается наладить обратную связь через аптечную сеть, в которой будут продаваться тесты, а также через специализированные сайты с возможностью получения онлайн-консультации.

Что касается оптимизации схем АРТ, эксперт отметил, что в 2020 г. страна подписала договор и лицензию с GlaxoSmithKline; *«теперь планируем начать регистрацию генериков в стране и таким образом увеличить охват DTG-содержащими схемами наших пациентов».* Таким образом, два основных направления, над которыми работает Казахский научный центр, – это доступное самотестирование на ВИЧ-инфекцию и переход на схемы с долутегравиром.

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

По словам эксперта, услуги для ЛЖВ полностью покрываются государством. Эксперты констатировали, что в 2020 году наблюдалось ограничение общего бюджета здравоохранения, поскольку *«деньги сейчас все перенаправлялись на COVID-19. Однако программы ВИЧ эти перераспределения не затронули; мы уверенно смотрим в будущее».* Бюджет на здравоохранение утвержден на три года, и эксперты не ожидают *«никаких эксцессов».*

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 4)

1. Среднее полугодовое количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО в Республике повысилось на 13,7%.
2. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО в Республике повысилось на 0,3%.
3. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ, по Республике снизилось на 5,9%.

Выводы

1. Карантин и ограничительные меры были введены дважды за период пандемии и существенно повлияли на разные сферы жизни в Казахстане. Ограничения коснулись передвижения и доступа к разнообразным пунктам предоставления услуг. Медицинские учреждения в определенные периоды были полностью закрыты или же к ним ограничен доступ, что в общем существенно снизило количество обращений за ВИЧ-услугами, особенно в первые сроки действия ограничительных мер.
2. Несмотря на фактическое снижения доступа к тестированию на базе НПО, статистика по количеству произведенных тестирований за первое полугодие 2020 года показала прирост, по сравнению с первым полугодием 2019 года. Причиной такого роста является развернутая в 2019 году децентрализация услуги тестирования на ВИЧ, позволяющая ее проведение на базе НПО с помощью быстрых тестов. Таким образом, децентрализованная модель предоставления услуг по тестированию на базе НПО, по всей видимости, является устойчивой в контексте пандемии COVID-19.
3. Сложные и продолжительные процедуры проведения тендеров для закупок экспресс-тестов для обеспечения услуг тестирования на ВИЧ на базе НПО, по всей видимости, являются барьером к масштабированию данной услуги в стране. В условиях внезапно возникающих биологических угроз сложные регуляторные и разрешающие практики могут критически влиять на доступ к услугам профилактики ВИЧ и требуют регулярного обновления и оптимизации.
4. УЗО были полностью закрыты в период первого локдауна с марта по май и работали в ограниченном режиме в июле–августе 2020 года. Особенно критическое положение с доступом к централизованным пунктам предоставления медицинских услуг сложилось для пациентов, проживающих в удаленных районах.

5. В рамках карантина была проведена децентрализация услуги постановки диагноза ВИЧ. Ранее ВИЧ–статус можно было подтвердить только в одной центральной лаборатории на базе Казахского научного центра. В результате изменений эта процедура стала доступной в региональных Центрах СПИДа, что позволило удержать охват тестированием на уровне 2019 года.
6. Пандемия повлияла на охват услугами тестирования на ВИЧ в государственном секторе в первом полугодии 2020 г. Согласно официальной статистике, в период действия ограничительных мер как доступ, так и спрос на данную услугу был снижен. Однако стоит отметить, что система здравоохранения достаточно быстро приспособилась к новым условиям и в течение нескольких месяцев нарастила темпы тестирования до традиционного для Казахстана уровня покрытия.
7. В период ограничительных мер количество тестирования КГ с помощью ИФА в УЗО снизилось. Такое снижение можно объяснить как введением ограничительных мер, так и увеличением количества тестирований с помощью быстрых тестов. Однако выводы в отношении данного показателя ограничены из-за отсутствия соответствующей статистики со стороны НПО, которые в основном проводили тестирование быстрыми тестами среди представителей ключевых групп. Наибольшее снижение количества тестирований наблюдалось среди ЛУИН и РКС, что в основном объясняется барьерами, связанными с пандемией COVID-19.
8. Количество позитивных результатов тестирования на ВИЧ снизилось. Незначительное снижение среднемесячного количества позитивных результатов тестирования можно объяснить введением ограничительных мер с соответствующим снижением уровня тестирования, а также задержкой в выполнении логистических услуг по доставке образцов в центральные лаборатории. За последних два года вклад КГ в количество позитивных результатов был, тем не менее, достаточно высоким, что может свидетельствовать об успешном применении целенаправленных подходов в работе по предоставлению доступа к тестированию на ВИЧ, переадресации, сопровождению и регистрации достоверного пути передачи. В то же время доля группы ЛУИН среди новых случаев снизилась на треть в условиях ограничительных мер. Однако существуют данные, что во время пандемии в местной наркосцене произошли существенные изменения, которые повлекли за собой отказ определенной части ЛУИН от услуг, связанных с ВИЧ. Ввиду значительного сокращения на рынке предложений опиоидов и каннабиса в условиях пандемии COVID-19 лица, употребляющие наркотики, стали чаще приобретать синтетические наркотики.[49] Это привело к тому, что многие люди, имеющие наркотическую зависимость, стали употреблять любые доступные психоактивные вещества, зачастую со значительными негативными последствиями для соматического и психического здоровья, что может служить дополнительным фактором снижения спроса на ВИЧ–услуги.
9. Количество лиц, взятых на учет с диагнозом ВИЧ–инфекция, незначительно снизилось в 2020 году. Такая динамика выглядит вполне закономерной на фоне

соизмеримого снижения выявления позитивных случаев ВИЧ за этот же период из-за введения ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19.

10. В 2020 году доля КГ среди новых случаев ВИЧ незначительно увеличилась. Это позволяет утверждать, что данный показатель оказался менее чувствительным к изменениям, вызванным пандемией COVID-19, чем, например, объемы тестирования среди КГ в общем и количество выявленных позитивных случаев среди ЛУИН в частности, – в 2020 году наблюдалось снижение этих показателей. Среднемесячное количество ЛУИН с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции снизилось приблизительно на 11%, что стало закономерным результатом снижения тестирования и выявления в этой КГ из-за введения ограничительных мер. Отсутствие динамики этого показателя (за исключением ЛУИН) можно объяснить тем, что пандемия существенно не повлияла на работу НПО по доведению ЛЖВ до Центров СПИДа и регистрации их в системе учета. Важно отметить, что около 40% лиц на диспансерном учете являются представителями КГ, большинство из которых – ЛУИН. Также, согласно полученным данным, КГ продолжают играть основную роль в эпидемическом процессе ВИЧ и в условиях пандемии COVID-19.
11. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ, незначительно снизилось в 2020 году в основном по причине сбоя работы многочисленных государственных систем после введения ограничительных мер. Такой спад, по всей видимости, произошел как в результате снижения уровня тестирования среди КГ и заметного снижения количества новых выявленных случаев ВИЧ, так и по причине общего спада активности в медицинском секторе: снижения количества плановых медицинских процедур, увеличения сроков лабораторной диагностики по причине логистических задержек и общего снижения спроса на медицинские услуги во время карантина. Также ограничительные меры повлияли на работу НПО, которые предоставляют социальные услуги для ЛЖВ, что, вероятно, повлияло на общий уровень доведения до лечения.
12. Наблюдалась стабильная и положительная динамика общего количества ЛЖВ на АРТ. Несмотря на ограничительные меры, система предоставления ВИЧ-услуг демонстрировала устойчивые показатели ежегодно растущего количества ЛЖВ на АРТ. Это может свидетельствовать о высоком уровне удержания в каскаде услуг и низком уровне прекращения приема АРТ по разным причинам. В то же время темпы роста количества ЛЖВ на АРТ в 2020 году были снижены. Этот показатель, по всей видимости, является особо чувствительным к изменениям в локальном контексте, вызванным пандемией. Стоит отметить, что за последних два года система финансирования медицинских услуг прошла ряд радикальных изменений, что повлекло за собой повышение мотивации медицинских работников оказывать больше комплексных услуг для ЛЖВ. Также большое внимание в последнее время было уделено работе с приверженностью пациентов к АРТ, что с высокой долей вероятности объясняет предоставленные результаты.

13. Система предоставления услуг в целом оперативно адаптировалась к предоставлению АРТ в условиях пандемии. АРВ-препараты доставлялись пациентам на дом в размере 3–6 месячного запаса. К процессу доставки препаратов пациентам были подключены местные НПО. Процессом оптимизации ВИЧ-услуг в условиях пандемии руководил Казахский научный центр, предоставляя административную и техническую поддержку региональным Центрам СПИДа.
14. Изменения в наркосцене, вероятно, влияют на показатели охвата АРТ. В некоторых регионах большую часть новых пациентов на АРТ составляют активные потребители новых синтетических наркотиков. Существуют многочисленные доказательства того, что активное потребление наркотиков негативно влияет не только на лечение ВИЧ [50], но и на все этапы каскада услуг ВИЧ.[51] Поэтому изменение поведения ЛУИН, как одной из самых значимых ключевых групп в эпидемическом процессе ВИЧ в Казахстане, может определять динамику показателей охвата АРТ.
15. Показатель смертности среди ЛЖВ в 2020 году не изменился.

Рекомендации

1. Упростить процедуры проведения закупок экспресс-тестов на ВИЧ для проведения тестирования на базе НПО. Рассмотреть и упростить пакет процедур и разрешительной документации, позволяющей тестирование крови быстрыми тестами в формате самотестирования. Также рассмотреть возможность внесения изменений в Государственную программу развития здравоохранения для постановки целей по тестированию на ВИЧ как части глобальной стратегии 90-90-90.
2. Изучить динамику местной наркосцены и снизить ее влияние на доступ к ВИЧ-услугам. Проводить мониторинг местной наркосцены с целью определения ее влияния на спрос и доступ к ВИЧ-услугам. Провести совместную работу с правоохранительными ведомствами и консультации с другими заинтересованными сторонами по оптимизации аутрич-работы для привлечения к тестированию на ВИЧ в условиях ограничительных мер, с особым вниманием к ЛУИН, употребляющим новые формы наркотических веществ.
3. Оптимизировать модели услуг НПО, чтобы повысить охват тестированием и социально-психологическим сопровождением представителей КГ. Разработать механизмы по адаптации и внедрению хорошо зарекомендовавших себя моделей оптимизированного поиска случаев ВИЧ (optimized case finding) [42] и другой аутрич-работы для эффективного выявления новых случаев ВИЧ-инфекции среди КГ. Поскольку в стране произошли весомые изменения

в наркосцене, особенное внимание необходимо уделять ЛУИН, которые перешли на употребление новых синтетических наркотиков. Усилия должны быть направлены не только на своевременное выявление, сопровождение и регистрацию в системе ВИЧ–услуг, но и на привлечение ЛУИН в программы снижения вреда.

4. Внести изменения в существующие нормативные процедуры в отношении обращения с остатками АРВ-препаратов на конец и начало календарного года. Оптимизация данной процедуры позволит назначать АРТ новым пациентам непрерывно на протяжении года.
5. Активно внедрять услуги тестирования на базе НПО. На данный момент действует новый протокол, предусматривающий внедрение самотестирования, которое сейчас проводится в рамках пилотных проектов. Международным донорам и местным активистам необходимо предлагать взаимовыгодные рамки сотрудничества для масштабирования подобных прогрессивных практик для населения по всей стране.
6. Закрепить результаты «вынужденной» децентрализации предоставления лабораторных услуг. В условиях ограничительных мер была проведена децентрализация услуги лабораторной постановки ВИЧ. Ранее такая процедура проводилась только в центральной лаборатории Казахского научного центра. Таким образом, местные Центры СПИДа получили возможность самостоятельно выставлять диагноз на местах. Такая модель, судя по нашим данным, успешно функционировала в контексте пандемии COVID-19 и служит удачным примером управленческих решений, направленных на расширение доступа к ВИЧ–услугам.

Республика Молдова

Численность населения Республики Молдова в 2019 г. составляла чуть больше 4 млн человек (Таблица 1).[38] Согласно оценкам, в стране проживало 15 тыс. ЛЖВ; показатель оценочной распространенности ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составлял 0,7%. Стратегическая цель ЮНЭЙДС 90-90-90 применительно к оценочному числу ЛЖВ была достигнута, соответственно, на 64%, 46% и 38%.[39]

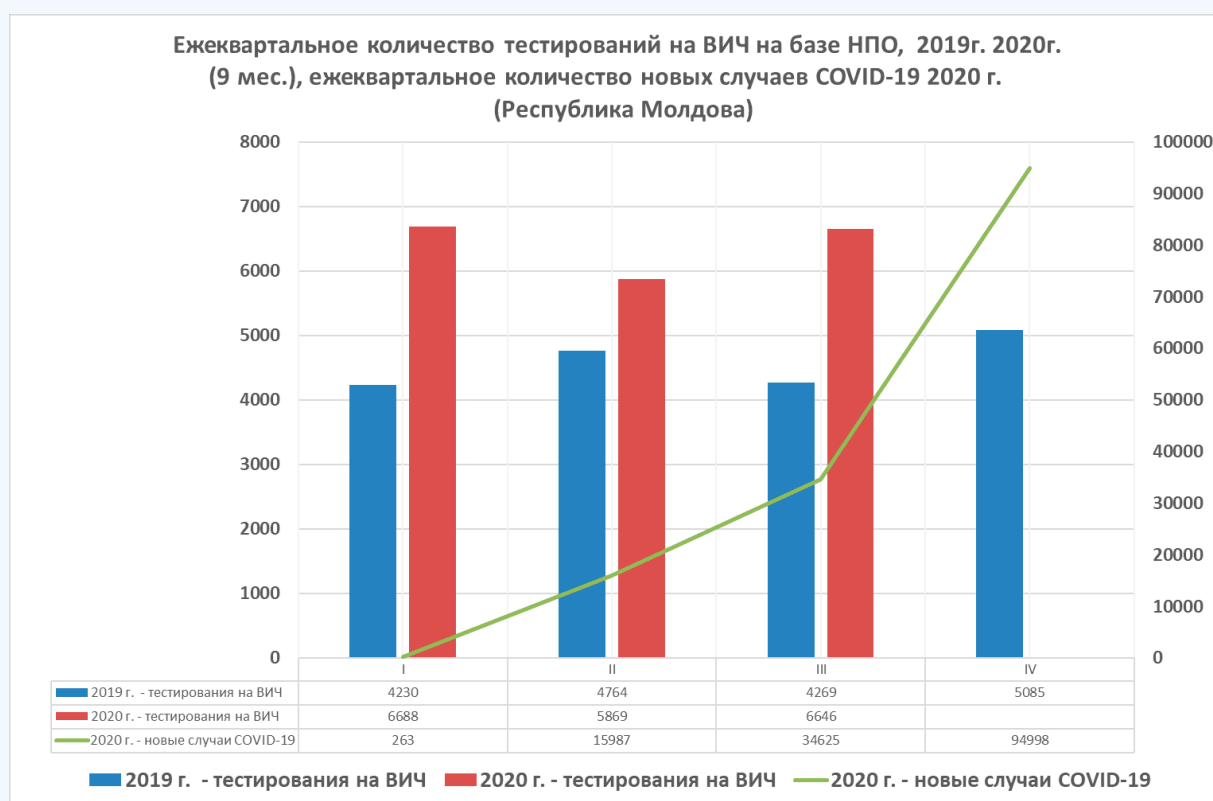
Первые случаи заражения и смерти от COVID-19 были зарегистрированы в марте 2020 г. [52] Ежемесячное количество новых случаев заболевания постоянно увеличивалось: с 263 в марте до 38856 в декабре. Общее число заболевших за этот промежуток времени составило 145873. Зарегистрировано 3037 умерших от COVID-19. Период чрезвычайного положения в Республике Молдова продолжался с 17 марта по 15 мая 2020 года и затронул все сферы здравоохранения.

Основное ограничение доступа к ВИЧ-сервисам во время ограничительного карантина было связано в первую очередь с ограниченными часами работы и функциями учреждений здравоохранения первичного уровня, на долю которых приходится значительная часть тестирований на ВИЧ, и с уменьшением доступа к программам снижения вреда. Однако эксперты отмечают позитивный момент, связанный с локдауном: удержание в программах лечения ВИЧ-инфекции не пострадало благодаря тому, что *«впервые в истории Молдовы система здравоохранения прибегла к помощи неправительственных организаций (НПО)»*.

На протяжении первых трех кварталов 2020 г. **количество тестирований на ВИЧ на базе НПО** (Рисунок 65), по сравнению с аналогичным периодом 2019 г., увеличилось в среднем на 45,7% (I квартал – (+58,1%), II квартал – (+23,2%) и III квартал – (+55,7%)). Отмечались существенные колебания в изменениях количества тестирований среди отдельных КГ (Дополнительная таблица 8. Республика Молдова). Например, количество тестирований среди ЛУИН в первом квартале 2020 г. уменьшилось на (–0,6%), во втором на (–42,0%), а в третьем увеличилось на (25,2%) по сравнению с соответствующими квартальными показателями 2019 г. Для МСМ динамика данного показателя составила: (+29,1%), (+23,1%) и (+1,0%), для РКС: (+9,3%), (–33,4%) и (+12,5%).

Таким образом, изменения в объеме тестирований среди отдельных КГ не объясняют существенного увеличения общего числа тестирований. Так, если за первые три квартала 2019 г. доля тестирований среди трех представленных КГ (ЛУИН, МСМ и РКС) составила 94% от общего количества тестирований, то за аналогичный период 2020 г. эта доля уменьшилась до 64%.

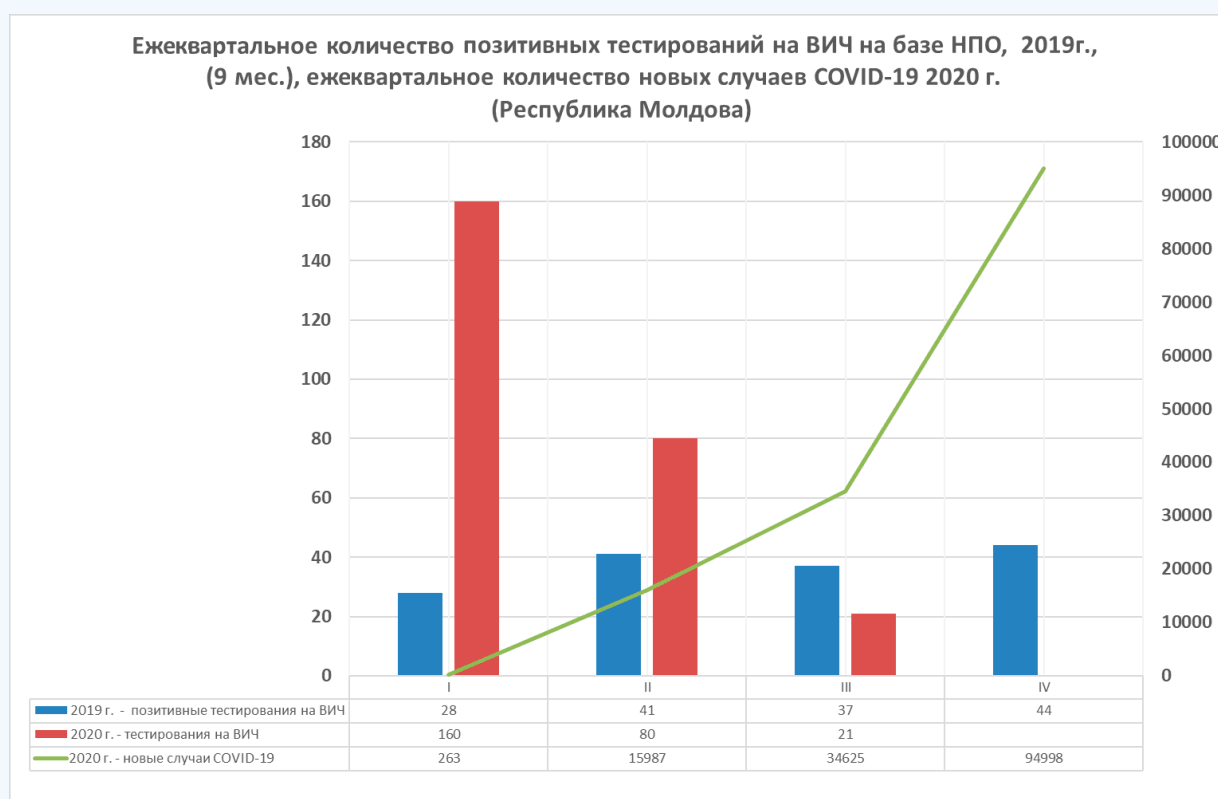
Рисунок 65



По мнению экспертов, существенное увеличение общего объема тестирования на базе НПО объясняется несколькими факторами – прежде всего тем, что начиная с 2020 года оплата НПО за предоставление услуг клиентам не осуществляется, если каждый клиент один раз в 12 месяцев не пройдет тестирование на ВИЧ. Такая финансовая мотивация, по мнению экспертов, существенно повлияла на рост объемов тестирования. При этом уменьшение почти на 70% доли основных ключевых групп (ЛУИН, МСМ и РКС) при росте общего объема тестирования эксперты объясняют тем, что, в отличие от 2019 года, когда НПО предоставляли услуги по тестированию на ВИЧ только ключевым группам, «в 2020 году Национальной программой было разрешено тестировать на базе НПО также партнеров представителей КГ и общее население».

Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе НПО (Рисунок 66) существенно увеличилось в первом квартале 2020 г. по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. – (+471,4%): ЛУИН (+613,3%), МСМ (+516,7%) и РКС (+128,6%). Данный показатель, хотя в меньшей степени и не для всех КГ, увеличился и во втором квартале 2020г. – (+95,1%) в целом, (ЛУИН (+175,0%), МСМ (+175,0%), РКС (-76,0%). В третьем квартале отмечалось снижение количества позитивных результатов тестирования на ВИЧ: (-43,2%) – подряд, (-56,3%) – ЛУИН, (-55,6%) – МСМ и (-16,7%) – РКС.

Рисунок 66



Тенденцию к увеличению количества позитивных тестирований на базе НПО в 2020 году, особенно в первых двух кварталах, эксперты связывают с новыми подходами к оплате труда сотрудников НПО: с 2020 года за каждый выявленный случай ВИЧ-инфекции социальные работники дополнительно получают 1000 лей (эквивалент 50 евро). По словам экспертов, «с 2020 года внедряется стимулирование организаций за выявление, а не за общее количество проведенных тестирований. Это мотивирует персонал, и за счет этого выявляемость выросла». Эксперты подчеркнули, что в целом по стране подходы к предоставлению услуг НПО «от традиционной проектной деятельности с концентрацией на процессах смещаются в сторону *кост-эффективности* и концентрации на результате».

В 2020 г., по сравнению с 2019 г., отмечалось снижение количества тестирований на ВИЧ в УЗО (Рисунок 67): I квартал на (-13,1%), II – (-47,4%) и III – (-38,0%). Количество позитивных тестирований в 2020 г. (Рисунок 68) также заметно уменьшилось: I квартал – (-9,5%), II – (-45,7%) и III – (-33,2%). Данные тенденции были особенно заметны во II и III кварталах.

Рисунок 67

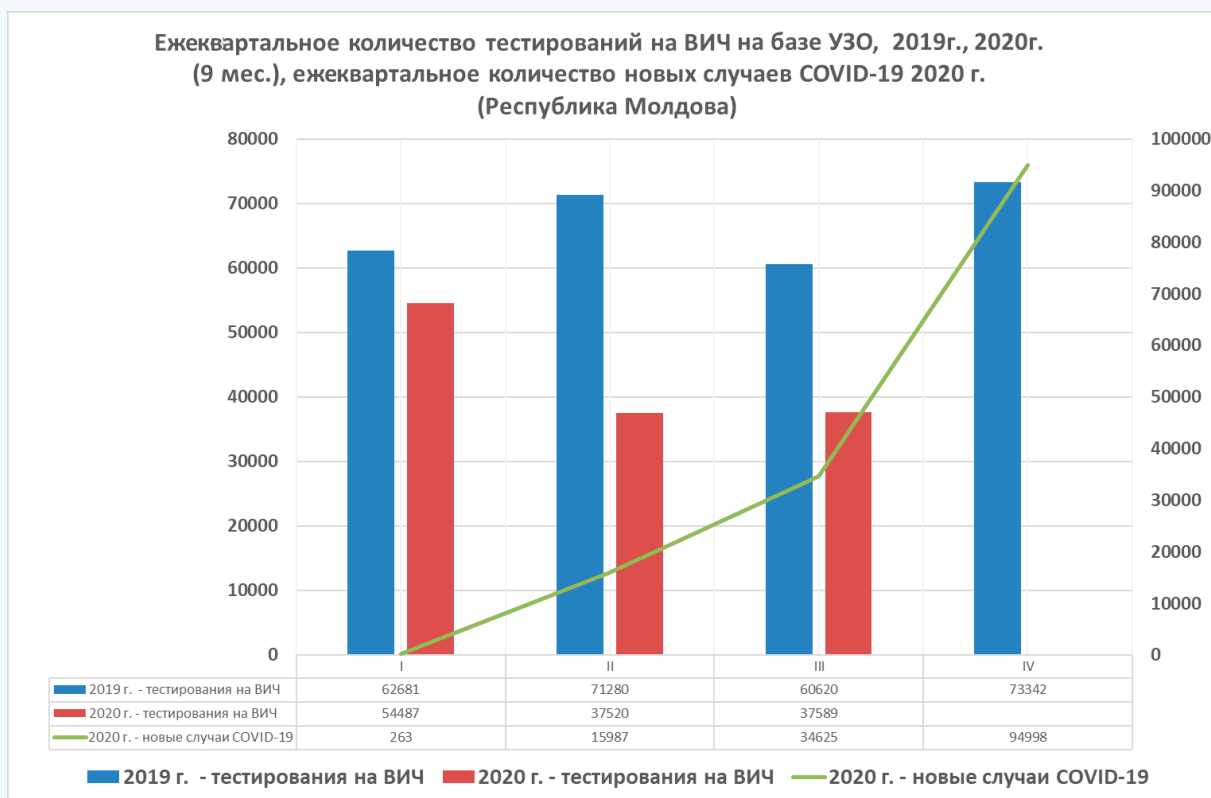
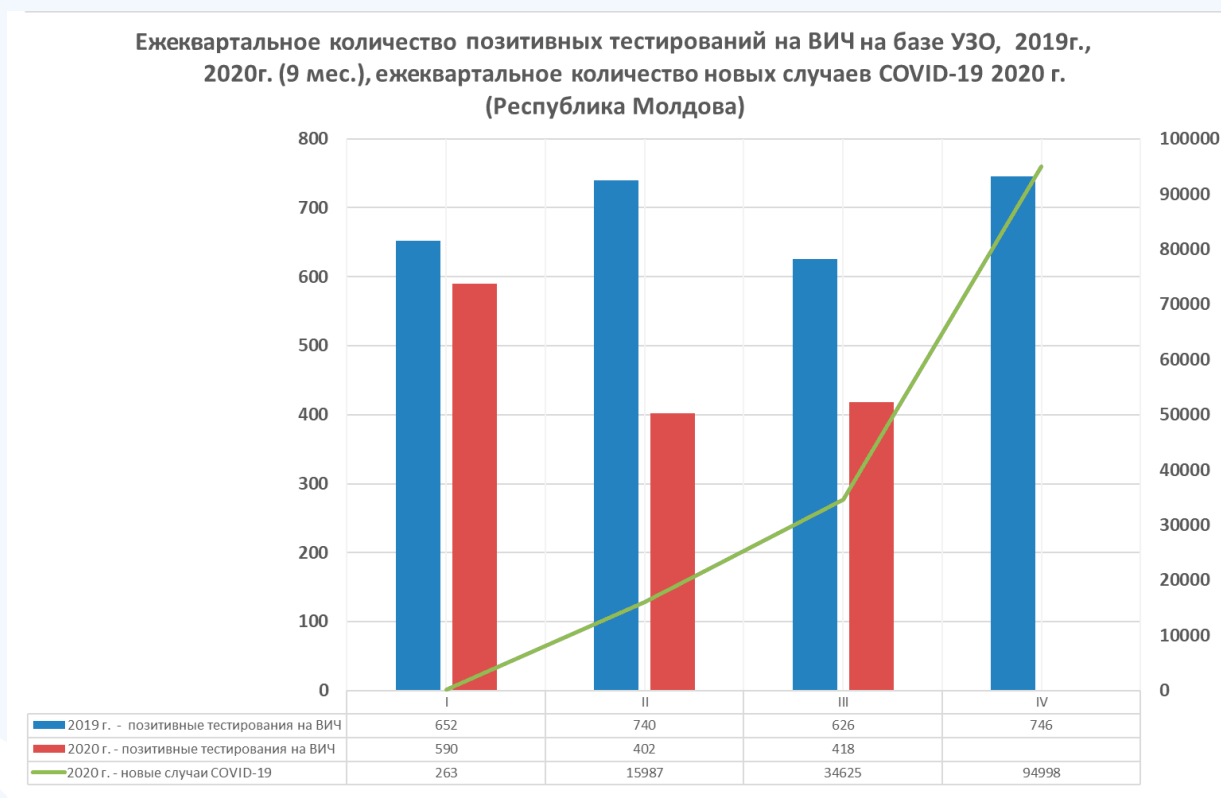


Рисунок 68

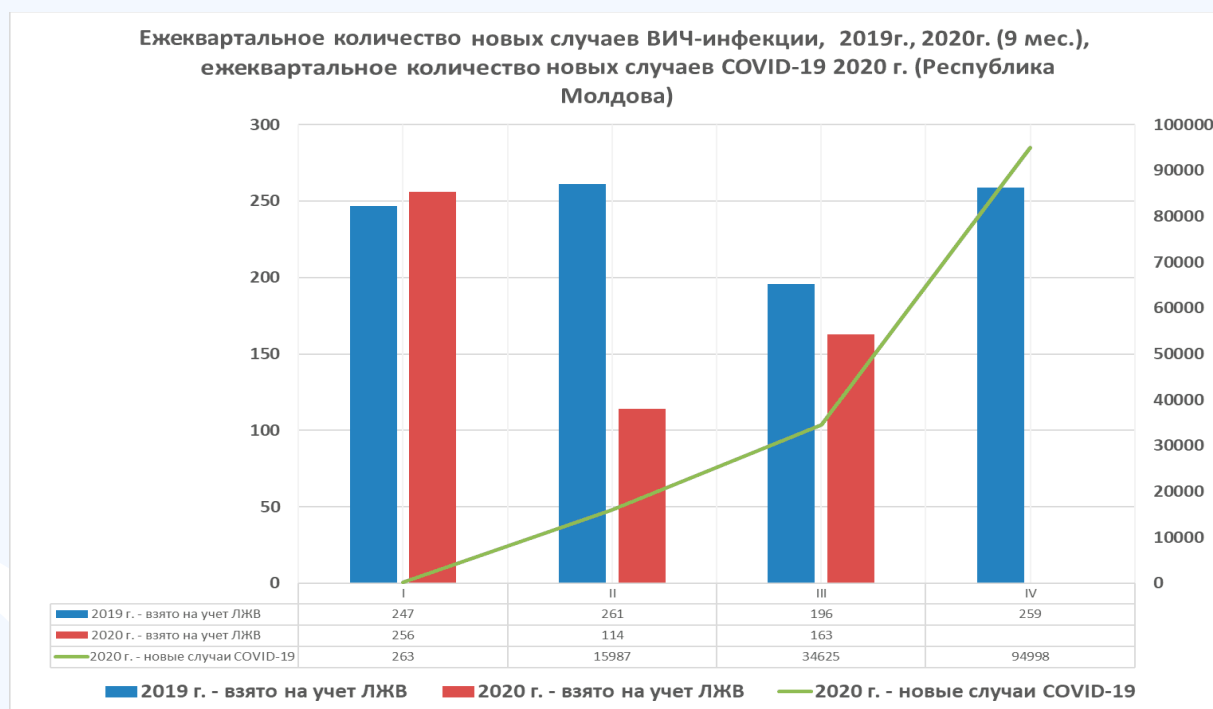


Тот факт, что в 2020 году отмечалось как общее снижение количества тестирований на ВИЧ в УЗО, так и уменьшение количества позитивных тестирований по сравнению с 2019 годом, эксперты однозначно объясняют карантинными ограничениями. Стоит обратить внимание на то, что «снижение было связано только с COVID-19 – консультации предоставлялись по телефону, люди не ходили в поликлиники, мы только беременных тестировали и больных с COVID-19 перед переливанием крови». По словам эксперта, тестирование на ВИЧ при переливании компонентов крови тяжелым больным с COVID-19 позволило выявить новые случаи ВИЧ-инфекции. В целом, по мнению экспертов, продемонстрированные объемы тестирования в УЗО в 2020 году – «это и так хороший результат в условиях пандемии».

Кроме влияния карантинных ограничений, эксперты также затронули «нюансы выявления в медицинском секторе»: в 2020 году в стране был изменен алгоритм тестирования, в соответствии с которым врачи на первичном уровне получили возможность проводить тестирование на ВИЧ-инфекцию с помощью экспресс-тестов. Однако, по мнению экспертов, «не было проведено пилотирования модели на базе нескольких учреждений, тесты были просто переданы медикам, второй минус – нет вознаграждения в медицине за выявленные случаи, и у врачей просто не было мотивации тестировать»; при недостаточной разъяснительной работе «семейные врачи не заинтересованы в тестировании на ВИЧ». Таким образом, эксперты рекомендуют провести пилотирование услуги тестирования на ВИЧ в нескольких учреждениях первичного уровня и оценить результаты, чтобы далее распространить этот опыт в медицинском сообществе.

За первые три квартала 2020 года количество пациентов, взятых на учет в связи с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции (Рисунок 69), уменьшилось в среднем на (-23,2%). Если в первом квартале отмечалось увеличение значения данного показателя (+3,6%), то во втором и третьем количество взятых на учет уменьшилось на (-56,3%) и (-16,8%) соответственно.

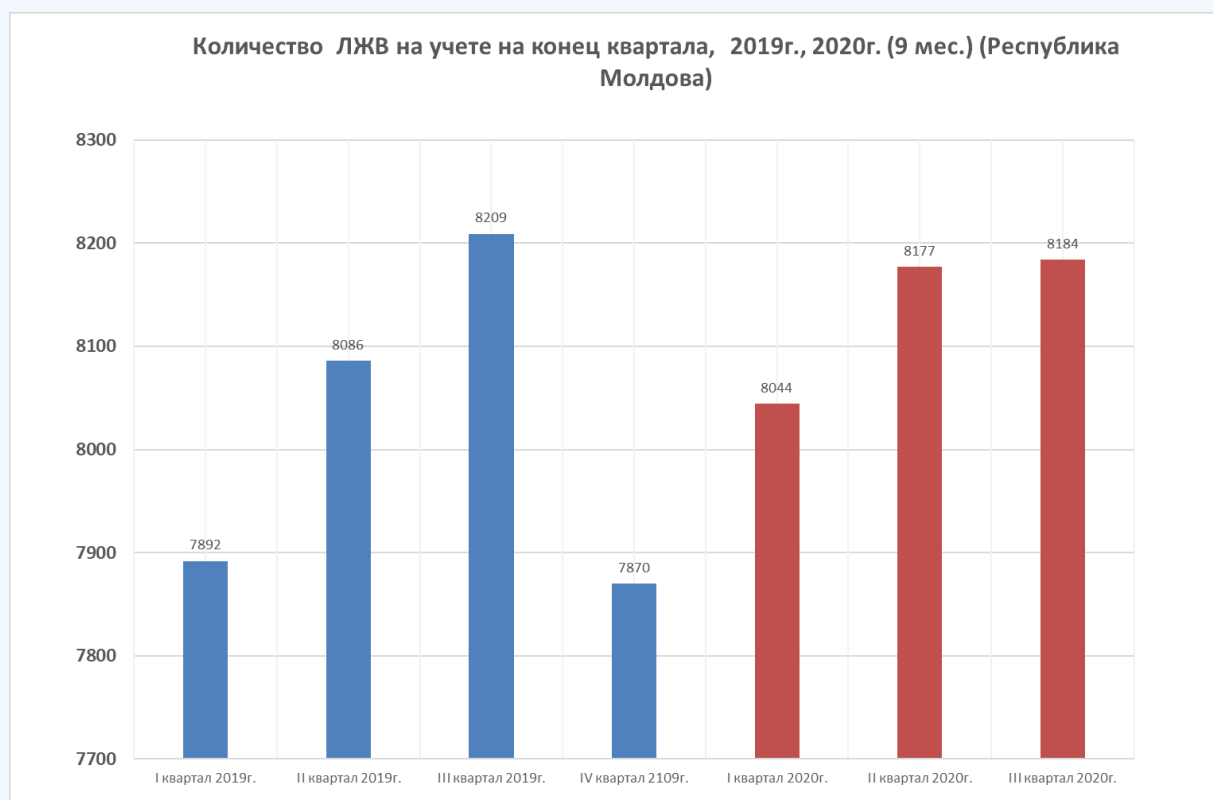
Рисунок 69



Согласно результатам качественного исследования, существенное (почти на четверть) уменьшение количества пациентов, взятых на учет с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в первые три квартала 2020 года, по сравнению с 2019 годом, объясняется влиянием пандемии: «Это все локдаун. Только это». Влияние пандемии, по мнению эксперта, проявилось еще и в том, что некоторые люди не обратились своевременно за медицинской помощью по ВИЧ-инфекции из-за опасений посещать медицинские учреждения во время пандемии, в то время как «некоторых людей с ВИЧ-инфекцией выявили с тяжелой формой COVID-19, и они еще долго получали лечение». При этом было отмечено, что, несмотря на то, что «карантин нас подкосил», к концу 2020 года динамика стала меняться в позитивную сторону, и «снова пошло повышение [взятия пациентов на учет] до наших обычных цифр».

Количество ЛЖВ на учете (Рисунок 70) в четвертом квартале 2019 г. существенно уменьшилось (8209 – III квартал, 7870 – IV квартал). В третьем квартале 2020 г., по сравнению со вторым кварталом того же года, численность ЛЖВ под наблюдением практически не изменилась.

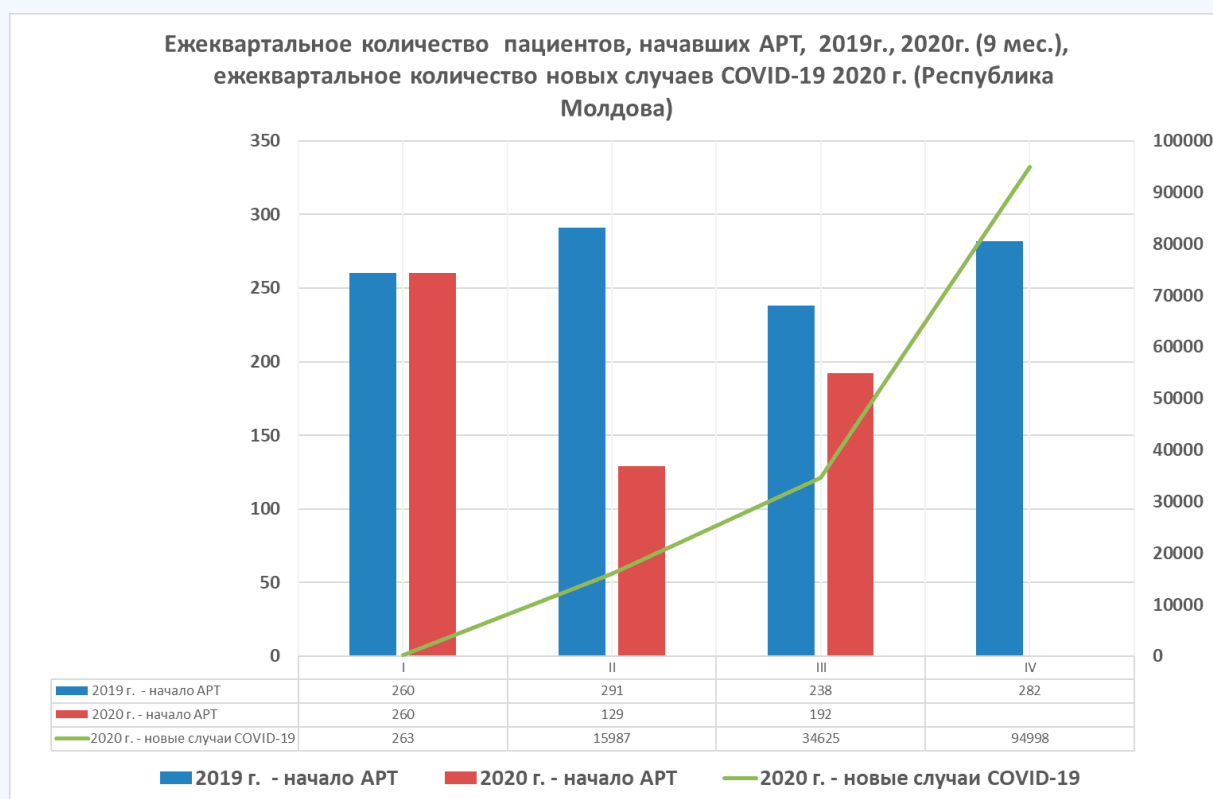
Рисунок 70



Стоит отдельно отметить то обстоятельство, что значительное уменьшение общего количества ЛЖВ на учете в четвертом квартале 2019 года, по мнению экспертов, было связано со снятием с учета лиц, по неизвестным причинам выбывших из-под наблюдения: «Почистили базу данных и сняли с учета тех людей, которые висели в базе, но лет десять не могли дойти до медицинского учреждения. Этот вопрос обсуждали несколько лет, были предприняты все действия, чтобы найти этих пациентов... Скорее всего, эти люди выехали из страны». «В четвертом квартале неактивную диспансерную группу исключили из базы».

Количество пациентов, начавших АРТ (Рисунок 71) в первом – третьем кварталах 2020 г., по сравнению с аналогичным промежутком 2019 г., уменьшилось в среднем на (-25,0%). Однако, если в первом квартале 2019 и 2020 гг. количество новых пациентов на АРТ практически не отличалось, то во втором квартале 2020 г. таких пациентов было меньше на (-55,7%), а в третьем на (-19,3%), по сравнению с аналогичными квартальными показателями 2019 г.

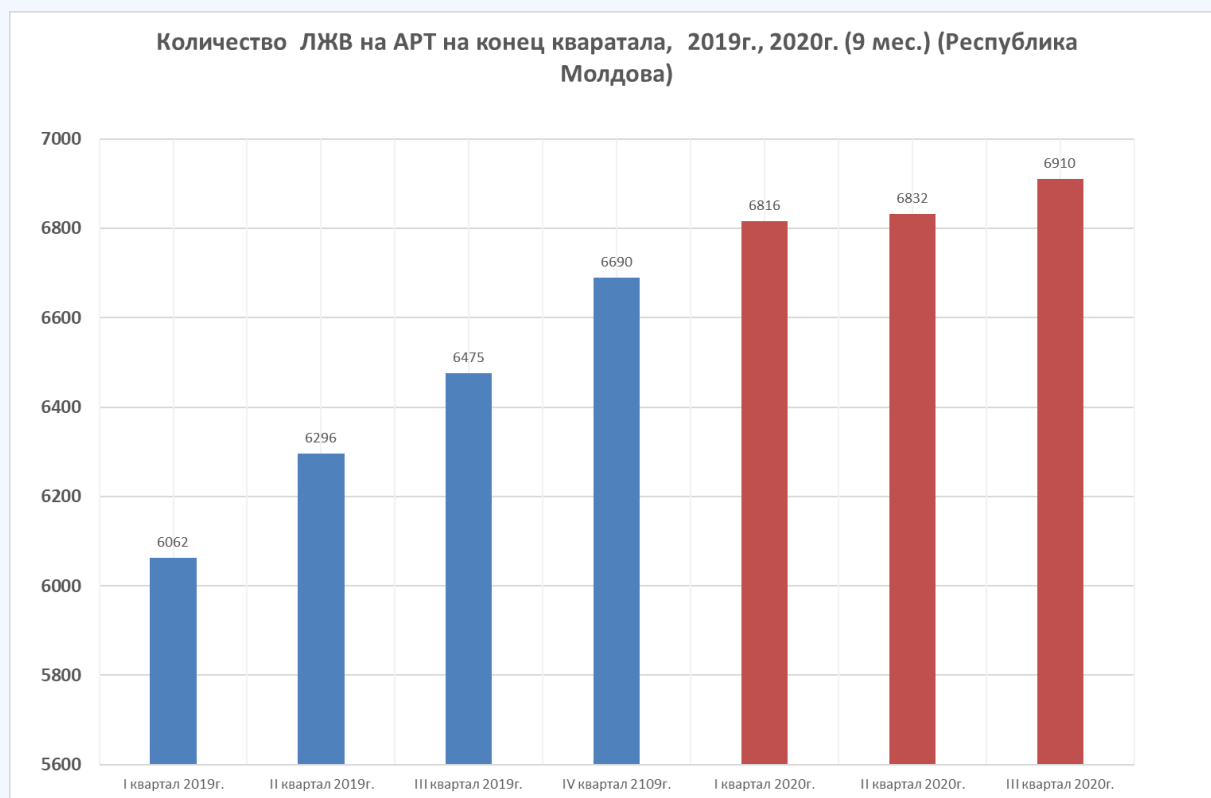
Рисунок 71



Данные о том, что количество пациентов, начавших АРТ в первом – третьем кварталах 2020 г., уменьшилось в среднем на четверть по сравнению с аналогичным периодом 2019 г., местные эксперты единодушно связали с влиянием эпидемии. «Что касается начала АРТ – меньше выявляли, меньше ставили на учет, соответственно, меньше начинали АРТ. Нет ни одной другой причины»; «Естественно – меньше выявляли, меньше брали в лечение. Локдаун очень повлиял».

Что касается **динамики общей численности ЛЖВ на АРТ** (Рисунок 72), то на протяжении 2019 г. и первого квартала 2020 г. отмечалось стабильное увеличение численности пациентов на АРТ. Однако во втором квартале 2020 г. роста числа пациентов на АРТ практически не наблюдалось (I квартал 2020 г. – 6816 пациентов, II квартал 2020 г. – 6832 пациента), а в III квартале 2020 г. количество пациентов на АРТ увеличилось до 6910.

Рисунок 72



Эксперты также прокомментировали динамику общей численности ЛЖВ на АРТ, а именно отсутствие роста во втором квартале 2020 года. Единственной причиной такой стагнации респонденты считают влияние эпидемии, других причин они не видят: *«Во всяком случае, с закупками АРВ-препаратов это точно не связано. Дефицита таблеток точно не было»*. При этом, по словам эксперта, совместными усилиями системы здравоохранения и НПО был быстро разработан план по обеспечению доставки антиретровирусных препаратов пациентам по стране и за ее пределами, что способствовало удержанию пациентов на АРТ.

В целом, по мнению экспертов, осуществляемая в стране оптимизация схем АРТ вселяет надежду на улучшение ситуации с началом и приверженностью к лечению благодаря отсутствию побочных эффектов и простоте схем с долутегравиром. Кроме этого, один из экспертов констатировал, что снижение затрат на АРТ в 2020 году на фоне возросшего количества пациентов на АРТ *«произошло именно благодаря оптимизации схем лечения»*. Однако один из экспертов видит серьезную проблему в том, что многие люди («отказники»), особенно в небольших населенных пунктах, не хотят начинать либо прерывают лечение: *«Мало брали в лечение, еще пару человек выбыло, вот и результат. Много людей выбыло – неизвестно, почему. Повышение за год на 130 человек [на АРТ] – это очень мало для страны. Это из-за отказников... Люди отказываются приезжать за АРТ. Мы сталкиваемся с тем, что люди массово отказываются от АРТ»*.

Данные по количеству умерших ЛЖВ существенно ограничены. Известно, что в 2019 году умерло 224 ЛЖВ из числа состоящих на учете.

Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Эксперты подчеркнули, что в течение последних лет в стране происходило обновление формата работы: *«У нас многое изменилось за последние три года. Стратегия Национальной программы фокусируется сейчас на кост-эффективности»*. Вводится электронная система мониторинга, благодаря которой в режиме реального времени можно оценить все основные показатели предоставления услуг, в том числе в разрезе отдельных НПО и сотрудников. *«Это позволит повысить качество мониторинга; сейчас у нас информацию об эффективности сервиса можно получить за 15–20 минут»*. Такой электронный инструмент будет частью большой страновой информационной платформы, которая внедряется при финансовой поддержке ГФ. *«Таким образом, мы потихоньку движемся в сторону эффективности. Вложение ресурсов должно приводить к результатам. Нет результата – нет денег. Это болезненно и неудобно для всех, но это приведет к удобству клиента»*.

Стоит отметить несколько достижений последних лет в области выявления и лечения ВИЧ-инфекции. Эксперты видят позитивные изменения в том, что в НПО и у семейных врачей теперь доступно тестирование экспресс-тестами на ВИЧ, гепатиты, сифилис. Они отмечают важность внедрения системы финансовой мотивации за выявленные новые случаи – причем *«если в 2020-м такая мотивация предоставлялась только сотрудникам НПО, то в 2021 году ГФ поддержал стимулирование за новые случаи и медработников тоже»*. Однако, по мнению эксперта, при всех указанных инновациях *«COVID-19 сильно помешал нарастить тестирование»*.

Кроме этого, эксперты отметили, что в Молдове запланировано создание четырех социальных центров, один из которых будет медико-социальным, работающим по принципу «единого окна». Это муниципальные центры – государственные структуры, работающие в интеграции с НПО, которые будут предоставлять клиентам социальные услуги. Наконец, важным компонентом деятельности является децентрализация ВИЧ-услуг: *«каждый год открываем шесть новых центров (АРТ-сайтов) в районах»*.

Роль национальной программы и планов по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

На данный момент в стране внедряется *«Национальная программа по ВИЧ-инфекции с конкретными индикаторами по всем параметрам – покрытие услугами, выявление новых случаев и т.д. Это 5-летняя программа, которая пересматривается на третьем году ее реализации»*. В новой программе (на 2021–2025 годы) предусмотрена полная передача услуг по профилактике ВИЧ-инфекции под ответственность государства. Впервые в этой программе *«для групп риска утвердили стандарты оказания услуг в сфере профилактики ВИЧ – базовый и расширенный пакеты. Например, для MSM расширенный пакет услуг включает тестирование на уреоплазму, микоплазму и т.п.»*

Кроме Национальной программы, впервые разработана Муниципальная программа по ВИЧ-инфекции в г. Кишинев, на реализацию которой выделено полмиллиона лей и предусмотрено ежегодное увеличение финансирования. В ответ на вопрос о том, кто оценивает выполнение индикаторов Национальной программы, эксперт отметил, что внешней оценки программы нет, а выполнение индикаторов оценивает отдел мониторинга и оценки (МиО) Республиканского Центра СПИДа. В то же время, проводится трехсторонний

мониторинг реализации Национальной программы: его осуществляют указанный выше отдел МиО и офис ЮНЕЙДС, а также проводится мониторинг силами сообщества. Постоянно представляются отчеты на уровне ССМ (странового координационного механизма); благодаря работе рабочих групп при ССМ на основании отчетов быстро принимаются необходимые решения. В качестве примера такого успешного решения было упомянуто «решение о привлечении НПО к обеспечению пациентов таблетками».

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

В ходе интервью с экспертами были получены данные о том, что, несмотря на «давление COVID-19», в 2020 году не было сокращений бюджета, выделенного на программы по ВИЧ, в том числе сохранилось «даже финансирование НПО из госбюджета». В то же время один из экспертов подчеркнул, что основную проблему видит в переходе финансирования профилактики ВИЧ-инфекции от ГФ к государству. Лечение (АРТ) обеспечивает государство, и «с этим проблем нет»; «впервые нам удалось до Нового года заключить 90% контрактов на закупку препаратов на 2021 год. Препараты закупает Центр по централизованным закупкам в здравоохранении при Национальном агентстве медикаментов». В то же время экспертов волнует устойчивость финансирования именно профилактики ВИЧ-инфекции, поскольку ГФ финансирует только разработку информационных систем, процессы децентрализации, подготовку врачей и закупку тестовых систем для самотестирования на ВИЧ с использованием околodesенной жидкости, и «очень трудно выбивать из бюджета деньги для профилактики».

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 5)

1. Среднеквартальное количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО в Республике в среднем повысилось на 45,7%.
2. Среднеквартальное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО в Республике снизилось на 32,8%.
3. Среднеквартальное количество пациентов, взятых на АРТ, по Республике снизилось на 25,0%.

Выводы

1. Пандемия COVID-19, и особенно локдаун в период с 17 марта по 15 мая 2020 года, затронули все сферы здравоохранения и повлияли на доступность услуг, связанных с ВИЧ. Однако страновая система здравоохранения смогла частично адаптироваться к новым условиям путем тесного сотрудничества с негосударственным сектором.
2. Действующие регуляторные и финансовые механизмы предоставления услуг,

связанных с ВИЧ, на базе НПО обеспечили устойчивость и даже рост темпов тестирования на ВИЧ в 2020 г., по сравнению с 2019 г.

3. Пандемия COVID-19 негативно повлияла на масштабы тестирования и эффективность выявления ВИЧ в государственном секторе. Вдобавок в 2020 году был модифицирован протокол тестирования на ВИЧ и инновации, связанные с расширением тестирования на ВИЧ на первичном уровне, внедрены без предварительного пилотирования, что снизило их потенциальный вклад в расширение доступности услуг тестирования.
4. Аналогично, контекстуальные изменения, вызванные пандемией COVID-19, негативно повлияли на выявление новых случаев и постановку на учет. Стоит отметить, что особенно чувствительным к изменениям в контексте пандемии оказался показатель постановки на учет из-за нежелания пациентов подвергать себя дополнительному риску во время посещений УЗО в процессе регистрации в системе предоставления ВИЧ-услуг. Система здравоохранения не смогла адаптироваться к изменениям и восстановить объемы тестирования и постановки на учет после снятия локдауна. Вероятно, это можно объяснить высокой нагрузкой на УЗО во время пика регистрации новых случаев COVID-19 в последние месяцы 2020 года. Тот факт, что увеличение тестирования в НПО не привело к увеличению регистрации новых случаев, означает, что перенаправление работает недостаточно эффективно.
5. Пандемия COVID-19 негативно повлияла на количество пациентов, взятых на АРТ, поскольку данный показатель зависит от количества тестирований и количества пациентов, взятых на диспансерный учет. Стоит отметить, что, с высокой вероятностью, пандемия COVID-19 и локдаун сыграли решающую роль в негативной динамике этого показателя.
6. В 2020 году был зафиксирован низкий прирост общего числа ЛЖВ на АРТ по сравнению с 2019 годом. Существует мнение экспертов, что некоторая часть пациентов отказалась принимать АРТ в период карантина, что и могло повлиять на общее количество ЛЖВ на АРТ, поскольку дефицита медикаментов не наблюдалось. Однако статистические данные о количестве таких пациентов и информация о влиянии этой группы на общий показатель лечения ВИЧ-инфекции ограничена или отсутствует. Тем не менее, если прерывание АРТ из-за карантина носит не единичный, а массовый характер, это также говорит о низком уровне адаптации системы к изменениям. Негативное влияние пандемии, вероятно, было ослаблено сохранением финансирования и внедрением оптимизированных схем лечения с использованием долутегавира, а также благодаря сотрудничеству системы здравоохранения с НПО по обеспечению доступа пациентов к препаратам АРТ.
7. Система предоставления ВИЧ-услуг в Молдове пребывала в состоянии активного развития на момент введения ограничительных мер, связанных с COVID-19. Проводились реформы в системах мониторинга и оценки, финансирования, оптимизации схем лечения и децентрализации услуг в рамках реализации стратегии Национальной программы. Однако карантин существенно повлиял на масштабы и темпы внедрения таких реформ.
8. Национальная программа по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции смогла компенсировать негативное влияние пандемии на компонент тестирования

(за счет взаимодействия с НПО), однако проявила недостаточную гибкость и устойчивость в постановке на учет и взятии на АРТ, что привело к снижению охвата этими услугами в период локдауна и после его окончания. В новой 5-летней программе (на 2021–2025 годы) предусмотрена полная передача услуг по профилактике ВИЧ-инфекции под ответственность государства. Однако уменьшение или прекращение международной финансовой и технической поддержки может негативно повлиять на устойчивость программ предоставления ВИЧ-услуг как в контексте пандемии COVID-19, так и в любых других кризисных ситуациях.

Рекомендации

1. Обеспечить устойчивое и ориентированное на результат государственное финансирование НПО, которые будут внедрять интегрированные низкопороговые услуги, связанные с ВИЧ. Приоритетным заданием является «создание медико-социальных сервисов на базе комьюнити» с предоставлением низкопороговых, ориентированных на клиента услуг в формате «единого окна». Активности по тестированию в НПО следует дополнить интервенциями по перенаправлению на постановку на учет.
2. Внести изменения в существующую стратегию реализации Национальной программы противостояния ВИЧ для формирования механизма быстрого реагирования на кризисные ситуации и биологические угрозы в рамках функционирования системы предоставления услуг, связанных с ВИЧ.
3. В рамках децентрализации развивать доступ и качество услуг, связанных с ВИЧ, на субрегиональном и местном уровнях. Необходимо продолжить разработку и внедрение программ предоставления ВИЧ-услуг врачами-инфекционистами на районном уровне согласно уже разработанным методикам и установленным стандартам качества. Также важно продолжать расширять географическое покрытие и спектр ВИЧ-услуг за счет децентрализации сети точек доступа к услугам на базе УЗО (в том числе первичного уровня) и НПО.
4. Разработать и внедрить интервенции и практики для лиц с позитивным результатом тестирования на ВИЧ (перенаправление из НПО); упрощенные процедуры постановки на учет и начала АРТ; интервенции для ЛЖВ с риском отказа от АРТ, таких как модели кейс-менеджмента/помощи в обращении за услугами; процедуры оперативного реагирования на пропуск приема препаратов и пропуск посещения УЗО/дистанционных консультаций в условиях пандемий или других кризисных ситуациях.
5. Разработать и внедрить меры по профилактике прерывания АРТ. Важно обеспечить доставку препарата и беспереывное получение АРТ независимо от того, заболел ли пациент COVID-19. Важно иметь в своем распоряжении эффективные механизмы коммуникации с инфекционистами при лечении COVID-19 у пациентов с ВИЧ для обеспечения беспереывности АРТ, по возможности сохранения схемы лечения или ее правильной корректировки.

Республика Таджикистан

Численность населения Республики Таджикистан в 2019 г. составляла 9,3 млн человек (Таблица 1).[38] Согласно оценкам, в стране проживало 14 тыс. ЛЖВ; показатель оценочной распространённости ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составлял 0,2%. Стратегические цели ЮНЭЙДС 90-90-90 среди оценочного числа ЛЖВ были достигнуты, соответственно, на 63%, 51% и 37%.[39]

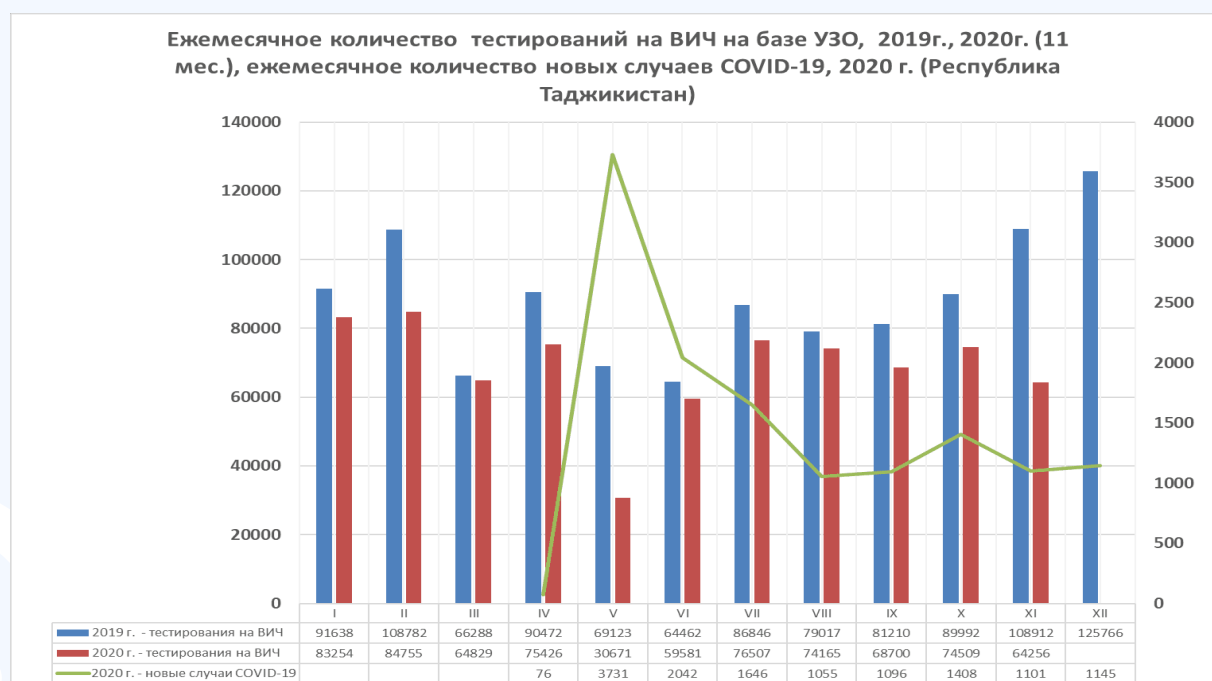
Первые случаи заражения COVID-19 зарегистрированы в апреле 2020 г. [41] Количество новых случаев было максимальным в мае – 3731. В дальнейшем показатель имел широкие колебания. Ежемесячное количество умерших не превышало девять человек, кроме мая 2020 года, когда было зарегистрировано 45 смертей от COVID-19.

Локдаун действовал в стране с начала апреля до начала августа 2020 года. В этот период медицинские учреждения работали, однако были ограничения на посещения Центра СПИДа и других УЗО. Согласно официальным данным, ситуация с COVID-19 в стране в 2021 году улучшилась: так, в своем недавнем выступлении министр здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗСЗН РТ) заявил, что начиная с 1 января 2021 года в стране не было выявлено ни одного лабораторно подтвержденного случая COVID-19.

Данные по тестированию на ВИЧ в НПО не предоставлены.

Ежемесячное количество тестирований на ВИЧ на базе УЗО (Рисунок 73) Республики Таджикистан в первые 11 месяцев 2020 года уменьшилось в среднем на 18,6% по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. Максимальное снижение объёмов тестирования отмечалось в мае (–55,6%) и ноябре (–41,0%) 2020 года (Дополнительная таблица 9. Республика Таджикистан).

Рисунок 73



Карантинные ограничения, по мнению эксперта, повлияли на охват тестированием, который в 2020 году существенно снизился. Это касается не только УЗО, но и НПО, которые максимально перешли на удаленную работу и не проводили мероприятия по выявлению новых случаев — в частности, тестирование на местах. В 2020 году уменьшилось количество тестирований в медицинских учреждениях, особенно в апреле; эксперт однозначно связывает это с влиянием пандемии. *«Уменьшение количества тестирований на графике четко коррелирует с пиком ковида. Именно в период локдауна, в этот пик ковида люди вообще старались не выходить из дома, поэтому снижение объема тестирования связывается именно с ситуацией с COVID-19».* *«У нас были большие планы по выявлению на 2020 год – порядка 1500 случаев, а выявили всего 1084 случаев».*

Согласно данным эксперта, в Республике Таджикистан НПО в основном тестируют ключевые группы населения с использованием тестов по выявлению ВИЧ в околодесенной жидкости. Оральные тесты на ВИЧ-инфекцию закупаются как за счет ГФ, так и при финансовой поддержке других международных организаций (например, в 2020 г. 20 тыс. оральных тестов поставили организациям USAID и ICAP). До недавнего времени НПО выполняли тестирование на ВИЧ-инфекцию клиентов с помощью быстрых тестов по крови; однако такое тестирование осуществлялось всего в трех НПО, на базе которых были оборудованы пункты по забору капиллярной крови в соответствии с требованиями Минздрава.

Широкое внедрение оральных тестов на ВИЧ позволило проводить тестирование на базе всех НПО и таким образом увеличить охват КГ тестированием. Согласно протоколам, сотрудники НПО проводят до- и послетестовое консультирование, и в случае выявления клиента с позитивным результатом тестирования на ВИЧ сопровождают его в Центр СПИДа для конфиденциального обследования: выполняется тестирование на ВИЧ и ряд других необходимых исследований на основании утвержденного алгоритма тестирования ВИЧ-инфекции в стране.

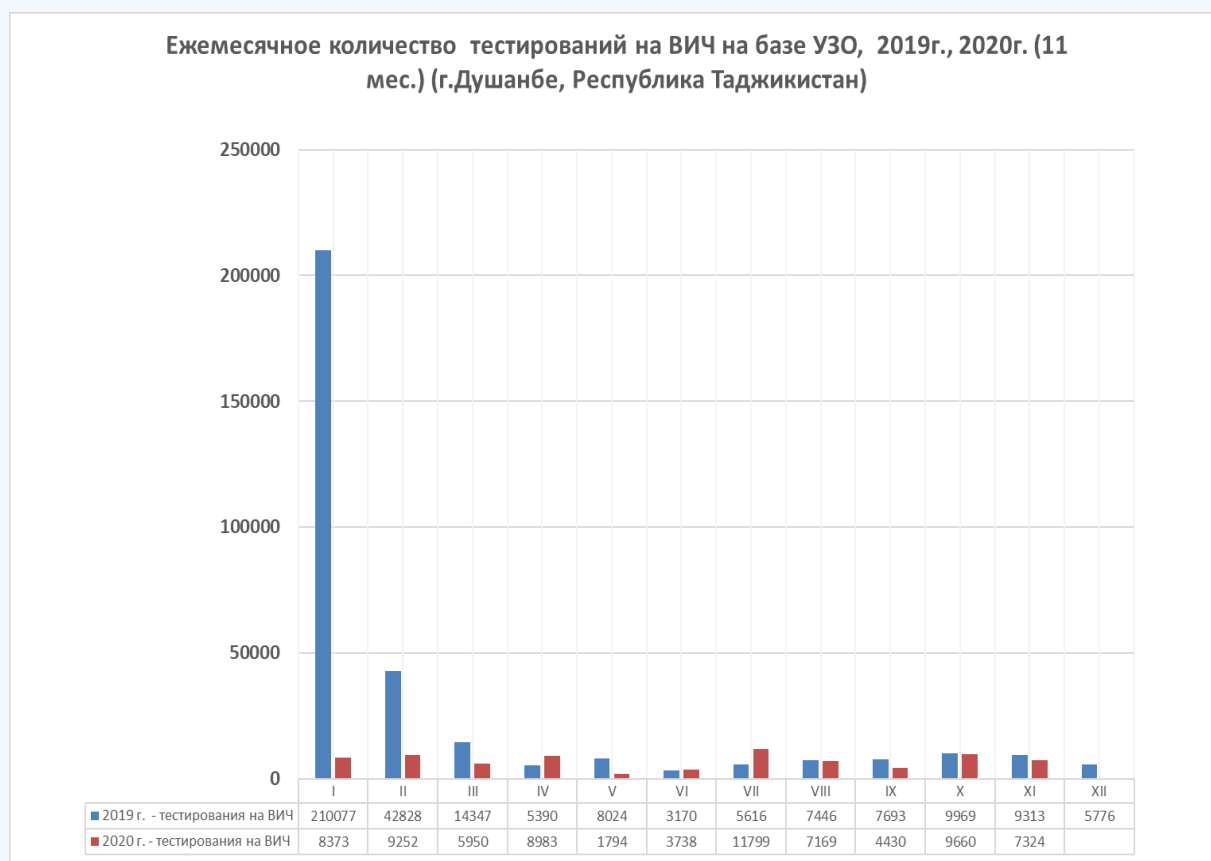
Подтверждение наличия ВИЧ-инфекции выполняется методом ИФА; в 2019 году был утвержден новый алгоритм, согласно которому диагноз ВИЧ-инфекции подтверждается на основании трех тестирований: это может быть один экспресс-тест и два ИФА либо три ИФА, – в зависимости от того, где человек проходит обследование. В учреждениях здравоохранения для диагностики ВИЧ-инфекции используются как экспресс-тесты, так и обследования методом ИФА. В стране около 400 учреждений, где любой желающий может пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, а диагностику методом ИФА можно пройти в 42 УЗО (подразделениях Центров СПИДа).

При выявлении каждого лабораторно подтверждённого случая ВИЧ-инфекции лаборатории, в которых было выявлено инфицирование ВИЧ, должны направлять сообщение в районные и городские Центры СПИДа.[53] Регистрация и учет ВИЧ-инфицированного пациента производятся в Центре СПИДа. *«Мы используем единую т.н. «Систему электронного слежения за случаем ВИЧ-инфекции».* *Эта система разработана при поддержке ICAP Колумбийского университета в 2011 году и используется в ряде стран Центральной Азии: в Таджикистане, Казахстане, Кыргызстане. Эта система очень удобна как для формирования отчетности, так*

и для наблюдения за пациентами (пример: время выдачи АРТ, плановое проведение лабораторных исследований и др.)».

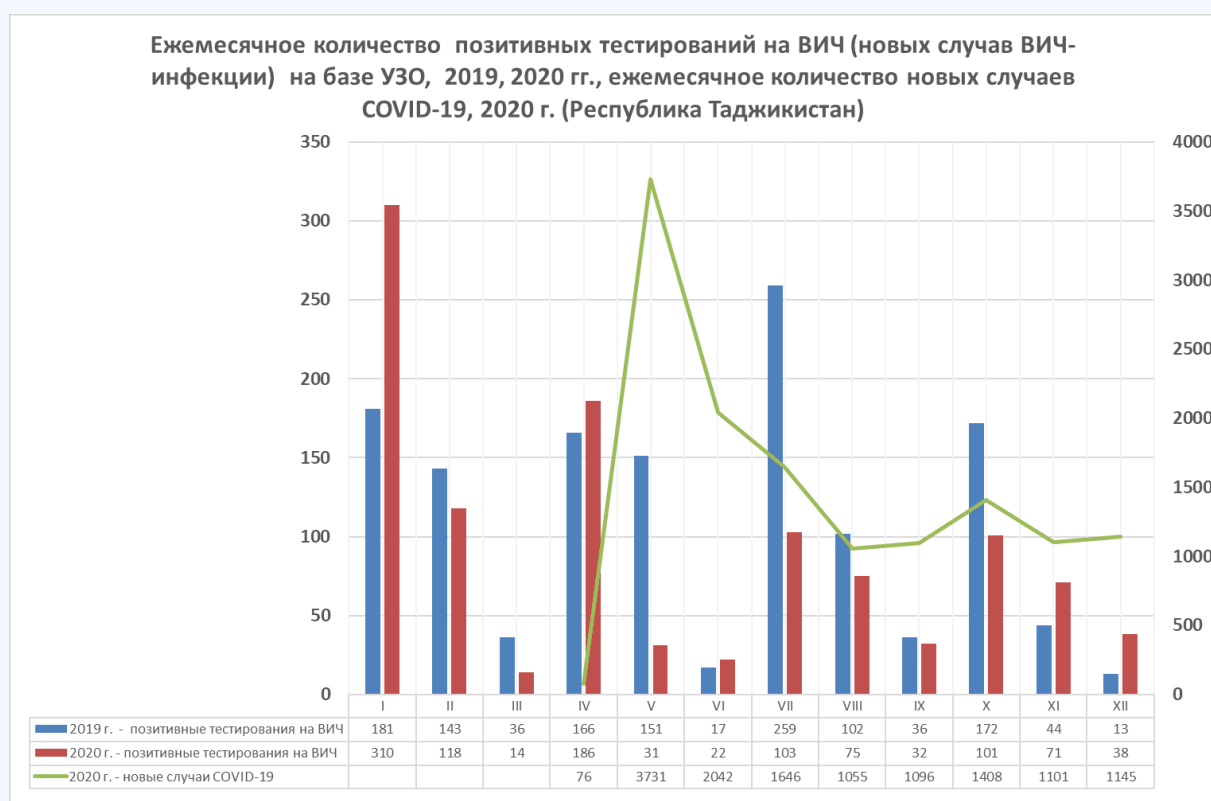
В г. Душанбе в первые 11 месяцев 2020 года, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, также уменьшилось **среднемесячное количество тестирований на базе УЗО** (Рисунок 74)(-17,0%) с максимальным снижением в январе (-96,0%), феврале (-78,4%), марте (-58,5%), мае (-77,6%) и сентябре (-42,4%)(Дополнительная таблица 10. Город Душанбе). На этом фоне в ряде месяцев 2020 года, наоборот, отмечалось увеличение числа тестирований – например, в апреле (+66,7%) и июле (+110,1%). Непропорционально большое количество тестирований в январе (210077) и феврале (42828) 2019 года объясняется тем, что в данный период времени приказом МЗСЗН РТ было проведено тестирование на ВИЧ среди детей школьного возраста.

Рисунок 74



Ежемесячное количество выявленных ЛЖВ (Рисунок 75) в Республике Таджикистан в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, в среднем уменьшилось на 11,2%.

Рисунок 75



В январе 2020 года, в период, предшествующий началу регистрации случаев COVID-19, было выявлено почти вдвое больше новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2019 году. По словам эксперта, это объясняется тем, что, согласно существующим нормам, Минздравоохранения требует предоставить годовую статистику до 15–20 декабря. Таким образом, если пациент имел положительный результат тестирования на ВИЧ, например, после 20 декабря, он попадает уже в статистику января следующего года.

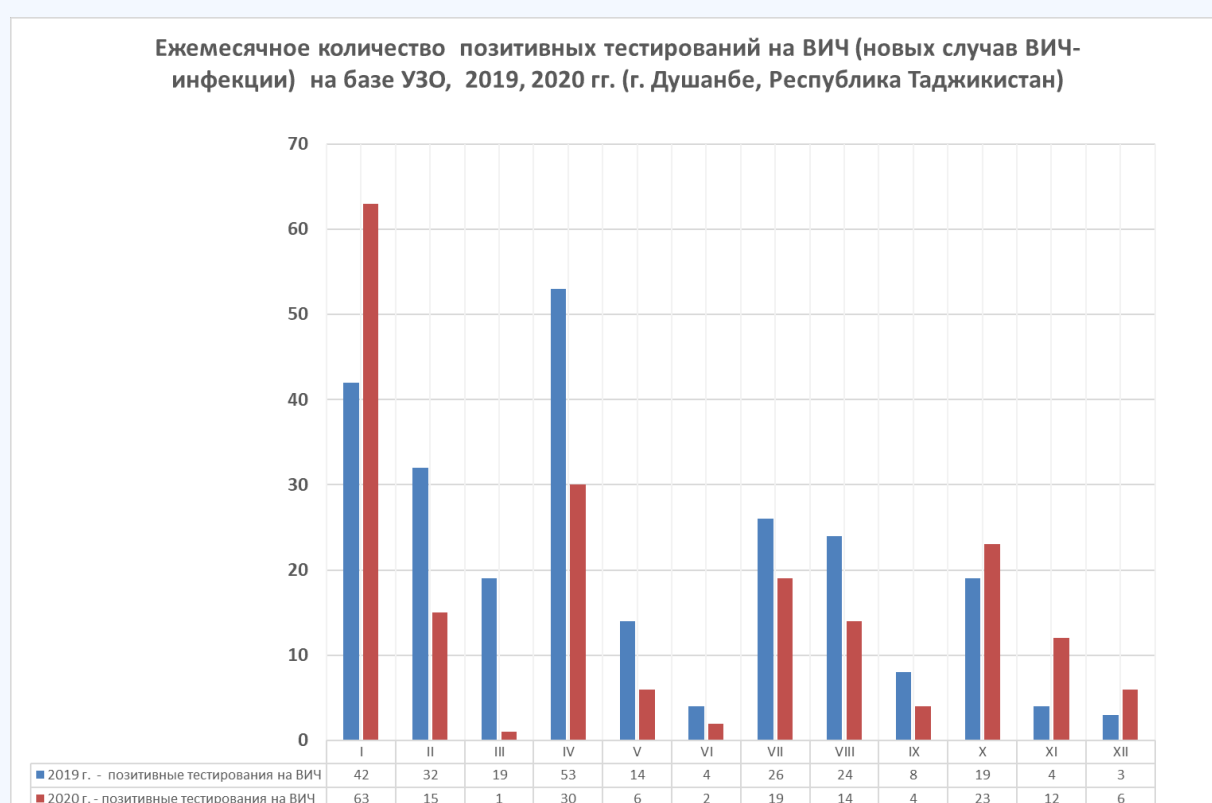
Кроме этого, ЛЖВ подлежит статистическому учету как новый случай ВИЧ-инфекции, если пациент после подтверждения диагноза своевременно обращается в Центр СПИДа и эпидемиологи получают от него необходимую информацию для проведения эпидемиологического расследования. «Статистика предоставляется не ежемесячно, а ежеквартально. И если в квартале, например, выявили 240 новых случаев ВИЧ-инфекции, но на конец квартала только на 200 из них была составлена эпидемиологическая карта и начато эидрасследование, эти люди попадут в отчетность за квартал нынешнего года, а остальные 40 случаев будут уже зарегистрированы в последующих кварталах (после их нахождения или самообращения), что влияет на статистику. Иногда пациенты сдают анализы и после получения предварительных результатов покидают страну и могут долго не обращаться в Центр СПИДа».

По словам эксперта, расследованию путей инфицирования уделяется большое внимание. Уже при дотестовом консультировании в Центре СПИДа медработники определяют риски со слов самого пациента, а если человек не сообщает о рисках, то дальше с ним в этом направлении работает врач-эпидемиолог. «Однако если пациент был диагностирован в УЗО, которое не относится к службе СПИДа, где нельзя гарантировать качественное проведение дотестового консультирования, и расследованию путей передачи может не

уделяться достаточного внимания, то специалистам Центра СПИДа нужно найти и опросить этого человека, и это может затягивать процесс эпидрасследования и, соответственно, назначение АРТ». По словам эксперта, «на уровне НПО качество консультирования также может страдать, поэтому мы по каждому новому случаю ВИЧ-инфекции уточняем пути передачи, даже если этот человек зарегистрирован, например, как наркопотребитель».

В г. Душанбе в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, **ежемесячное количество выявленных ЛЖВ** (Рисунок 76) уменьшилось в среднем на 13,3%. Однако на протяжении ряда месяцев отмечалось увеличение количества выявленных ЛЖВ: январь (+50,0%), октябрь (+21,1%), ноябрь (+200,0%) и декабрь (+100,0%).

Рисунок 76

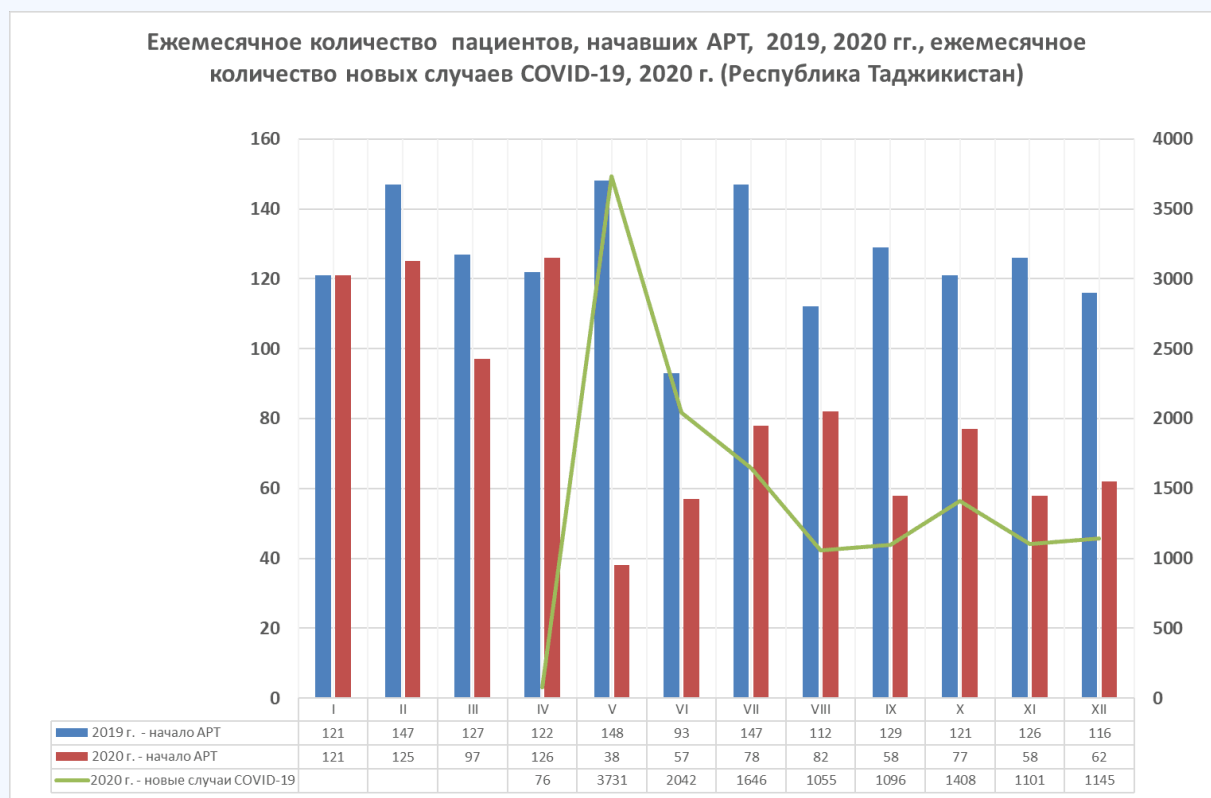


Подробные данные о количестве ЛЖВ, состоящих на учете, не предоставлены.

На конец 2019 года количество ЛЖВ на диспансерном учете составляло 7594 пациента, а в 2020 году данный показатель составил 8496 человек.

В 2020 году **каждый месяц АРТ начинали** (Рисунок 77) в среднем на 33,4% меньше пациентов, чем в 2019 году. Особенно заметно это было в мае (-74,3%), июле (-46,9%), сентябре (-55,0%), ноябре (-54,0%) и декабре (-46,6%) 2020 года.

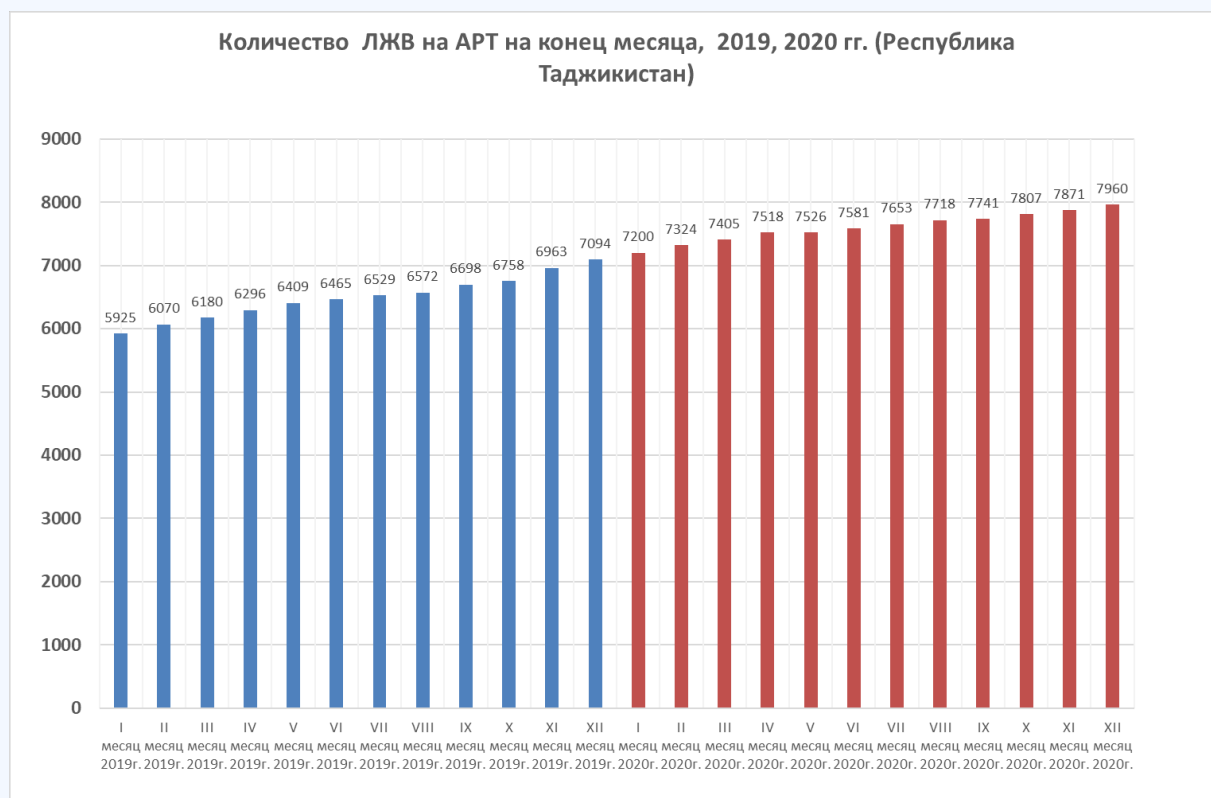
Рисунок 77



Эксперт обратил внимание на то, что, помимо взятия на АРТ впервые выявленных пациентов, проводится также активная работа по поиску утерянных из-под наблюдения пациентов, и в этом ощутимую помощь оказывают сотрудники НПО. В 2020 году не удалось выявить достаточного количества утерянных из-под наблюдения пациентов, что и объясняет существенное снижение этого показателя по сравнению с 2019 годом. По словам эксперта, «в конце 2019 года подсчитали, что если в год выявлять хотя бы 1500 новых случаев и добавлять к ним хотя бы 200 потерянных пациентов, то мы сможем охватывать лечением приблизительно 1700 ЛЖВ ежегодно. Однако на наши планы повлияла пандемия COVID-19: врачи ограниченно тестировали, НПО работали удаленно. Другого объяснения и других проблем не было».

При этом в 2020 году сохранилась позитивная нарастающая динамика кумулятивного количества пациентов на АРТ (Рисунок 78).

Рисунок 78



Позитивная динамика кумулятивного количества пациентов на АРТ обеспечивается, по мнению эксперта, благодаря тому, что медицинские работники прилагают максимальные усилия к тому, чтобы пациенты не прерывали лечение, поскольку впоследствии очень трудно найти таких «потерянных» пациентов и вновь привлечь их к лечению. *«Поэтому врачи, медсестры, а также сотрудники НПО, в которых по стране более 100 человек и только более 20 равных консультантов на базе Центров СПИДа, работали в связке – звонили пациентам, поддерживали с ними связь, чтобы обеспечить их высокое удержание на АРТ».* Такая модель успешного взаимодействия НПО и УЗО может рассматриваться в качестве успешной практики, которую можно рекомендовать для более широкого внедрения как в чрезвычайных условиях (например, во время пандемии), так и в рутинной практике предоставления ВИЧ-услуг.

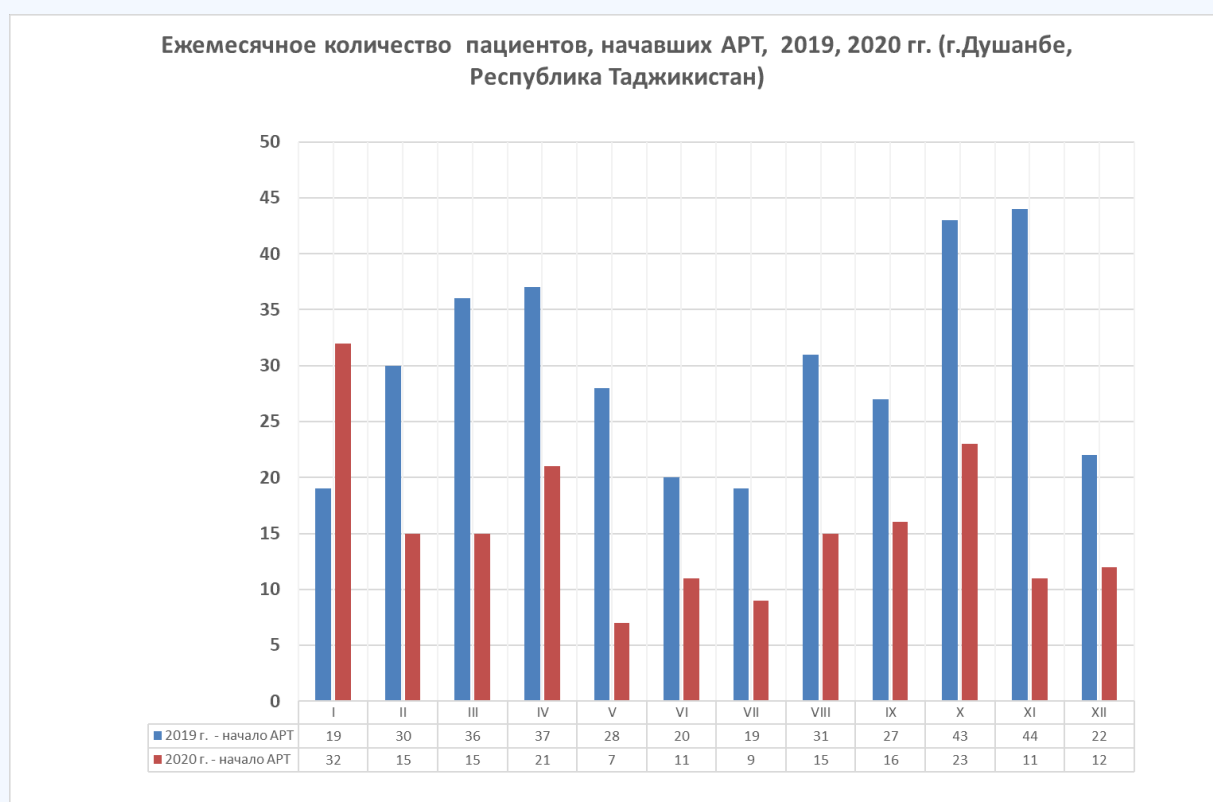
Кроме того, в этот период пациентам на АРТ выдавали препараты на более продолжительный срок – на период 3–6 месяцев, «чтобы люди максимально не выходили из дома». Благодаря такому подходу пациентам приходилось реже посещать сайты АРТ для получения АРВ-препаратов. Кроме того, *«НПО очень помогли – они предоставляли транспорт, и тем пациентам, кто не мог добраться и получить АРТ на сайте, обеспечивали доставку препаратов на дом».*

Одной из проблем с удержанием на АРТ, по мнению экспертов, является миграция ВИЧ-позитивных пациентов. Ее влияние удалось уменьшить благодаря тому, что на территории РФ, где в основном работают мигранты из Таджикистана, *«до сентября 2020 года нашим пациентам выдавали АРВ-препараты абсолютно бесплатно. Однако начиная с сентября в некоторых регионах РФ уже не было такой возможности».* В то же время специалисты на местах поддерживали связь с пациентами, чтобы знать их ситуацию с АРВ-препаратами, и рекомендовали при необходимости приобретать их

в аптечной сети (в РФ АРВ-препараты продаются в аптечной сети). Некоторые организации (например, Фонд Ага Хана) в РФ помогали пациентам из Таджикистана бесплатно пройти запланированные обследования – например, на CD4 и вирусную нагрузку. «А в ноябре–декабре 2020 года мы уже смогли ряду пациентов, находившихся в РФ, отправить АРТ по почте. Доставку препаратов оплачивал пациент, но это в любом случае было дешевле, чем покупать препараты самостоятельно в аптеке».

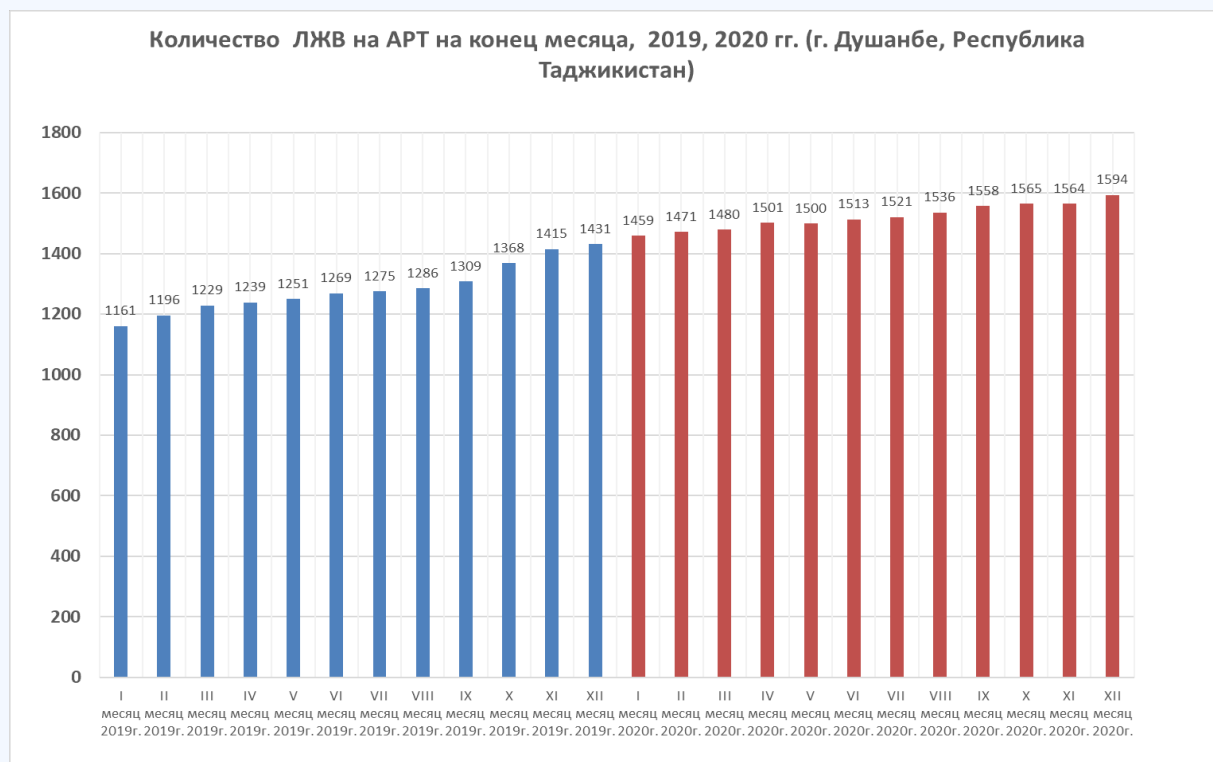
В г. Душанбе **ежемесячное количество пациентов, впервые начавших АРТ** в 2020 году, было в среднем на 42,7% меньше, чем в 2019 году (Рисунок 79). Недобор на АРТ отмечался на протяжении всех месяцев 2020 года, кроме января (+68,4 по сравнению с январем 2019 года).

Рисунок 79



Однако в 2020 году, кроме мая и ноября, сохранялась позитивная динамика кумулятивного числа ЛЖВ на АРТ (Рисунок 80).

Рисунок 80



Ежемесячное количество умерших ЛЖВ (Рисунок 81) в Республике Таджикистан в 2020 году, по сравнению с 2019 годом, уменьшилось в среднем на 8,7%. По сравнению с 2019 годом количество умерших уменьшилось в каждом месяце 2020 года, кроме января (+33,3%), марта (+24,0%) и мая (+4,2%).

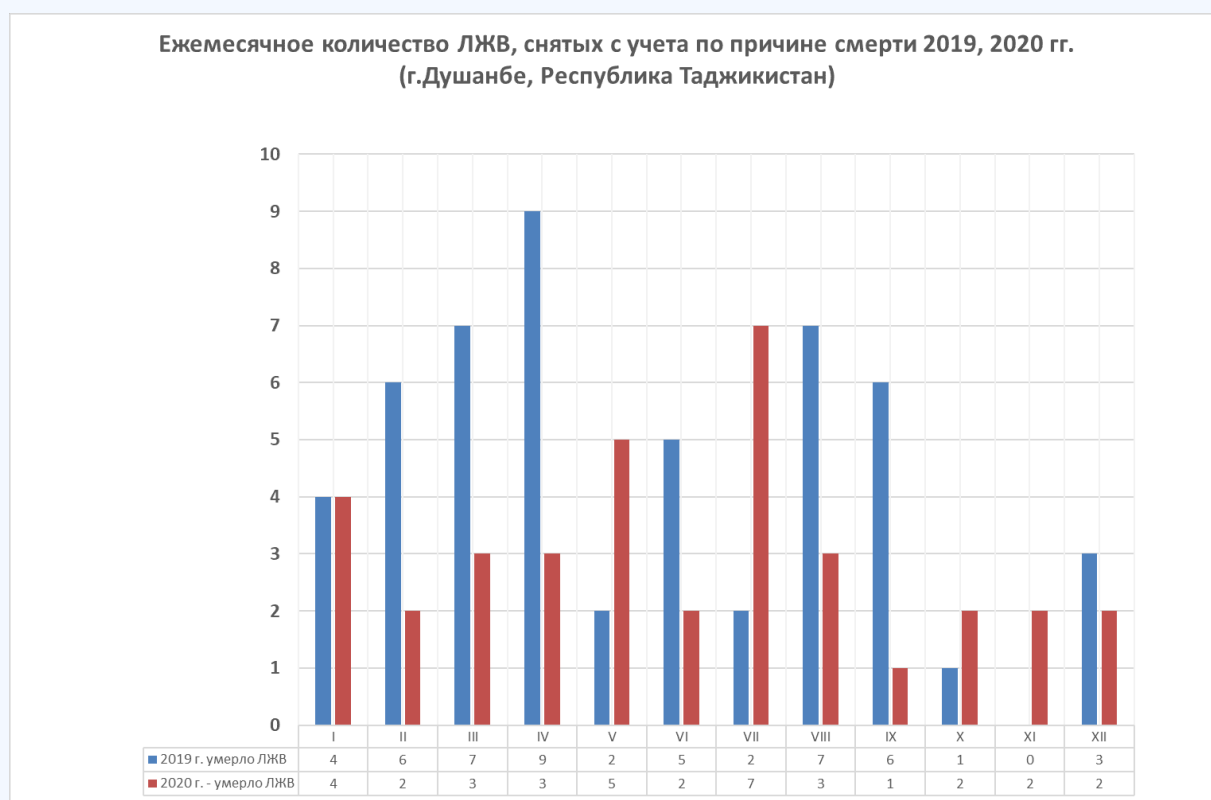
Рисунок 81



По словам эксперта, «проблема «недорегистрации» возможна – это может касаться ЛЖВ, которые не находятся на диспансерном учете, которые никогда не получали АРТ, или те, кто прервал АРТ и впоследствии умер». Другая важная проблема состоит в поздней диагностике – «примерно около 29% новых случаев ВИЧ-инфекции выявляется при показателях СД4 ниже 200 клеток/мкл». При этом, по словам эксперта, в 2020 г. наблюдался ограниченный доступ к обследованию уровня CD4 из-за отсутствия тестов.

На протяжении 2019 и 2020 годов **ежемесячное количество умерших ЛЖВ** в г. Душанбе (Рисунок 82) не превышало 10.

Рисунок 82



Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

По утверждению эксперта, можно отметить определенный прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции: «показатели в целом неплохие даже на фоне COVID-19, особенно по удержанию в лечении». В 2019 году в стране удалось охватить лечением больше ЛЖВ благодаря тому, что в мае 2019 года был пересмотрен алгоритм тестирования и клинический протокол по лечению ВИЧ-инфекции: стали широко использовать режимы АРТ на основе ингибиторов интегразы. Кроме этого, эксперт отметил хорошее трехстороннее взаимодействие государственных структур с НПО и международными организациями, которые поддерживали обучение медицинского персонала и осуществляли мониторинговые визиты, ставшие невозможными в 2020 году, когда все взаимодействие происходило дистанционно.

По мнению эксперта, в 2020 году утверждение на уровне МЗСЗН РТ нового методического руководства «Эпидемиологическое расследование случаев ВИЧ-инфекции и проведение

противоэпидемиологических мероприятий» повлияло на то, что специалисты стали более качественно проводить послетестовое консультирование. *«Всегда легче привлечь к эпидрасследованию, к диспансеризации и лечению человека, который получил во время консультирования больше информации и больше доверяет врачу. Это все положительно повлияло на программные индикаторы по раннему охвату АРТ».*

Роль национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Предыдущая Национальная программа по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции действовала на период 2017–2020 гг. На данный момент подготовлена новая 5-летняя Национальная программа по противодействию ВИЧ/СПИД на 2021–2025 гг., которая находится на этапе финального утверждения. В Национальной программе указаны основные стратегические направления деятельности в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. В течение трех месяцев после утверждения Программы на уровне правительства будет подготовлен 5-летний план ее реализации с указанием индикаторов и источников финансирования. *«Основные индикаторы в новой программе – это охват тестированием на ВИЧ-инфекцию, особенно среди уязвимых групп, проведение профилактических мероприятий среди уязвимых групп, охват АРТ, профилактика и лечение ко-инфекции ВИЧ-ТБ, снижение смертности и снижение вертикальной трансмиссии».*

Параллельно с Национальной программой была подготовлена страновая заявка в ГФ на период 2021–2023 гг. Эксперт отметил, что новым в этой заявке стало то, что *«сумма финансирования уменьшилась, но объем работы увеличился».* По словам эксперта, больше внимания в новой страновой заявке было уделено профилактике среди ключевых групп населения и охвату ЛЖВ лечением.

Выполнение индикаторов Национальной программы контролирует Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом, однако есть ряд индикаторов, достижение которых зависит и от других служб, например, совместный со службой по репродуктивному здоровью индикатор по снижению вертикальной трансмиссии или совместный со службой туберкулеза индикатор по охвату тестированием на ВИЧ пациентов с диагнозом туберкулеза, по охвату АРТ пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ и др. Страновая команда в начале 2020 года начала готовить разработку новой Национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИДу на период 2021–2025 гг. В разработке новой Национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИДа на период 2021–2025 гг., по данным интервью, принимали участие как международные, так и национальные эксперты. Учитывалось также мнение представителей гражданского общества.

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Позитивным моментом является то, что все запланированное бюджетами по линии ГФ и государства финансирование программ ВИЧ было получено, и перераспределения средств в связи с COVID-19 не было и не планируется. Негативным моментом,

по мнению эксперта, явилось то, что стране не удалось получить и использовать дополнительное финансирование, выделенное ГФ в 2019 году и предназначенное «для обучения специалистов и закупки аппаратов для определения резистентности к антиретровирусным препаратам».

Программные активности по профилактике ВИЧ-инфекции в уязвимых группах и по лечению ЛЖВ в стране продолжают финансироваться страновым грантом ГФ. Однако известно, что в течение ближайших трех лет ГФ планирует подготовку специалистов национального уровня по переходу грантовой заявки на государственную реализацию. По мнению эксперта, речь идет о частичном переходе на государственное финансирование, поскольку «страна через три года не будет готова взять все эти программные расходы на себя». На сегодняшний день в Республике из государственного бюджета финансируется тестирование беременных и доноров, тестирование новобрачных, оплата труда медицинских работников, а также закупка молочных смесей для детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, и выплата социального пособия ВИЧ-позитивным детям до 16-летнего возраста.

Роль национальной программы и планов по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

По мнению эксперта, для обеспечения устойчивости программ ППЛВ прежде всего необходимо обеспечить качественное обучение кадрового потенциала службы СПИДа: *«В стране происходит утечка квалифицированных кадров, в то же время постоянно появляются новые рекомендации, новые подходы к профилактике и лечению, которым нужно обучать персонал».*

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 6)

1. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО по Республике в среднем снизилось на 18,6%. В г. Душанбе значение этого показателя снизилось на 17,0%.
2. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ, по Республике снизилось на 33,4%, а в г. Душанбе – на 42,7%.

Выводы

1. Несмотря на введенный в августе 2020 года 4-месячный карантин, на данный момент на высоком государственном уровне пандемия COVID-19 в Таджикистане не определяется как проблема общественного здоровья, поскольку заболеваемость COVID-19 находится на низком уровне. Однако существуют доказательства, в том числе и в рамках этого отчета, что пандемия

COVID-19 в Таджикистане является объективной реальностью и оказывает заметное влияние на здоровье населения и функционирование системы здравоохранения, в том числе и на предоставление ВИЧ-услуг. [54–56]

2. Статистические данные по тестированию на ВИЧ на базе НПО предоставлены не были, что усложняет оценку ситуации с предоставлением услуг ВИЧ в стране. Однако анализ данных глубинных интервью показал, что уровень тестирования на ВИЧ на базе НПО был существенно ниже показателей за аналогичный период 2019 года. Также была получена информация о том, что ситуацию усложняют значительные регуляторные барьеры для предоставления ВИЧ-услуг на базе НПО в виде требований к оборудованию пунктов для забора крови. Однако на данный момент существуют практики гибкого взаимодействия НПО и УЗО с использованием альтернативных методик тестирования, а также широкая сеть пунктов предоставления данной услуги, которые, при условии продолжения международной технической и финансовой поддержки, могут компенсировать низкий уровень тестирования на ВИЧ в государственном секторе.
3. Ограничительные меры в значительной степени повлияли на уровень тестирования на ВИЧ в Таджикистане на базе УЗО как на национальном, так и на местном уровне в г. Душанбе. Основной причиной снижения этого показателя, по всей видимости, стало снижение спроса на эту услугу из-за ограничительных мер, в первую очередь коснувшихся передвижения граждан и посещения УЗО.
4. Качество консультирования в связи с тестированием на ВИЧ в УЗО и НПО не гарантировано. Последствием этого может быть несвоевременная обращаемость новых пациентов в Центр СПИДа, что может служить критическим барьером для своевременной постановки на учет, проведения эпидрасследования и получения АРТ.
5. Количество пациентов, начавших АРТ в 2020 году, было существенно снижено из-за введения ограничительных мер, что выглядит закономерно на фоне снижения тестирования и регистрации по той же причине. Однако темпы постановки на учет и набора на АРТ не восстановились после окончания локдауна как по Республике в целом, так и в г. Душанбе.
6. В системе ВИЧ-услуг в период ограничительных мер были внедрены модели дистанционного консультирования для пациентов, получающих АРТ. Таким образом удалось снизить количество визитов в УЗО, что можно считать своевременной и успешной практикой для удержания пациентов в поле зрения провайдеров медицинских услуг в контексте пандемии.
7. Несмотря на влияние пандемии и существенное снижение новых назначений АРТ, стране удалось обеспечить невысокий, но устойчивый рост количества пациентов на АРТ в первую очередь за счет успешного удержания в лечении. Была обеспечена выдача АРВ-препаратов на более длительный период, а также доставка их на дом для тех, кто не мог посещать клинику для получения препаратов.
8. Определить роль и влияние реализации Национальной программы по противодействию ВИЧ/СПИДу на период 2017–2020 гг. на уровень предоставления ВИЧ-услуг на данном этапе затруднительно, поскольку на

момент подготовки данного отчета еще не была завершена ее оценка. Однако опыт и результаты внедрения такой программы в условиях ограничительных мер могут послужить дорожной картой для разработки антикризисных моделей предоставления ВИЧ-услуг в будущем.

9. По мнению эксперта, текучесть кадрового потенциала может повлиять на предоставление ВИЧ-услуг в целом, на потребность в дополнительном обучении, дополнительных финансовых затратах и пр. В Центрах СПИДа также отмечается смена кадров, одной из причин которой является хроническое недофинансирование отрасли (низкие зарплаты, субоптимальные условия труда и пр.). Такое положение можно отнести к факторам риска нарушения функционирования системы предоставления ВИЧ-услуг, особенно в условиях внезапно возникающих биологических угроз.

Рекомендации

1. Изучить проблематику, разработать и внедрить адвокационные программы и программы технической поддержки, направленные на оптимизацию и обеспечение устойчивого функционирования уже сложившейся успешной модели совместного предоставления услуг тестирования на ВИЧ на базе НПО и УЗО как в условиях чрезвычайных ситуаций, так и в рутинной практике. Предусмотреть поддержку подобных моделей предоставления ВИЧ-услуг в плане перехода от донорского на государственное финансирование в формате социального заказа.
2. Единая электронная система учета ЛЖВ, внедренная в рамках международной финансовой и технической поддержки, а также активное участие ГФ в предоставлении материальной базы для оптимизации услуг по тестированию на ВИЧ являются примером успешного взаимодействия заинтересованных сторон, что сыграло значительную вспомогательную роль в обеспечении непрерывности услуг во время кризиса, связанного с пандемией COVID-19. В связи с этим эксперты рекомендуют продолжать и укреплять международное сотрудничество для предоставления качественных ВИЧ-услуг на всех этапах каскада профилактики и лечения ВИЧ-инфекции до полного перехода на государственное финансирование. Также важно предусмотреть и разработать сценарии совместного с международными донорами оперативного реагирования на чрезвычайные ситуации в финансово-экономическом секторе, ставящие под угрозу непрерывность предоставления ВИЧ-услуг.
3. Обеспечить предоставление качественных услуг дотестового и послетестового консультирования, проводимых на базе УЗО и НПО, как фактора, способствующего своевременной регистрации пациента и назначению АРТ.
4. Изучить причины того, что темпы постановки на учет и начала лечения остались сниженными после окончания ограничительных мер и стабилизации

эпидситуации. Разработать комплекс мер по обеспечению непрерывности данных услуг.

5. Заблаговременно рассчитать и провести планирование переходного процесса финансирования ВИЧ-услуг от ГФ к государственному финансированию. Принимая во внимание новый контекст пандемии COVID-19, предусмотреть пакет антикризисных мер по обеспечению непрерывности предоставления тестирования и лечения ВИЧ, а также обеспечить необходимый уровень социальной защиты для наиболее уязвимых групп населения.
6. Пересмотреть кадровую политику в отношении персонала УЗО, предоставляющего ВИЧ-услуги. Разработать и внедрить адекватные меры профилактики частой смены медицинского и вспомогательного персонала. Внедрить методики срочного обучения на местах для обеспечения непрерывности предоставления качественных и своевременных услуг, в частности, в условиях ограничительных мер, связанных с биологическими угрозами.

Российская Федерация¹

В 2019 г. в Российской Федерации проживало почти 146 млн человек (Таблица 1).[38] На учете в связи с ВИЧ-инфекцией состояло 776868 инфицированных ВИЧ россиян (70,5% от числа живущих с диагнозом ВИЧ-инфекция в этот период).[57] АРТ получало 534990 пациентов, у 408088 пациентов была достигнута неопределяемая вирусная нагрузка.

Первые случаи заболевания COVID-19 были зарегистрированы в январе 2020 года – двое заболевших.[41] В феврале не было зарегистрировано ни одного случая заболевания. В марте, апреле и мае отмечалось резкое увеличение числа заболевших: 1532, 133153 и 271156 соответственно. На протяжении последующих четырех месяцев отмечалось снижение заболеваемости: июнь – 228594, июль – 216433, август – 139456, сентябрь – 161112, тогда как в последнем квартале 2020 года регистрация новых случаев заболеваний достигла своего максимума: 485343, 632535 и 990822 в октябре, ноябре и декабре соответственно. Всего за 2020 год было зарегистрировано 3260138 случаев заболевания. Показатели смертности от COVID-19 в 2020 году, так же, как и заболеваемости, имели максимальные значения в октябре, ноябре и декабре: 7911, 11292 и 19461 соответственно. На протяжении года всего было зарегистрировано 58988 случаев смерти от COVID-19. С марта по май 2020 года, в течение двух месяцев, в стране действовал строгий локдаун: люди не могли покинуть свои дома и квартиры без специальных разрешений, нельзя было уходить дальше чем на километр от места регистрации, полиция проверяла документы на улицах. Но при этом общественный транспорт функционировал, метро не закрывали.

Были предоставлены **ограниченные данные, касающиеся тестирования на ВИЧ на базе НПО** (Дополнительная таблица 11. Российская Федерация). Так, в Челябинской области в 2019 году на базе трех НПО было проведено 18367 тестирований на ВИЧ, а в 2020 году – 10057 (–45,2%). Количество позитивных результатов уменьшилось только на 10,5%: с 977 до 874.

Ограниченные данные по отдельным областям Российской Федерации представлены в дополнительных таблицах 12–16.

Дополнительная таблица 12. Город Санкт-Петербург

Дополнительная таблица 13. Калининградская область

Дополнительная таблица 14. Новосибирская область

Дополнительная таблица 15. Свердловская область

¹ Полные статистические данные в разрезе основных количественных показателей в РФ исследовательской командой получены не были по причине отказа соответствующих ведомств. Объем и формат данных, к которым исследователям удалось получить доступ, не позволили рассчитать динамику значений основных показателей в РФ.

Дополнительная таблица 16. Челябинская область

По мнению специалистов, в государственных программах, в том числе региональных, обозначены достаточно высокие значения индикаторов по тестированию, однако не совсем понятно, каковы предпосылки для наращивания объемов тестирования на базе НПО, в котором в основном тестируются представители ключевых групп. Ситуация с тестированием в НПО в период пандемии несколько изменилась в худшую сторону, особенно что касается тестирования на базе низкопороговых центров, куда в период локдауна клиенты просто не имели возможности добраться. В то же время эксперт считает, что, планируя свои активности, «НПО исходили не из потребности выполнять индикаторы по тестированию, а из запроса целевых групп», поскольку в период локдауна запрос на тестирование снизился. Некоторым НПО, по словам экспертов, потребовалось время, чтобы приспособиться к изменившимся условиям и найти способы оказывать услуги целевым группам. Это было усложнено карантинными ограничениями – например, в период строгого 2-месячного локдауна соцработникам требовалась справка, заверенная в мэрии, что как соцработнику этому человеку разрешен выезд на маршрут.

Поскольку клиенты меньше стали обращаться в стационарные пункты тестирования, НПО начали больше использовать новые методики – аутрич-работа, отправка тестов для тестирования околодесенной жидкости на ВИЧ по почте. Отрицательным моментом здесь является отсутствие обратной связи при получении тестов по почте и самотестировании, поэтому все НПО придерживаются стратегии – приложить максимум усилий для получения обратной связи, и, согласно их отчетам, они получают информацию о результатах тестирования от клиентов в 99% случаев.

По словам экспертов, при тестировании в НПО используются дорогостоящие тесты для околодесенной жидкости, которые закупались в рамках гранта ГФ. Эти тесты доступны для тестирования всех ключевых групп. Чтобы проводить тесты с капиллярной кровью на своей базе, НПО необходимо получать специальную лицензию, поэтому наличие тестов для околодесенной жидкости позволяет преодолеть этот барьер.

Чтобы улучшить доступ к тестированию, в период локдауна НПО стали рассылать клиентам тесты на ВИЧ по околодесенной жидкости. Кроме того, в период до начала пандемии услуга рассылки по почте таких тестов уже начала практиковаться, однако была доступна лишь представителям групп МСМ и трансгендерных людей как наиболее «закрытых» КГ; в период пандемии возможность получить тесты на ВИЧ по почте получили представители всех ключевых групп, включая ЛУИН.

Во втором полугодии 2020 года, по словам одного из экспертов, НПО удалось с помощью активной работы нарастить объем тестирования. Клиенты стали посещать стационарные пункты, работа возобновилась. В то же время эксперт, представляющий региональную НПО, отметил, что снижение **количества позитивных результатов тестирования на ВИЧ** (например, отмеченное в 2020 г. снижение количества позитивных результатов тестирования на ВИЧ по Пермскому краю на 19,7%, а также представленные данные по Челябинской области по тестированию на базе НПО) обусловлено тем, что меньше стали тестировать ключевые группы населения, которые имеют наибольшее эпидемиологическое значение. *«Я думаю, что не эпидемия ВИЧ пошла на спад, а снизилась работа с уязвимыми группами, поэтому уменьшилось и выявление среди уязвимых групп».* По словам эксперта, некоторое уменьшение объема тестирования в НПО в 2020 году нельзя списывать только на COVID-19. *«Государство не поддерживало ряд технологий –*

аутрич-работу, кейс-менеджмент для подтверждения диагноза, и это уже не связано с пандемией. Я в своем регионе замечаю снижение работы с ключевыми группами».

Страновые данные, касающиеся тестирования и лечения ВИЧ-инфекции в УЗО, предоставлены не были. Из открытых источников известно, что в первом полугодии 2019 года было протестировано на ВИЧ 19684730 образцов крови граждан РФ, а за первые шесть месяцев 2020 года – 16595294 образцов (–15,7%). [58, 59] По словам экспертов, *«во время пандемии УЗО и лаборатории “работали на коронавирусе”*. Службу СПИДа переключили на COVID-19, поскольку в ней работают специалисты, которые умеют работать в условиях эпидемии». Это особенно сказалось на доступе пациентов на АРТ к тестированию для определения уровня CD4 и вирусной нагрузки.

Эксперты считают, что в 2020 году **объем тестирования в УЗО снизился**, и это снижение связано с тем, что до эпидемии значительную долю тестировавшихся в УЗО составляли люди, проходившие обязательное тестирование в связи с поступлением на стационарное лечение. Поскольку в период локдауна плановых госпитализаций не было, *«мы потеряли значительную часть таких пациентов»*. В то же время в 2020 году некоторые случаи ВИЧ-инфекции были выявлены именно благодаря тестированию на ВИЧ пациентов, поступавших в УЗО с коронавирусной инфекцией.

В целом, по мнению одного из экспертов, *«общее население охвачено тестированием на ВИЧ достаточно хорошо»*. Что же касается тестирования ключевых групп в УЗО, то, как правило, это происходит по необходимости – например, для получения справки, при госпитализации, в случае беременности или тестирования в наркологических диспансерах. В то же время, по словам второго специалиста, Центры СПИДа рапортуют о том, что тестируется много людей, но при этом тестируют «не тех». Например, практикуются так называемые «экспедиции», когда представители Минздрава ездят по регионам с мобильными амбулаториями и проводят кампании по тестированию на ВИЧ общего населения в возрасте от 17 до 80 лет. В то же время немногочисленные проекты по индексному тестированию в РФ (OCF CITI в Челябинске и Санкт-Петербурге) показали высокую эффективность по выявлению новых случаев ВИЧ-инфекции, и этот опыт необходимо принять во внимание.

За первые шесть месяцев 2019 года было **зарегистрировано 47971 случаев выявления ВИЧ-инфекции** в иммунном блоте (исключая ЛЖВ, выявленных анонимно, и иностранных граждан), а за аналогичный период 2020 года – на 20,5% меньше (38126 случаев). За первое полугодие 2019 года на диспансерном учете состояло 730113 инфицированных ВИЧ россиян, а в аналогичном периоде 2020 года – 754455 пациентов.

За период локдауна снизилась регистрация новых случаев: *«Меньше тестировали, меньше выявляли, меньше людей начинали лечение»*. Кроме того, снижение количества зарегистрированных подтвержденных случаев, по мнению экспертов, было связано еще и с тем, что в период локдауна люди физически не могли доехать до Центра СПИДа для подтверждающего обследования.

Эксперты описали процедуру подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции как длительную и трудновыполнимую для представителей ключевых групп. *«У нас целую неделю тратят на то, чтобы подтвердить человеку его диагноз ВИЧ-инфекции»*; кровь тестируют два раза методом ИФА и один раз иммунным блоттингом. Кроме того, *«подтверждающие тесты выполняются при наличии у человека документов и медицинского страхового*

полиса. Но если ВИЧ-позитивный человек выявлен в НПО и у него нет документов или полиса, он может «потеряться». Поэтому его все равно сопровождают в Центр СПИДа для сдачи анализов, и, пока выполняется серия подтверждающих исследований, он должен донести документы. Кроме паспорта и полиса, нужна еще регистрация по месту жительства, которой у многих людей из ключевых групп нет, и с этим НПО тоже приходится помогать клиентам».

ЛЖВ регистрируют в Центре СПИДа по кодам. «У нас двойная система кодов: во время консультирования при тестировании присваивается код тестирования, а уже потом, когда человек приходит к эпидемиологу для проведения эпидрасследования, ему присваивается новый код – т.н. код заражения, по которому уже собирается статистика. Эти два кода часто не совпадают». Например, из кодов заражения по ключевым группам «есть только коды ЛУИН и МСМ», но, например, отсутствует код заражения «секс работа». Есть такой код, как «наличие инфекций, передающихся половым путем» – медицинские работники должны задавать эти вопросы, но, по мнению эксперта, часто они этого не делают.

В первые шесть месяцев 2019 года **АРТ получало** 472 533 пациентов (первое полугодие 2020 года – 557556 пациентов). По словам экспертов, в период локдауна «УЗО и НПО скооперировались, чтобы своевременно доставлять АРВ-препараты тем пациентам, кто не мог приехать и получить их». Это стало основной задачей системы оказания ВИЧ-услуг в данный период. Кроме того, в период локдауна людям стали выдавать АРТ на больший срок – на 3–4 месяца. Однако если в городах удалось организовать доставку АРТ на дом пациентам, которые не могли сами добраться и получить их, то в отдаленных регионах ухудшился доступ к АРТ и в целом к ВИЧ-услугам. По словам экспертов, не везде на местах есть врачи-инфекционисты, консультировать пациентов помогает телемедицина.

Несмотря на все вышеизложенное, эксперты считают, что «незначительное снижение доступа к АРТ в 2020 году» в целом не повлияло на каскад лечения ВИЧ-инфекции. Эксперты констатировали, что в определенный период пандемии значительно снизился доступ пациентов на АРТ к обследованию на уровень CD4 и вирусной нагрузки, поскольку лабораторное оборудование использовалось для проведения обследований, связанных с COVID-19. Однако «сейчас уже этот доступ вернулся, и все исследования выполняются в прежних объемах».

Что касается начала АРТ, эксперты отметили, что клиентам НПО, которые стали на учет, получить препараты очень помогало сопровождение соцработника. «Всех сразу берем на лечение; таблетки есть в достаточном количестве». Однако, что касается количества людей на АРТ, эксперты утверждают, что с тех пор, как в РФ начали всем назначать АРТ независимо от уровня CD4, специалисты на местах столкнулись с тем, что «в первый год терапии достаточно много людей прерывают прием АРТ». Это может быть связано как с хорошим самочувствием пациентов с высоким уровнем CD4, в связи с чем они могут перестать принимать препараты, так и с недостаточным консультированием по вопросам приверженности и недостаточному мониторингу приема АРТ.

Количество умерших от всех причин ЛЖВ в первом полугодии 2019 и 2020 годов практически не отличалось: 14478 и 14439 соответственно.

Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

По словам одного из экспертов, определенный прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции достигнут. Прежде всего это касается доступа всех ЛЖВ к своевременному получению АРТ независимо от уровня CD4. Кроме того, «благодаря COVID-19» у Минздрава в 2020 году несколько изменилось отношение к НПО – удалось наладить взаимодействие по обеспечению людей АРТ. *«УЗО не готовы решать социальные проблемы пациентов, они решают проблемы исключительно медицинского характера. А поскольку люди с ВИЧ часто нуждаются в помощи с решением и тех, и других проблем, помощь НПО важна».*

Наконец, по мнению эксперта, важно, что в последние годы появились документы (методические рекомендации Роспотребнадзора) с описанием эффективных подходов к профилактике, в том числе с участием НПО. Несмотря на то, что этими документами в своей работе больше пользуются сами НПО, их наличие – это уже прогресс.

По мнению другого эксперта, все же *«прогресс есть больше на бумаге».* Например, в Стратегии по ВИЧ-инфекции уже упоминаются уязвимые группы, но на практике это не работает – работа по профилактике *«спущена на региональные бюджеты и региональные власти»*, которые придерживаются старых моделей – выявление новых случаев ВИЧ за счет тестирования общего населения.

Роль национальной программы по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

В 2020 г. была разработана новая Государственная стратегия, для реализации которой будут разрабатываться планы с индикаторами, в том числе индикаторами относительно ключевых групп. Предыдущая Стратегия была разработана на период 2016–2020 гг.

В Национальной программе по здравоохранению заложены основные показатели по ВИЧ-инфекции, в первую очередь по охвату тестированием и АРВ-терапией. При этом, по словам экспертов, *«никто не спрашивает, какие группы вы тестируете».* Например, охват тестированием увеличивается за счет тестирования общего населения, а если нужно увеличить охват тестированием на ВИЧ группы ЛУИН, то *«просто дадут команду наркодиспансерам и реабилитационным центрам – увеличьте план, и за счет этого увеличат статистику».*

Выполнение индикаторов по ВИЧ-инфекции контролирует правительство, а именно Минздрав. Исполнители, прописанные в программе, — это, как правило, региональные министерства и ведомства. При этом краевых или региональных программ нет, но есть межведомственные, которые регламентируют то, *«как будут взаимодействовать между собой Минсоцполитики и Минздрав в сфере профилактики ВИЧ-инфекции».*

Выполнение индикаторов оценивает на местном уровне главврач местного Центра СПИДа; информация по взятию на диспансерный учет и по количеству людей, начавших АРТ, стекается в региональные Центры СПИДа и в региональные министерства здравоохранения; затем эта информация аккумулируется и анализируется на федеральном уровне. *«Можно сказать, что за работу по ВИЧ в стране все же отвечает федеральное министерство здравоохранения, хотя есть определенный вклад и Роспотребнадзора,*

который в основном отвечает за мониторинг и оценку». Работают также региональные Минздравы. Кроме этого, Росстат в конце года изучает статистику за год и готовит справочники по различным заболеваниям.

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

Эксперты предоставили информацию, касающуюся главным образом финансирования проектов НПО. По словам одного из экспертов, *«на следующий год все довольно стабильно – о некоммерческих организациях помнит Президент, они занимают свою нишу. Причем каждый год примерно одни и те же суммы выделяются на программы по профилактике»*. При этом, по мнению эксперта, именно в период пандемии COVID у НПО появилась возможность получить дополнительную поддержку – например, организациям, поддерживающим уязвимые группы во время эпидемии, выделялись небольшие гранты из Фонда президентских грантов. Кроме президентских грантов, НПО могут получать субсидии либо финансирование из местных бюджетов – *«на уровне распоряжения губернатора о выделении финансирования тем или иным НПО»*. Кроме этого, с 2021 года из Фонда президентских грантов будет выделяться дополнительное финансирование на поддержку региональных инициатив. Если регион выделит определенную сумму на финансирование определенной деятельности, то такую же сумму добавит Фонд.

В то же время, по мнению другого эксперта, в целом по стране *«стало меньше зарубежного финансирования. ГФ раньше поддерживал проекты примерно в 30 регионах, а сейчас сократил их количество до пяти»*. При этом эксперт считает, что у НПО сегодня вообще нет четких перспектив – *«если при финансировании ГФ было понятно, что эта активность будет поддержана в течение трех лет, то сейчас ты выиграл тендер на один год, а что будет через год и будет ли вообще финансирование – непонятно»*.

В настоящее время идет процесс рассмотрения заявок по финансированию ГФ, в котором в качестве победителей будут выбраны представители трех регионов. При этом эксперты единодушно отмечали, что конкурсы на получение бюджетного финансирования в последнее время осложняются участием организаций и индивидуальных предпринимателей, которые не имеют опыта работы с ключевыми группами и в сфере ВИЧ в целом, но при этом выигрывают заявки благодаря низким ценам на свои услуги. Все это позволяет считать, что такой подход к финансированию вряд ли обеспечит улучшение программных показателей.

Как прокомментировал ситуацию с финансированием программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции один из экспертов, *«у нас давно так: ГФ затыкает самые проблемные дыры – например, финансирует программы снижения вреда, проведение дозорного эпиднадзора. А государство у нас продолжает поддерживать первичную профилактику – информирование и тестирование общего населения. Им так привычнее»*.

Общая динамика основных показателей

Оценка динамики основных показателей в Российской Федерации невозможна из-за наличия только ограниченных статистических данных (Дополнительная таблица 11. Российская Федерация).

Выводы

1. Доступ ко всем услугам НПО, особенно в первые две недели после введения ограничительных мер, существенно снизился, что прежде всего сказалось на снижении количества тестирований на ВИЧ. Как и в большинстве стран, охват тестированием снизился из-за резкого снижения количества плановых госпитализаций, визитов в клиники и медицинских процедур, предполагающих тестирование на ВИЧ.
2. Также существуют финансовые и административные барьеры для тестирования на базе НПО, что с большой вероятностью ограничивает доступ к этой услуге в рамках ограничительных мер даже при существенной донорской поддержке. Например, НПО не запретили работать с использованием тестов OraQuick, однако их закупка на данный момент невозможна из-за установленных правил.
3. В период карантина и ограничительных мер появилась благоприятная среда для оптимизации моделей предоставления ВИЧ-услуг в рамках совместной работы НПО и государственного сектора. Таким образом, у людей, принимающих решение в сфере здравоохранения, произошли изменения во взглядах и признание важной роли НПО в системе услуг по ВИЧ. Немаловажно то, что такая позиция уже подкреплена методическими рекомендациями на государственном уровне.

В условиях ограничительных мер НПО провели оптимизацию модели предоставления услуг тестирования, внедрив самотестирование на ВИЧ (с помощью тестов по околодесенной жидкости) с дистанционным мониторингом результатов. По всей видимости, данная модификация модели предоставления услуг имеет большой потенциал по расширению доступа к тестированию также и в условиях отсутствия каких-либо биологических угроз.

4. Снижение числа позитивных тестирований на ВИЧ на базе НПО в Пермском крае и в Челябинской области объясняется не только введением ограничительных мер, но и общим спадом активности в работе НПО с ключевыми группами. Такой спад объясняется уменьшением финансирования ряда программных компонентов по активному выявлению и сопровождению.
5. Снижение количества тестирований логично повлекло снижение количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ. Длительные и сложные процедуры регистрации нового случая служат дополнительным фактором низких показателей по постановке на диспансерный учет.
6. Как и в ряде других стран, лаборатории оказались не готовы к повышенной нагрузке в связи с пандемией, что повлияло на сроки проведения необходимых диагностических процедур, предшествующих назначению АРТ. Также был ограничен физический доступ к Центрам СПИДа и другим профильным клиникам, в результате чего доступ к АРТ как к услуге в целом снизился. Однако на данный момент, по словам экспертов, систему удалось сбалансировать и выйти на прежний показатель по лабораторному обслуживанию ЛЖВ.

7. В РФ проблему своевременной доставки АРВ-препаратов на дом пациентам решали с помощью сотрудничества между УЗО и НПО. 3–4-месячный запас препаратов доставлялся в первую очередь тем пациентам, кто не мог прибыть в клинику для получения медикаментов, что, безусловно, соответствует общим мировым рекомендациям. Однако подобная практика должна распространяться на всех пациентов в условиях ограничительных мер.
8. В стране наблюдается определенный дефицит медицинских кадров, в частности врачей-инфекционистов на местах. В условиях карантина, чтобы снизить количество визитов в клиники, врачи-инфекционисты проводили дистанционные консультации с пациентами. Такую практику, которая соответствует общим международным рекомендациям, эксперты назвали успешной в контексте РФ.
9. Главным достижением за последние два года является изменение правил назначения АРТ, когда АРВ-препараты получают все пациенты с ВИЧ вне зависимости от уровня CD4. Однако на показатели по удержанию на АРТ влияют местные подходы в учете пациентов. Например, в ряде регионов пациенты, которым была назначена АРТ, но которые при этом достаточно долго уже не принимают АРВ-препараты, все-таки продолжают числиться как «пациенты на АРТ».
10. В секторе НПО не производится сбор, накопление и анализ программных данных по покрытию ВИЧ-услугами в разрезе индикаторов с разбивкой на общую популяцию и на группы риска в достаточной для тщательной оценки и планирования мере. Аналогичным образом, при проведении этого исследования авторам отчета не удалось официально получить статистические данные по тестированию представителей КГ в УЗО. Однако в планы реализации Государственной стратегии на 2021–2025 годы будут внесены индикаторы по тестированию ключевых групп, что позволяет рассчитывать на наличие такой статистики в будущем. Актуальной остается проблема ограниченного доступа к подробной статистической информации в государственных базах данных.
11. Существует местная система финансирования НПО с использованием разнообразных механизмов. Такое финансирование можно назвать устойчивым, поскольку каждый год происходит формирование местных бюджетов с учетом программной деятельности НПО. Однако средства ежегодно выделяются местными властями в приблизительно одинаковом объеме, по всей видимости, без учета потребностей, и не предполагают увеличения охвата. Кроме того, конкурсы на получение бюджетного финансирования в последнее время осложняются участием организаций и частных предпринимателей, которые не имеют опыта работы с ключевыми группами и в сфере ВИЧ. Конкурсный механизм устроен так, что выигрывают заявки с самыми низкими ценами на услуги, что может сказываться на эффективности освоения бюджетных средств и качестве предоставляемых услуг.
12. В декабре 2020 года четыре неправительственных организации были внесены в «реестр некоммерческих организаций (НКО), выполняющих функции иностранных агентов». Включение в такой реестр представляется серьезным барьером не только для реализации проектов во взаимодействии

с государственными органами, но и существенно увеличивает нагрузку по отчетности и риски подвергнуться довольно высоким штрафам, вплоть до ликвидации. Поэтому необходимо продолжать поддержку таких некоммерческих организаций со стороны доноров и международных организаций в реализации проектов с учетом снижения рисков, используя гибкие подходы и альтернативные методы работы.

Рекомендации

1. В рамках своей программной работы местным провайдерам ВИЧ-услуг и международным донорам необходимо бюджетировать закупку и использование тестовых систем для исследования на ВИЧ околодесенной жидкости, поскольку использование традиционных тестовых систем для исследования капиллярной крови как в условиях ограничительных мер, так и в обычных условиях в РФ на базе НПО значительно затруднено.
2. Проводить адвокационные мероприятия с целью устранения регуляторных барьеров и привлечения дополнительных средств для финансирования устойчивой работы вспомогательных программных компонентов, улучшающих доступ к тестированию и лечению ВИЧ-инфекции, таких как аутрич-работа и кейс-менеджмент. Также необходимо в каждом регионе выделить финансирование на создание реестра ВИЧ-сервисных НПО, чтобы дать им возможность реализовывать проекты и при этом отслеживать их качественное выполнение.
3. Изучить локальные возможности и провести оптимизацию практик лабораторной диагностики вирусной нагрузки, поскольку задержка выполнения этой процедуры влечет за собой ограничение доступа к АРТ как для общего населения, так и для уязвимых ключевых групп.
4. Провести оценку и пересмотреть процедуры подтверждения позитивного результата тестирования на ВИЧ и весь спектр других диагностических и административных процедур, предшествующих назначению АРВ-терапии пациентам. На данный момент такой алгоритм представляет собой существенный барьер между пациентами (особенно из КГ) и началом лечения ВИЧ.
5. Также важно упростить процедуры регистрации в системе ВИЧ-услуг и уменьшить бюрократическую составляющую. Эта необходимость объясняется тем, что доступ населения к услугам снижен в ряде проблемных городов – таких как Москва, куда много людей приезжают и работают, не имея регистрации.
6. Во время карантина была налажена эффективная модель обеспечения доступа к АРТ в рамках совместной работы НПО и УЗО. Используя этот опыт работы с УЗО, полученный в достаточно сложном контексте пандемии, НПО следует укрепить

сотрудничество и развивать модели совместного предоставления ВИЧ-услуг в рутинной практике. Международным донорам следует поддерживать подобные практики посредством целевого финансирования, адвокации и технической поддержки.

7. В условиях карантина НПО и УЗО совместно внедрили практики оптимизации моделей предоставления услуг тестирования и перенаправления в рамках ограничительных мер. Такие усовершенствования необходимо документировать и формализовать в виде методических рекомендаций для дальнейшего распространения подобного практического опыта.
8. Международным донорам и местным активистам необходимо продолжать внедрение адвокационных мероприятий для планомерного перехода местных программ профилактики ВИЧ на государственное финансирование с учетом рисков, возникающих в условиях биологической угрозы. Также необходимо направить дополнительные адвокационные усилия на обеспечение прозрачных организационных подходов для обоснованного отбора и финансирования НПО с адекватным опытом и способностью предоставлять ВИЧ-услуги в соответствии с общепринятыми стандартами.
9. Одной из давних и нерешенных проблем является доступ к АРВ-терапии для пациентов на АРТ, которые выходят из мест лишения свободы. У этих людей часто нет документов, со справкой они не могут обратиться за получением АРВ-препаратов. Важно отметить, что при освобождении такие люди получают только 3-дневный запас препарата, что с высокой вероятностью может служить причиной прерывания лечения.
10. Необходимо установить качественное централизованное управление с продуманной антикризисной стратегией для реализации в рамках взаимодействия НПО и государства. Существует единодушное мнение местных экспертов по поводу управленческих «антикризисных» решений – в пик эпидемии в РФ все решалось «в ручном режиме», например, на личных контактах НПО с главврачом Центра СПИДа.

Дополнительная информация

Каждый случай заболевания ВИЧ-инфекцией (положительный результат исследования с помощью иммунного блоттинга или выявления ДНК/РНК ВИЧ у детей первого года жизни и лиц, находящихся в инкубационном периоде) подлежит регистрации и учету по месту выявления. [60]

Украина

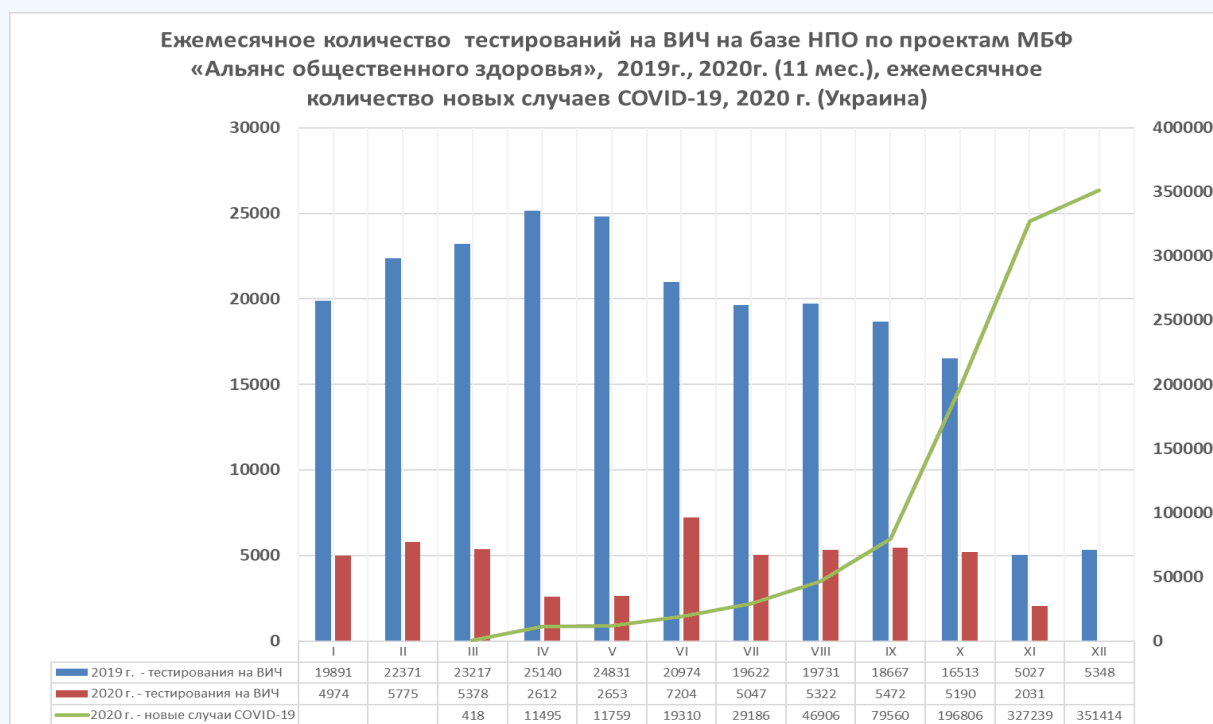
В 2019 году в Украине проживало почти 44 млн человек (Таблица 1).[38] 250 тыс. человек, по оценочным расчетам, жили с ВИЧ, а оценочная распространенность ВИЧ-инфекции в возрастной группе 15–49 лет составляла 1,0%. Показатели стратегической цели ЮНЭЙДС от оценочной численности ЛЖВ составляли, соответственно: 67%, 54% и 51%.[39] Первые случаи заражения и смерти от COVID-19 были зарегистрированы в марте 2020 года. Ежемесячное количество новых случаев COVID-19 постоянно увеличивалось: с 418 в марте до 351414 в декабре 2020 года. Общее число заболевших на тот период составило 1074093. Зарегистрировано 18854 умерших от COVID-19.

С целью предупреждения распространения коронавирусной инфекции правительство ввело с 12 марта по 3 апреля 2020 года карантин на всей территории Украины. Было запрещено посещение учебных заведений и проведение массовых мероприятий; приостановил работу целый ряд субъектов хозяйственной деятельности. С середины марта Украина закрыла международное авиационное, железнодорожное и автобусное сообщение, а также междугородние и межобластные пассажирские перевозки. Ограничения коснулись сектора медицинских услуг в виде временного прекращения проведения плановых мероприятий по госпитализации и плановых операций, кроме неотложных.[61] Также ряд медицинских учреждений был перепрофилирован для приема и лечения инфицированных COVID-19 больных в тяжелом состоянии.

Тестирование на ВИЧ-инфекцию на базе НПО проводилось по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья», БО «100% Жизни» и ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» (далее — ЦОЗ) в рамках выполнения бюджетной программы.

На протяжении первых одиннадцати месяцев 2020 года, по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, ежемесячное количество тестирований на ВИЧ по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья» уменьшилось в среднем на 74,3% (ЛУИН – (–72,7%), МСМ – (–77,1%) и РКС – (–74,3%)(Рисунок 83)(Дополнительная таблица 17. Украина).

Рисунок 83

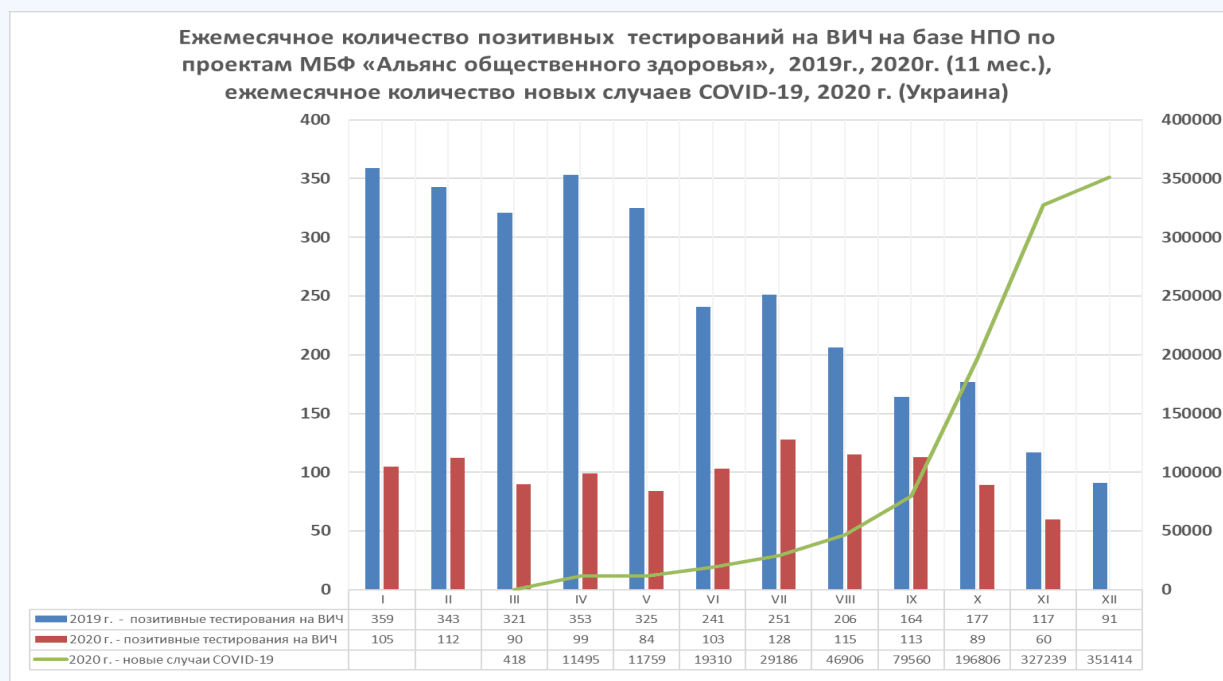


Сравнивая динамику тестирования на ВИЧ в проектах Альянса и ЦОЗ, эксперт отметил, что «эта динамика является логичной в рамках реализации плана перехода услуг тестирования на государственное финансирование в Украине». По мнению экспертов, это говорит о смене модели, когда базовый пакет, частью которого стало и тестирование, и консультирование, перешел под эгиду государственного бюджета. Что касается значения этого показателя в мае 2020 г., то здесь сыграла роль первая волна COVID-19 со всеми ее ограничениями и тем, что потребовалось время на пересмотр подходов в условиях пандемии.

По данным экспертов, в проектах PEPFAR в последнее время уделялось внимание не только количеству проведенных тестов, но и качеству – проводилось более прицельное, индексное тестирование, обращалось внимание на принадлежность человека к той или иной целевой группе. Для использования врачами всех специальностей была внедрена и распространена скрининговая анкета. Таким образом, все эти мероприятия должны были сократить объем тестирования, но позитивно повлиять на выявление. В 2020 году активно стартовала программа по самотестированию: по почте стали доставлять боксы с тестами для самотестирования на ВИЧ; заработал ряд автоматов, где можно было заказать тест; эта программа работала летом и осенью 2020 года.

Уменьшение среднемесячного количества **положительных результатов** в первые одиннадцать месяцев 2020 года по сравнению с аналогичным периодом 2019 года составило (-57,8%) (ЛУИН – (-56,9%), МСМ – (-51,2%) и РКС – (-73,3%)(Рисунок 84). Уменьшение объемов тестирования и количества положительных результатов наблюдалось в каждом месяце.

Рисунок 84



С первого по девятый месяцы 2020 года **ежемесячное количество тестирований по проектам БО «100% Жизни»** (Рисунок 85), по сравнению с аналогичным периодом 2019 года, уменьшилось в среднем на (-7,2%) (ЛУИН – (-4,6%), МСМ (+19,2%) и РКС (-65,3%). Уменьшение количества тестирований было максимальным в апреле (-41,8%) и мае (-23,6%), что может быть связано с локдауном, введенным в это время.

Количество тестирований в первые два месяца 2020 г. увеличилось на 25,7%, а **количество клиентов с позитивным результатом тестирований** (Рисунок 86) возросло на 3,4% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г.

Рисунок 85

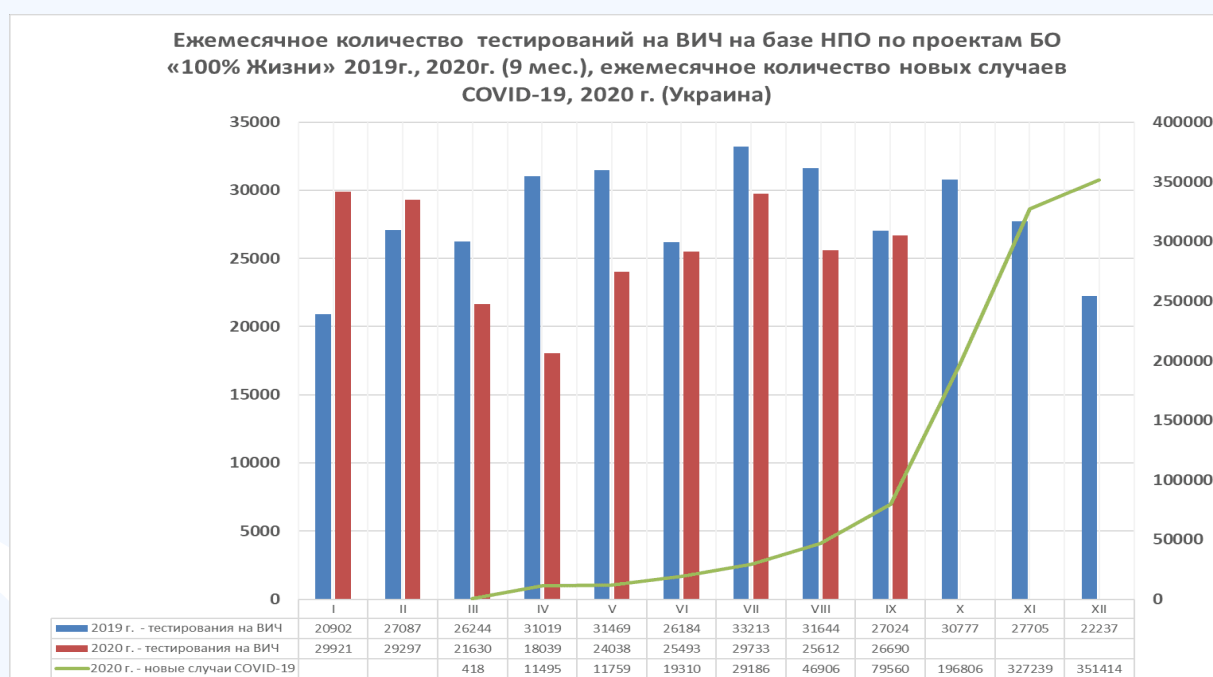
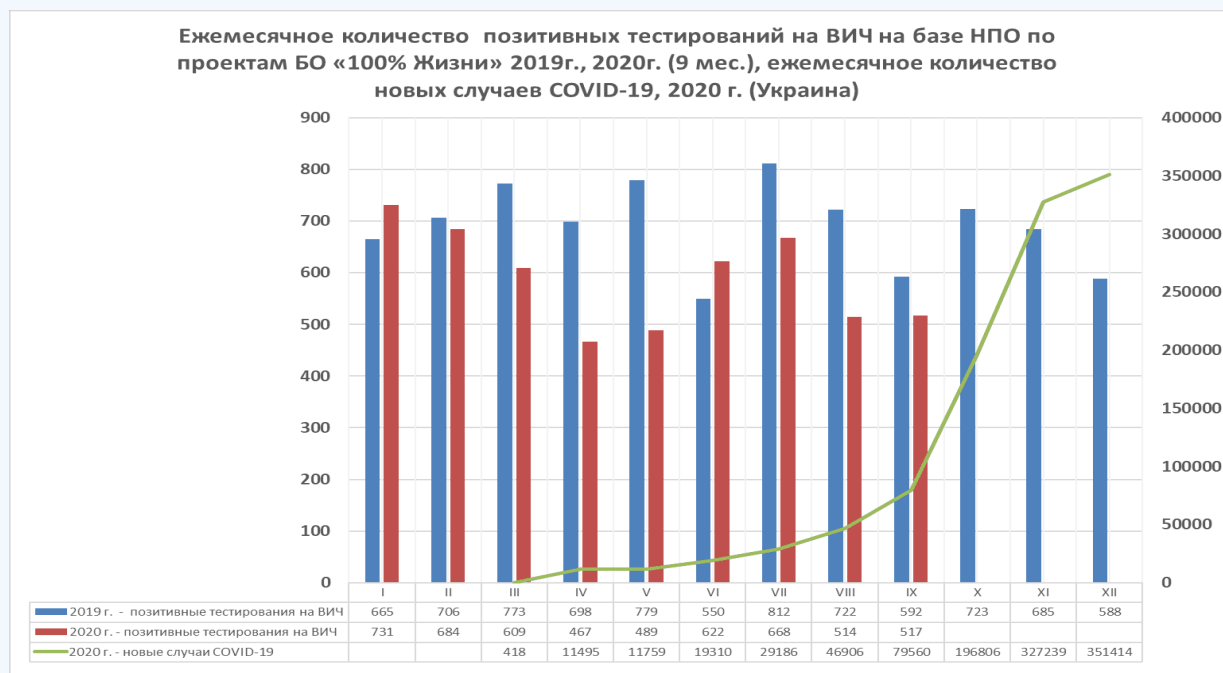


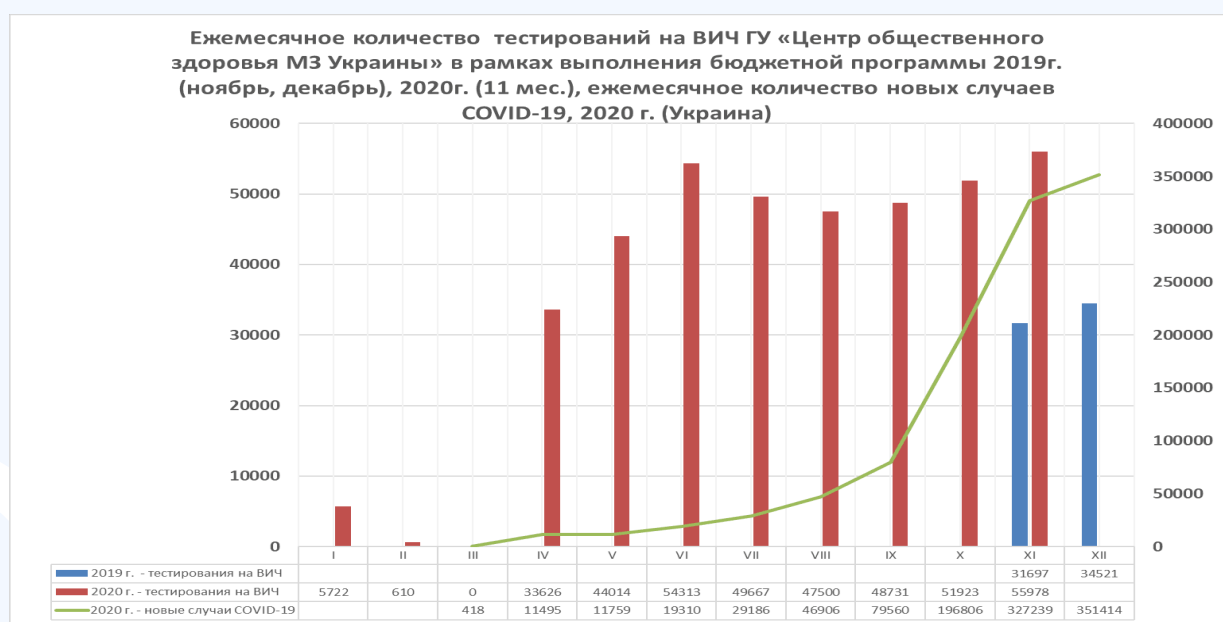
Рисунок 86



Как уже было отмечено выше, в 2020 г. была усилена стратегия проектов PEPFAR по индексному тестированию. В рамках подготовительной работы к таким изменениям в моделях предоставления услуг тестирования были проведены многочисленные консультации с донорами по обсуждению эффективного применения этой стратегии с привлечением региональных организаций-грантеров. В результате изменения оказались позитивными и, по словам экспертов, привели к повышению уровня выявляемости при общем снижении количества тестирований (см. ниже).

Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» (Рисунок 87) в рамках выполнения бюджетной программы в ноябре 2020 г. увеличилось на 76,6% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г.

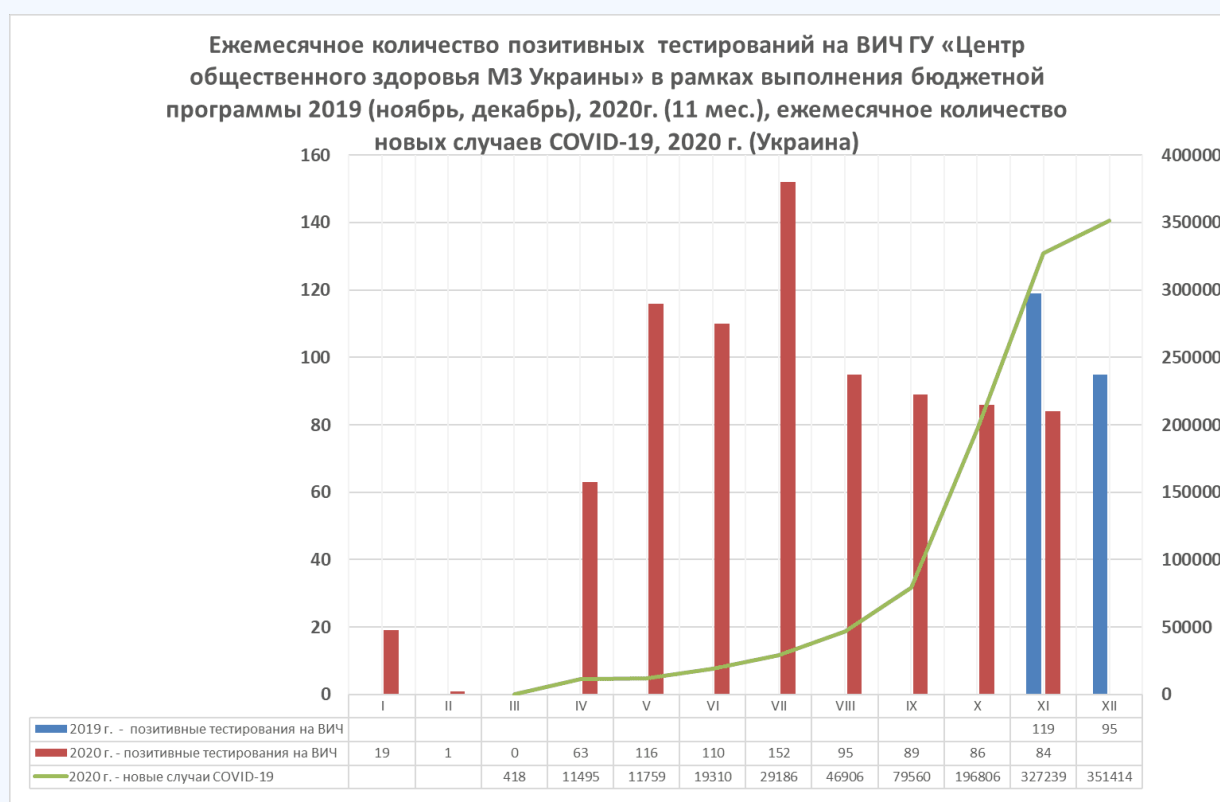
Рисунок 87



По словам экспертов, заметное снижение количества проведенных тестов в феврале–марте 2020 года в проектах ЦОЗ (Рисунок 87) произошло потому, что, согласно договору, услуги тестирования предоставлялись только до конца 2019 года. Пока выполнялся ряд бюрократических процедур, доступ к услугам был ограничен до апреля 2020 года, когда поступило финансирование согласно новым договорам и тестирование возобновилось.

Количество клиентов с позитивным результатом тестирования (Рисунок 88) уменьшилось на (-29,4%) по сравнению с ноябрем 2019 года. Тестирование на ВИЧ не проводилось в марте 2020 года, а в апреле–ноябре того же года осуществлялось в количестве 33626–55978 тестирований в месяц.

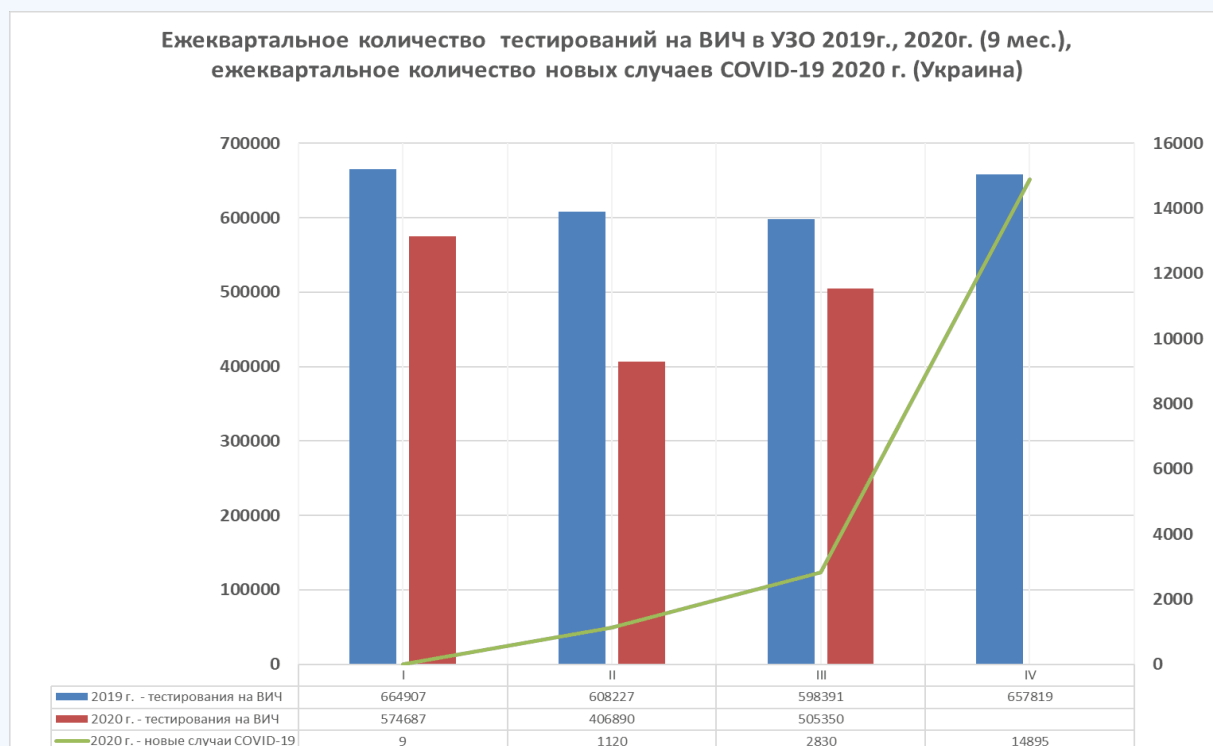
Рисунок 88



Согласно мнению экспертов, проекты ЦОЗ по тестированию не могут конкурировать с проектами PEPFAR, потому что они не могут поддерживать те бонусные инициативы, которые существуют, например, в проектах БО «100% Жизни». В проектах, которые финансируются государством, в отличие от, например, проекта OCF CITI, бонусов для клиентов нет, и это влияет на эффективность тестирования.

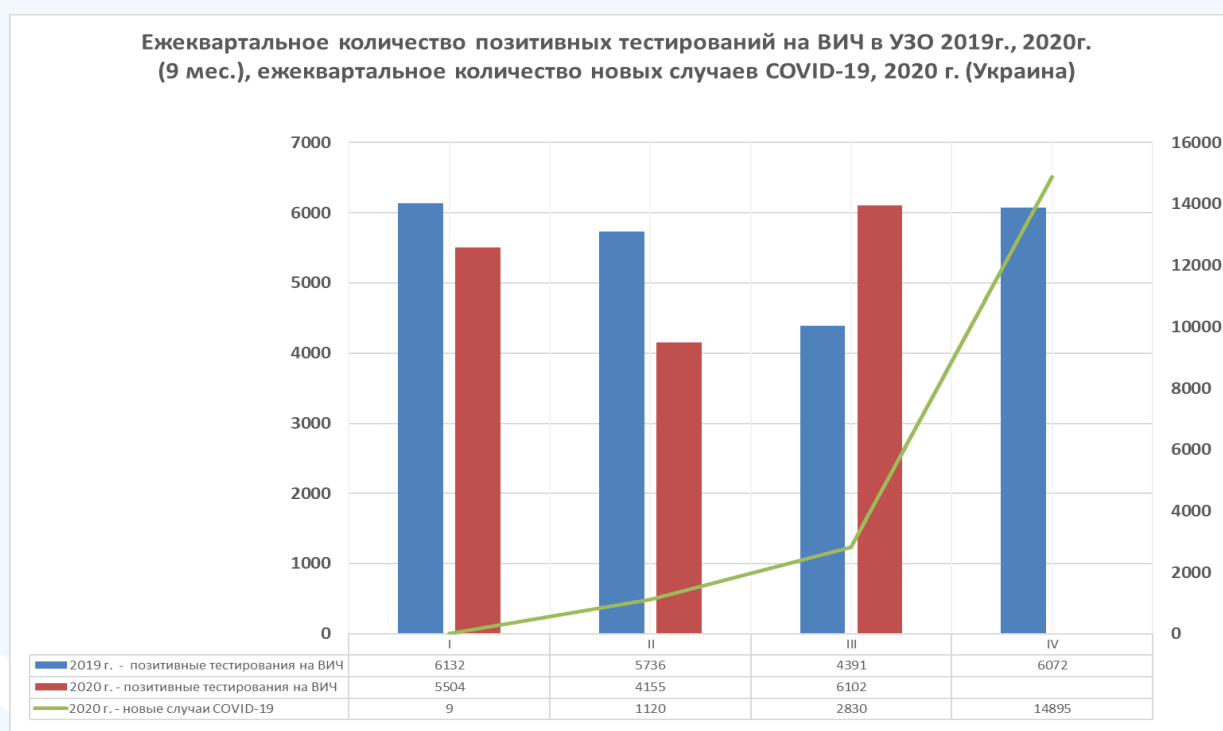
Общее **среднеквартальное количество тестирований на ВИЧ в УЗО** (Рисунок 89) за первые девять месяцев 2020 г. составило 1486927, что на 20,7% меньше по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. Наибольшее снижение числа тестирований отмечалось во втором квартале 2020 г. (-33,1%)(первый квартал – (-13,6%), третий квартал – (-15,5%)). Доля тестирований среди представителей трех КГ (ЛУИН, МСМ и РКС) составляла меньше 10% (2019 г. – 6,9%, 2020 г. – 8,2%). Однако это не исключает тестирование представителей КГ под другими кодами.

Рисунок 89



По результатам первых трех кварталов 2020 г., по сравнению с аналогичным периодом 2019 г., не наблюдалось снижения количества пациентов с положительным результатом тестирования на ВИЧ (Рисунок 90).

Рисунок 90



Однако отмечались существенные квартальные колебания в сравнительной динамике **выявления позитивных результатов**: первый квартал – (–10,2%), второй квартал – (–27,6%), третий квартал – (+39,0%). Кроме того, при сравнении данных первых девяти месяцев 2020 и показателей 2019 года. отмечалось ежеквартальное превышение показателя выявления ЛЖВ среди ЛУИН: первый квартал 2020 г. – (+44,4%) по сравнению с первым кварталом 2019 года, второй квартал – (+28,1%), третий квартал – (+282,5%).

По мнению экспертов, в целом в 2020 году наблюдалась тенденция к снижению количества проведенных тестов по сравнению с 2019 годом, но при этом выявляемость выросла (Рисунок 90). Обсуждая ключевые факторы, обусловившие этот результат, респонденты отметили, что в Украине сейчас доступно тестирование на ВИЧ в учреждениях первичного звена в соответствии с Приказом МОЗ № 504, в котором заложено обязательное скрининговое тестирование на ВИЧ. Учреждения, готовые проводить тестирование, получили БТ – *«но таких УЗО немного, и если смотреть в целом на долю тестирований на ВИЧ в учреждениях первичного уровня, то она не так велика».*

По мнению одного из экспертов, если обсуждать влияние COVID-19, то в условиях пандемии, например, в стационарных отделениях объем тестирований уменьшился; однако *«если смотреть на причины в целом, то реформа здравоохранения или изменение финансирования больше повлияли на уменьшение объема тестирования в УЗО, чем COVID-19».* Так, с апреля 2020 г. УЗО в Украине начали работать в рамках реформы, и учреждения ВИЧ-службы за ведение ВИЧ-инфицированного пациента получают оплату от государства в соответствии с пакетом медицинских гарантий. Однако в пакеты медицинских гарантий для УЗО, не относящихся к службе СПИДа, не было включено тестирование на ВИЧ, и эти учреждения *«не были заинтересованы в том, чтобы тестировать пациентов на ВИЧ, потому что они за эту работу не получают денег».*

Эксперты также подчеркнули, что в рамках медицинской реформы УЗО начали подаваться на разные пакеты медицинских гарантий, и поскольку финансирование ограничено, на уровне УЗО началась определенная оптимизация, в том числе в виде сокращения медперсонала. Соответственно, повысилась нагрузка на персонал, *«и они стали в первую очередь заниматься тем, за что получают деньги».* Таким образом, ВИЧ-услуги в УЗО не ВИЧ-профиля оказались не в приоритете, поскольку не входят в пакет медицинских гарантий и не оплачиваются. Из данной ситуации были сделаны определенные выводы: в 2021 году в новый пакет медицинских гарантий включено тестирование на ВИЧ – это касается предоставления как амбулаторной, так и стационарной помощи и позволяет ожидать роста объема тестирования по клиническим показаниям.

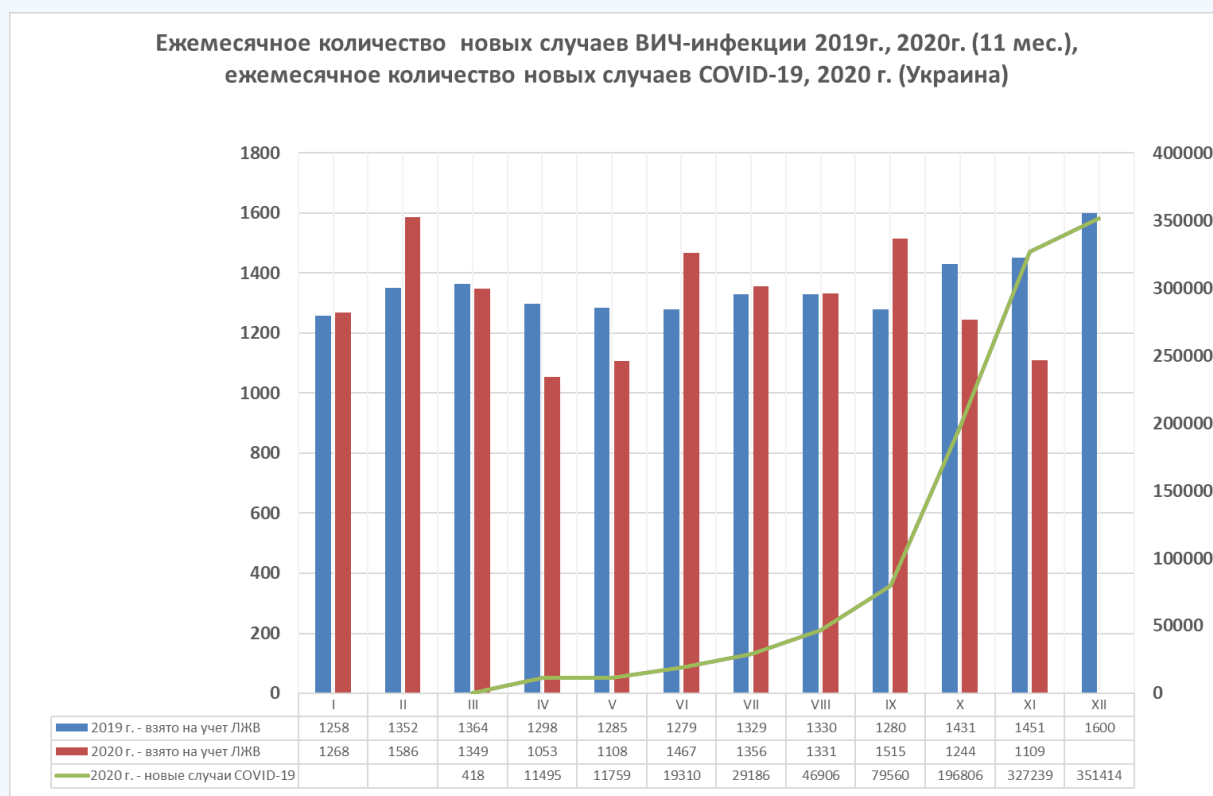
Комментируя тот факт, что доля КГ в скрининговых тестированиях в УЗО обычно не превышает 10%, эксперты выразили единое мнение, что *«это говорит о недоверии ключевых групп к государственным медицинским учреждениям»* и что *«это нормально, с учетом того, что официальные УЗО никогда не были для КГ тем местом, куда они стремятся попасть, точкой входа... Мы туда доползаем, когда уже люди просто падают с ног, либо когда необходима какая-то справка, либо с другой патологией ты попадаешь в нашу медицинскую систему. Поэтому 10% – это нормально при условии, что НПО обеспечат доступ для тех, кто не доходит до УЗО».*

Таким образом, удержание количества положительных результатов тестирования на ВИЧ можно связать с вкладом клиентов НПО: *«скорее всего, это клиенты, уже выявленные скринингом и направленные на верификацию и идентификацию».* Также заметный

рост выявления клиентов ЛУИН с позитивным результатом тестирования на ВИЧ, по мнению экспертов, свидетельствует о том, что «наконец-то правильные люди дошли до тестирования» – возможно, благодаря проектам по индексному тестированию.

За первый – одиннадцатый месяцы было **зарегистрировано** (поставлено на учет) (Рисунок 91) в среднем на 1,6% меньше новых пациентов с ВИЧ-инфекцией по сравнению с аналогичным периодом 2019 года. Наибольшее недовыявление отмечалось в апреле – (-18,9%), ноябре (-23,6%), а в январе, феврале, июне и сентябре, напротив, наблюдался прирост количества зарегистрированных случаев: (+0,8%), (+17,3%), (+14,7%) и (+18,4%) соответственно.

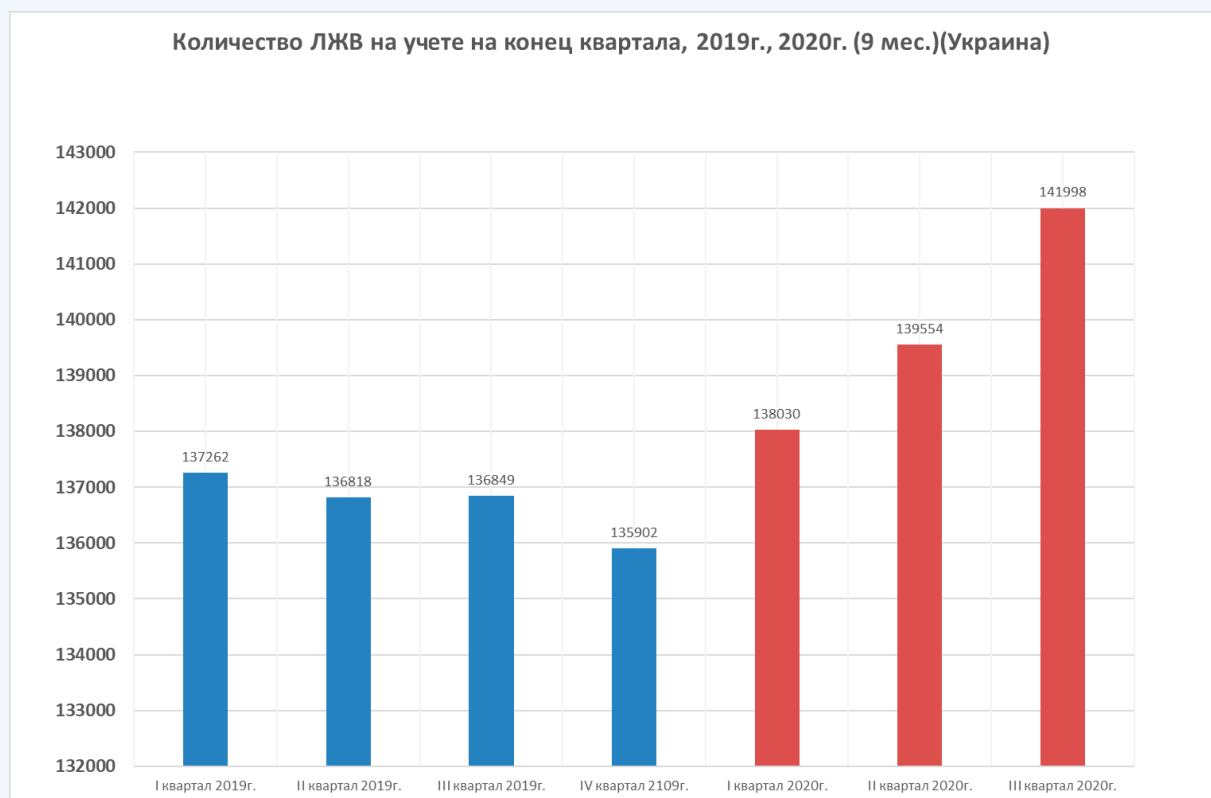
Рисунок 91



Рассматривая данную динамику, эксперты были единодушны – график (Рисунок 91) отражает именно влияние пандемии коронавируса: «Это как раз то время, когда УЗО были переориентированы на работу в условиях COVID-19». По словам специалистов, в марте, с введением карантинных ограничений, на основе рекомендаций Centers for Disease Control and Prevention (CDC) и ВОЗ были направлены письма в УЗО с рекомендациями по инфекционному контролю: «Снижение постановки на учет в марте–апреле в первую очередь обусловлено карантинными ограничениями. Однако, как только в конце мая были сняты жесткие ограничения, снова пошла положительная динамика по набору пациентов».

Поквартальное количество ЛЖВ на учете (Рисунок 92) в 2019 году существенно не изменилось (137262, 136818, 136849, 135902 соответственно). Напротив, в течение первых трех кварталов 2020 года диспансерная группа постоянно увеличивалась: 138030, 139554 и 141998.

Рисунок 92



Согласно официальным данным, в 2019 году количество ЛЖВ на диспансерном учете снизилось. Это связано с изменениями в системе учета: поскольку в Украине были разделены понятия «диспансерный учет (ДУ)» и «медицинское наблюдение». На ДУ находятся ЛЖВ с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции; при этом человек мог ни разу не посетить Центр СПИДа, но числиться на учете в соответствии с приказом МОЗ № 180, к которому сейчас готовятся изменения. По словам экспертов, раньше пациентов подолгу не снимали с учета, поскольку до начала финансирования учреждений здравоохранения по программе медицинских гарантий, до 2018–2019 гг., каждому региону выделялось финансирование по квоте в зависимости от количества пациентов на учете. Таким образом, в общей диспансерной группе УЗО по 8–10 лет могли находиться пациенты, утраченные для наблюдения.

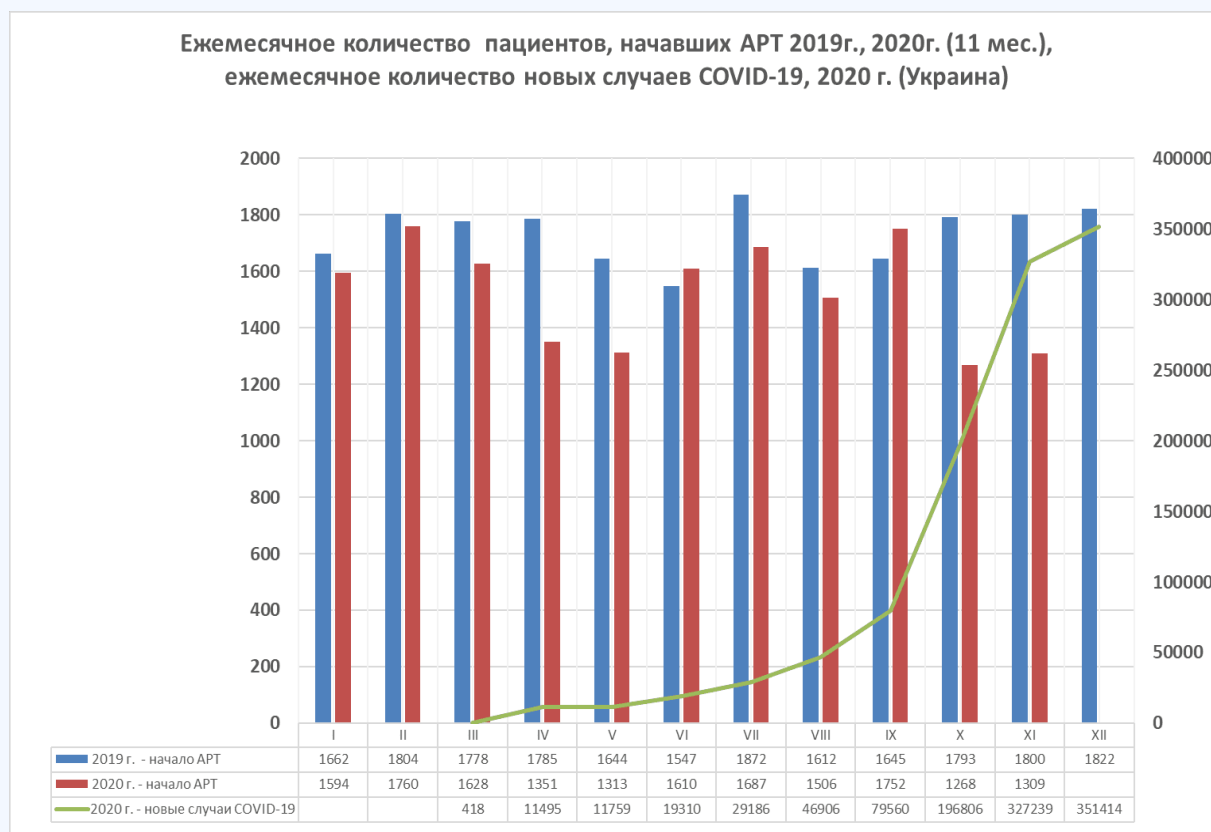
С введением же системы МИС-ВИЧ (медицинская информационная система)[62] подход изменился: врач вносит данные в электронную карту пациента, она автоматически попадает в общую систему Национальной службы здоровья Украины (НСЗУ), и оплата идет по пакету медицинских гарантий в соответствии с данными МИС-ВИЧ. В связи с этим регионам стало невыгодно держать на диспансерном учете таких пациентов, за которых они не получают оплату, тем более с учетом требования ЦОЗ максимально охватить АРТ всех пациентов на ДУ. Поэтому в последние годы была проведена «чистка»: ЦОЗ подготовил разъяснение к приказу № 180, в соответствии с которым *«пациенты, место пребывания которых в течение 5 лет неизвестно, были сняты с учета»*. Таким образом, наблюдаемое снижение в 2019 году – это свидетельство снятия с ДУ неактивной диспансерной группы, а данные 2020 года уже показывают «стандартное» выявление и постановку на учет.

Кроме того, один из экспертов высказал предположение о возможном влиянии изменения

стратегии тестирования, когда в 2020 году проекты PEPFAR перешли на ту или иную бонусную систему: «В 2019 году происходило массированное расширение тестирования за пределы Центров СПИДа, поиск новых локаций и модальностей, а в 2020-м мы уже наблюдаем, как практика, наработанная в 2019 году, дала результат».

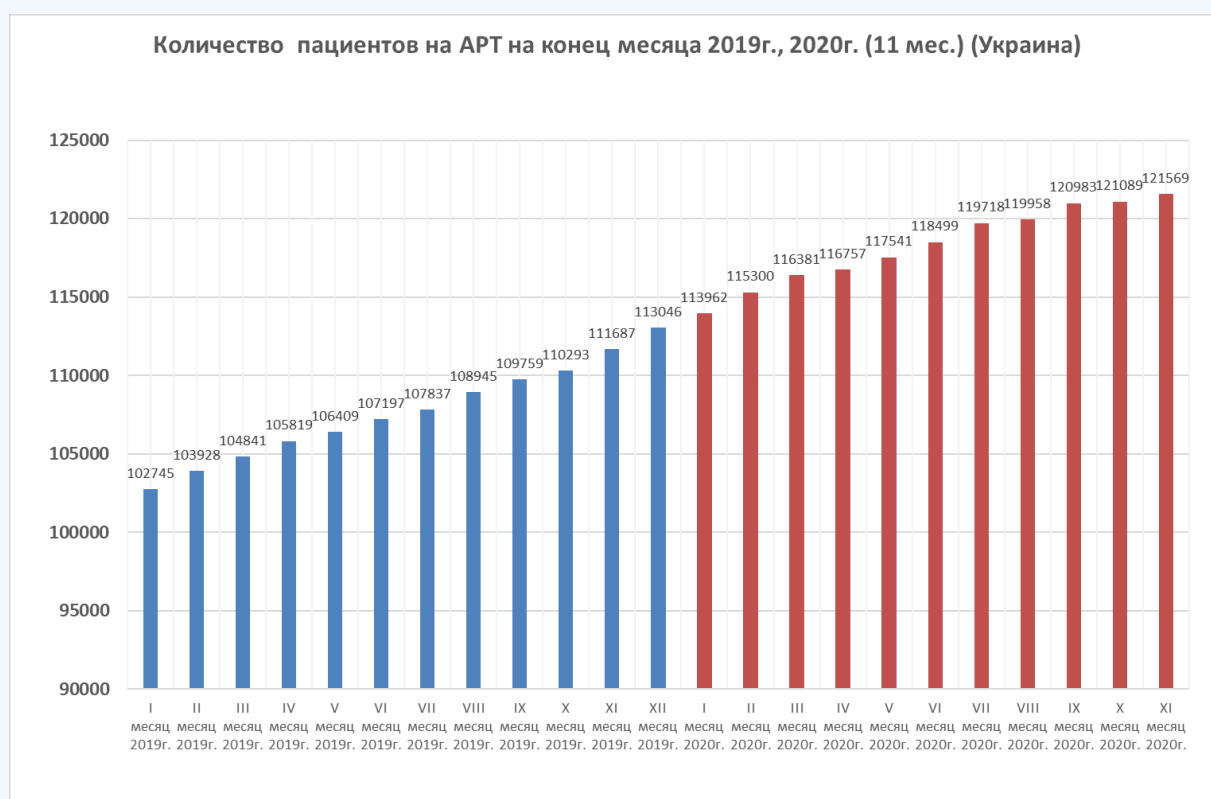
С первого по одиннадцатый месяцы 2020 года **АРТ начали** в среднем за месяц на 11,1% пациентов меньше, чем за аналогичный период 2019 года (Рисунок 93).

Рисунок 93



На протяжении 2019 г. и первых одиннадцати месяцев 2020 г. отмечался стабильный рост количества пациентов, получающих АРТ (Рисунок 94) на конец месяца.

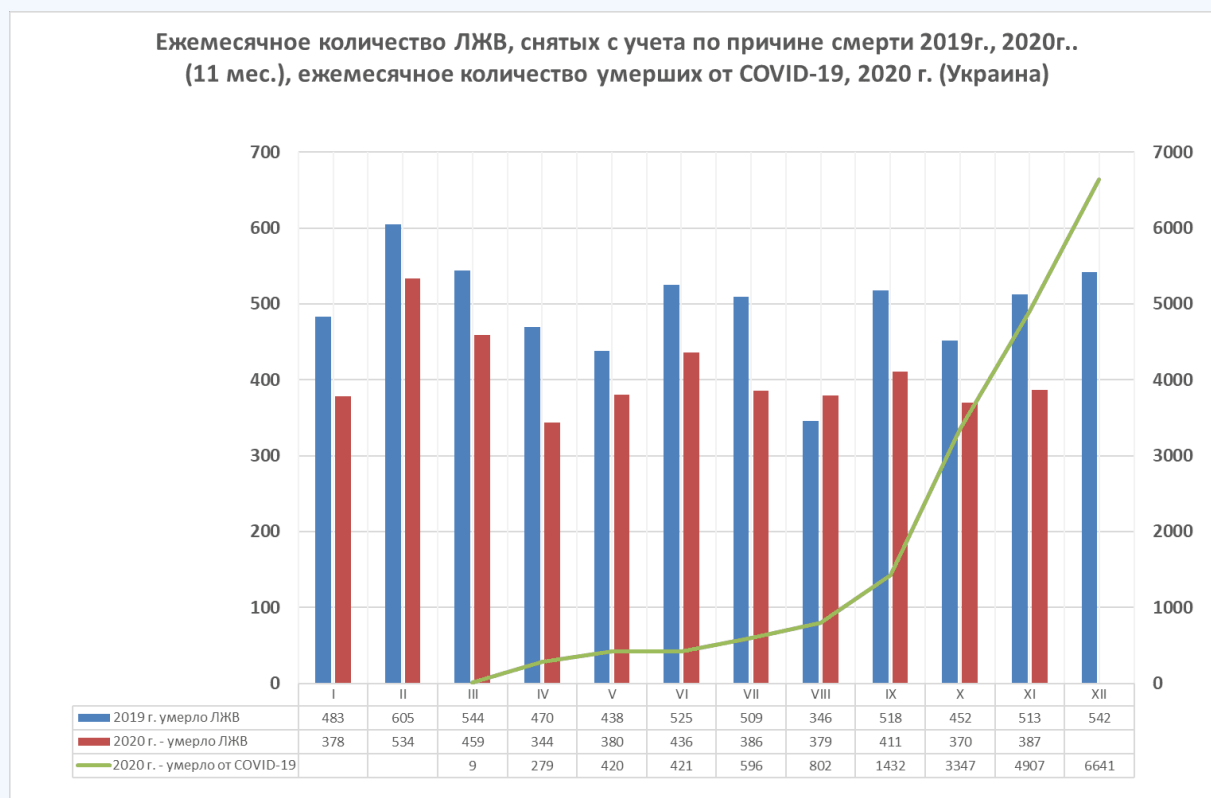
Рисунок 94



По словам экспертов, динамика этих показателей с высокой вероятностью зависит от активности лечебных учреждений в 2020 г. в рамках ограничительных мер – общего снижения спроса и доступа к медицинским услугам, свободы передвижения и пр. «В марте–апреле 2020 г. были карантинные ограничения, поэтому снижение обусловлено замедленным доведением и уменьшением в целом количества обращающихся в УЗО пациентов». Однако эксперт отметил, что на фоне проблем с закупками АРТ пациентам выдавали препараты не на 3–6 месяцев, а на меньший срок именно с тем, чтобы была возможность набрать на АРТ новых пациентов.

В то же время представители гражданского сектора считают, что причиной снижения набора новых пациентов на АРТ были проблемы с закупкой АРВ-препаратов и их поставкой в регионы. В 2020 году закупки АРТ перешли полностью к ДП «Медичні закупівлі», и они, по словам одного из экспертов, *«не справились; пришлось экстренно за деньги ГФ докупать препараты»*. Также эксперты из местных крупных НПО прогнозируют значительный дефицит АРВ-препаратов в ближайшем будущем, поскольку закупки схем с долутегравиром (на данный момент самых востребованных среди новых пациентов) не выполнены.

На протяжении 2019 г. и первых одиннадцати месяцев 2020 г. ежемесячное **количество ЛЖВ, снятых с учета по причине смерти** (Рисунок 95), несколько уменьшилось.



Прогресс в сфере программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Одним из основных достижений в сфере развития услуг ВИЧ в стране экспертами было названо внедрение доконтактной профилактики ВИЧ. Второй важный момент – то, что в условиях реформы системы здравоохранения УЗО начали получать деньги за пациента. Таким образом, сейчас уже сложилась определенная конкуренция между УЗО даже на уровне региона – «областные УЗО и сайты АРТ борются за пациента, потому что за него получают деньги». При этом пока еще не решен вопрос с качеством услуг, потому что они прописаны в пакете медицинских гарантий в общих чертах, и пока НСЗУ не корректирует уровень оплаты в зависимости от качества оказанной медицинской помощи; однако, по мнению эксперта, в условиях конкуренции УЗО стараются быстро назначить пациенту АРТ. Третьим положительным сдвигом, по мнению специалистов, является внедрение системы МИС-ВИЧ, в которой, например, есть журнал пропусков визитов пациента, есть журнал определяемой вирусной нагрузки, и когда врач видит динамику лечения пациента, он начинает работать с его приверженностью. Четвертый момент – оптимизация схем АРТ и переход на TLD как основную схему первого ряда. «Раньше был сложный процесс мониторинга логистики препаратов, сейчас на 80% пациентов идет препарат в одной упаковке, его легко распределять». Кроме того, на 2022–2023 гг. планируется внедрение «электронного рецепта», когда пациент сможет получать АРТ в аптечной сети в своем населенном пункте.

В 2020 году, согласно изменениям, внесенным в приказ МОЗ № 585, любой врач, в том числе врач первичного уровня, получил возможность назначать АРТ. «Сейчас схемы настолько нетоксичны, что АРТ может назначать семейный врач, как в Африке

медсестры назначают». По мнению одного из экспертов, система Центров СПИДа была в чем-то полезна, но имела и недостатки, когда пациенту из региона приходилось ехать за 200 км за ВИЧ-помощью, стоять в очередях. Сейчас разрабатывается Стандарт медицинской помощи при ВИЧ. При этом эксперты признают, что Центры СПИДа, сайты АРТ и в целом инфекционисты отрицательно относятся к передаче функций на первичный уровень оказания медицинской помощи: их волнует и вопрос конкуренции – они теряют пациентов, и вопрос качества оказания помощи ЛЖВ.

Наконец, все эксперты, принявшие участие в этом опросе, высказали мысль о том, что пандемия сыграла, в некотором смысле, и позитивную роль. По словам экспертов, COVID-19 *«стал для нас неким пинком и катализатором, окном возможностей и изменений»*, который привел к осознанию факта, что многое может измениться и что *«мы в состоянии найти возможности и перестроиться»*. Пандемия привела к необычайной мобилизации врачей и персонала, и поэтому необходимо изучить, насколько донорские и государственные проекты смогут сосуществовать и быть комплементарными или же будут продолжать конкурировать. *«Государственный ресурс – ограниченный и негибкий, в то время как донорские проекты мобильны и легко адаптируются, и это тоже мы увидели во время COVID-19»*. *«Ключевой вызов, который может обрушить всю положительную динамику – это возможность в целом менять подходы. Важно сохранить все инновации, которые пришли с COVID-19 – онлайн-услуги, дистанционные услуги. Тогда прогресс будет продолжаться»*.

Принятие решений в условиях кризиса, вызванного пандемией COVID-19

По словам одного из экспертов, антикризисных планов не было разработано. С помощью НПО были поддержаны изменения модальностей предоставления услуг, в том числе АРТ, – сроки и кратность выдачи, доставка почтой. Однако это было скорее ситуативное реагирование под давлением гражданского общества, а не запланированные действия и не свидетельство системного подхода.

Однако, несмотря на это, в условиях пандемии система смогла достаточно быстро отреагировать на изменившуюся ситуацию. С помощью НПО быстро развернулась отправка АРТ почтой. *«И раньше это происходило, но за счет пациента. А в условиях COVID-19 в марте ЦОЗ подготовил письмо, PEPFAR помог, Сеть вышла с предложением оплачивать доставку АРТ курьерской почтой. То есть, влияние COVID-19 на оказание медицинской помощи оказалось незначительным по сравнению с влиянием реформы и ограниченным финансированием»*.

Эксперты обратили внимание на весомую роль ЦОЗ в организации коммуникации между заинтересованными сторонами в период пандемии, что позволило быстро принимать решения. В регионах, где внедряются программы PEPFAR, ЦОЗ ежеквартально проводит коллаборативы – 3-дневные встречи междисциплинарных команд (в остальных регионах есть такие команды в рамках проекта ГФ) по обмену лучшим опытом. *«ЦОЗ разработал чек-лист по COVID-19, который мы рассылаем в регионы и получаем системную информацию об оказании помощи в условиях COVID-19»*. Официально выходили только информационные письма, однако ЦОЗ «организовал» еженедельные онлайн-встречи с руководителями Центров СПИДа, на которых обсуждаются ключевые вопросы: поставка препаратов, изменение маршрута пациента и т.д.

Финансовая устойчивость программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции

По мнению одного из экспертов, стало очевидным, что во время пандемии возникли непредвиденные затраты, на которые пришлось перераспределить средства. «Поэтому остро встал вопрос о том, кто готов «подхватить» и профинансировать затраты, которых нет в бюджете», – например, меры по обеспечению безопасности клиента и программных сотрудников, изменение порядка предоставления услуг (онлайн-сервисы, логистику по доставке терапии). В 2020 году *«львиную долю затрат взяли на себя донорские проекты. И это задача для анализа рабочих групп – как сделать государственные проекты устойчивыми, мобильными и гибкими в кризисных ситуациях».*

Эксперты говорили о больших рисках в условиях пандемии и перехода на полное государственное финансирование. По их словам, раньше средства доноров составляли половину или треть бюджета на ВИЧ, ГФ полностью оплачивал лечение оппортунистических инфекций. Сейчас страна находится в процессе перехода, и если полностью все финансирование ляжет на государство, есть большие риски недофинансирования программ как по профилактике, так и лечению. Например, благодаря оптимизации и удешевлению схем АРТ хватило средств для закупки препаратов.

Однако в 2020 году закупка АРТ за средства госбюджета была провалена и полностью осуществлена за средства ГФ. Это произошло из-за невыполнения ряда необходимых процедур и не было связано с пандемией. Такая ситуация показала, что даже в обычных условиях финансовая устойчивость программ лечения ВИЧ может серьезно нарушаться существующими практиками нормативного регулирования и несвоевременной логистикой со стороны государства. По мнению представителей гражданского общества, *«для нашего государства ЛЖВ и КГ приоритетом никогда не были, а в условиях глобального риска для системы здравоохранения, когда навалился еще и COVID, и закупки по линии COVID, все силы были брошены туда».* Если будут извлечены уроки и будет отработана система, плюс отпадет необходимость крупных закупок, связанных с пандемией, кроме закупки вакцин, все снова войдет в колею. Иначе *«мы будем постоянно лавировать в псевдооптимизациях, когда люди будут «доедать» устаревшие схемы, чтобы переждать время нехватки АРВ-препаратов».*

Одним из факторов, положительно влияющих на обеспечение финансовой устойчивости программ в Украине, стало привлечение сообществ КГ к принятию решений, включение их представителей в национальные и местные советы, и не просто номинально – *«люди участвуют в обсуждении вопросов, к ним прислушиваются».* Это привело к тому, что за средства местных бюджетов начали закупать препараты для лечения гепатита С, в некоторых регионах работают городские программы по ВИЧ-инфекции.

Общая динамика основных показателей на протяжении 2019–2020 гг. (Таблица 7)

1. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья» снизилось на 74,3%.
2. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам БО «100% Жизни» снизилось на 7,2%.

3. Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» в рамках выполнения бюджетной программы повысилось на 76,6% по состоянию на ноябрь 2020 года.
4. Среднемесячное количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО в Украине снизилось на 20,7%.
5. Среднемесячное количество пациентов, взятых на АРТ, в Украине снизилось на 11,1%.

Выводы

1. Количество тестирований в Украине на базе крупнейших НПО в 2020 году сократилось. Однако отдельно оценить влияние ограничительных мер в связи с COVID-19 достаточно сложно из-за череды одновременно происходящих взаимосвязанных изменений в секторе предоставления ВИЧ-услуг. В первую очередь, снижение количества тестирований в НПО связано с перенаправлением ресурсов и увеличением объема тестирования в проектах ЦОЗ в рамках запланированного перехода на государственное финансирование. Еще одной причиной снижения количества проведенных тестов может служить внедрение инноваций в существующие практики тестирования для эффективного повышения уровня выявляемости (индексное тестирование, определение принадлежности человека к ключевой группе, самотестирование). Судя по предоставленным данным, такие изменения оказались позитивными и привели к повышению уровня выявляемости (см. ниже) при общем снижении количества тестирований. Таким образом, комплекс однонаправленных факторов – таких как запланированные программно-технические изменения в моделях тестирования, передача значительного пакета услуг государству и влияние пандемии COVID-19, – привели к общему снижению количества тестирований на ВИЧ на базе НПО.
2. В 2020 году общее количество тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам ЦОЗ существенно увеличилось. Стремительный рост этого показателя объясняется передачей значительного объема таких услуг от крупнейших НПО к ЦОЗ в рамках перехода на государственное финансирование. Оценить влияние пандемии COVID-19 на динамику этого показателя достаточно сложно, поскольку существуют свидетельства первоочередного влияния бюрократических и процедурных факторов на временное снижение доступа к услугам тестирования на базе НПО по проектам ЦОЗ в феврале–марте 2020 года.
3. Количество клиентов с позитивным результатом на базе НПО по проектам ЦОЗ состоянием на ноябрь 2020 года снизилось. Наряду с пандемией COVID-19 и организационными факторами, повлиявшими на охват тестированием, также возможно влияние используемых моделей предоставления услуг тестирования

в государственном секторе. В частности, в проектах тестирования на ВИЧ, которые финансируются государством, отсутствует система поощрений для целевых групп. Это могло негативно повлиять на охват тестированием и выявление новых случаев.

4. Количество тестирований на ВИЧ в УЗО в 2020 году снизилось. По всей видимости, уменьшение объема тестирования связано как с пандемией, так и с мероприятиями, проводившимися в рамках медицинской реформы в Украине. В пакетах медицинских гарантий, по которым работают УЗО второго и третьего уровней, на момент проведения этой оценки не были конкретизированы услуги по тестированию на ВИЧ. Однако в новый пакет медицинских гарантий на 2021 год было включено проведение тестирования на ВИЧ в рамках как амбулаторной, так и стационарной помощи, что позволяет ожидать роста объема тестирования по клиническим показаниям.
5. Количество пациентов с позитивным результатом тестирования на ВИЧ в УЗО в общем осталось без изменений. Однако стоит отметить повышение количества выявленных новых случаев ВИЧ-инфекции среди ЛУИН. Такое увеличение показателя, скорее всего, произошло из-за внедрения проектов по индексному тестированию и другим нововведениям в моделях предоставления ВИЧ-услуг в негосударственном секторе. НПО остаются основными точками предоставления ВИЧ-услуг для КГ. Тестирование на базе УЗО для представителей КГ с неизвестным ВИЧ-статусом не пользуется спросом по причине традиционного отсутствия доверия клиентов к провайдерам услуг. Таким образом, уровень выявляемых новых случаев ВИЧ среди КГ в значительной степени зависит от успешной деятельности НПО.
6. Количество новых ЛЖВ, поставленных на учет в 2020 году, в целом незначительно снизилось. Основное снижение пришлось на период строгого локдауна весной и пика роста заболеваемости COVID-19 в октябре–ноябре, что позволяет утверждать, что это снижение связано с введением ограничительных мер и повышенной нагрузкой на УЗО в связи с пандемией.
7. В 2019 году наблюдалось снижение общего количества ЛЖВ на учете, а в 2020 году – рост. Снижение показателя связано с изменениями в системе учета, произошедшими в 2020 году. Из группы медицинского учета снимались пациенты, место пребывания которых в течение пяти лет оставалось неизвестным. Сравнительное увеличение этого показателя в 2020 году, скорее всего, связано с естественным приростом количества пациентов. Однако стоит принять во внимание возможный позитивный синергетический эффект описанного ранее масштабного развертывания новых методик тестирования (вывод тестирования за рамки службы СПИДа и внедрение эффективных моделей выявления и сопровождения) и других инноваций в программной деятельности местных НПО в 2019 году. Таким образом, в условиях пандемии количество ЛЖВ на учете продолжало увеличиваться.
8. В 2020 году количество пациентов, начавших АРТ, снизилось по сравнению с 2019 годом. Аналогично постановке на учет, наибольшее снижение совпадало с периодами локдауна и пика заболеваемости COVID-19, что говорит об эффекте ограничительных мер и о перегрузке системы здравоохранения.

Дополнительным фактором, возникшим на фоне ограничительных мер, связанных с COVID-19, стали сложности со своевременными закупками АРВ-препаратов, что в общем итоге привело к ограниченному доступу к лечению ВИЧ. В разрешении сложившегося кризиса немаловажную роль сыграла своевременная поддержка международных доноров, которая в комплексе с другими антикризисными мерами способствовала к стабилизации ситуации с закупкой, доставкой и выдачей АРВ-препаратов.

9. НПО и государственный сектор успешно работали в рамках совместной модели предоставления услуг по лечению ВИЧ в условиях ограничительных мер. Сотрудничество УЗО и НПО является традиционным для Украины, поэтому в кратчайшие сроки, в марте 2020 года, НПО при поддержке ЦОЗ и международных доноров наладили бесплатную доставку АРВ-препаратов пациентам. Таким образом система смогла быстро отреагировать на изменившуюся ситуацию, и введение карантина существенно не отобразилось на доступе пациентов к АРТ.
10. ЦОЗ, местные НПО и международные партнеры находятся в эпицентре принятия решений касательно функционирования системы ВИЧ–услуг в условиях пандемии COVID-19. На данный момент этим консорциумом планируется системная разработка рекомендаций по планированию непрерывности услуг в чрезвычайных ситуациях. Важно отметить, что ЦОЗ также предоставлял партнерам методологическую и коммуникационную поддержку во время пандемии, что благотворно сказалось на всеобщей координации усилий для удержания системы предоставления ВИЧ–услуг в сбалансированном состоянии.
11. Введение ограничительных мер потребовало перераспределения существующих ресурсов в системе предоставления ВИЧ–услуг для обеспечения ее стойкого функционирования. В 2020 году основную долю финансовых средств в критические моменты предоставили международные партнеры, что является вызовом для государственных агентств и гражданского сектора. Как показала недавняя практика, существует риск приостановки или нарушение оптимальной работы программ в случае полного перехода на государственное финансирование в условиях кризиса.
12. Во время пандемии ЛЖВ из КГ особенно подвержены рискам стигмы и дискриминации. По мнению эксперта, «для людей, не охваченных услугами, это составляет наибольшую проблему». Кроме того, во время пандемии КГ заняты элементарным выживанием, что также усложняет обращение за медицинской помощью. Также важны гендерное равенство и гендерная чувствительность ВИЧ-программ, поскольку в условиях пандемии люди больше сталкиваются с насилием, и обращений на горячую линию стало значительно больше по сравнению с 2019 годом.
13. Система ВИЧ–услуг в Украине интенсивно развивалась в течение последних нескольких лет со свойственной такому процессу радикальных изменений общей нестабильностью в динамике ключевых индикаторов. Поэтому четко выделить и определить масштаб влияния пандемии COVID-19 на основные показатели работы системы, с учетом имеющихся данных, на данный момент затруднительно.

Рекомендации

1. ВИЧ-сервисы необходимо оценивать с точки зрения рациональности и доступности и оптимизировать для работы в разных условиях, в том числе и в контексте биологических угроз. Для успешной реализации программы тестирования на ВИЧ с последующей переадресацией необходимо обеспечить высокий уровень доверия и, как результат, доступа КГ к УЗО. Также необходимо провести работу по организации работы лабораторий таким образом, чтобы нагрузка соответствовала возможностям. В этом же аспекте необходимо стимулировать процессы пересмотра протоколов по тестированию и модернизировать систему закупок и управления поставками всех типов (буферных, дробных, рамочных). Также необходимо продолжать масштабирование внедренных инноваций — таких как самотестирование, рассылка тестов, поиск закрытых групп, профессиональное мотивационное консультирование и других методик, направленных на вовлечение и удержание пациентов в каскаде услуг.
2. Необходимо полностью завершить перевод цифрового учета пациентов на платформу системы МИС-ВИЧ. Система имеет большой потенциал и может позволить вести учет всех пациентов, собирать и хранить данные об их территориальном расположении, статусе диагноза (скрининг или подтвержденный) и лабораторных показателях. Наличие и доступ к таким данным для программных работников открывают огромные возможности как для аналитики и планирования закупок медицинских услуг, так и формирования эффективной логистики АРВ-препаратов. Кроме этого, система МИС-ВИЧ может быть связана с системой eHealth – электронной системой здравоохранения, которая обеспечивает обмен медицинской информацией и реализацию программы медицинских гарантий населения.[63] В перспективе благодаря обмену данными между этими системами эффективность выявления и переадресации пациентов с ВИЧ для получения медицинских услуг может в значительной степени улучшиться. В условиях ограничительных мер эффективный обмен данными особенно актуален для предоставления своевременных медицинских услуг.
3. Необходимо отладить процесс государственного финансирования для НПО, предоставляющих услуги по профилактике, тестированию и перенаправлению, чтобы избежать перерывов в предоставлении услуг на начальном этапе цикла финансирования.
4. Продолжать совместную работу сообществ, государства и международных партнеров над внедрением унифицированной оптимизированной схемы АРТ. В будущем планируется внедрение инъекционных АРВ-препаратов длительного действия после их утверждения ВОЗ. Также в планах внедрение электронного рецепта и утверждение Стандарта медицинской помощи, который будет обновляться по мере необходимости.
5. Продолжать децентрализацию услуг по профилактике и лечению ВИЧ. В 2022–2023 гг. планируется пилотный проект при поддержке БО «100% Жизни» по

ведению пациентов на АРТ на уровне первичного звена. Эта программа может служить стартовой площадкой для развертывания разнообразных моделей децентрализации медицинских и социальных сервисов для ЛЖВ.

6. Поддерживать существующие инициативы по внедрению индикаторов качества предоставления пакета медицинских ВИЧ-услуг на уровне УЗО. По мнению экспертов, конкуренция на рынке предоставления ВИЧ-услуг будет усиливаться, поэтому ежегодно необходимо детализировать пакет медицинских гарантий, чтобы улучшать качество оказания медицинской помощи с проведением соответствующего мониторинга качества услуг.
7. Проводить адвокационную работу по снижению стигмы и устранению дискриминации, в том числе и гендерного насилия, в отношении ЛЖВ из ключевых групп, и по обеспечению базовой социальной поддержки в контексте ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19.
8. Закрепить опыт, полученный в кризисных условиях пандемии, для повышения эффективности взаимодействия ведомств и секторов, разработки и внедрения оптимизированных моделей предоставления услуг и усовершенствования функционирования системы здравоохранения в целом. Этот опыт целесообразно отразить в разработке антикризисных планов с гибкими механизмами финансирования, в том числе из государственных и региональных бюджетов.
9. Государству и НПО необходимо проводить постоянный диалог, имеющий в основе принцип комплементарности, а не конкуренции, для стратегического и краткосрочного планирования совместной деятельности с учетом внезапно возникающих разнообразных рисков для непрерывного функционирования сферы услуг по профилактике и лечению ВИЧ.

Список литературы

1. World Health Organization. The cost of inaction: COVID-19-related service disruptions could cause hundreds of thousands of extra deaths from HIV. 2020; Available from: <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-the-cost-of-inaction-covid-19-related-service-disruptions-could-cause-hundreds-of-thousands-of-extra-deaths-from-hiv>.
2. World Health Organization. COVID-19. Morbidity and Mortality Weekly Update (MMWU)№48. 2021 [cited February 2021; Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/bangladesh/covid-19-who-bangladesh-situation-reports/who_covid-19-update_48_20210125.pdf?sfvrsn=29548019_7.
3. Sobral, M.F.F., et al., Association between climate variables and global transmission of SARS-CoV-2. The Science of the total environment, 2020. 729: p. 138997–138997.
4. OECD. The World Economy on a Tightrope France: Organisation for Economic Co-operation and Development. 2020; Available from: <http://oecd.org/economic-outlook>.
5. World Health Organization. Addressing human rights as key to the COVID-19: response, 21 April 2020. 2020 [cited February 2021; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331811>.
6. World Health Organization. Maintaining essential health services during the COVID-19 outbreak. 2021 [cited February 2021; Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/related-health-issues>.
7. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance. . 2020 [cited February 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1>.
8. World Health Organization. COVID-19: Critical preparedness, readiness and response. 2020 [cited February 2020; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>.
9. Deeks, S.G., S.R. Lewin, and D.V. Havlir, The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. Lancet, 2013. 382(9903): p. 1525–33.
10. IHME. The Lancet: Latest global disease estimates reveal perfect storm of rising chronic diseases and public health failures fuelling COVID-19 pandemic. 2020 [cited February 2021; Available from: <http://www.healthdata.org/news-release/lancet-latest-global-disease-estimates-reveal-perfect-storm-rising-chronic-diseases-and>.
11. World Health Organization. COVID-19 Significantly Impacts Health Services for Non-communicable Diseases: World Health Organisation. 2020 [cited February 2021; Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>.
12. Xu, Z., C. Zhang, and F.S. Wang, COVID-19 in people with HIV. Lancet HIV, 2020.

13. Shiau, S., et al., The Burden of COVID-19 in People Living with HIV: A Syndemic Perspective. *AIDS Behav*, 2020. 24(8): p. 2244–2249.
14. Poteat, T., et al., Understanding COVID-19 Risks and Vulnerabilities among Black Communities in America: The Lethal Force of Syndemics. *Ann Epidemiol*, 2020.
15. Balayan, T., et al., People who inject drugs remain hard-to-reach population across all HIV continuum stages in Central, Eastern and South Eastern Europe – data from Euro-guidelines in Central and Eastern Europe Network. *Infect Dis (Lond)*, 2019. 51(4): p. 277–286.
16. Jiang, H., Y. Zhou, and W. Tang, Maintaining HIV care during the COVID-19 pandemic. *Lancet HIV*, 2020. 7(5): p. e308-e309.
17. Kowalska, J.D., et al., HIV care in times of the COVID-19 crisis – Where are we now in Central and Eastern Europe? *Int J Infect Dis*, 2020. 96: p. 311-314.
18. Guo, W., et al., [Quick community survey on the impact of COVID-19 outbreak for the healthcare of people living with HIV]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 2020. 41(5): p. 662–666.
19. Liu, X., et al., Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry*, 2012. 53(1): p. 15–23.
20. Anon. EACS and BHIVA Statement on risk of COVID-19 for people living with HIV (PLWH). 2020 [cited Feb 2020; Available from: <https://eacsociety.org/home/covid-19-and-hiv.html>].
21. Gokengin, D., et al., HIV care in Central and Eastern Europe: How close are we to the target? *Int J Infect Dis*, 2018. 70: p. 121–130.
22. UNAIDS, Global AIDS Monitoring 2018,. 2018, UNAIDS: Geneva.
23. UNAIDS. 90-90-90: AN AMBITIOUS TREATMENT TARGET TO HELP END THE AIDS EPIDEMIC. 2017 [cited February 2020; Available from: <https://www.unaids.org/ru/resources/909090>].
24. Альянс Общественного Здоровья. УСТОЙЧИВОСТЬ СЕРВИСОВ ДЛЯ КЛЮЧЕВЫХ групп в регионе ВЕЦА (#SoS_project). 2019; Available from: <http://aph.org.ua/uk/nasha-ro-bota/region-syetsa/ustojchivost-servisov/>.
25. Ivankova, N.V., J.W. Creswell, and S.L. Stick, Using Mixed-Methods Sequential Explanatory Design: From Theory to Practice. *Field Methods*, 2006. 18(1): p. 3–20.
26. Tashakkori, A. and C. Teddlie, *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*. 2010: SAGE Publications.
27. Rossman, G.B. and B.L. Wilson, Numbers and Words: Combining Quantitative and Qualitative Methods in a Single Large-Scale Evaluation Study. *Evaluation Review*, 1985. 9(5): p. 627–643.
28. Tashakkori, A. and C. Teddlie, *Mixed methodology : combining qualitative and quantitative approaches*. 1998, Thousand Oaks, California; London: SAGE.
29. ECDC, Historical data (to 14 December 2020) on the daily number of new reported

COVID-19 cases and deaths worldwide.

30. ECDC. Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>.
31. UCLA CENTER FOR HEALTH POLICY RESEARCH. Section 4: Key Informant Interviews 1999; Available from: http://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-data/trainings/documents/tw_cba23.pdf
32. Adami, M.F. and A. Kiger, The use of triangulation for completeness purposes. NURSE RESEARCHER, 2005. 12(4): p. 19–29.
33. KIMCHI, J., B. POLIVKA, and J.S. STEVENSON, Triangulation: Operational Definitions. Nursing Research, 1991. 40(6): p. 364–366.
34. Knafl, K. and B. Breitmayer. Triangulation in Qualitative Research: Issues of Conceptual Clarity and Purpose. 1991.
35. Morse, J.M., Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. Nurs Res, 1991. 40(2): p. 120–3.
36. Guba, E.G. and Y.S. Lincoln, Fourth Generation Evaluation. 1989, Newbury Park ; London ; New Delhi: Sage Publications.
37. Stake, R.E., The art of case study research. 1995, Thousand Oaks: Sage.
38. Country Briefs.; Available from: <http://aidsinfo.unaids.org>.
39. UNAIDS. Factsheets. Country Briefs.; Available from: Country Briefs; Available from: <http://aidsinfo.unaids.org>.
40. Chong, T.W.H., et al., Mental health of older adults during the COVID-19 pandemic: lessons from history to guide our future. Int Psychogeriatr, 2020: p. 1–2.
41. European Centre for Disease Prevention and Control. Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths. 11 Feb 2021.; Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>.
42. Kravchenko, N., et al., Engaging people who inject drugs and their peers in HIV testing and harm reduction in Ukraine: do they make a difference? J Infect Dev Ctries, 2019. 13(7.1): p. 118S–125S.
43. Клинические протоколы по ВИЧ-инфекции принят Экспертным советом по оценке качества клинических руководств/протоколов и утвержден Приказом МЗ КР №29 от 22.01.2015г.; Available from: http://med.kg/images/MyFiles/KP/infeksiya/41-54_sbornik_kp_po_VICH.pdf.
44. Доступ к лечению ВИЧ-инфекции и гепатита С в Беларуси. 2019; Available from: <http://pmplus.by/upload/iblock/eb9/access-to-drugs-belarus-2019.pdf>.
45. Alliance for public health. Інноваційний препарат для лікування ВІЛ стане доступнішим для країн СЕЦА. 2020; Available from: <https://aph.org.ua/uk/novyny/innovationnyj-preparat-dlya-lecheniya-vich-stanet-dostupnee-dlya-stran-vetsa/>.

46. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 01.06.2017 №41. Клинический протокол: «Диагностика и лечение пациентов с ВИЧ-инфекцией». . Available from: http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_878477_41_vich.pdf.
47. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 ноября 2020 года № КР ДСМ-204/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 27 ноября 2020 года № 21682. Об утверждении правил добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования и консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения, осуществляющих деятельность в сфере профилактики ВИЧ-инфекции; Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021682#z7>.
48. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 октября 2020 года № КР ДСМ-169/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 30 октября 2020 года № 21562. Об утверждении правил регистрации и расследования, ведения учета и отчетности случаев инфекционных, паразитарных заболеваний и (или) отравлений, неблагоприятных проявлений после иммунизации; Available from: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021562#z8>.
49. UNODC. Краткий обзор влияния эпидемии коронавируса (COVID-19). 2020; Available from: https://www.unodc.org/documents/centralasia//2020/August/3.08/COVID-19_impact_on_drug_use_in_Central_Asia_ru.pdf.
50. Lert, F. and M.D. Kazatchkine, Antiretroviral HIV treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview. Int J Drug Policy, 2007. 18(4): p. 255–61.
51. Sazonova, Y., et al., HIV treatment cascade among people who inject drugs in Ukraine. PLoS One, 2020. 15(12): p. e0244572.
52. European Centre for Disease Prevention and Control. Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths. 11 Feb 2021. 2012; Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19>.
53. Порядок медицинского освидетельствования с целью выявления заражения вирусом иммунодефицита человека, учета, медицинского обследования ВИЧ-инфицированных и профилактического наблюдения за ними (в редакции Постановления правительства РТ от 06.08.2014г. №528).
54. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 in Tajikistan. 2021; Available from: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/covid-4/coronavirus-tajikistan>.
55. The Diplomat. If Only It Were That Easy: Tajikistan Declares Itself COVID-19 Free. 2021; Available from: <https://thediplomat.com/2021/01/if-only-it-were-that-easy-tajikistan-declares-itself-covid-19-free/>.
56. Corona Tracker. Tajikistan Overview. 2021; Available from: <https://www.coronatracker.com/country/tajikistan/>.
57. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2019 г.; Available from: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/02/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-na-31.12.2019.pdf>.

58. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в первом полугодии 2019 г; Available from: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/10/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-v-pervom-polugodii-2019-g..pdf>.
59. Справка: ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 30 июня 2020 г; Available from: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2020/07/Spravka-VICH-v-Rossii-1-polugodie-2020.pdf>.
60. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией. Методические указания. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2016; Available from: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/05/Metodicheskie-ukazaniya-Epidnadzor-za-VICH.pdf>.
61. Кабінет Міністрів України. ПОСТАНОВА від 16 березня 2020 р. № 215 Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. № 211. 2020; Available from: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-postanovi-kabinetu-ministriv-ukrayini-vid-11-bereznya-t160320>.
62. 100%LIFE. Доступ спільнот до послуг з догляду та лікування ВІЛ через сучасні інформаційні системи та кращий зв'язок з послугами, в рамках програми PEPFAR. 2018; Available from: <https://network.org.ua/access-pro/>.
63. eZdorovya. Адміністратор Центральної бази даних eHealth України. 2021; Available from: <https://ehealth.gov.ua/>.

Таблицы

Таблица 1. Отдельные страновые показатели по состоянию на 2019 г.

Страна [39]	Численность населения	Оценочная численность ЛЖВ (все возрастные группы)	Распространенность ВИЧ-инфекции (15-49 лет)	Знают о своем позитивном ВИЧ-статусе	Охват АРТ	Уровень достижения вирусной супрессии
Кыргызская Республика	6415851	10000 [9700 – 10 000]	0,2 [0,2 – 0,3]%	62 [59 – 63]%	40 [38 – 41]%	33 [31 – 33]%
Республика Беларусь	9452409	28000 [22 000 – 36 000]	0,5 [0,4 – 0,6]%	Нет данных	63 [5 – 82]%	48 [38 – 62]%
Республика Казахстан	18551428	3 000 [30 000 – 38 000]	0,3 [0,3 – 0,3]%	77 [70 – 86]%	52 [48 – 59]%	42 [38 – 47]%
Республика Молдова	4043258	15000 [12 000 – 18 000]	0,7 [0,6 – 0,9]%	64 [55 – 79]%	46 [39 – 56]%	38 [33 – 47]%
Республика Таджикистан	9321023	14000 [12 000 – 18 000]	0,2 [0,2 – 0,3]%	63 [54 – 80]%	51 [44 – 66]%	37 [32 – 48]%
Российская Федерация	145872260	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
Украина	43993643	250000 [230000 – 270000]	1,0 [0,9 – 1,0]%	67 [62 – 73]%	54 [50 – 58]%	51 [47 – 55]%

Таблица 2. Общая динамика основных показателей в Кыргызской Республике

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими месяцами / кварталами 2020 и 2019 гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО			-8,3			-55,4			11,3			42,6	-2,4
г. Ош			-21,5			-78,6			-13,0			0,7	-28,1
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО	11,3	-6,5	-6,7	-73,0	-15,5	31,9	-31,4	-11,7	-46,4	-5,8	-5,8	17,4	-11,9
г. Ош	22,2	-1,1	-15,2	-80,9	-45,0	22,7	-24,9	-31,5	-50,8	-29,3	-23,5	-9,3	-22,2
Количество пациентов, взятых на АРТ	30,8	32,9	64,0	-28,6	-22,0	-9,4	-50,0	-49,2	-33,8	-53,8	-42,4	-13,1	-14,5
г. Ош	-33,3	125,0	33,3	0,0	100,0	50,0	-50,0	-87,5	-66,7	-50,0	-33,3	-22,2	-2,9
* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно													

Таблица 3. Общая динамика основных показателей в Республике Беларусь

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими месяцами 2020 и 2019 гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО	56,4	6,8	34,6	-4,9	0,0	-5,8	5,2	-11,3	20,6				11,3
г. Минск	89,8	18,0	18,5	-16,4	-13,3	-18,5	-13,9	-14,9	-0,9				5,4
г. Светлогорск	10,3	-24,9	22,7	-18,6	24,6	-17,8	21,7	29,0	76,2				13,7
г. Солигорск	-20,9	-41,9	133,3	115,8	138,7	89,2	105,3	5,6	363,4				98,7
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО	13,4	19,0	-5,6	-42,3	-33,6	-25,9	-15,2	-8,3	-9,3	-16,5	-14,0	-25,7	-13,7
г. Минск	35,8	13,9	3,7	-41,4	-23,8	-7,5	2,8	-10,7	11,2	-3,4	-16,9	-16,2	-4,4
г. Светлогорск и Светлогорский район	-0,1	-3,9	-2,3	-51,3	-40,6	-10,2	-19,9	9,1	-21,8	-31,7	-22,2	-43,0	-19,8
г. Солигорск и Солигорский район	1,4	2,2	12,5	-55,6	-32,0	19,2	-24,3	-33,8	-22,4	-30,1	-15,4	-16,6	-16,3
Количество пациентов, взятых на АРТ	-30,8	-6,8	-32,4	-50,9	-53,3	-59,8	-68,0	-63,0	-48,6	-63,0	-47,3	-58,7	-48,5
г. Минск	-13,8	-39,3	-68,8	-69,1	-43,6	-50,0	-33,3	-21,2	55,6	-14,8	10,0	-27,3	-13,8
г. Светлогорск и Светлогорский район	-42,9	-59,1	-70,0	0,0	-75,0	-57,1	-87,5	-61,5	-55,6	-50,0	-44,4	-83,3	-57,2
г. Солигорск и Солигорский район	-81,3	-74,1	-85,4	-89,7	-47,6	-90,2	-86,4	-60,9	-58,3	-83,3	-46,7	-30,0	-69,5

* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно

Таблица 4. Общая динамика основных показателей в Республике Казахстан

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими месяцами / полугодиями 2020 и 2019 гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО						28,5						-1,1	13,7
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО	5,7	12,0	9,4	-40,3	-14,5	5,9	-32,7	-2,7	18,0	9,2	10,1	23,1	0,3
Количество пациентов, взятых на АРТ	66,8	32,1	16,5	-24,9	-26,6	-18,3	-44,7	-25,3	-27,5	-10,0	11,4	-20,7	-5,9

* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно

Таблица 5. Общая динамика основных показателей в Республике Молдова

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими кварталами 2020 и 2019 гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО			58,1			23,2			55,7				45,7
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО			-13,1			-47,4			-38,0				-32,8
Количество пациентов, взятых на АРТ			0,0			-55,7			-19,3				-25,0

* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно

Таблица 6. Общая динамика основных показателей в Республике Таджикистан

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими месяцами 2020 и 2019гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО	-9,1	-22,1	-2,2	-16,6	-55,6	-7,6	-11,9	-6,1	-15,4	-17,2	-41,0		-18,6
г. Душанбе	-96,0	-78,4	-58,5	66,7	-77,6	17,9	110,1	-3,7	-42,4	-3,1	-21,4		-17,0
Количество пациентов, взятых на АРТ	0,0	-15,0	-23,6	3,3	-74,3	-38,7	-46,9	-26,8	-55,0	-36,4	-54,0	-46,6	-33,4
г. Душанбе	68,4	-50,0	-58,3	-43,2	-75,0	-45,0	-52,6	-51,6	-40,7	-46,5	-75,0	-45,5	-42,7

* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно

Таблица 7. Общая динамика основных показателей в Украине

Показатель*	Разница значений показателя между соответствующими месяцами / кварталами 2020 и 2019 гг., %												В среднем, %
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья»	-75,0	-74,2	-76,8	-89,6	-89,3	-65,7	-74,3	-73,0	-70,7	-68,6	-59,6		-74,3
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам БО «100% Жизни»	43,1	8,2	-17,6	-41,8	-23,6	-2,6	-10,5	-19,1	-1,2				-7,2

Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе НПО по проектам ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» в рамках выполнения бюджетной программы											76,6**		
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в УЗО			-13,6			-33,1			-15,5				-20,7
Количество пациентов, взятых на АРТ	-4,1	-2,4	-8,4	-24,3	-20,1	4,1	-9,9	-6,6	6,5	-29,3	-27,3		-11,1
* желтым и зеленым цветами обозначена негативная и позитивная динамика значений показателей соответственно													
**состоянием на ноябрь													

Таблица 8. Динамика показателей тестирования и начала лечения в странах ВЕЦА за 2019-2020 гг.

Страна	Средняя разница по количеству тестирований на ВИЧ* в 2020 году по сравнению с 2019 годом	Средняя разница по количеству новых пациентов на АРТ* в 2020 году по сравнению с 2019 годом
Кыргызская Республика	-11,9%	-14,5%
Республика Беларусь	-13,7%	-48,5%
Республика Казахстан	+0,3%	-5,9%
Республика Молдова	-32,8	-25,0%
Республика Таджикистан	-18,6%	-33,4%
Российская Федерация	-15,7%	n/a
Украина	-20,7%	-11,1%
*услуги, которые предоставлялись в УЗО		

Дополнительные Таблицы

Дополнительная таблица 1. Кыргызская Республика

Кыргызская Республика	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц			10500			11686			10266			11511			9625			5211			11428			16419
из них ЛУИН			4259			2486			3917			3955			4821			3062			6748			4322
МСМ			2389			2297			2214			2260			2450			788			2293			2779
PKC			1138			896			826			637			1127			537			666			788
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц			139			145			134			123			116			27			24			64
из них ЛУИН			19			24			15			16			14			2			5			2
МСМ			5			6			6			7			7			0			3			8
PKC			21			3			0			0			1			1			1			6

Кыргызская Республика	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	36253	40136	35998	43052	31781	28934	28548	28893	73887	39830	38299	41592	40356	37,524	33569	11628	26840	38165	19573	25522	39614	37526	36073	48833
из них ЛУИН	35	21	36	34	32	1	21	27	61	33	29	53	18	40	42	7	4	135	7	29	70	29	29	79
МСМ	7	3	2	4	1	1	5	1	2	7	1	0	6	4	4	0	5	3	3	2	4	6	1	7
РКС	3	3	5	5	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	5	0	2	2	1	1	2	0	0	2
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	70	58	42	67	61	57	65	55	85	75	85	67	82	74	79	34	44	55	27	33	37	39	56	77
из них ЛУИН	9	6	9	2	5	10	14	10	12	7	6	9	9	11	7	2	1	3	4	3	1	1	3	3
МСМ	5	4	2	3	2	0	0	2	6	3	6	1	6	3	7	0	1	5	4	1	2	5	1	5
РКС	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц	47	43	30	42	42	42	38	32	51	53	62	48	60	63	62	26	34	35	24	19	32	29	49	59
из них ЛУИН	4	5	6	0	3	8	8	6	7	5	6	4	3	6	4	2	1	1	4	2	1	1	2	2
МСМ	5	4	1	2	1	0	0	0	3	1	4	0	2	3	6	1	1	2	3	0	2	3	1	6
РКС	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1

Кыргызская Республика	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	4061	4094	4070	4058	4094	4106	4144	4147	4183	4242	4338	4385	4439	4506	4572	4583	4611	4621	4630	4596	4554	4565	4582	4612
из них ЛУИН	1185	1182	1164	1131	1116	1109	1114	1104	1097	1095	1114	1111	1107	1114	1126	1116	1115	1107	1106	1084	1054	1057	1048	1043
МСМ	139	144	142	143	146	145	147	146	149	151	157	161	163	169	174	177	179	182	187	187	177	174	178	183
РКС	9	10	9	10	12	12	12	11	11	11	11	12	11	11	13	13	13	12	10	11	11	11	11	12
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	65	70	50	56	59	64	58	59	74	80	92	84	85	93	82	40	46	58	29	30	49	37	53	73
из них ЛУИН	8	16	14	6	2	14	15	12	12	13	12	9	6	14	9	6	4	6	4	2	2	3	3	5
МСМ	4	4	1	2	3	2	0	1	5	5	7	4	2	6	7	2	3	2	4	0	4	4	3	6
РКС	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	3715	3763	3742	3709	3760	3730	3760	3795	3836	3894	3981	4053	4117	4185	4239	4257	4286	4319	4324	4335	4341	4358	4383	4448
из них ЛУИН	1040	1012	1030	989	986	961	970	972	961	963	981	987	991	992	1001	1001	1006	1008	1008	1005	989	995	987	990
МСМ	121	125	125	124	127	120	119	121	127	128	135	140	140	146	152	154	155	158	161	162	163	162	166	172
РКС	9	9	8	9	11	11	11	11	10	9	9	11	11	11	13	13	13	12	10	11	11	11	11	12
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	17	13	16	19	20	12	17	18	12	19	9	20	19	16	11	16	22	13	15	13	18	13	17	13
из них ЛУИН	10	6	5	11	10	4	5	10	4	11	2	7	6	6	3	6	8	6	5	5	4	2	5	4
МСМ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
РКС	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

Кыргызская Республика	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															84	746	987	3200	32112	6769	2457	13524	12928	8581
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															0	10	6	34	1370	-362	6	91	116	89
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 2. Город Ош

Ош	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц			2555			2278			2839			2457			2006			488			2470			2473
из них ЛУИН			853			1609			1574			1151			1278			287			1824			1255
МСМ			114			101			405			573			503			31			520			656
РКС			105			112			161			95			172			104			79			118

Ош	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц						1																		
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС						1																		
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	3744	4463	5248	6049	4093	3560	3670	4115	9528	4979	4865	5582	4574	4414	4451	1158	2252	4367	2756	2820	4684	3520	3723	5063
из них ЛУИН	5	1	2	4	1	18	1	0	0	1	1	3	0	2	1	0	1	1	0	3	1	2	0	1
МСМ	0	0	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
РКС	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	6	5	3	3	1	2	5	4	4	4	4	6	5	5	4	1	2	6	5	1	3	3	4	5
из них ЛУИН	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
МСМ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
РКС	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ош	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц	2	5	2	1	1	4	4	5	6	7	5	8	2	4	4	1	4	5	5	1	2	3	3	5
из них ЛУИН	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0
МСМ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
РКС	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	376	382	386	380	377	386	391	402	413	415	420	422	417	420	429	420	421	411	415	411	406	411	410	415
из них ЛУИН	113	113	115	112	108	110	110	110	111	106	106	104	103	107	113	108	107	103	105	104	98	101	101	101
МСМ	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
РКС	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	3	4	3	1	2	4	2	8	9	6	6	9	2	9	4	1	4	6	1	1	3	3	4	7
из них ЛУИН	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0
МСМ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
РКС	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	354	358	366	358	362	368	372	388	397	397	402	408	404	406	415	411	410	402	404	399	398	403	403	408
из них ЛУИН	101	102	106	100	102	103	104	105	104	100	99	99	99	101	106	105	105	101	102	100	95	98	98	99
МСМ	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Ош	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
PKC	0	0	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	3	0	1	3	3	1	1	3	0	2	0	6	2	2	0	2	4	1	2	3	0	0	0	1
из них ЛУИН	3	0	1	1	3	1	1	1	0	2	0	2	0	0	0	0	2	1	0	2	0	0	0	0
МСМ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PKC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 3. Республика Беларусь

Республика Беларусь	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	1602	2459	1884	2142	2161	2549	2606	2532	2802	2739	2464	2594	2506	2625	2535	2036	2160	2400	2741	2246	3380			
из них ЛУИН	805	1235	712	1029	1092	1358	1316	1290	1453	1450	1229	1350	1149	1226	1268	1026	1072	1222	1554	1014	1687			
МСМ	600	950	836	774	727	818	877	858	977	919	900	862	968	977	841	602	623	657	711	724	1189			
PKC	197	274	336	339	342	373	413	384	372	370	335	382	389	422	426	408	465	521	476	508	504			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	45	72	46	43	63	44	32	36	37	36	37	32	50	47	46	25	30	33	42	23	41			
из них ЛУИН	41	63	39	42	51	35	28	30	34	30	30	27	29	30	34	17	15	15	34	18	18			
МСМ	3	7	7	1	6	5	4	4	3	4	6	3	15	12	7	2	5	12	5	3	18			
PKC	1	2	0	0	6	4	0	2	0	2	1	2	6	5	5	6	10	6	3	2	5			
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА)	140969	154375	177529	185438	136785	150765	150638	140262	154632	157711	142455	137602	159884	183703	167577	106928	90817	111730	127710	128588	140256	131703	122478	102220
из них ЛУИН	361	433	357	373	269	365	315	334	368	315	294	285	364	425	324	233	239	174	220	185	172	217	177	168
МСМ																								
PKC																								

Республика Беларусь	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА)	557	647	726	767	539	606	622	664	712	741	634	683	676	794	825	457	350	455	478	506	572	523	451	332
из них ЛУИН	20	23	33	38	16	29	28	22	23	34	23	21	18	23	27	12	12	14	25	14	16	16	11	21
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ	135	199	198	204	171	174	180	157	172	178	164	205	140	206	161	123	94	106	86	96	109	100	89	117
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество взятых на диспансерный учет за месяц	131	191	196	200	165	169	177	150	167	171	159	194	150	181	164	115	81	106	81	88	106	87	80	111
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Республика Беларусь	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	19528	19643	19867	19901	19986	20505	20403	20226	20308	20425	20546	20637	20729	20883	21040	21037	21073	21120	21163	21296	21375	21448	21519	21610
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	195	161	204	216	182	169	181	165	142	184	131	179	135	150	138	106	85	68	58	61	73	68	69	74
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	14641	14880	15071	15266	15480	15903	15728	15851	15966	16581	16748	16966	17121	17347	17041	17147	17239	17318	17375	17449	17531	17603	17684	17764
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	3	6	10	5	13	11	6	6	4	6	3	2	1	4	3	5	1	1	4	4	3	8	7	4
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Республика Беларусь	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество заболевших COVID-19													0	1	93	16611	25851	18919	6592	3620	5922	21850	35549	64954
из них ЛЖВ													0	0	2	57	103	138	55	26	64	144	95	99
Ежемесячное количество умерших от COVID-19													0	0	0	99	136	148	184	109	142	167	166	300
из них ЛЖВ													0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1

Дополнительная таблица 4. Город Минск

Минск	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	606	969	961	1059	1064	1179	1270	1168	1198	1219	1051	1211	1150	1143	1139	885	922	961	1093	994	1187			
из них ЛУИН	286	494	400	523	542	572	646	545	559	574	426	577	475	472	558	492	434	444	548	461	496			
МСМ	229	322	361	351	343	418	413	418	427	439	427	417	458	446	373	191	234	237	287	286	428			
РКС	91	153	200	185	179	189	211	205	212	206	198	217	217	225	208	202	254	280	258	247	263			

Минск	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	25	46	30	37	43	26	22	26	32	23	28	21	34	30	33	13	20	22	25	17	26			
из них ЛУИН	24	42	29	36	36	21	21	23	30	19	23	17	18	20	27	11	11	10	19	13	12			
МСМ	0	3	1	0	4	3	1	1	2	2	4	2	12	7	5	0	2	12	4	2	14			
PKC	1	1	0	1	3	2	0	2	0	2	1	2	4	3	1	2	7	0	2	2	0			
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА + БТ)	24495	29691	32280	32890	29971	27229	26786	29658	28443	33342	30535	29626	33276	33822	33475	19271	22841	25187	27538	26470	31617	32204	25360	24816
из них ЛУИН	117	67	94	57	55	64	47	82	101	65	53	88	114	75	59	21	86	34	31	51	52	110	22	112
МСМ																								
PKC																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА + БТ)	168	183	213	221	150	178	174	206	222	232	179	224	205	223	157	95	142	173	170	184	168	170	144	151
из них ЛУИН	18	18	35	32	12	24	25	24	20	26	21	19	19	20	22	6	14	13	20	11	10	17	11	17
МСМ																								
PKC																								

Минск	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ	50	44	40	52	42	40	43	45	45	39	39	39	35	49	24	25	17	26	20	24	32	31	15	28
из них ЛУИН	13	20	14	17	13	17	15	13	16	10	9	14	12	12	5	5	3	2	5	9	7	9	6	8
МСМ	3	2	2	5	2	2	6	1	2	7	10	2	11	5	4	1	3	9	2	0	2	5	2	3
РКС	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	4328	4402	4435	4468	4516	4551	4613	4663	4698	4758	4794	4835	4883	4941	4980	4997	5016	5043	5069	5098	5131	5160	5183	5213
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	102	65	84	77	68	55	72	66	52	36	54	40	62	56	51	24	21	31	36	44	41	56	46	44
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	2945	2989	3016	3042	3077	3103	3148	3182	3211	3250	3281	3310	3341	3387	3416	3429	3444	3469	3490	3515	3546	3566	3577	3580
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Минск	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	11	5	8	6	7	6	10	7	2	8	11	7	6	5	4	6	4	6	5	7	4	3	1	1
из них ЛУИН	7	1	7	2	3	2	4	2	1	7	5	7	4	3	3	2	4	5	3	4	2	3	1	1
МСМ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ													0	0	0	17	23	63	17	10	12	65	0	0
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ													0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Дополнительная таблица 5. Город Светлогорск и Светлогорский район

г. Светлогорск и Светлогор- ский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	146	237	150	140	118	180	138	138	151	170	136	139	161	178	184	114	147	148	168	178	266			
из них ЛУИН	113	122	90	73	61	94	66	78	111	110	81	88	96	107	101	109	72	93	89	112	95			
МСМ	10	43	20	21	22	21	20	17	10	10	10	16	16	24	20	2	20	20	28	20	91			
PKC	23	72	40	46	35	65	52	43	30	50	45	35	49	47	63	3	55	35	51	46	80			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	8	9	8	3	3	10	2	1	1	4	3	2	1	4	2	1	4	0	3	1	2			
из них ЛУИН	8	8	7	3	3	7	2	1	1	4	3	2	1	3	2	1	2	0	3	1	0			
МСМ	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
PKC	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2			

г. Светлогорск и Светлогор- ский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА + БТ)	4782	6423	5353	5666	3573	4088	4412	4205	4898	4126	3498	3215	4777	6172	5230	2760	2124	3673	3534	4587	3828	2819	2720	1834
из них ЛУИН	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА + БТ)	21	71	73	62	38	66	67	63	30	61	37	50	50	49	36	25	11	20	29	31	25	22	31	20
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ	4	8	9	12	9	3	7	5	4	7	8	8	3	7	8	6	2	3	0	4	3	2	2	3
из них ЛУИН	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
МСМ																								
РКС																								

г. Светлогорск и Светлогор- ский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	4532	4544	4554	4563	4571	4576	4581	4584	4588	4597	4602	4605	4616	4623	4632	4634	4639	4639	4640	4643	4644	4648	4654	4656
из них ЛУИН	1841	1841	1841	1843	1844	1844	1944	1844	1844	1845	1846	1846	1847	1848	1848	1849	1849	1850	1850	1851	1851	1851	1851	1851
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	14	22	20	11	20	7	16	13	9	8	9	18	8	9	6	11	5	3	2	5	4	4	5	3
из них ЛУИН	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	1948	1966	1977	1981	1999	2007	2005	2010	2015	2020	2019	2034	2037	2039	2045	2051	2044	2035	2034	2035	2032	2032	2033	2033
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

г. Светлогорск и Светлогор- ский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19													0	0	0	0	2	9	3	1	3	6	0	0
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 6. Город Солигорск и Солигорский район

г. Солигорск и Солигорский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	43	62	24	19	31	37	38	54	41	30	28	40	34	36	56	41	74	70	78	57	190			
из них ЛУИН	43	62	24	19	31	37	38	54	41	30	28	40	34	32	53	38	66	62	73	52	178			
МСМ														4	3	3	5	6	4	2	4			
PKC														0	0	0	3	2	1	3	8			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц	4	6	0	0	3	5	1	3	1	2	0	0	0	0	1	1	2	2	4	1	0			
из них ЛУИН	4	6	0	0	3	5	1	3	1	2	0	0	0	0	1	0	2	2	4	1	0			
МСМ														0	0	1	0	0	0	0	0			
PKC														0	0	0	0	0	0	0	0			
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА +БТ)	3259	3622	3515	4419	3809	3336	3940	4331	4417	4160	3482	3155	3304	3701	3953	1961	2589	3975	2983	2866	3429	2907	2947	2632
из них ЛУИН	22	19	14	12	16	14	15	11	14	11	3	12	27	16	14	7	5	8	7	9	5	2	4	10
МСМ																								
PKC																								

г. Солигорск и Солигорский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (ИФА + БТ)	13	10	17	12	13	13	8	14	9	17	7	15	7	7	4	4	3	2	4	6	4	11	8	4
из них ЛУИН	1	0	1	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
МСМ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ	11	11	19	6	2	12	13	8	5	19	4	2	10	4	4	3	6	2	5	2	4	3	4	6
из них ЛУИН	4	4	8	0	0	4	9	3	1	6	1	1	5	3	2	2	3	1	0	0	0	2	0	1
МСМ	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	1511	1514	1536	1533	1527	1534	1544	1515	1517	1520	1523	1515	1522	1516	1515	1517	1516	1512	1515	1517	1523	1522	1524	1528
из них ЛУИН	409	412	422	423	422	425	433	418	420	420	421	421	424	422	425	426	430	431	431	431	432	433	436	437
МСМ	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
РКС																								

г. Солигорск и Солигорский район	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	32	27	41	39	21	41	22	23	12	18	15	10	6	7	6	4	11	4	3	9	5	3	8	7
из них ЛУИН	10	9	7	8	2	8	9	7	2	5	6	3	2	5	5	2	5	2	1	2	0	0	1	0
МСМ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0												
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	1061	1087	1129	1153	1174	1202	1218	1230	1244	1248	1268	1272	1279	1281	1288	1293	1304	1308	1312	1321	1321	1326	1336	1336
из них ЛУИН	295	304	311	311	312	315	319	324	329	329	334	337	341	346	350	354	360	363	366	369	368	372	374	373
МСМ	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
РКС																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	2	4	2	9	3	7	2	2	2	4	4	6	1	6	5	0	3	3	6	3	3	3	0	3
из них ЛУИН	1	2	2	4	3	3	2	1	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	4	2	1	1	0	2
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ													0	0	0	4	6	4	3	2	3	6	11	9
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Дополнительная таблица 7. Республика Казахстан

Казахстан	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц						5986						10204						7691						10091
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	290808	270752	226383	292722	247608	241074	258516	247064	253262	279320	260999	200691	307375	303313	247556	174758	211742	255325	174086	240299	298866	304941	287355	247061
из них ЛУИН	2494	2788	2212	2626	2533	2414	2214	1702	1928	2050	2118	1523	1711	1774	1240	668	702	1310	709	1516	2203	1675	1257	1177
МСМ	130	143	83	81	110	78	59	33	24	128	38	36	39	42	44	21	46	44	35	52	82	64	69	44
PKC	607	631	546	872	729	775	402	306	179	253	321	246	345	625	204	85	65	174	140	244	331	267	245	198

Казахстан	2019 год												2020 год											
Показатель	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	307	288	233	303	336	294	280	325	271	299	278	322	330	399	284	268	202	310	173	198	302	293	318	293
из них ЛУИН	51	43	36	45	48	41	38	47	39	43	40	39	37	56	24	25	15	24	18	23	41	17	26	31
МСМ	10	8	7	9	21	9	11	12	7	3	0	13	6	8	4	11	7	4	2	5	8	9	14	7
РКС	0	2	2	0	1	0	3	2	0	0	1	0	0	0	3	0	1	1	1	3	3	2	0	0
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц	305	288	234	302	335	291	279	321	269	296	276	322	328	392	283	264	202	306	171	196	301	288	318	293
из них ЛУИН	103	94	70	103	108	93	95	113	86	84	94	103	118	135	93	91	60	79	49	60	87	74	79	74
МСМ	15	14	13	13	26	15	20	18	14	16	11	17	16	18	14	20	21	16	8	13	24	20	25	15
РКС	1	3	3	2	2	1	5	4		2	1	1	1	1	4	1	1	1	1	4	4	3	2	1
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца	19743	20018	20178	20376	20584	20767	20950	21137	21269	21481	21593	21840	22011	22360	22618	22761	22881	22996	23096	23234	23430	23529	23592	23760
из них ЛУИН	7554	7625	7644	7689	7746	7777	7822	7866	7871	7906	7927	7996	8031	8151	8234	8266	8308	8323	8335	8345	8389	8378	8380	8431
МСМ	580	595	615	618	639	656	672	679	694	710	719	739	753	777	793	809	830	836	836	855	872	896	911	924
РКС																								

Казахстан	2019 год												2020 год											
Показатель	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	196	355	328	345	376	377	371	379	429	410	333	377	327	469	382	259	276	308	205	283	311	369	371	299
из них ЛУИН	68	112	110	115	111	123	142	137	164	119	106	159	134	164	132	83	100	117	65	87	105	101	117	93
МСМ	10	17	50	10	23	22	23	17	18	23	13	15	14	23	24	10	24	11	8	18	21	26	21	16
PKC																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	14684	14839	14856	15055	15253	15590	15765	16099	16506	16797	17103	17438	17567	18044	18279	18293	18473	18807	18504	18771	19175	19529	19888	20177
из них ЛУИН	5288	5306	5276	5334	5365	5473	5520	5630	5744	5787	5874	5974	6002	6169	6248	6241	6312	6428	6296	6369	6483	6581	6690	6787
МСМ	469	480	492	502	524	549	562	581	597	618	636	654	667	683	701	703	733	750	738	756	782	809	829	847
PKC																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	110	123	107	113	96	83	97	114	92	120	119	127	128	115	90	90	101	121	108	106	99	126	94	67
из них ЛУИН	61	62	59	60	50	45	48	62	57	57	56	57	76	53	47	44	47	55	59	64	49	59	45	25
МСМ	0	1	0	2	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	2	3	1	0	0	1	0
PKC																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															284	3680	7344	10019	77314	32032	9592	10598	22943	33262
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															1	26	14	142	926	672	268	178	206	342
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 8. Республика Молдова

Республика Молдова	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц			4230			4764			4269			5085			6688			5869			6646			
из них ЛУИН			2160			2286			2198			2301			2147			1326			2752			
МСМ			625			605			703			645			807			745			710			
PKC			1286			1302			1292			1334			1406			867			1453			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц			28			41			37			44			160			80			21			
из них ЛУИН			15			20			16			20			107			55			7			
МСМ			6			8			9			7			37			22			4			
PKC			7			13			12			17			16			3			10			
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц			62681			71280			60620			73342			54487			37520			37589			
из них ЛУИН			2310			2260			2340			2533			1780			1065			1648			
МСМ			980			1028			1168			1118			960			560			602			
PKC			625			605			703			645			630			362			406			

Республика Молдова	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц			652			740			626			746			590			402			418			
из них ЛУИН			25			26			25			18			15			12			10			
МСМ			11			12			16			15			11			4			8			
РКС			7			8			6			5			8			4			3			
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц			247			261			196			259			256			114			163			
из них ЛУИН			16			18			17			14			10			6			13			
МСМ			6			8			8			8			13			4			4			
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца			7892			8086			8209			7870			8044			8177			8184			
из них ЛУИН			1232			1234			1222			1215			1197			1187			1174			
МСМ			144			146			145			141			153			157			159			
РКС																								

Республика Молдова	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц			260			291			238			282			260			129			192			
из них ЛУИН			22			18			17			21			11			5			11			
МСМ			6			4			5			5			13			4			6			
PKC																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца			6062			6296			6475			6690			6816			6832			6910			
из них ЛУИН			942			956			964			980			982			987			985			
МСМ			107			111			116			121			130			133			138			
PKC																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												224												
из них ЛУИН												23												
МСМ												1												
PKC																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															263	3858	4130	7999	9112	11338	14175	25707	30435	38856
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															2	123	170	235	261	201	295	513	490	747
из них, ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 9. Республика Таджикистан

Таджикистан	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	91638	108782	66288	90472	69123	64462	86846	79017	81210	89992	108912	125766	83254	84755	64829	75426	30671	59581	76507	74165	68700	74509	64256	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								

Таджикистан	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	181	143	36	166	151	17	259	102	36	172	44	13	310	118	14	186	31	22	103	75	32	101	71	38
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Таджикистан	2019 год												2020 год											
Показатель	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	121	147	127	122	148	93	147	112	129	121	126	116	121	125	97	126	38	57	78	82	58	77	58	62
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	5925	6070	6180	6296	6409	6465	6529	6572	6698	6758	6963	7094	7200	7324	7405	7518	7526	7581	7653	7718	7741	7807	7871	7960
из них, ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	27	36	25	34	24	20	24	24	31	22	31	19	36	25	31	27	25	14	23	23	25	17	23	14
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																76	3731	2042	1646	1055	1096	1408	1101	1145
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																2	45	5	9	7	7	7	4	4
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 10. Город Душанбе

Душанбе	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	210077	42828	14347	5390	8024	3170	5616	7446	7693	9969	9313	5776	8373	9252	5950	8983	1794	3738	11799	7169	4430	9660	7324	4425
из них ЛУИН																								
МСМ																								
PKC																								

Душанбе	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц	42	32	19	53	14	4	26	24	8	19	4	3	63	15	1	30	6	2	19	14	4	23	12	6
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Душанбе	2019 год												2020 год											
Показатель	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	19	30	36	37	28	20	19	31	27	43	44	22	32	15	15	21	7	11	9	15	16	23	11	12
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	1161	1196	1229	1239	1251	1269	1275	1286	1309	1368	1415	1431	1459	1471	1480	1501	1500	1513	1521	1536	1558	1565	1564	1594
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	4	6	7	9	2	5	2	7	6	1	0	3	4	2	3	3	5	2	7	3	1	2	2	2
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них, ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 11. Российская Федерация

Российская Федерация	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII (накопительно)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (Граждане Российской Федерации, код 100)						19684730				33235308	40580588					12384782	16595294			24929033				
из них, ЛУИН (больные наркоманией, код 102)											393241													

Российская Федерация	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII (накопительно)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
МСМ (гомо- и бисексуалисты, код 103)												4993												
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												119372												
из них ЛУИН (больные наркоманией, код 102)												7233												
МСМ (гомо- и бисексуалисты, код 103)												785												
РКС																								

Российская Федерация	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII (накопительно)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации / количество новых выявленных серопозитивных к ВИЧ среди обследованных на антитела к ВИЧ)						47971						78933					28943		38126				55048	
из них ЛУИН (больные наркоманией)												6436												
МСМ												752												
РКС																								
Впервые взяты под диспансерное наблюдение						40360						65974											47477	
из них ЛУИН (внутривенное введение наркотиков)												14441												
МСМ (гомосексуальный контакт)												1011												
РКС																								

Российская Федерация	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII (накопительно)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество россиян с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на конец месяца						1041040						1060553					1087050		1094050				1097182	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца						730113						760306					746650		754455				770122	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц						55152						93436											81317	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца						472533						510495					543538		557556				581555	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Российская Федерация	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII (накопительно)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ						14478						26303				9387		14439				22071		
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19													2	0	1532	133153	271156	228594	216433	139456	161112	485343	632535	990822
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19													0	0	8	1272	3413	4380	5055	2965	3231	7911	11292	19461
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 12. Город Санкт-Петербург

Санкт-Петербург	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц												1336446												
из них ЛУИН												3863												
МСМ												1095												
РКС																								

Санкт-Петербург	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												6935												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации)												2863												
из них ЛУИН												87												
МСМ												53												
РКС																								
Впервые взяты на диспансерное наблюдение																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Санкт-Петербург	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество россиян с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на конец месяца												57417												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца																								
из них, ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Санкт-Петербург	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												10303												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															98	3964	11985	12222	19239	17428	25593	35783	34240	207884
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															2	27	177	959	1084	1337	1613	2230	1932	5762
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 13. Калининградская область

Калининградская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц												279024												
из них ЛУИН												702												
МСМ												25												
РКС																								

Калининградская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												517												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации)												413												
из них ЛУИН												17												
МСМ												4												
РКС																								
Впервые взяты на диспансерное наблюдение																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Калининград- ская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество россиян с установлен- ным диагно- зом ВИЧ- инфекции на конец месяца												6788												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациен- тов, взятых на АРТ за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Калининград- ская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												4430												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 14. Новосибирская область

Новосибирская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц												980778												
из них ЛУИН												94821												
МСМ												25												
РКС																								

Новосибирская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												3418												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации)												3139												
из них ЛУИН												184												
МСМ												0												
РКС																								
Впервые взяты на диспансерное наблюдение																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Новосибирская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество россиян с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на конец месяца												35884												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Новосибирская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												8233												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 15. Свердловская область

Свердловская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц												1037142												
из них ЛУИН												16188												
МСМ												104												
РКС																								

Свердловская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Показатель																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												5349												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации)												5054												
из них ЛУИН												488												
МСМ												44												
РКС																								
Впервые взяты на диспансерное наблюдение																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Свердловская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество россиян с лабораторно выявленным диагнозом ВИЧ-инфекция на конец месяца												80672												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Свердловская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												23082												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19																								
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19																								
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 16. Челябинская область

Челябинская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц												18367												10057
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций за месяц												977												874
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц												1012923												
из них ЛУИН												13699												
МСМ												42												
РКС																								

Челябинская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц (Выявлено положительных результатов у обследованных в ИБ)												4529												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ (Число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации)												3986												
из них ЛУИН												299												
МСМ												1												
РКС																								
Впервые взяты на диспансерное наблюдение																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Челябинская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество россиян с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции на конец месяца												47219												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца																								
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Челябинская область	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ												12076												
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															15	532	2486	5099	6695	7706	9034	11243	15408	20718
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															0	3	20	42	117	147	212	259	324	432
из них ЛЖВ																								

Дополнительная таблица 17. Украина

Украина	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья» за месяц	19891	22371	23217	25140	24831	20974	19622	19731	18667	16513	5027	5348	4974	5775	5378	2612	2653	7204	5047	5322	5472	5190	2031	
из них ЛУИН	13690	15327	15899	17312	17153	14531	11926	11449	10770	9306	3589	3439	2876	3618	3415	1824	1739	5330	3516	3813	3917	3659	1395	
МСМ	3778	4050	4024	4401	4269	3498	4192	4273	4189	4060	864	872	979	834	792	582	567	955	846	848	896	830	435	
РКС	2449	3027	3330	3468	3451	2974	3527	4036	3736	3164	576	1039	1123	1324	1171	206	347	920	688	664	659	702	201	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам БО «100% Жизни» за месяц	20902	27087	26244	31019	31469	26184	33213	31644	27024	30777	27705	22237	29921	29297	21630	18039	24038	25493	29733	25612	26690			
из них ЛУИН	1526	2003	1783	1584	1672	1461	1540	1343	1196	1009	1224	1149	1087	1326	1014	933	887	1784	1895	1986	1900			
МСМ	332	477	401	395	406	367	388	521	790	398	499	457	497	573	506	269	384	514	592	624	802			
РКС	84	85	97	131	132	81	77	62	62	53	34	22	25	37	39	14	26	30	23	40	23			

Украина	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество проведенных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» в рамках выполнения бюджетной программы за месяц											31697	34521	5722	610	0	33626	44014	54313	49667	47500	48731	51923	55978	
из них ЛУИН											23402	23807	4482	598	0	26003	32693	38676	35953	33803	35111	37802	40795	
МСМ											3659	4287	606	0	0	2600	3626	6289	6730	6842	6613	6161	7102	
РКС											4695	6483	635	12	0	5060	7764	9463	7089	6957	7112	8064	8231	
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам МБФ «Альянс общественного здоровья» за месяц	359	343	321	353	325	241	251	206	164	177	117	91	105	112	90	99	84	103	128	115	113	89	60	
из них ЛУИН	284	284	266	298	278	193	203	165	125	134	98	75	79	86	76	77	76	79	94	95	101	76	51	
МСМ	44	33	34	29	28	32	32	24	24	31	14	10	19	23	10	20	6	15	18	16	9	10	9	
РКС	31	26	21	26	19	16	16	17	15	13	5	6	7	3	4	2	2	9	16	4	3	3	0	

Украина	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам БО «100% Жизни» за месяц	665	706	773	698	779	550	812	722	592	723	685	588	731	684	609	467	489	622	668	514	517			
из них ЛУИН	94	106	105	87	90	61	111	100	47	85	96	61	88	83	80	69	71	82	99	71	71			
МСМ	26	25	22	16	16	16	11	11	9	14	19	7	17	22	13	9	8	12	13	9	10			
PKC	2	0	3	1	0	1	0	0	3	2	0	0	0	1	2	0	1	0	0	1	2			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ на базе негосударственных организаций по проектам ГУ «Центр общественного здоровья МЗ Украины» в рамках выполнения бюджетной программы за месяц											119	95	19	1	0	63	116	110	152	95	89	86	84	
из них ЛУИН											114	91	19	1	0	52	96	99	128	81	73	65	64	
МСМ											2	3	0	0	0	1	10	9	11	5	9	15	5	
PKC											3	1	0	0	0	10	10	2	13	9	7	6	15	
Количество проведенных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц			664907			608227			598391			657819			574687			406890			505350			

Украина	2019 год												2020 год											
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
из них ЛУИН			36675			30987			27005			33552			27128			29339			36987			
МСМ			8995			4491			5710			6823			8075			3658			5505			
РКС			4812			7409			3871			2670			2379			4316			5175			
Количество позитивных тестирований на ВИЧ в учреждениях здравоохранения за месяц			6132			5736			4391			6072			5504			4155			6102			
из них ЛУИН			745			708			389			820			1076			907			1488			
МСМ			104			89			123			112			109			36			76			
РКС			6			6			11			11			5			4			18			
Количество новых установленных диагнозов ВИЧ/взятых на диспансерный учет за месяц	1258	1352	1364	1298	1285	1279	1329	1330	1280	1431	1451	1600	1268	1586	1349	1053	1108	1467	1356	1331	1515	1244	1109	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на диспансерном учете ВИЧ на конец месяца			137262			136818			136849			135902			138030			139554			141998			
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								

Украина	2019 год												2020 год											
Показатель	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Количество новых пациентов, взятых на АРТ за месяц	1662	1804	1778	1785	1644	1547	1872	1612	1645	1793	1800	1822	1594	1760	1628	1351	1313	1610	1687	1506	1752	1268	1309	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Количество пациентов на АРТ на конец месяца	102745	103928	104841	105819	106409	107197	107837	108945	109759	110293	111687	113046	113962	115300	116381	116757	117541	118499	119718	119958	120983	121089	121569	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество умерших пациентов с ВИЧ	483	605	544	470	438	525	509	346	518	452	513	542	378	534	459	344	380	436	386	379	411	370	387	
из них ЛУИН																								
МСМ																								
РКС																								
Ежемесячное количество заболевших COVID-19															418	11495	11759	19310	29186	46906	79560	196806	327239	351414
из них ЛЖВ																								
Ежемесячное количество умерших от COVID-19															9	279	420	421	596	802	1432	3347	4907	6641
из них ЛЖВ																								