**Протокол рабочей встречи Основных получателей**

**по обсуждению основных направлений в рамках нового гранта Глобального фонда**

*г. Алматы, дом ООН, конференц-зал, 7 этаж 24 января 2020 года*

**Присутствовали по списку.**

**На повестке дня:**

1. Предварительное согласование распределения средств Глобального фонда для борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, выделенных для Казахстана с 2021 года между двумя национальными программами по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИДом.
2. Разное

*Ионашку Габриела, Региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* позвольте мне начать. Раз мы решили, что ЮНЭЙДС выступает как нейтральная сторона, и встреча происходит на нейтральной территории, мы постараемся фасилитировать данную встречу. Сегодняшнее заседание будет посвящено тому, что мы попробуем обсудить, каким образом будем распределять средства, полученные от Глобального фонда. Вы видели письмо-уведомление о распределении средств для туберкулеза и для ВИЧ. Для ВИЧ мы получили 5,197,500 долларов США, для туберкулеза – 10,040,997 долларов США. Мы получили Портфолио анализ от Глобального фонда, в котором они рекомендовали, что хотели бы видеть в Заявке, которую Казахстан будет подавать в Глобальный фонд. Мы собрались командой Основного реципиента, КНЦДИЗ, и целый день сидели и разрабатывали бюджет на основании рекомендаций от Глобального фонда. Сначала мы посчитали мероприятия на всю страну, и бюджет получился нереально большим. Тогда мы решили идти по принципу распространенности ВИЧ-инфекции по регионам, то есть рассматривать те регионы, в которых самая большая проблема. Также мы посчитали, что уберем г. Алматы с надеждой на то, что Фонд Эльтона Джона по борьбе со СПИДом будет покрывать услуги в г. Алматы, потому что они охватывают практически те же услуги, что и порекомендовал нам Глобальный фонд. Сумма на 3 года вышла почти 13 млн долларов США. В связи с чем просим ННЦФ поделиться выделенными средствами.

*Давлетгалиева Т.И., национальный координатор по компоненту ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* давайте рассмотрим детально. Мы опираемся на эпидемиологическую ситуацию. Вы всегда присутствуете на всех заседаниях СКК, и по эпидситуации мы видим, что смертность среди ЛЖВ увеличивается. Так как смертность среди ЛЖВ увеличивается, мы должны улучшить компонент по приверженности и улучшению доступа к АРТ. Это диагностика и раннее выявление, раннее назначение, это лаборатория и тесты. Мы видим, что по эпидситуации у нас большой процент распространенности ВИЧ среди МСМ. Это та группа, которая показала и в оптиме, и по нашим наблюдениям, что в ней надо что-то делать. Презервативы и лубриканты уже не спасают. Это не секрет, что все страны переходят на PrEP. Для Казахстана PrEP – это новое, определенные сообщества хотят, другие не хотят. Также, как и ОЗТ, чтобы достичь устойчивости среди данной группы, необходим значительный охват. Поскольку для нашей страны это новое и стоит больших денег, вчера Давид написал, что на одного человека PrEP стоит 90 долларов США, до этого Габриела говорила, что в Молдове это стоит 80 долларов США. Мы хотим усилить профилактические мероприятия среди МСМ путем PeEP. Для того, чтобы это было эффективно, необходимо использовать аптечную сеть. Это уже не на базе НПО и предполагает дополнительные расходы. Если говорить по мероприятиям по МСМ. Понятно, что мы определили районы, где у нас больше всего распространенность в Казахстане. Это 6 регионов, из которых 3 региона поддерживаются в рамках текущего гранта. Хочется продолжать с ними налаженную работу, у них имеется свой потенциал и клиенты. В связи с чем определили 6 НПО в данных регионах. В данных регионах оценочное число – 25 тыс. человек из этой ключевой группы. Чтобы стабилизировать процесс, мы должны охватить 45%. Согласно нашим данных, из-за труднодоступности данной группы охват составляет от 3% до 10%. Поэтому нам необходимо сделать охват 10 тыс. человек в данных регионах. Не секрет, что у нас государство не закупает лубриканты для этой группы. Поэтому, когда мы говорим, что необходимо усилить мероприятия для группы МСМ, предоставлять раздаточные средства, презервативы и лубриканты в полном объеме, то по нашему анализу 10% средств выделяется для МСМ за счет государства и 90% мы хотим закупить лубриканты и презервативы для МСМ. Касательно PrEP – мы здесь рассчитали и прописали, что 10% мы будем охватывать PrEP в тех регионах, в которых наиболее неблагополучная ситуация по распространенности ВИЧ среди МСМ и оценочное число становится максимальным. И вы видите, что 1,5 млн. долларов США рассчитано на PrEP, и это мы рассчитывали по 81 доллар США на одного человека. Мы пока не знаем точно, во всех странах цена разная, мы будем более детально изучать данный вопрос. На данный момент для Казахстана цена будет возможно 90 долларов США. Чтобы увеличить охват лечения, нам необходимо выявить ЛЖВ, поэтому нужна диагностика. Для МСМ необходима диагностика не только на ВИЧ, но и на ИППП. По нашим другим данным сифилис как среди населения, так и среди ключевых групп и особенно среди МСМ, также растет. Мы указали пока только слюновые экспресс-тесты, потому что понимаем, что наша ключевая группа доступна, если они будут проводить тестирования на базах НПО. Информационный компонент на изменение рискованного поведения и использования PrEP. PrEP для нашего государства – это инновационная тема. Поэтому для решения вопросов, как и в каких местах использовать, необходима обширная кампания, поскольку некоторые сообщества поддерживают, а кто-то не поддерживает. В этом направлении необходима адвокационная кампания. Информационный компонент необходим не только на разработку флайеров, но также и для привлечения СМИ. Усиление потенциала НПО и обучение мы оставляем, потому что как вы знаете из своей практики аутрич-работники, консультанты меняются и без обучения тоже нельзя. Вопросы касательно стигмы и дискриминации характерны для всех групп. Это те вопросы, которые рекомендует Глобальный фонд как для туберкулеза, так и для ВИЧ. Это включает в себя акции, кампании, посвященные Всемирному дню борьбы со СПИДОм, Всемирному дню памяти умершим от СПИДа, которые мы должны проводить в большей части в интеграции с ПМСП. Мы видим, что стигма остается среди медицинских работников. Компонент рассчитан на 3 года для одной только группы, которую необходимо усилить. Это при том, что PrEP мы только пилотируем и начинаем медленно, не так, как рекомендует ВОЗ. И если мы достигнем 10%, это тоже будет очень хорошо. Получается 5 млн долларов США на эту группу.

Другая группа тоже определена как приоритетная для Казахстана. Это лица, употребляющие инъекционные наркотики. У нас поменялась наркосцена, преобладают синтетические наркотики. Кто бы не говорил касательно методов борьбы с синтетическими наркотиками, ответ всех экспертов один – достаточное обеспечение шприцев и средств защиты. Государство закупает шприцы, в отличие от лубрикантов для МСМ, но все равно мы видим, что количество недостаточное. Из всех перечисленных регионов, общий средний процент закупа составляет 50%. Например, в Алматинской области процент находится на уровне 10%, а в г. Нур-Султан – 80%. Мы планируем за счет средств гранта закупить еще 50%, чтобы покрытие было на уровне 70% охвата профилактическими программами.

Половой путь передачи у нас растет. В этом гранте РС не будет фигурировать, но половой путь растет за счет половых партнеров ЛУИН и МСМ. Поэтому также усиливаем мероприятия, направленные на половых партнеров ЛУИН, это достаточное обеспечение презервативов и тестирования. Тестирование продолжается как среди данной ключевой группы, так и среди их партнеров, не только половых, но и инъекционных. Также мы хотим сделать тестирование на базе НПО, чтобы оно было доступным, поэтому мы включили слюновые тесты. Все остальное – усиление потенциала, тренинги, информационные компоненты, изменение рискованного поведения – тоже остаются. Подводя итоги по второй группе – сумма 2 млн долларов США на три года.

По третьему компоненту (ЛЖВ) усиливаем мотивацию и приверженность. Мы планируем, что наши НПО будут работать большей частью не на поддержку как сейчас, а по проекту Флагман, который был в пилотном режиме, то есть найти, привести, протестировать и сразу привлечь к лечению. Протоколы «тестируй и лечи» у нас уже внедрены, но с учетом того, что ЛЖВ поздно находятся, страдает диагностика, они поздно становятся на лечение и таким образом увеличивается смертность. Мы немного меняем концепцию работы НПО, усиливаем не просто мотивацию и приверженность к АРТ среди близкого окружения, а нацеливаем на раннее начало АРТ и мониторинг за лечением. Также мы включили предоставление АРТ мигрантам с ВИЧ. Мы предлагаем взять 150 пациентов, имеющихся в гранте по ТБ, на лечение в свой грант. Касательно стигмы и дискриминации – это усиление потенциала НПО, усиление взаимодействия с центрами СПИД. Мы будем говорить о том, что нам важна АРТ и наблюдение передавать в ПМСП, пройдет интеграция. Обучение у нас большей частью будет направлено на работников ПМСП.

Следующий пункт – мониторинг лечения. ВОЗ требует новейшее оборудование, которое определяет вирусную нагрузку менее 50 копий. В настоящее время парк оборудования у нас устарел, давно ничего не закупали. Идея в том, чтобы обеспечить одинаковым ПЦР-оборудованием все регионы, чтобы можно было закупать одинаковые тесты через единого дистрибьютера. Мы определили оборудование для всех 17 регионов. Для запуска на один год мы просим деньги у Глобального фонда, потом будем перекладывать на государство для выработки устойчивости. После того, как мы объединились, у нас достаточно старое оборудование, нет даже простых фармацевтических камер для ПЦР-отделения, нет средств, даже наши лаборатории заявили, что им необходимы фармацевтические камеры, одна для первичных образцов, другая – для ПЦР-оборудования. Имеется такой момент, как закуп тест-систем для определения давности заражения ВИЧ. По рекомендации ВОЗ всегда проводился дозорный эпиднадзор силами государства. Согласно рекомендации ВОЗ, выяснилось, что лучше определять давность заражения ВИЧ, это менее затратно и с эпидемиологической точки зрения более обоснованно. Мы хотим начать данный процесс за счет Глобального фонда. Вернее, у нас начинается проект по УБРАФ, потом мы продолжаем и в последующем планируется, что государство возьмет на себя, поскольку это будет не так дорого, как ДЭН. Мы просим закупить секвенатор, у нас уже 100% изношенность. Как вы знаете, он достаточно дорогой. В ходе рабочей встречи мы обсуждали и нам предложили рассмотреть вопрос в рамках экономии, мы пока не знаем, какая экономия у нас сложится. Если сложится экономия, тогда будем рассматривать и запрашивать, но пока мы его тоже включили.

Очень важным компонентом являются также информационные системы. Без поддержки и усиления всех информационных систем ни одно мероприятие у нас не будет выполнено. В рамках текущего гранта мы начали компонент по базе данных, которые будут определять ЛЖВ, но СКК нам согласовали только 20 тыс. долларов, а это требует более значительных дополнительных инвестиций. Также с учетом внедрения ОСМС и нашей анонимности клиентов мы хотим внедрить и проводить идентификацию наших ключевых групп населения. Возможно, это будет по отпечатку пальцев, или мы хотим попробовать модель по карте, когда будет выдаваться карта, в которой будут отображаться личные данные и услуги. По опыту молдавских коллег это не так затратно. Мы это включили в компонент по информационным системам. Здесь нет административных расходов. Если так случится, что опять скажут про Метадон, мы хотим обозначить, чтобы нашим суб-реципиентом был Республиканский научно-практический центр психического здоровья, тогда понадобится заложить другие расходы. Это один момент. Общая сумма выходит 12 млн долларов США. Если Вы определите сумму, то мы, конечно, усилим лабораторный компонент. Глобальный фонд говорит о том, что основной акцент необходимо сделать на ключевые группы, но без лабораторного компонента усилить профилактику ВИЧ, особенно приблизить их к лечению, невозможно. Если быть точно, то мы просим, как минимум 1,8 млн долларов.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* мне хотелось бы узнать, что скажет Бауыржан Сатжанович, потому что в конечном счете он координатор и ему за все отвечать. Если брать грант, есть обязательства государства по переходу. Второй вопрос – на чем концентрироваться из 12 млн долларов. И третий вопрос – насколько это будет поддержано Глобальным фондом. Следующий вопрос – рассматривался ли вообще такой вопрос, куда двигается Служба в перспективе, потому что оказание социальной помощи больным туберкулезом, чтобы мы не говорили, растет, но не во всех регионах, есть регионы, где рост составляет всего лишь 0.1-0.2%, а есть регионы, где 11-12% бюджета противотуберкулезной службы выделяют на социальную помощь. Понятно, что с помощью одного гранта не решить все проблемы за 3 года.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* хотел бы сразу начать с письма, направленного Глобальным фондом Министру здравоохранения, господину Биртанову, с указанием того, что Глобальный фонд предполагает в рамках нового гранта. Как уже было отмечено, выделенная сумма на ВИЧ составляет 5,197,500 долларов США. Заявка должна соответствовать приоритетам и потребностям республики, национальным стратегическим планам и обзорам программ. На сегодняшний день у нас нет Стратегического плана, имеется только Дорожная карта. Также имеется проект, который Габриела отработала с нашими специалистами – это Комплексный план по борьбе с ВИЧ на территории Республики Казахстан, но он пока не имеет легитимной силы. Таким образом, у нас имеется долг перед Глобальным фонд по данным позициям, это то, что нам необходимо реализовать. Направление средств предусмотрено на укрепление как системы здравоохранения в целом, так и сообществ. Инвестиции в базовые компоненты системы – это достижение воздействия на устойчивость, включая лаборатории, цепочки поставок, системы мониторинга на уровне сообществ, мобилизация сообществ. Одно из условий, упомянутых в письме – минимум 50% выделенных средств должны быть инвестированы в мероприятия по ключевым уязвимым группам населения. Также необходимы инициативы по внедрению пакетов комплексных услуг, то есть Глобальный фонд настаивает, чтобы пакеты услуг были комплексными и мультидисциплинарными и решали вопросы лечения сочетанных инфекций, 2-х и более болезней. Также необходимы научно обоснованные программы для ключевых групп. В настоящее время, если говорить о научно-доказанных и имеющих сильную доказательную базу программах касательно солевых наркопотребителей, то кроме шприцев и презервативов пока ничего нет. Как один из разделов должны быть представлены мероприятия, направленные на преодоление барьеров, связанных с правами человека на здоровье и гендерным равенством. Нам будет необходимо решить проблему устойчивости переходного периода, чтобы предусмотреть соответствующие мероприятия в бюджете. Также основным условием является подтверждение Казахстаном выполнения обязательств по со-финансированию, необходимо будет получить подтверждение от Министерства финансов. Вышеперечисленное в целом не противоречит тому, что было представлено Татьяной Ивановной. Отвечая на вопрос Малика Молдабековича, хотел бы ограничиться только тремя направлениями. Мы будем говорить, как Основной получатель и как структура Министерства здравоохранения. Во-первых, все мероприятия, которые сегодня реализуются, невозможны без усиления потенциала государственных организаций. Оптимальными в этом плане являются модернизация и повышение потенциала Службы в рамках совершенствования лабораторной службы, также предусмотрены мероприятия по усилению кадрового потенциала (обучение, переобучение). Необходимо отметить, что ранее применяемая статистика уходит на второй план, как раньше смотрели по оценочным количествам и определенным выборкам. Если раньше мы могли смотреть по СД4, вирусной нагрузке, то сегодня уже требуется механизм тестирования по определению срока давности, и в этом плане необходимо внедрять и решать вопросы через лабораторный компонент. Также важны вопросы, связанные с усилением потенциала государственной службы. Если в перспективе мы будем передавать отдельные услуги в неправительственный сектор, будет необходима сильная система мониторинга. Больше всего волнуют вопросы, связанные с нашими информационными системами. Мы имеем данные, что частные организации, которые зашли в лабораторный компонент по первичной диагностике, скрининговым исследованиям ВИЧ, во-первых, неправильно кодируют. На сегодняшний день все пациенты, которые проходили первичный скрининг в частных организациях, закодированы под кодом «иные» или «разные». Таким образом имеется новая непонятная категория обследованных, которая не распределена по ключевым группам. Если мы не будем дальше совершенствовать систему мониторинга, тогда мы не сможем четко оценивать, в какой ключевой группе отмечается рост и какие проблемы нарастают в той или иной группе населения. В связи с чем Татьяна Ивановна говорит об информационных системах, которые мы должны будем доработать. На сегодняшний день, в Казахстане одна из сильных систем мониторинга за текущей эпидемиологической ситуацией. Для меня, как для центра, координирующего данную работу, важно усиление потенциала и наличие сильных информационных баз, по которым можно было бы принимать определенные управленческие решения.

Говоря о втором направлении, необходимо отметить, что имеются ключевые группы, куда государственные организации не могут войти и существенно там поработать, так как это закрытые группы, имеют свой круг общения и без НПО не получится решить определенные вопросы. С учетом опыта предыдущих лет и проведенных мероприятий с участием НПО, в данном гранте мы предложили сделать упор на то, чтобы НПО научились оказывать медико-социальные услуги. У нас имеется 3 ключевых группы, и НПО будут работать конкретно в той группе, в которой отмечается рост эпидемии. Нам необходимо будет помочь НПО, чтобы услуга была более обширной и качественной, чтобы пациенты сразу приходили к нам, и вопросы скорости постановки диагноза и назначения лечения решались очень быстро.

Относительно PrEP мы должны дать более точные цифры, какое количество мы будем рассматривать. Если мы сейчас выделим определенную сумму на закуп препарата, и он не будет востребован, то все это останется. Стоимость схемы на один год составляет 90 долларов на одного человека.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* не приведет ли PrEP к тому, что, гарантируя безопасность и проводя профилактику, люди уже не будут задумываться о важности безопасного поведения.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* PrEP будет реализовываться как пилот. На сегодняшний день, по литературным данным PrEP хорошо внедрять среди МСМ, так как это более организованный контингент, МСМ знают свои риски. Среди ЛУИН и РС будут свои проблемы. Если ЛУИН и РС как ключевые группы должны зайти на PrEP, это должна быть годовая доза, так как у РС каждодневный риск, и они должны будут принимать препараты каждый день. Тоже самое относится и к ЛУИН.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* мне хотелось бы понять, куда движется Служба, какие существуют возможности.

*Ионашку Габриела, Региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане,* вчера пришла очень интересная новость из Великобритании, они уже третий год подряд внедряют программу PrEP среди МСМ и была информация, что падение распространенности ВИЧ в Лондоне отмечается на 46% из-за PrEP.

*Давлетгалиева Т., национальный координатор по компоненту ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, КНЦДИЗ,* НПО по МСМ в г. Нур-Султан и г. Алматы – продвинутые, и когда мы заговорили там о PrEP, то НПО отмечают – если говорить о таблетках, то МСМ не будут использовать презервативы. В разных сообществах - разные НПО. Они говорят – для нашего НПО это не подходит, мы не будем даже говорить, что существует такой метод профилактики, так как МСМ отойдут в таком случае от презервативов. Необходимо изучить PrEP.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* когда спрашивается, какая самая лучшая профилактика туберкулеза, обычно ответом является – маски, мытье рук, хорошее питание и т.д. Но в конечном итоге все говорят, что это лекарства, нет инфекции – нет передачи.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* проституция, наркомания – это явления, которые существовали и будут существовать, не в наших силах остановить данные процессы, но мы можем минимизировать риски. Резюмируя второе направление, хотелось бы сказать, чтобы мы, в рамках этого гранта, научили НПО оказывать услугу. Это самое главное, поскольку под эту услугу можно будет потом получить и государственный социальный заказ.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* в таком случае, услуги необходимо идентифицировать как единицу услуги, провести тарификацию услуг.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* почему мы развиваем информационную систему? Потому что ФОМС будет оплачивать только за услугу, оказанную определенному физическому лицу и которую можно проследить. Второй компонент очень важный. Я не хотел бы говорить, что по первым двум направлениям у нас есть проблемы, которые накапливаются и не решаются. По итогам 2019 года наблюдается снижение новых случаев ВИЧ. Если брать 90-90-90, то по первым «90» есть регионы, где показатели составляют больше 90% и также есть регионы, в которых показатели вторых «90» также больше 90%. Например, в Павлодарской области, третий показатель составляет уже 92% или 93%.

Третье направление, как нам видится, относится к правам человека и вопросам гендерного равенства. Имеются моменты, которые нам необходимо отрабатывать на межведомственном уровне. Я бы включил сюда нерешенный вопрос метадоновой терапии, вопросы социальной защиты ВИЧ-инфицированных, беременных женщин ЛУИН. Вчера приходила Асель Терликбаева, у них есть очень хороший проект Bridge, где в основе также лежит право человека на получение медицинской услуги. В любом случае, такого рода мероприятия необходимы как оболочка в любом проекте.

Мы много не просим, суммы адекватные, в пределах 2 млн долларов США, все мероприятия обоснованы с медицинской точки зрения, ничего нового нет, все в рамках рекомендаций ВОЗ и требований Глобального фонда.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* у меня еще один вопрос. В словах Татьяны Ивановны несколько раз прозвучало – сеть ПМСП. Какие планируются мероприятия по взаимодействию с ПМСП.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* дальнейшее диспансерное наблюдение и приверженность, потеряшки и т. д. в перспективе лягут на ПМСП. У нас есть около 18 показаний для обязательного обследования на ВИЧ, и это в любом случае потом ляжет на ПМСП. Около 70% выявлений приходится на клинические показания, ПМСП работает и уже к нам направляет. PrEP должен быть выписан по рецепту врача, потом направляться в аптеку, то есть тоже должен проходить через ПМСП. НПО должны преподносить информацию, что можно предотвратить заражение посредством PrEP, должны рассказывать и показывать.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* будет ли предусмотрено обучение медицинских работников по этому вопросу, потому что в большей степени необходимо работать с медицинскими работниками.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* мы предусмотрели компонент по усилению кадрового потенциала: первое, это повышение потенциала самой Службы, второе – это усиление потенциала ПМСП.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* Глобальный фонд нам всегда говорил, что оборудование и реагенты необходимо закупать через GDF, через международные площадки, у поставщиков, аккредитованных ВОЗ.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* все эти требования учтены в сравнительной таблице, которую мы также подготовили.

*Давлетгалиева Т.И., национальный координатор по компоненту ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* нам порекомнедовали взять опыт ННЦФ, как вы показывали государству устойчивость с тестами.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* в нашей Службе, если быть объективным, количество больных уменьшалось и освобождались внутренние ресурсы, которые мы перенаправили на тесты. Когда не просишь средства у государства и говоришь, что закуп в рамках выделенного бюджета, то все проходит хорошо. В вашем случае количество тестов будет увеличиваться с годами и тогда это ПМСП будет платить по принципу прикрепленного населения или будет увеличиваться бюджет центров СПИД?

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* это ляжет на ЦТТ (целевые текущие трансферты), которые будут выделяться регионам, также как и на закуп лекарственных препаратов. Мы планируем закупать через СК-Фармацию.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* будет ли комплексный план, государственная программа или какой-нибудь документ, утвержденный Постановлением Правительства?

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* Габриела подготовила проект документа, и на СКК я хотел бы озвучить и получить одобрение у Министра. У нас есть стратегический документ по борьбе с ВИЧ. Как нам дальше его двигать, как Дорожную карту, которая у нас была, как ведомственный документ или же пойти по пути Постановления Правительства? Деньги у нас имеются.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* если в пределах выделенной суммы, то можно использовать оба пути. Но если необходима дополнительная сумма, но нужно Постановление Правительства.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* все в пределах выделенной суммы. Просто имеется требование, что если документ имеет межведомственный характер, то лучше его утвердить Постановлением Правительства.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* если целевые трансферты будут в рамках АЛО, то Минздрав может перераспределить средства при наличии экономии, это внутренний вопрос.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* только 2 вопроса носят межведомственный характер, это вопрос, связанный с метадоновой терапией, и вопросы социальной защиты. Остальные вопросы не требуют межведомственного подхода. В проекте нового Кодекса все вопросы, связанные со здоровьем, находятся в компетенции Минздрава. Например, если взять школьную медицину, имеются школьные программы по динамическому наблюдению здоровья школьников. Это компьютерный комплекс, это один компьютер и несколько подключенных к нему аппаратов. Можно проанализировать школьников с 1 по 11 классы, посмотреть на развитие мускулатуры, осанку, кариес, зрение, и машина сама дает корреляцию, например, что ученика необходимо пересадить на переднюю парту, и не надо вести отдельную документацию, можно внести в программу данные по всей школе.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* когда мы берем любую информационную систему, то первая проблема – это качество ввода данных, от которого зависит качество результата. В информационную систему можно было вносить данные из паспорта здоровья.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* данная программа позволила бы потом делить школьников на группы риска. Школьники относятся к здоровому населению, по ним необходимо отмечать физиологические изменения, например, рост, осанку. Но данная программа так и не пошла, потому что, когда мы посмотрели контингент школьных медицинских сестер и врачей, там одни пенсионеры, которые по 10-15 лет не проходили никаких курсов усовершенствования.

Также хотел бы попросить поддержку от ННЦФ в вопросе касательно персонификации услуги, есть несколько видов, какую выбрать модель. Габриела, например, говорит об опыте Молдовы. Хотелось бы изначально заложить такую модель, чтобы мы потом вместе могли пользоваться одной системой.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* мы недавно также обсуждали вопрос идентификации людей без ИИН, поднимали этот вопрос на уровне Вице-министра. Из 13000 контингента 470 – это небольшой процент, но это 470 человек, на которые идут лекарства, а государство не возмещает из-за отсутствия ИИН. Как его получить, все упирается в законодательную базу. Мы предлагали сделать отдельный список, чтобы ФОМС их идентифицировал, что эти люди на самом деле существуют и получают лекарства. Вопрос идентификации возникает в финансовых вопросах и ИИН должен быть, а как его сделать — это другой вопрос. Может ли быть в перспективе такой механизм, если, например, нет паспорта при рождении, то снимается один раз отпечаток пальца, идентифицировали и согласно которого можно получить ИИН.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* по отпечатку пальца и ладони. Я разговаривал с Республиканским центром электронного здравоохранения, говорил о наших вопросах, они сказали, что МВД внедряет систему идентификацию личности в Казахстане по отпечаткам пальцев. Например, в Камбодже паспортизация осуществляется по сетчатке глаза, в дружеских кабинетах стоят специальные аппараты, и информация попадает в общую базу. Наше МВД берет за основу пальцевую идентификацию личности, этот аппарат сканирует отпечаток пальца и перерабатывает его в QR-код. У нас сейчас трехкомпонентный тариф, и мы получаем стоимость за одно посещение дружественного кабинета. ФОМС говорит нам идентифицировать, чтобы это не были одни и те же лица, которые в течение года получают одну и ту же услугу. А как быть, если это криминальный контингент, ИИН нет.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* пока МВД это сделает и запустит, пройдет время. Возникает парадокс - мы даем временный ИИН иностранцам, которые приезжают на работу, а нашим гражданам, которые потеряли документы в результате определенных причин, не дают. И мы не можем ничего сделать с реальными 500 человек, которых никто не берет на учет, не делают флюорографию. Поэтому в этом плане нам необходимо объединиться и отработать механизм.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* Асель Терликбаева говорит, когда они проводили пилотный проект Bridge в Алматы, у них выявлялись люди с Советскими паспортами.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* например, человек отсидел 5 лет в тюрьме, вышел и не восстановил документы, хотя родился и живет в Казахстане. Но если у него выявили туберкулез, его никто не берет без документов.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* идентификация будет актуальной для наркопотребителей, потому что если он будет стоять на медицинском учете, и база будет вестись в наркологии, то они могут не передавать данные в МВД.

Подводя итог всему сказанному, все мероприятия определены в национальной стратегии, и на них мы просим 2 млн долларов США.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* согласен. Еще хотел бы задать вопрос касательно лабораторной части. Сейчас в стране 129 аппаратов GeneXpert, из которых только 20 установлены в областных тубдиспансерах, остальные в организациях ПМСП на областном, районном, межрайонном уровнях. Рассматриваете ли вы для себя эту сеть для определения вирусной нагрузки?

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* мы обсуждали недавно этот вопрос со специалистами, планируем сделать сравнительную таблицу и рассмотреть данный вопрос. ВИЧ сопровождается в основном гепатитами и ИППП.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* если рассуждать логически, то если есть аппарат, то лучше его использовать рационально.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* если диагностика и выявление будут выдвигаться на ПМСП, я понимаю, что препятствуют вопросы стигмы, конфиденциальности, и проблематичности войти в сообщества на уровне СПИД центров, мы вынуждены действовать через НПО как посредников. Если, например, препараты PrEP будут выписываться через участковую сеть ПМСП, то возможно ли выявление. Потому что технический вопрос будет состоять в том, чтобы закупить модули и картриджи.

*Давлетгалиева Т.И., национальный координатор по компоненту ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* вы можете дать нам перечень, где находятся ваши аппараты GeneXpert? Это очень важно, например, нашим ЛЖВ, чем ехать в центр СПИД сдавать ПЦР, он ведь может пойти в регион.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* если ЛЖВ приедет в регион, то нам это также поможет вовремя выявлять туберкулез.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* мы можем продублировать письма за подписью директора, которые мы отправляли и указывали, что ЛЖВ имеют приоритет и должны быть обследованы беспрепятственно и без оплаты.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* главный принцип, чтобы был комплексный подход, зашел в «одно окно» и получил максимально возможные услуги.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* хотела бы обратить Ваше внимание на проект повестки дня предстоящего заседания СКК. Первое, Вера Землянская представит информацию о выделении средств и процедурах. Далее будет доклад Бауыржана Сатжановича по основным направлениям по компоненту ВИЧ и в этом же вопросе хотелось бы, чтобы было озвучено про распределение средств.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* предлагаю зафиксировать в протоколе озвученные в докладе основные направления и что составление заявки по ВИЧ будет в рамках данных направлений.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК, х*орошо, будет сделано. Приедет международный консультант, укажем, что СКК утвердил три направления, и чтобы Страновой диалог проводился в рамках данных направлений.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* до начала Странового диалога, необходимо определить, что основная идея – это национальная политика, которая видится в трех направлениях. Мы скажем, что представленные мероприятия требуют дополнительного финансирования в размере 2 млн долларов согласно предварительным расчетам.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* можно также отметить, что предварительно проводилась встреча национальных программ, обсуждались вопросы относительно направлений, и если у членов СКК будут вопросы относительно направлений, пусть тогда обоснуют свои комментарии.

*Давлетгалиева Т.И., национальный координатор по компоненту ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИД, туберкулезом и малярией, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* необходимо сказать, что две Службы встретились, был представлен запрос на 2 млн долларов, и он был поддержан.

*Исмаилов Ш.Ш., менеджер группы реализации проекта Глобального фонда по компоненту «Туберкулез», Национальный научный центр фтизиопульмонологии МЗРК,* должно быть коротко представлено, что Глобальный фонд выделил средства, рекомендовал стране пересмотреть распределение выделенных средств, национальная программа решила, просим утвердить.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* относительно препаратов PrEP, данная сумма складывается из того, что Казахстан относится к странам с уровнем дохода выше среднего. В предыдущие годы мы встречались с фармацевтическими компаниями, предоставляющими этот препарат, велись переговоры, были встречи с Министерством здравоохранения, СК-Фармацией, ЮНЭЙДС, КазСоюзом, проводилась адвокация по снижению стоимости препарата. Фармкомпания говорила, что Казахстан, будучи страной с уровнем дохода выше среднего, не может получить цену, ниже рекомендованной. Адвокация будет продолжаться, может быть мы сможем добиться снижения этой цены. Переговоры проходят на разных уровнях, глобальном, страновом и на уровне НПО.

*Байсеркин Б., директор Казахского научного центра дерматологии и инфекционных заболеваний,* страны, которые должны войти пул с новыми ценами – Казахстан, Беларусь и Российская Федерация, находятся на рассмотрении. Например, цены на Долутегравир для Киргизии и Казахстана отличаются в 5 раз. Имеется компания, которая предлагает завезти препарат через Киргизию, где цена на курс на 1 год составляет 30 долларов, как разовая акция. Еще одна компания, которая работает под ФОМС, говорит, что имеется система по расчету потребностей лекарственных препаратов, и они рассчитают потребность, но ведь сначала необходимо решить вопросы поставок препаратов. Проблема не в планировании, а в цене и поставках.

*Аденов М., директор Национального научного центра фтизиопульмонологии МЗ РК,* на меня также выходила эта компания. У нас некоторые препараты закупаются напрямую через GDF, который не будет рассматривать заявку, если не сделан расчет препаратов.

*Ионашку Габриела, Региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* всем спасибо за встречу.

**Заключение**. Следует информировать СКК для согласования вопроса перераспределения средств, выделенных Глобальным фондом для Казахстана с учетом решения данной встречи.

**Секретариат СКК.**