**Протокол встречи рабочей группы**

**по написанию заявки по компоненту ВИЧ на 2021-2023 года**

*г. Алматы, дом ООН, конференц-зал, 7 этаж 19 февраля 2020 года*

**Присутствовали по списку.**

**На повестке дня:**

1. Представление результатов Странового диалога, проведенного ОЮЛ «Казахстанский Союз ЛЖВ» с технической поддержкой международного консультанта Г. Рощупкина.

2. Разное

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* уважаемые коллеги, разрешите всех поблагодарить, что нашли время и возможность встретиться сегодня и прослушать результаты Странового диалога, проведенного ОЮЛ «Казахстанский Союз ЛЖВ» при технической поддержке международного консультанта от общественной организации ЕКОМ Геннадия Рощупкина. Предлагаю всем вначале представиться, чтобы было понимание, для кого представляется информация. И потом главной задачей будет валидация данных, что озвученные проблемы были услышаны консультантом и включены в его отчет. Как было отмечено консультантом, отчет еще пока не согласован с ответственными представителями каждой рабочей группы, но будет еще время обсудить этот вопрос.

*(Далее идет представление всех присутствующих)*

Предоставляем слово Геннадию Рощупкину, чтобы он мог ознакомить со своей работой.

*Рощупкин Г., международный консультант,* сначала хотелось бы сказать о процессе, результат которого я сегодня постараюсь вам представить. Это часть национального диалога, которая касается участия в подготовке заявкипредставителей организаций ключевых групп населения. Всего было проведено 4 специализированных встречи, каждая из которых была предназначена для того, чтобы понять позицию одного конкретного сообщества по возможной будущей заявке. Проводились встречи в следующих сообществах: люди, употребляющие наркотики, секс-работники, люди, живущие с ВИЧ, и совместная группа МСМ и трансгендерных людей. Было вовлечено 46 участников из 13 городов Казахстана, из которых женщины – 20 человек и 2 представителя транс людей. Представленные города – Алматы, Кызылорда, Усть-Каменогорск, Нур-Султан, Караганда, Костанай, Темиртау, Уральск, Павлодар, Петропавловск, Семей, Актау и Талдыкорган. Каждая встреча была построена по одному и тому же алгоритму. Сначала мы рассматривали базовые документы, которые лежат в основе процесса подготовки заявки (письмо о выделении средств, обзор эпидемиологической и программной ситуации в Казахстане), далее проводилась дискуссия о программных приоритетах, имеющихся в сообществах с позиции организаций сообщества, и отталкиваясь от данных приоритетов, обсуждались возможные действия, которые организации сообществ хотели бы видеть в будущей заявке. Для обсуждения приоритетов мы использовали хорошо структурированную презентацию доктора Байсеркина, представленную на СКК, в которой отражались национальные приоритеты. Изначально мы договаривались о подходе, который мы используем в этих дискуссиях. Это были не адвокационные встречи, несмотря на то, что мы говорили о будущем проекте, и представители сообществ старались закладывать в свои предложения те вещи, которые были для них важны. В первую очередь, мы учитывали моменты, отвечающие нескольким критериям. Это обоснованность потребности, наличие ясного понимания как это выполнить, связь и не противоречие требованиям Глобального фонда, потому что мы понимаем, что в данном случае мы представляем предложения, которые могут быть приняты или не приняты. Чтобы было понимание, что организации ключевых групп и сообществ нацелены в первую очередь на сотрудничество с государственными структурами, чтобы не складывалось необоснованного впечатления, что есть исключительно политическая позиция и ничего больше. Все участники встреч хорошо понимают ситуацию в стране, мы говорили о существенном увеличении количества доступных АРВ препаратов, об увеличении финансирования для гражданских организаций в стране. Все эти вопросы признаны и ценятся НПО и активистами сообществ. С другой стороны, мы понимаем, что имеются определенные направления, по которым требуется достаточно серьезное развитие и есть возможности те инвестиции, которые сегодня делают государство и международные организации, сделать более эффективными. Дальше будет касаться того, где еще остаются направления для работы и что можно сделать по тому или иному направлению.

Первое направление, которое я хотел бы представить, это стимулянты и новые психоактивные вещества. Вместе с доступностью АРВ терапии это была одна из наиболее эмоционально насыщенных дискуссий, потому что это новая и важная тема. Что обсуждалось и что было предложено по данной теме? В Казахстане, как и в других странах Центральной Азии сохраняется высокая распространенность употребления опиатов. Вместе с тем идет быстрый рост употребления стимулянтов и новых психоактивных веществ (СНПВ), таких как альфа-ПВП, мефедрон, например («соли», «скорость» и другие). Хотелось бы отметить, что при употреблении данных веществ происходит множественное рискованное в плане ВИЧ поведение. Это инъекции часто нестерильным оборудованием в группе, а также большое количество секса, так как эти вещества вызывают повышение либидо, секс достаточно травматичен, так как с повышением либидо данные вещества искажают восприятие своего тела и окружающей реальности. И секс может происходить с анонимными партнерами. Получается полный букет – инъекции, травматичный секс и анонимный секс. Употребление новых психоактивных веществ распространяется практически во всех ключевых группах населения. Возрастная группа – это подростки и молодежь во всех ключевых группах. Важно отметить, подавляющее большинство начинающих употреблять эти вещества молодых людей не знают о мерах снижения вреда от этих веществ и о том, куда можно обратиться за поддержкой и помощью в случае хирургических или психических проблем. С другой стороны, в стране нет одобренных Министерством здравоохранения подходов к оказанию помощи и поддержки для потребителей СНПВ, соответственно, нет учреждений и специалистов, которые эту помощь могли бы оказывать. Учитывая, что прием некоторых СНПВ ведет к быстрому нарушению когнитивных функций, в случае заражения ВИЧ-инфекцией, у людей, употребляющих СНПВ могут быть значительные проблемы с приверженностью к лечению.

Стоит упомянуть, что полиция, старается контролировать оборот нелегальных психоактивных веществ в стране, но, чаще всего, игнорирует важность работы по охране здоровья людей, употребляющих наркотики, включая профилактику среди них ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Предложения, высказанные участниками встреч, что хотелось бы увидеть в будущей заявке:

Во-первых, проведение в каждом регионе проекта картирования и оценки ситуации с употреблением как опиатов, так и СНПВ, учитывая, что эти вещества могут употребляться одними и теми же людьми. Мы получаем достаточно сложную ситуацию, когда разные вопросы накладываются друг на друга на определенной территории.

Второе, разработать (возможно на основе рекомендаций UNODC) методические материалы о подходах к профилактике, тестированию и вовлечению в лечение ВИЧ (для ВИЧ+), а также поддержки приверженности к лечению ВИЧ у людей, употребляющих СНПВ.

Следующее, провести тренинги и обучение, и опубликовать онлайн методические материалы для сотрудников медучреждений и НПО и ответственных чиновников акиматов и республиканских министерств для повышения их уровня знаний о СНПВ и рекомендованных подходах к профилактике ВИЧ среди людей, употребляющих СНПВ.

Разработать и опубликовать информационные материалы по снижению вреда от СНПВ и профилактике ВИЧ, ИППП и инфекционных гепатитов для людей, употребляющих СНПВ.

Специализировать, то есть обучить часть аутрич работников в НПО ключевых групп населения для работы с людьми, употребляющими СНПВ. Еще раз обращу ваше внимание, что употребление данных веществ наблюдается во всех группах населения.

Организовать аутрич работы в местах, где происходит употребление СНПВ и в интернете. Употребление НПВ можно увидеть в местах рекреации – клубы, тусовки. Хорошо, что идет самоорганизация среди молодежи и создаются места, где им удобно проводить время, а нам удобно с ними работать.

Вся работа, связанная с СНПВ, должна проводиться в тесном сотрудничестве между Республиканским центром наркологии, местными центрами СПИД и НПО ключевых групп населения.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* по первому пункту - у нас было проведено исследование в 2017 году, а в сентябре 2019 года мы закончили исследование по НПВ. В 2017 году исследование по стимуляторам и другим веществам, а в 2019 году мы проводили исследование только по НПВ, получили очень интересные данные в разрезе по регионам, как и где употребляют каннабиноиды и соли. Наркоситуация изменяется очень быстро, необходима постоянная периодичность. Например, мы сегодня нашли деньги, но ситуация может полностью измениться через год-два. Второе, у нас имеются протоколы диагностики и лечения именно по новым психоактивным веществам, возможно их необходимо будет пересмотреть. С этой целью совместно с УНП ООН мы проводили семинары, готовили протоколы, в рамках 5 программы бюджета Министерства здравоохранения мы проводили 2 обучающих мастер-тренинга по НПВ для специалистов организаций центра психического здоровья. Нет специфического лечения по НПВ, нет специальных препаратов, критерии лечения являются общими. На следующей неделе, с 24 февраля, у нас начинается мастер-тренинг, приглашаем американского представителя, который работал по НПВ. Мы хотим обобщить все моменты и для медиков сделать протоколы. Другой вопрос – у нас нет таких активностей по снижению вреда.

*Рощупкин Г., международный консультант,* как я уже сказал, речь идет об инъекциях, так как очень часто подростки быстрее, чем с опиатами, переходят на инъекции с данными веществами.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* то, что мы видели в Северо-Казахстанской области, там все шприцы были в одном месте.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* нам надо посмотреть то, о чем сказал Геннадий, имеет смысл это делать?

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* конечно имеет смысл. Я говорю о том, какой имеется задел. Потому что с учетом этого задела, необходимо проводить все данные мероприятия, потому что понятно, что исследование необходимо проводить с определенной периодичностью, понять, какая должна быть периодичность, насколько быстро меняется наркосцена. Если раньше было рекомендовано проводить один раз в 4 года, когда это вводилось в начале 2000 г., в то время наркосцена не менялась так быстро. Сейчас мы говорим, что раз в два года – это самый малый отрезок для проведения исследования, чтобы мы это учитывали в заявке. Необходимо учитывать периодичность и ареал. Мы проводили исследование в виде опроса среди подростков, взрослых, так и в медицинских организациях, школах, у кого это было выявлено.

*Рощупкин Г., международный консультант,* в настоящее время УНП ООН проводит мониторинг «Гидры» даркнета, там, где идут основные закупки по психоактивным веществам. Провели мониторинг для Санкт-Петербурга и ряда других городов РФ. Там потрясающие результаты, которые иначе получить было бы невозможно. Кроме того, это очень актуально, это закупки, сделанные вчера.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* тем более тогда надо сопоставить эти данные с нашими данными, посмотреть, насколько они бьются, поскольку то, что мы увидели распространенность одного вида наркотика в регионе в процентном соотношении, они в десятки раз меньше поступают в наши организации, но пропорции по регионам везде сохраняются. Если была какая-то соль, то она поступает в стационар, только намного меньше, можно даже математически рассчитать. Второе, протоколы диагностики, которые имеются, были созданы в 2017 году. Сейчас появились новые данные, то, что мы услышали, и возможно необходимо сделать упор для того, чтобы прокачать по медицинской части. Симптоматика разная и, возможно, нужно будет разделить. Протоколы у нас общие, но каннабиноиды и соли дают абсолютно разные вещи. Соли дают психозы и шизофреноподобные расстройства, причем терапия достаточно резистентная, мы не можем вывести по 2-3 месяца, а иногда мы отменяем все препараты и он выходит. Надо посмотреть, как это правильно, что есть в мире и может пересмотреть протоколы диагностики и лечения. По снижению вреда – я не специалист по этой части, но я не видел ни одного доказанного инструмента по снижению вреда именно по НПВ. Потому что, если их разделять на 2 большие группы каннабиноиды и соли, каннабиноиды будут тоже иметь рисковое поведение с учетом симптоматики. Имеет смысл выставить это все еще по срокам и наполнению, то есть более конкретизировать. Если это будет снижение вреда, то, наверное, будут отдельные протоколы, привлечение для наркологических больных – отдельные протоколы, с учетом последних данных.

*Рощупкин Г., международный консультант,* наркологическая помощь в классической модели – это часть комплекса снижения вреда.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* я отделяю, потому что я сам руковожу этой областью и мне необходим инструмент, к сожалению, у меня нет инструментов. Те инструменты, которые мы сейчас используем, общие и не направлены конкретно. Когда проводили обучение по НПВ, у нас НПО больше знают, чем сами специалисты, такая сложилась ситуация. А потребители знают еще больше. Необходимо усилить связь потребители – НПО – центр. Со СПИД центрами понятно, что мы будем работать в любом случае. Конечно, в регионах и с нашей стороны и стороны СПИД центров имеется разделение компетенций, каждый занимается своим делом, вы не лезьте ко мне, и я не буду лезть к вам. Надо усиливать работу по взаимодействию друг с другом, и ключевым звеном должны быть НПО. Также по НПВ по снижению вреда необходимо начать проговаривать с теми НПО, которые вообще против снижения вреда, такие тоже имеются. Нужно создавать площадки для НПО. Я отдельно разговариваю с НПО, которые за снижение вреда, потом иду и разговариваю отдельно с теми, кто против. Я начинаю выбирать середину, иногда хочется, чтобы эти НПО поговорили между собой, сели за Круглый стол и начали обсуждать эти тематики. У меня первые встречи с НПО начинаются с ликбеза. Мы недавно проводили такую встречу, и первые 3-4 часа были просто лекции, что такое снижение вреда, как действует метадон т.д. И они начинают задумываться.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* хотела бы поблагодарить, что вы подсказали, что необходимо делать со Службой наркологии, прекрасно, что есть такой задел. Также необходимо учитывать то, что сделано в стране другими организациями. Например, УНП ООН получается средства из УБРАФ/ЮНЭЙДС. Как раз по новым психоактивным веществам также планируется исследование в формате картирования. И УНП ООН также планирует картирование, которое собирается делать и Глобальный фонд. Это будет дублирование.

*Рощупкин Г., международный консультант,* лучше было бы сделать это на этапе сборки заявки. У нас не было возможности провести полную оценку ситуации. Я знаю, что УНП ООН выпустила очень хорошее руководство по НПВ.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* УНП ООН запланировала в Казахстане по этому руководству провести большое совещание и как продолжение данного совещания можно было бы использовать средства Глобального фонда и провести такого рода совещания в регионах. Понятно, что средств УНП ООН хватит на проведение только одного совещания в г. Нур-Султан и вряд ли он смогут это сделать по регионам.

*Рощупкин Г., международный консультант,* они помогут определить приоритеты и проще и эффективней будет инвестировать эти средства.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* УНП ООН, используя свою репутацию и свою площадку, собираются сделать парламентские слушания по метадону. Это тоже один из инструментов влияния на людей, принимающих решения. Это тоже должно быть отражено, что это уже запланировано, и как продолжение адвокационной работы может быть запланировать с 2021 года меньшего рода адвокационные кампании.

*Рощупкин Г., международный консультант,* повторюсь, у нас была очень ограниченная возможность проводить оценку ситуации по разным организациям, кто что планирует или уже сделал, и я очень надеюсь, что эти вещи произойдут на финальном моменте сборки заявки, чтобы понять, что делается другими, а что войдет в заявку.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я с многими позициями немного не согласен, потому что здесь нет самого главного. Есть отдельные элементы, которые мы в принципе уже делаем. План разрознен и носит рекомендательный характер, опять же тренинги, информационные материалы. Эту всю работу мы должны ведь потом системно взять на государственный бюджет и финансировать на основании определенного документа. Должен быть какой-то стандарт оказания услуги для лиц, употребляющих СНПВ. Если будет такая услуга, то системно лягут вопросы, связанные с услугами касательно метадона, услугами, связанными с программами по снижению вреда. Это ведь не отражено сейчас ни в одной программе. Сейчас мы обсуждаем отдельные мероприятия, а эта вся работа будет координироваться или регламентироваться каким документом? Вся эта работа должна регламентироваться стандартом услуги для данной категории населения.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* то есть должна быть внесена разработка стандарта.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы должны руководствоваться документом. Например, периодичность картирования должна быть заложена в каком-нибудь стандарте. Если мы будем внедрять программы снижения вреда, и они не будут регламентироваться государственным стандартом, это ведь будут опять просто рекомендации. Также вопрос – с какой периодичностью будут проводиться тренинги. У нас есть хаотичные мероприятия, как НПО говорит, что метадон нелья внедрять, у нас начинается хаотично ответная мера – проводим тренинги. На самом деле нет системной работы, тренинги должны проводиться 1-2 раза в год? В этом направлении должен быть определнный стандарт услуги. Для того, чтобы заложить системные вещи, здесь нет ни роли Министерства информации и общественного развития, ни Министерства образования и науки, Министерства труда и социальной защиты населения, Министерства внутренних дел, КУИС, роли самого СКК в данном вопросе.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* в центре СПИД если есть хорошие базовые тренинги в системе СПИДа, видеотренинги, почему нельзя разработать и для системы наркологии, чтобы включить на существующей базе.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* у нас эти мероприятия проводятся, но проводятся не системно, не регламентируются документом, это не является обязательным. Даже клинические протоколы являются документами рекомендательного характера, можно их придерживаться, а можно от них отойти. А госдарственный стандарт – это обязательная услуга, и очень важно, чтобы была государственная услуга для лиц, употребляющих инъекционные наркотики. И потом она найдет свое применение и в отношении всех ключевых групп населения. Например, на сегодня у нас проблема по включению в законодательство вопросов по размещению государственного социального заказа. Никто из ключевых групп ведь не участвует в данной работе, все хотят получать госсоцзаказ, но никто не хочеть участвовать в работе, ездить, выступать в Парламенте. Почему вы не поедете туда и как НПО не заявите, что вы хотите, чтобы эта норма сидела в Законе. Мы ведь можем профинансировать вашу поездку в Парламент, участвуйте в этих рабочих группах, защищайте свои права.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* можно я прокомментирую, что стандарты по профилактическим услугам еще не утверждены.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* еще раз говорю, это все будет делаться. Чтобы все программы снижения вреда заработали, нужен государственный стандарт, который обязателен для выполнения всеми ведомствами. Там должно быть заложено финансирование. Мы завтра будем реализовывать эти мероприятия, пока Глобальный фонд будет финансировать, а когда он уйдет в 2023 году, откуда будем брать деньги? Для того, чтобы сделать государственный стандарт, тогда все вскроется, ваши обучающие программы, эффективны они или нет, ваши тренинги, работы аутричей, все сразу всплывет наверх.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* хорошо, мы согласны участвовать, просто до этого нас особо не привлекали.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* Татьяна Ивановна, Вы тогда определите, кто будет ездить в Парламент и защищать эти нормы. Почему только Республиканский центр СПИД должен этим заниматься? Как раз сейчас идут дебаты, почему необходим госсоцзаказ на местном уровне, которые мы проводили в Караганде, добивайте этот вопрос, они ведь вас будут больше слушать. Здесь необходим будет стартовый документ. То есть мы разрабатываем стандарт, потом на доказательных мероприятиях говорим – да, действительно это помогает и двигает. В итоге получается документ, который позволит потом профинансироваться, мы четко разложим, что такое программа снижения вреда. До сегодняшнего дня мало кто из госслужащих понимает, что такое программа снижения вреда, они даже не знают, зачем мы раздаем шприцы и презервативы.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* полностью согласна. Мне кажется, еще надо поднимать вопрос тарификации услуг, у нас многие услуги не тарифицированы, поэтому очень сложно что-то доказывать.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* вот, о чем я говорю. Мы уже оттарифицировали 3 услуги СПИД центров – скрининг, работа дружественного кабинета и клинический раздел (сколько стоит лечение). Нужно двигаться в таком направлении. А все эти мероприятия – это мелкая, рутинная, повседневная работа.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* дальше вы увидите, что мы дали хорошие рекомендации.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* где у нас отражена поддержка приверженности, права и обязанности? Сейчас очень много шума идет, принимают АРВ препараты или не принимают. А где обязанности тех или иных сторон? Если идет задержка препаратов, то поднимается столько шума. На самом деле, сколько выбрасывается в урну. Надо рассматривать эти вещи с нескольких сторон, а не однобоко. НПВ – это большой системный вопрос, связанный с профилактическими мероприятиями. Здесь нет самого главного – государства, как будут регламентировать этот вопрос, не видно межведомственной работы, нет документа. Если мы будем двигаться в таком виде, это будет иметь рекомендательный характер.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* мы записываем как одно из мероприятий – разработку государственного стандарта и в качестве разработки мы вписываем эти мероприятия для выполнения, они ведь все равно будут в государственном стандарте.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* я предлагаю посмотреть весь документ, это только первый блок, а там еще 14 блоков, и там все есть.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы даем свои комментарии.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* ваше предложение очень хорошее, потому что будет видна правительственная часть.

*Рощупкин Г., международный консультант,* я поддерживаю абсолютно все, что вы сказали, начиная от костинга и заканчивая межведомственной координацией, просто обсуждать такие вещи без партнеров со стороны правительственных учреждений было бы неверно. У нас это была встреча НПО сообществ, и они не могут решать за Министерства, как им друг с другом сотрудничать.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* нет связующего документа.

*Рощупкин Г., международный консультант,* продолжаем дальше – поддерживающая заместительная терапия. Несмотря на то, что ПЗТ играет очень важную роль при профилактике и обеспечении успешного лечения при ВИЧ-инфекции и туберкулеза у людей с опиоидной зависимостью, поддерживающая заместительная терапия остается достаточно малодоступной в Казахстане, в том числе для тех наркозависимых, кто живет с ВИЧ. В стране отсутствуют препараты для ПЗТ в таблетированной форме. Кроме того, многие наркологи, включая руководителей местных наркологических учреждений, игнорируют рекомендации ВОЗ, касающиеся роли ПЗТ в профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и туберкулеза у людей с опиоидной зависимостью, и активно или пассивно противодействуют расширению ПЗТ в стране. Открытие новых центров ПЗТ постоянно откладывается. Число клиентов программ ПЗТ практически не увеличилось за последние пару лет. Имеется угроза для закупки и регистрации метадона. Это общее видение ситуации, как она выглядит глазами организаций сообщества.

Предложения для включения в заявку:

1. Обеспечение к 2023 году доступности ПЗТ для минимум 30% людей с опиоидной зависимостью в Казахстане, включая в виде таблетированных препаратов.
2. Совместно с UNAIDS, UNODC, WHO и WB (если они согласятся), подготовка экономического обоснования эффективности ПЗТ с учетом ее влияния на контроль эпидемий ВИЧ и туберкулеза в Казахстане. Нам кажется, что апелляция к экономике, деньгам, какую пользу можно будет получать на каждый вложенный тенге поможет с одной стороны вести более эффективную адвокацию, с другой стороны, самим лучше понимать, сколько мы тратим и что мы получаем и соответственно смотреть, можем ли мы сделать лучше. Это вещь двойного использования – для адвокации и для понимания, что мы делаем.
3. Разработка и утверждение индикаторов для оценки качества программы ЗПТ в целом и услуг, оказываемых в рамках программы. Создание на основе этих индикаторов национальной системы мониторинга качества услуг ПЗТ и проведение этого мониторинга с участием НПО людей, употребляющих наркотики.

В дальнейшем по другим темам тоже будет постоянно встречаться пожелание либо уточнить, либо разработать индикаторы качества услуг, потому что от этого зависит возможность обосновать стоимость работы и показывать результат, который эта работа приносит.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* возникает вопрос относительно качества оценки программы ПЗТ. На том материале, какой у нас есть, будет очень сложно показать доказательную базу.

*Рощупкин Г., международный консультант,* зачем проводится заместительная терапия? Можно взять примеры других стран. Например, программа, которая есть в Нью-Йорке, у них есть несколько задач. Первая, это снижение инъекционного потребления для профилактики ВИЧ, вторая – это снижение криминогенности поведения потребителей инъекционных наркотиков.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* это мы уже все объясняли. Просят по Казахстану – дайте эффект, вы же уже 10 лет внедряете.

*Рощупкин Г., международный консультант,* вы же сами говорите, что на 300 людях не будет никакого эффекта.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* если взять 300 человек, которые ушли от инъекционного потребления, рассчитать коэффициент передачи в год от одного потребителя инъекционных наркотиков, перевести его в деньги, то даже с 300 человек можно сделать экономическое обоснование.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* когда я разговаривал с другой стороной, они приводили примеры, что они все равно возвращались через определенный период и уходили из программы. Очень много примеров, когда человек находится на метадоне и тоже подкалывается.

*Рощупкин Г., международный консультант,* очень сложный вопрос, так как не бывает идеала. Я как ВИЧ-позитивный принимаю терапию с 2000 года, и у меня тоже были перерывы, то есть я тоже не привержен на 100%. Один день или два я могу забыть, но в итоге это работает, я с 1988 года живу с ВИЧ-инфекцией, и я до сих пор жив.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы пытались показать и доказать даже при таком количестве, чтобы люди поняли, но было очень сложно. Мы изучали международный опыт, от Замбии до США.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* есть исследования по Казахстану двух или трех международных организаций по эффективности программы в Казахстане.

*Давлетгалиева Т., 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,* ICAP была подготовлена оценка пилота Таджикистана, Кыргызстана и Казахстана. Это отдельный отчет, который мы имеем. Кроме этого, по запросу Министерства здравоохранения в 2018 году нам было необходимо подготовить экономическое обоснование. Был предоставлен достаточно короткий промежуток времени, на тот момент этого не было в заявке и те консультанты, на которых мы ориентировались, просили высокие гонорары, и это было невозможно сделать. Эту оценку провел Республиканский центр развития здравоохранения с участием республиканской наркологии, то есть у нас это есть, и экономическая эффективность уже доказана. Также и по базе, которая была разработана ICAP и передана республиканской наркологии. По базе можно посмотреть количество, социально-демографическое распределение. Вместе с тем, если задать в базе определенные параметры, то она дает и индикаторы, то есть если удержание в программе, приверженность к лечению, это уже есть.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* у нас это происходит из года в год, она не меняет парадигму, мы постоянно об этом говорим, потом начинаем что-то делать. Медико-экономическое обоснование делал ЮНЭЙДС в 2014 году с математическим моделированием, использованием разных сценариев. Если честно, никто особо не обращает внимание на это.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы занимаемся данным вопросом уже 10 лет.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* мне кажется, необходимо поменять в целом подход к ПЗТ в Казахстане. Может быть мы посмотрим парадигму подходов, как правильно. Экономической обоснование не работает, в 2018 году сделал РЦРЗ, в 2012 году – ICAP, в 2014 году – ЮНЭЙДС. У нас все это есть, но оно не эффективно и не работает. Нам нужно резко менять парадигму и идеологически уходить в другую сторону.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я думаю, может начать эту работу с нуля, у нас она изначально пошла криво, так как не было широкой разъяснительной работы, общего понимания, для чего все это делалось. Хотели посадить административным методом, но оно сразу сломалось.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* наркологи не были готовы, для них это было новое, потом они пошли по части минимизации дозы, соответственно потом пошло подкалывание. И они никак не могли понять, что нужна нормальная доза. Причем понятно, что об этом знают наши оппоненты, и когда идут проверки, они начинают спрашивать, зачем назначаете высокие дозы.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* если бы эти 300 человек, которые были на программе, показали очень высокий процент, что они ресоциализировались и ушли с потребления. А там же 50 на 50, и оппоненты используют эти данные. И что самое интересное, лица, которые были на этой программе, потом сами и становятся оппонентами, говорят, что на программе есть минусы, что приходится подкалываться, что не хватает. На эту тему будут бесконечные споры.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* действительно, когда группа работала, у нас был ступор по этой теме, потому что не знали уже, что предложить. Единственное, на чем мы остановились, это написать письма Президенту.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* наверху ждут волну, если бы все были согласны. У нас ведь идет единоборство, сама система МВД полностью против, у них не все 100 процентов согласны с внедрением метадона. Поэтому субполучателем должен быть РНПЦПЗ.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* что я могу еще предложить по опыту других стран, у которых возникали такие ситуации с метадоном. Есть страны, где возникла проблема с АРВ, когда пошли слухи, что АРВ портит фигуру, что при АРВ рождаются неблагополучные дети и т. д. Как они решали такую проблему? Они нанимали профессиональную PR компанию, которая профессионально работала, использую психологические методы, меняли отношение к проблеме в самой стране. Наверное, нам тоже нужно нанять профессиональную компанию, которая разработает свой план и скажет, в каком направлении двигаться.

*Давлетгалиева Т., 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,* Николай Анатольевич нашел хорошую PR компанию 2 года назад и был разработан хороший стратегический и адвокационный план, другие международные организации тоже помогали. Но если начали говорить, кто поможет, то конечно у PR компании деньги были большие. Относительно Глобального фонда, мы не можем платить гонорары журналистам, а без этого никак нельзя.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я понял Габриелу по-другому, что заходит профессиональная команда, которая знает, как и что делать, необходима большая PR кампания в течение определенного периода.

*Давлетгалиева Т., 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,* такая компания была, но только денег не было.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* может быть посмотреть блогеров. У нас есть несколько блогеров, которых все читают, по слухам даже сам Назарбаев, например, Айдан Карибжанов.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* это один из элементов кампании.

*Негай Н.А., генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК,* если что-то надо продвинуть, данная PR компания начинает двигать, причем очень грамотно, используя разные направления, блогеров, официальные направления в виде Казправды, направляют на массовое население и потом на целевые группы. Они начинают с правильного создания волны, потом как подхватывать инфоповод.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* я читала про Иран, там метадон зашел через религиозных лидеров, потому что те, кто потребляет инъекционные наркотики, не ходят в мечети. И пришли к религиозным лидерам и сказали, что если этих людей посадим на метадон, то они вернутся в мечети.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я тоже хотел зайти через ВИЧ, чтобы было понятно и доступно, что метадон на самом деле нужен. Ничего в программе до сих пор не изменилось, хотя мы получили добро на ВИЧ-инфицированных.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* в целом, философия опиоидной заместительной терапии не сводится к тому, чтобы человек ушел с наркотиков или чтобы человек не попадал в криминал.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мне нужно, чтобы программа как-то влияла в процентном соотношении на распространение ВИЧ в целом. Нужно определиться, если мы говорим – да, то нужно это делать грамотно через PR компанию, необходимо проводить ликбезы. Ведь когда начинаешь разговаривать с оппонентом, в итоге он ведь понимает, что это нужно.

*Рощупкин Г., международный консультант,* есть разные оппоненты, есть те, которым за это платят. Например, есть смысл говорить с муллой из мечети, потому что он исходит из гуманных соображений. Но профессиональным оппонентам нужна война, так как они на этом зарабатывают.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* по пункту касательно ПЗТ необходима хорошая PR компания и субполучателем пусть выступит РНПЦПЗ.

*Рощупкин Г., международный консультант,* возникает неудобная ситуация, потому что получается, что PR компания – это ваша рекомендация. Если позволите, пусть это останется вашей рекомендацией. Мы проговорили касательно PR работы, она обоснованная, интересная, но я ее не буду включать в финальный отчет, потому что в отчете отражены рекомендации, выработанные в процессе встреч с сообществами. Я могу в качестве приложения отразить ключевые моменты нашего обсуждения.

Перейдем к следующему пункту – тестирование на ВИЧ.

В связи с внедрением учета предоставления услуг тестирования на ВИЧ и профилактики ВИЧ через ИИН, многие представители ключевых групп населения могут отказаться от прохождения тестирования и получения услуг профилактики, как в медучреждениях, так и НПО. Это предположение, так как никто не проводил опрос, что было бы вполне уместным в данной ситуации. Сложно прогнозировать, насколько значительным будет число оказывающихся людей. Вероятнее всего, большинство людей, кто будет избегать тестирования и обращения за профилактическими услугами, будут молодые люди и жители малых городов, там, где есть риск безопасности персональных данных людей. Эта ситуация может сохраняться ровно до того момента, когда у сообществ и населения в целом не будет убедительной информации о том, что безопасность данных обеспечена, и данные, которые они о себе предоставляют, используются только им во благо, учитывая также, что часть этих данных будет говорить о принадлежности к той или иной ключевой группе.

Тестирование на базе НПО помогает охватить тестированием наименее социализированные подгруппы ключевых групп населения. Сегодня в Казахстане есть хороший опыт тестирования на базе НПО, но нет ясной перспективы развития этой работы. Удобнее всего применять тесты, использующие околодесневую жидкость (т.е. экспресс-тесты по слюне) (ЭТС), так как для их использования не требуется специальных условий и сотрудников с медицинским образованием. Но эти тесты достаточно дорогие и пока нет основанных на уже выделенном финансировании планов их использования на базе НПО. Экспресс-тесты, проводимые с использованием крови (ЭТК), могут проводиться только в организациях, у которых есть соответствующие требованиям Министерства здравоохранения условия и специалисты. Важно, что некоторым НПО удалось достичь соглашения с учреждениями здравоохранения о том, что сотрудники медучреждений могут проводить такое тестирование на базе НПО. Но такие соглашения возможны не во всех регионах страны из-за ограниченности штатных возможностей медучреждений и отсутствия ясной политики в отношении роли экспресс-тестов в диагностике ВИЧ-инфекции.

Предложения для включения в заявку:

1. Анализ рисков, возникающих из-за внедрения регистрации по ИИН, разработка и исполнение плана снижения этих рисков.
2. Проведение информационной кампании среди КГН для разъяснения целей перехода на ИИН и гарантий защиты индивидуальных данных при обращении представителей КГН за услугами профилактики и тестирования в связи с ВИЧ.
3. Закупка и поставка в НПО тест-систем для экспресс-тестирования по слюне в количествах, достаточных для выполнения индикаторов национальной программы в части борьбы с ВИЧ-инфекцией в регионах проекта.
4. Расширение доступности анонимного тестирования и самотестирования: обеспечение возможности для КГН получить экспресс-тест по слюне в НПО или приобрести его в аптеке. Параллельно создание системы информационной поддержки (онлайн и очное консультирование) для всех представителей КГН, проходящих анонимное или самотестирование, и системы сопровождения для завершения диагностики и начала АРВ лечения в случае положительного результата теста. Хотел бы подчеркнуть, что все хорошо понимают важность своевременного начала АРВ терапии и анонимность теста предлагается как тактика низкого порога для начала процесса, связанного для определения ВИЧ-статуса и доведением до лечения тех людей, кто может быть ВИЧ-позитивным.
5. Данное предложение вызвало много споров. Это не является консолидированной позицией, но оно технически интересно - внедрение индикаторов для оценки качества программ тестирования, индикаторов выявляемости: например, не менее 5% тестов, предоставляемых представителям КГН бесплатно, должны приводить к выявлению новых случаев заражения ВИЧ. Такой опыт в Казахстане имеется в проекте Флагман, но там 10%, это немного другой проект, он короче по времени. Говорили, что почти 80% инфицированных людей выявлены, соответственно можем ожидать вполне конкретное количество новых случаев ВИЧ-инфекции в стране, выявление новых случаев, это те, кто не выявлен плюс те, кто теоретически могут заразиться в следующем году. Актуальность этого порога будет зависеть от того, сможем ли мы охватить тестированием именно те группы, где идет эпидемический процесс. И собственно выполнение этого индикатора будет показывать, тех ли мы тестируем. Вместе с утверждением такого индикатора разработать гайд и провести обучение сотрудников НПО и их партнерских медучреждений подходам к организации эффективного тестирования, то есть тестирования именно там, где идет эпидемический процесс. Вести регулярный мониторинг эффективности тестирования на ВИЧ (сбор данных раз в 6 месяцев), а при снижении показателей выявляемости, проводить адаптацию аутрич работы и работы стационарных пунктов тестирования для обеспечения необходимого уровня выявления новых случаев ВИЧ-инфекции. Включение в комплекс работы по тестированию задач обеспечения связи новых выявленных ВИЧ-позитивных представителей КГН с медицинскими учреждениями, предоставляющими АРВ терапию, и с НПО, оказывающими психосоциальную поддержку ЛЖВ. Регулярно (не реже 1 раза в год) информировать ответственных чиновников в акиматах о важности уровня выявляемости при проведении тестирования на ВИЧ и о необходимости выделения средств для работы НПО, проводящих тестирование КГН на ВИЧ и связывающих новых выявленных ВИЧ-позитивных со службами лечения и психосоциальной поддержки.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* в принципе мы давно обсуждаем эту тему. Экспресс тесты имеются как слюновые, так и капиллярные, с этим проблем нет. Все перечисленные пункты – это наша «золотая» мечта, чтобы оно так и было. Но нам понадобятся очень хорошие расчеты. Есть предложение, что мы должны будем выдать НПО определенное количество тестов, которое приобритается за счет государственного бюджета. Я так понимаю, что на первом этапе мы будем пилотировать и закупать за счет средств Глобального фонда. В дальнейшем при планировании необходимо будет учитывать, какое количество тестов мы должны давать на одно НПО. Но вы не сможете полностью покрывать за счет государственного бюджета, только определенную часть. Я никак не могу добиться ответа от наших ключевых групп. Например, они сами анонимно обследовались на ВИЧ. Какова будет дальнейшая роль НПО и какой будет механизм, чтобы люди с положительным результатом потом дошли к нам. Ведь цель не самообследоваться и аноимно протестироваться, наша цель, чтобы потом люди пришли на АРВ терапию, чтобы было раннее начало АРВ терапии.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* у нас как раз есть предложение, чтобы был весь каскад лечения: выявил человека, поставил его на лечение с АРТ и довел его до вирусно неопределяемой нагрузки.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* каков будет контрольный механизм вложенных бюджетных денег, выделенных на анонимное тестирование, у нас ведь не будет никакой базы данных по анонимному тестированию. Если человек анонимно обследовался, какой будет механизм или дорожка дохождения до медицинской организации?

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* как в других странах мотивируют НПО вывести людей из анонимности – на каждом этапе выплачивают бонус. Человек сделал анонимно тест, если НПО его вывела из анонимности и привела на утверждение диагноза в центр СПИД, то получает бонус. Если человек через 12 месяцев все еще находится на лечение, то опять получают бонус. Если вирусная нагрузка не определяема, то получает бонус. Получается, происходит финансовая мотивация на результат.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* у нас есть районы, малые города, как там будут работать, какая там будет схема? Например, Агадырский район Карагандинской области.

*Рощупкин Г., международный консультант,* необязательно, что эта схема будет работать везде. Обычно эта схема работает в больших городах, там, где есть хорошая информационная система, то есть люди пользуются социальными сетями, где у людей есть возможность прийти в НПО. Я думаю, что в Агадырском районе просто ведут в поликлинику и там возможно эта схема совсем не будет работать.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я должен четко понимать, как схема будет работать, какова роль НПО вывода из анимата. Например, в дружественные кабинеты приходит человек анонимно обследоваться, а как его тарифицировать, чтобы получить за него деньги. Поэтому мы придумываем УИК, отпечаки пальцев. Мне все равно, какой отпечаток, главное – вы мне идентифицируйте услугу на одно персональное лицо. Нас подозревают в том, что одно и тоже лицо может получить одну услугу 10 раз.

*Рощупкин Г., международный консультант,* если смотреть на опыт других стран, в том числе и нашего региона, Украину, например, там информация о доступности и качестве АРВ терапии является одним из ключевых факторов того, что люди тестируются, то есть они понимают, что будет дальше. Я не уверен, что в Казахстане информация о том, что АРВ терапия доступна всем и бесплатно, имеется у всех.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* я конечно не могу говорить о культурологических и ментальных особенностях национальностей, но в нашем случае наличие АРВ терапии не является синтезирующим фактором. Я была на одной из встреч НПО, где была Ольга Белялова из Украины и сидели наши представители НПО и говорили – у меня стигма и дискриминация в центрах СПИД, я иду в центр СПИД, там большая комната, 4 стола, я сижу за столом у одного врача, за соседним столом другой врач, и я не хочу говорить о своем статусе, лечении. Я считаю, что меня дискриминируют, потому что меня слушает другой врач. Ольга Белялова говорит – я вас не понимаю, это твое здоровье, твое право получить лечение, открывай пинком дверь, пусть там хоть весь город сидит в этой комнате, но ты должен получить свое лечение.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* если говорить о процессе с другой стороны – невозможно получать лечение, прячась. Тогда и стигма будет продолжаться.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* у нас очень высокий уровень самостигмы, подозрения, чтобы тебя стигматизируют.

*Рощупкин Г., международный консультант,* есть еще один эффект, когда люди концентрируются на уникальных ярких трагичных случаях и игнорируют, что большинство людей живет более обычной жизнью.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* 15-20 лет назад, когда УИК и кодировки только внедрялись, мы тоже говорили – нет, Правительство не даст денег, диабетные больные нуждаются в шприцах, а мы наркоманам будем раздавать, а наркоманы не придут в СПИД центры, никогда такого не будет. А сейчас мы уже начали их считать, они стали приходить, и мы начали их слушать. Второй этап, который предлагает Бауыржан Сатжанович – это верифицировать.

*Петренко И., заместитель Генерального директора РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* просто на этапе анонимного тестирования НПО должны сконцентрироваться на разъяснительной работе о том, что дальше надо раскрывать свой статус, если человек хочет жить дальше. Это как раз и будет результатом НПО.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* я категорически против, чтобы АРВ терапию человек получал прячась или скрываясь. Найдите мне яркий пример дискриминиации, что человека отвергали, выводили за дверь или к нему в перчатках подходили. Сейчас ведь такого нет по большому счету.

*Рощупкин Г., международный консультант,* вот об этом и надо говорить. Чтобы люди тестировались спокойно, они должны видеть картинку живых людей, когда сообщества говорят – я ВИЧ-позитивный, я получаю терапию, я никакой не активист, имею работу, и я продолжаю жить. В Казахстане это есть.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* некоторые представители ЛЖВ говорят – мы хотим получать АРВ терапию в любой доступной медицинской организации. Но есть Кодекс, и его перепрыгнуть нельзя, даже если ВИЧ-инфицированный. По этому принципу получают лечение все больные, с гонореей, сифилисом. Когда человек приходит в медицинскую организацию, он должен быть прикреплен либо должен предъявить ИИН. Система медицинского страхования еще больше закрепило это право.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* вы правы, больной онкологией тоже также делает.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* а то вы прыгаете, прячитесь, самостигма наоборот будет оставаться.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* никто не прыгает, мы наоборот обсуждаем и предлагаем различные варианты.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* вы обсуждаете, дайте мне конкретное предложение, как нам двигаться. Я, как государственная организация, буду выстраивать все элементы, чтобы потом все билось. Например, анонимно – НПО – дружественный кабинет – центр СПИД. Необходимо выстроить эту схему.

*Петренко И., заместитель Генерального директора РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* наверное включить ее потом в стандарт.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы еще должны пустить тесты в свободный доступ в аптеках, я не вижу этого. Это должно войти в проект мероприятий. То есть мы должны предложить сетевым апеткам или что-то другое. Кто-то должен ведь это тоже внедрять.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* y белорусов самотестирование идет за счет того, что у них недорогие тесты, они сами их производят.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* необходимо в качестве пилотного проекта поработать с какой-нибудь аптекой и провести информационную кампанию. После фильма Юрия Дудя начали задавать вопрос, где взять тесты.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* вчера мы были на встрече по туберкулезу, и мне понравилась одна тема в отношении приверженности пациентов. У них приверженные пациенты получают лечение по видеоконтролю. Может быть у нас для приверженных пациентов и для тех, кто отдаленно живет, тоже такое предложить, как сервисную услугу.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* лечение туберкулеза, например фиброзно-кавернозной формы, назначается по жизненным показаниям, и пациент сам заинтересован показывать, что он принимает лечение. В нашем случае, у пациента нет такой формы, что по жизненным показаниям он должен обязательно фиксироваться, что пьет препараты.

*Рощупкин Г., международный консультант,* при туберкулезе надо сосредоточить человека на лекарстве.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* если человек отдаленно живет и не хочет или не может ездить в район часто, ему выдаются лекарства один раз в 3 месяца, он принимает эти препараты.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* если человек получает лекарства, то мы понимаем, что он их пьет. Мы можем сказать, что он их не пьет или выбрасывает только после того, как через 4 месяца проведется тест на вирусную нагрузку.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* в туберкулезе есть большой плюс – если выпьешь, то вылечишься. А при ВИЧ нет такого.

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* я уже устала столько лет пить эти препараты, и я не буду тратить свое время, чтобы показать это по видео врачу. Человек может сам договориться с равным консультантом, как он будет контролировать прием препаратов, может через видео, либо будет использовать приложение с уведомлением.

*Рощупкин Г., международный консультант,* смысл действий примерно тот же. Равный консультант или врач стараются контролировать прием препаратов, но способы контроля мягче.

Следующая тема – это профилактика ВИЧ.

На сегодняшний день основными способами профилактики ВИЧ среди ключевых групп населения в Казахстане остаются только презервативы и стерильные шприцы. При том, что презервативы и шприцы закупаются в значительных количествах из средств госбюджета, их поставки не всегда стабильны, а качество не всегда хорошее. Кроме того, в связи с предположением, что эпидемическая ситуация среди секс работниц стабилизировалась и 80% из них постоянно пользуются презервативами (данные последнего ДЭН, которые, по мнению представителей НПО секс работниц, необходимо перепроверить), доступность бесплатных презервативов для НПО секс работниц крайне ограничена, а лубриканты вообще не доступны. В принципе, лубриканты за счет программ профилактики доступны только для МСМ в единичных регионах страны.

Услуги ПЗТ в силу крайне малого охвата – менее 300 человек на всю страну – не могут рассматриваться как серьезная противоэпидемическая интервенция.

Доступность и эффективность АРВ терапии быстро растет, но ее профилактическая эффективность пока не достигла желаемых показателей: около 25% от числа ЛЖВ, знающих свой ВИЧ статус (и около 35% от оценочного числа ЛЖВ) имеют вирусную нагрузку выше определяемой. Кроме того, внедрение регистрации по ИИН при тестировании и получении услуг профилактики может серьезно снизить число выявляемых случаев ВИЧ-инфекции и повысить разрыв между реальным числом ВИЧ-позитивных в стране и теми, кто знает свой ВИЧ-статус и получает АРВ терапию.

Потсконтактная профилактика (применение АРВ препаратов после рискованного контакта) ограниченно доступна, так как предоставляется только в Центрах СПИД и только в рабочие часы. На момент проведения встреч Национального диалога, статистика по числу людей, воспользовавшихся постконтактной профилактикой не была доступна участникам, но если судить по очень редко встречающимся сообщениям об этом от клиентов НПО КГН, вероятно этот способ профилактики не играет сколько-нибудь существенной роли в борьбе с эпидемией. Клиенты НПО сообществ очень редко обсуждают то, как и когда они воспользовались постконтактной профилактикой.

Доконтактная профилактика (применение АРВ препаратов до рискованного контакта) до сих пор отсутствует, несмотря на поддержку ее внедрения всеми, от НПО до медицинских специалистов, и активное обсуждение желательности ее внедрения, которое длиться уже больше года. При этом, наибольший интерес к доконтактной профилактике есть среди МСМ, тогда как представители людей, употребляющие наркотики, считают ее не приоритетной для своей группы. Секс-работницы затруднились дать однозначный ответ, так как не имеют достаточной информации о самом методе и его применении для секс-работниц в других странах.

Такие методы профилактики, как серосортинг и стратегическое позиционирование (чаще всего актуальные для МСМ) в стране не обсуждаются и не предлагаются. Кроме того, эти методы могут работать только в среде, толерантной к ЛЖВ, но среди ВИЧ-негативных МСМ СПИДофобия распространена так же сильно, так и в обществе в целом.

В заключении стоит сказать, что большинство сотрудников НПО КГН, как и сотрудники партнерских медицинских учреждений, не имеют доступа к регулярному поддерживающему обучению в области профилактики: на это не выделяется ни денег, ни времени.

Предложения для включения в заявку:

1. Закупка и регулярная и своевременная поставка в НПО КГН презервативов и лубрикантов в соответствии с подтвержденной исследованиями потребностью, то есть на основе оценки потребности и изучения практикуемого в разных группах рискованного поведения.
2. Обеспечение необходимого качества закупаемых презервативов путем его мониторинга на этапах формирования лотов и во время закупки, а не после распределения презервативов по НПО и медучреждениям.
3. Ориентируясь на рекомендации ВОЗ и других экспертных организаций, провести национальную консультацию по существующим подходам и методам профилактики ВИЧ, в том числе специфичным для отдельных ключевых групп, чтобы оценить их профилактический потенциал и возможную экономическую эффективность для Казахстана. Использовать результаты обсуждения для развития национальных мер противодействия эпидемии ВИЧ. Здесь имеются в виду все перечисленные методы и некоторые новые, которые могут появиться в ближайшее время. Это до и постконтактная профилактика, поведенческие интервенции.
4. Провести национальную консультацию по постконтактной профилактике. Данный вопрос выглядит подвисшим в воздухе, вроде постконтактная профилактика есть, но вроде ею никто не пользуется.
5. Подготовить и начать национальный пилотный проект по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции (PrEP), уделяя особое внимание применению среди МСМ. Рекомендуется выбрать для такого проекта крупный город – Нур-Султан или Шымкент, вряд ли это будет Алматы, так как здесь начнется проект при финансовой поддержке Фонда Элтона Джона по борьбе со СПИД, за полгода до начала проекта Глобального фонда. В рамках проекта будет важно не только изучить то, как и через какие организации (медицинские и НПО) можно организовать предоставление услуги на всех ее этапах (информирование потенциальных клиентов, привлечение клиентов в программу, проведение медицинского освидетельствования перед началом, предоставление профилактического препарата, медицинский мониторинг по ходу приема препарата, формирование и поддержка приверженности к профилактике, обеспечение безопасного прерывания или выхода человека из программы), но и провести костинг (подсчет стоимости с учетом требуемого качества) всего комплекса работ, для последующего внедрения этой программы за счет национальный средств.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* если прокомментировать сразу по предыдущему пункту, все моменты принимаются, так как действительно необходимо этим заниматься. У нас есть видение, что доконтактная и постконтактная профилактика должны существовать в рамках определенной со-оплаты. Необходим механизм, чтобы, во-первых, данные препараты были доступны в аптеках, чтобы по рецепту человек мог их приобрести, и необходима грамотность, чтобы человек понимал, для чего это нужно. Необходим большой обучающий компонент, во-первых, для ПСМП, чтобы врач мог грамотно проконсультировать. У нас доконтактная и постконтактная профилактика не отработана в плане клинических протоколов. Для МСМ или РС, для которых данный вопрос важен для ежедневного потребления – одни подходы. Для ЛУИН могут быть другие режимы. Это необходимо понимать при планировании, потому что потом будут расходы, связанные с закупкой препаратов. Необходимо отпилотировать различные режимы, и ключевые группы должны сказать, какие режимы им удобны.

*Рощупкин Г., международный консультант,* это справедливо. Во-первых, средний уровень знаний о доконтактной профилактике среди МСМ, секс-работниц и потребителей наркотиков совсем невысокий и плюс еще имеется специфическая информация относительно режимов, что есть ежедневные приемы, есть режим приема по потребности, что есть разница между мужчинами и женщинами, режим по потребности для женщин не работает, так как отличается биохимия организма и накопление препарата требует больше времени. Люди должны знать об этом, тем более что предполагается, что они будут полностью или частично платить за это. Потребуется очень хорошая информационная кампания.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* утверждение того, что у нас нет доконтактной или постконтактной профилактики в отношении ключевых групп населения неверно в том плане, что ни сама ключевая группа не знает, как пользоваться данными механизмами, ни мы не знаем, какие и сколько ресурсов необходимо для этого. Мы не говорим, что это не нужно, просто необходимо отрабатывать и внедрять эти механизмы, если начнутся побочные эффекты, ведь медработник будет нести ответственность. Или, например, человек начал принимать, а завтра у него выявляется ВИЧ, тогда кто будет виноват.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* вопрос – в заявке Фонда Элтона Джона будет PrEP?

*Ибрагимова О., ОЮЛ «Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ», член СКК, представитель уязвимых групп населения (ЛУИН),* когда мы встречались 17 числа, они только начали заявку писать, собирать предложения, и там PrEP есть.

*Бокажанова А., советник по ускоренному ответу на эпидемию ВИЧ в ЮНЭЙДС,* по PrEP и доконтактной профилактике мы будем брать дополнительные пилоты, как Шымкент и Нур-Султан или мы оставим один пилот на Алматы, а потом будет репликация на Казахстан?

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы будем рассматривать Шымкент, Нур-Султан и Караганду как варианты.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* первый пилот будет делать в этом году ICAP, и они начнут раньше.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* клинические протоколы мы можем как раз с ними отработать.

*Давлетгалиева Т., 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 говорили, что в Шымкенте больше всего распространенность, поэтому однозначно нужно будет брать Шымкент.

*Рощупкин Г., международный консультант,* с другой стороны г. Шымкент – это город, где большие опасения по стигме в отношении всех ключевых групп.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* даже при всем этом, даже в масс медиа просочилась информация, что у них в Шымкенте большой процент мужской проституции.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* надо еще западный регион рассматривать. В Уральске сейчас пошел рост, и там такая тишина по НПО.

*Рощупкин Г., международный консультант,* хотел бы подчеркнуть, что ни одна из групп не отказывалась от PrEP. МСМ группа сказала, что для них это актуально, секс-работники сказали, что им интересно, но им нужно больше информации, ЛУИН сказали, что это важно, но у них есть более приоритетные моменты, чем PrEP.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* главное, не пойти опять по пути метадоновой терапии. Нельзя говорить, что у нас нет доконтактной и постконтактной профилактики. У нас ее нет не потому, что мы не захотели. Речь идет о том, что необходимо подготовить сообщества и людей, которые будут находиться в этой программе. Если потом у кого-нибудь будут побочные эффекты, это ведь потом будет новый информационный повод для дискредитирования программы.

*Рощупкин Г., международный консультант,* для PrEP необходима очень хорошая информационная подготовка. Обычно об этом говорят заранее, когда идет консультирование перед началом PrEP, человеку объясняют, что у 1-2% могут быть побочные эффекты, половина побочных эффектов проходит через несколько недель, а если они сохраняются дольше, то необходимо просто перестать принимать.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* вопрос в другом, потому что PrEP затрагивает почти всех – сообщества, ПМСП, центры СПИД, есть также обще-клинические анализы. Необходимо готовиться ко всему этому, обязательно необходим пилот.

*Капасов А., ОО «Human Health Institute»,* в части PrEP необходимо делать доступ через поликлиники, потому что очень много ребят из сообщества МСМ хотят приобрести, но нет препарата в аптеках. Многие знают про PrEP, так как постоянно выезжают и с информацией нет проблем. Просто нет доступа, включая аптеки. Также в заявке необходимо предусмотреть для уязвимых слоев населения, то есть тех людей, которые не могут потратить деньги на PrEP.

*Рощупкин Г., международный консультант,* вероятно пилот должен быть бесплатным, потому что он направлен на отработку механизмов оказания услуги. В перспективе, после пилота 2 направления развития – коммерческое и некоммерческое, потому что не все захотят ходить в поликлинику, кому-то будет проще купить лекарства через интернет и встретиться с врачом один раз в три месяца для консультации.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* необходимо отработать механизм – если человек захочет участвовать в программе, чтобы он мог получить рецепт и купить препарат как через поликлинику, центр СПИД, он должен иметь возможность и доступ.

*Капасов А., ОО «Human Health Institute»,* мне кажется, это должно быть на базе аптек, потому что человек не всегда пойдет в медицинскую организацию. Если смотреть по г. Нур-Султан, то отдаленность поликлиник очень большая.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* сейчас ведь есть возможность выписать рецепт на препарат онлайн. Необходимо посмотреть, как это будет возможным, чтобы врач выписал рецепт, потому что просто так в аптеке не дадут АРВ препарат.

*Рощупкин Г., международный консультант,* как раз пилот позволит это отработать в спокойном режиме.

*Капасов А., ОО «Human Health Institute»,* это было предложение от сообщества, от людей, которые долгое время работали за границей, где они без рецептов приобретали препараты без каких-либо проблем. По возвращении в Казахстан у них теперь возникла проблема по приобретению PrEP. Они покупали за свои деньги, а в Казахстане этих препаратов нет в продаже.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* мы впервые начинаем заниматься PrEP, давайте сделаем пилот и на нем отработаем все варианты.

*Рощупкин Г., международный консультант,* еще одна тема, которая поднималась – это доконтактная профилактика для дискордантных пар. Здесь требуется мнение экспертов ЮНЭЙДС, ВОЗ, потому что мы говорим уже о здоровье пары, где один из партнеров ВИЧ-позитивный. Это более сложная ситуация.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* у меня вопрос – если в стране действует программа «тестируй и лечи», то тот, кто ВИЧ-положительный в паре, принимает АРВ и тогда вирусная нагрузка неопределяемая.

*Рощупкин Г., международный консультант,* она ведь не моментально отражается. Об этом и речь. Проект по дискордантной паре имеет смысл, когда вирусная нагрузка определяемая. Когда она не определяема, проект теряет смысл, но остается вопрос, продолжает ли вирусная нагрузка быть неопределяемой.

*Байсеркин Б., генеральный директор, РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний» МЗ РК,* для меня важен один момент, чтобы мы потом могли это включить в госбюджетирование и отработать все варианты, чтобы понимать потребность. Мы должны вести статистику дискордантных пар, чтобы понимать количество таких лиц. По лицам, которые имеют гражданство, не должно быть проблем, потому что если один партнер состоит на диспансерном учете как ВИЧ-инфицированный, то мы закрываем проблему по его АРВ препаратам. Необходимо будет понять, какой режим будет использовать второй здоровый партнер. Нам будет необходимо понять клинический протокол, чтобы рассчитать потом потребность в препаратах и заложить в бюджет. В итоге пилоты должны дать нам общий механизм счета.

*Рощупкин Г., международный консультант,* пилот хорош тем, что мы создаем условия, где можем безопасно ошибаться. В регионе есть уже опыт, на основе которого можно уже предполагать свой пилотный проект. Это Украина, Молдова, Беларусь, Грузия.

*Жолнерова Н., ОФ «Амелия», член СКК, представитель уязвимых групп населения (РС),* хотела бы пояснить, почему у секс-работников такое неоднозначное решение по поводу PrEP. Мы знаем, что часто секс-работницы снимают презерватив за дополнительную плату. В данном случае PrEP будет эффективен только в плане ВИЧ-инфекции, но мы понимаем, что может быть нежелательная беременность, а также ИППП. Поэтому говоря о PrEP среди секс-работников, мы еще не видели результата эффективности PrEP в других странах. Единственное, может быть удачным применять PrEP среди МСМ и трансгендерных людей, которые занимаются секс-работой. Когда мы разговаривали с нашей фокусной группой, есть такое мнение, что постконтактная профилактика доступна не всем. Были случаи, когда дискордантные пары обращались после незащищенного контакта в центры СПИД, им отказывали в постконтактной профилактике, в том числе и секс-работникам. Я, к сожалению, не услышала по поводу обучающих инструментов, о которых мы говорили, что их необходимо включить в обучающий модуль для медработников и аутрич-работников, которые будут реализовывать грант Глобального фонда, что необходимо внедрять инструменты MSMIT, IDUIT, SWITи TRANSIT.

*Рощупкин Г., международный консультант,* справедливое замечание, извините, обязательно внесу данный пункт.

*Мойченко Т., местный агент фонда,* вы сказали про стигму в Шымкенте, я не понимаю, почему вы это сказали. Когда вы обсуждали в группах, там были НПО из Шымкента, которые готовы взяться за пилот в своем регионе?

*Рощупкин Г., международный консультант,* это была общая рекомендация, основанная на том, что Шымкент относится к крупнейшим городам. Такой пилот лучше организовать и провести в огромной группе плотно проживающих людей.

*Давлетгалиева Т., 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,* в рабочей группе у нас было 2 представителя – Виталий Виноградов и Амир Шайкежанов, которые работают в проекте Центра изучения глобального здоровья, который уже третий год реализуют свой проект в Шымкенте. Доступ имеется, они спросили у своих клиентов, готовы ли они к PrEP. В этом плане готовность сто процентная. Единственное, мы сказали, что шелтер может подвергнуться нападению, но подготовка от ЦИГЗА уже идет.

*Мойченко Т., местный агент фонда,* также вы говорили про г. Караганда. Все-таки была рекомендации по Караганде или только два города?

*Рощупкин Г., международный консультант,* эти города были озвучены в качестве примеров, это не исчерпывающий список.

*Мойченко Т., местный агент фонда,* кто будет принимать окончательное решение для заявки?

*Рощупкин Г., международный консультант,* это будет рабочая группа.

Следующая тема – это АРВ терапия и сопутствующая диагностика, это уже не тестирование, а диагностика для ВИЧ-позитивных людей.

При быстром росте доступности и разнообразия АРВ препаратов, многие ВИЧ-позитивные люди в Казахстане еще не начали АРВ терапию. Это связано с тем, что не все из них знают свой ВИЧ-статус (то есть они не вовлечены в регулярное тестирование на ВИЧ), с отсутствием у них нужных документов или регистрации по месту проживания, либо с низким уровнем знаний о том, что АРВ терапия в стране доступна для всех граждан.

Регулярное определение уровня вирусной нагрузки, как индикатора эффективности лечения, вместе с мониторингом побочных эффектов АРВ терапии, диагностикой и лечением сопутствующих заболеваний у ВИЧ-позитивных людей, не всегда доступны даже в крупных городах. Участники Национального диалога затруднились назвать главную причину такой ситуации, но указали несколько возможных причин:

- отсутствие приверженности к лечению и диспансеризации у ЛЖВ,

- перебои с поставками расходных материалов для лабораторного оборудования, с помощью которого проводят эту диагностику.

Для иностранных граждан, временно или нелегально находящихся на территории страны, АРВ терапия, практически не доступна. Это важно, так как многие из указанных людей не имеют соответствующих закону документов и/или регистрации по месту жительства, но находятся в стране долгое время и вступают в сексуальные отношения с гражданами Казахстана, таким образом создавая риски для граждан Казахстана. Учитывая опыт Российской Федерации, требование депортации ВИЧ-позитивных иностранцев приводит только к росту числа ВИЧ-позитивных иностранцев, скрывающих наличие у них ВИЧ-инфекции или покупающих фиктивные справки об отсутствии у них ВИЧ. В итоге распространение от них ВИЧ-инфекции только растет, что приводит к росту затрат бюджета на лечение граждан. Иностранцам, имеющим ВИЧ-инфекцию и проживающим на территории Казахстана нужно давать АРВ терапию. Возник вопрос, что делать. Обсуждалось, что есть идея повторить опыт Российской Федерации, учитывая влияние России на то, что происходит в Казахстане, может быть лучше выдворять такие лица. Это была такая дискуссия.

По данным медицинских учреждений и НПО, работающих с представителями КГН, обеспечение приверженности к АРВ терапии является задачей, требующей значительной работы: малая доступность социального сопровождения и психосоциальной поддержки для обеспечения приверженности к лечению ведет к позднему началу АРВ терапии и случаям прерывания лечения, или, что также бывает, к полному отказу от приема АРВ препаратов. Перерывы в поставках АРВ лекарств редки, но все еще случаются и тоже влияют на приверженность к лечению. Смена терапии при задержках в поставках АРВ лекарств проводится без должного консультирования и поддержки пациентов во время смены схем. Стоит подчеркнуть, что необходимые для такого консультирования и поддержки человеческие ресурсы у медицинских учреждений крайне ограничены, то есть у врача нет ни времени, ни ресурсов. Вместе с тем, НПО, которые могли бы помогать консультировать принимающих АРВ-терапию представителей КГН, не привлекаются для этой работы, хотя могли быть крайне полезными.

Еще один момент, который был отмечен – это удаленное расположение или малое количество медицинских учреждений, где ЛЖВ могут подтвердить диагноз «ВИЧ-инфекция», получить АРВ терапию и пройти диагностику для оценки эффективности АРВ терапии. Это имеет важное значение для раннего начала АРВ терапии, успешного формирования и поддержки приверженности к лечению. Часто эти учреждения расположены далеко от мест проживания, что требует значительного времени на проезд. Для части ЛЖВ стоимость проезда является существенным фактором, так как они бедны, у них нет столько денег, чтобы ехать, не думая о цене.

Все перечисленные выше вопросы особенно важны в свете роста употребления СНПВ, так как поведение потребителей СНПВ значительно отличается от привычного для большинства врачей и социальных работников поведения людей, употребляющих опиаты, и представителей других ключевых групп населения (МСМ и секс-работниц).

Предложения для включения в заявку:

1. Разработка и утверждение на национальном уровне индикаторов эффективности социального сопровождения для ЛЖВ и работы по формированию и поддержке приверженности к лечению, учитывая специфику разных КГН (людей, употребляющих наркотики, в т.ч. СНПВ; секс-работницы, МСМ и транс люди, с особым вниманием к потребностям женщин). Проводить на основе этих стандартов обучение сотрудников НПО КГН и их партнерских медучреждений (*раз в год, учитывая возможность смены сотрудников и появления национальных примеров лучших практик*). Обучение может проводиться как в виде встреч и семинаров, так и в виде вебинаров или записанных видео лекций с последующим тестированием уровня знаний и сбором вопросов, которые остались у обучаемых.
2. Разработка и внедрение алгоритмов информирования и поддержки ЛЖВ в случае смены терапии в связи с перебоями в поставках или из-за побочных эффектов.
3. Разработка и внедрение инновационных инструментов для консультирования, психосоциальной помощи, и для поддержки приверженности для ЛЖВ, которые, кроме помощи ЛЖВ, дадут возможность мониторинга нужд ЛЖВ. Например, создание следующего комплекса:
   1. интернет-бот для ЛЖВ по разным общим вопросам, связанным с возможностью получить информацию, помощь и поддержку,
   2. связанного с этим ботом информационного сайта (или региональных сайтов) об АРВ терапии и других услугах, существующих для ЛЖВ в том или ином регионе,
   3. интернет приложения для соблюдения ЛЖВ графика приема терапии и сроков диспансеризации, а также для сообщения о побочных эффектах АРВ терапии и случаях прерывания приема лекарств,
   4. чатов с консультантами, как медиками, так и равными консультантами (если не удалось получить все ответы самостоятельно).

Следующий пункт – это доступность и качество данных.

В Казахстане идет активное укрепление работы по сбору данных об эпидемии ВИЧ и работе для борьбы с ВИЧ-инфекцией, что дает сообществам КГН возможность больше знать о ситуации, лучше понимать национальную политику и проводимую в рамках этой политики работу. Отчеты по итогам ДЭН, как и представленный Республиканским Центром СПИД каскад услуг по ВИЧ, являются хорошим стратегическими и адвокационными инструментами! Чтобы они могли быть использованы с большей эффективностью, к ним в дополнение нужны исследования, которые позволят более качественно анализировать данные, собранные, например, в рамках ДЭН. Для этого могут быть рассмотрены следующие исследования:

- регулярный мониторинг и анализ наркоситуации и наркорынка в Казахстане;

- регулярный мониторинг и анализ сексуальных практик в КГН;

- регулярная оценка внутренней и внешней миграции КГН, вопросы прописки, регистрации, также мы знаем, что секс-работницы и МСМ – это группы, которые активно мигрируют;

- оценка взаимодействия употребляемых психоактивных веществ с используемыми для лечения ВИЧ и туберкулеза лекарствами становится актуальной, учитывая, что появляется все больше новых психоактивных веществ;

- оценка связанных с профилактикой и лечением ВИЧ и туберкулеза потребностей разных подгрупп КГН:

- люди, употребляющие опиаты;

- люди, употребляющие СНПВ;

- люди, живущие как в больших, так и малых городах;

- люди, стабильно проживающие в одном месте, так и мигранты;

- отдельно подростки и молодежь, как очень динамичная в плане секса и употребления психоактивных веществ группа;

- отдельно женщины, особенно те, кто употребляют наркотики, как более уязвимые в силу гендерных причин,

- оценка качества предоставляемых услуг и их соответствия изменениям в поведении и другим значимым в плане контроля распространения ВИЧ и туберкулеза характеристик ключевых групп,

- документирование случаев нарушения прав человека и законов Республики Казахстан в связи с охраной здоровья в отношении представителей КГН и анализ причин таких нарушений.

Перечисленные выше исследования сегодня проводятся не регулярно, или с использованием не согласованных с другими заинтересованными сторонами методов, или вообще не проводятся. Это создает трудности в анализе результатов ДЭН и данных рутинной статистики, собираемой медучреждениями в ходе своей работы.

Данные о ситуации и проводимой работе должны собираться регулярно, обсуждаться в экспертном сообществе и с организациями сообществ ключевых групп населения, своевременно представляться людям, принимающим решения, использоваться при обучении сотрудников учреждений здравоохранения и НПО. Кроме того, эти данные и их анализ должны использоваться в обосновании национальных программ в области охраны здоровья.

На сегодня, организации сообществ КГН мало вовлечены в работу по сбору и использованию данных. Например, НПО КГН всегда вовлекались только для привлечения членов сообществ к участию в ДЭН, но не участвовали в контроле качества ДЭН и в анализе собранных данных. НПО сообществ должны активнее и более значимо вовлекаться в работу по сбору и использованию данных.

Предложения для включения в заявку:

1. Проведение регулярной оценки нужд КГН (*раз в год, отдельно для каждой ключевой группы*). Это небольшие и недорогие исследования, поэтому несложно проводить их ежегодно.
2. Проведение региональных оценок доступности и качества услуг для КГН и ЛЖВ в связи с ВИЧ-инфекцией (*1 и 3 годы проекта*).
3. Проведение оценки рискованных в плане ВИЧ практик в поведении каждой ключевой группы, с особым вниманием к поведению подростков и женщин. Данные исследования могут быть ежегодными или один раз в два года.
4. Проведение оценки наркоситуации и наркорынка в регионах проекта (*1 раз в течение проекта, в т.ч. используя опыт UNODC по мониторингу Darknet*).
5. Активное информирование людей, принимающих решения в регионах проекта, о результатах и рекомендациях проводимых исследований.
6. Мониторинг использования имеющихся данных, включая те, что были получены в рамках предлагаемых тут исследований, в принятии решений, принимаемых в регионах проекта в связи с противодействием там распространению ВИЧ-инфекции. Обсуждая заместительную терапию, мы говорили, что имеется много исследований и много данных, но они не играют никакой роли при определении политики тех или иных ведомств в отношении заместительной терапии.
7. Сбор и анализ данных в рамках всех указанных и других возможных исследований, а также мониторинга использования данных при принятии решений, должен проводиться силами НПО КГН или при их значимом участии.

*Давлетгалиева Т., 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,* перед проведением ДЭН было принято решение, что необходимо проводить семинары, тренинги с привлечением сообществ, чтобы улучшить качество исследования.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* хотела бы сказать по своему опыту. Многочисленные отчеты, которые получаются в результате исследований, практически нигде не используются. Что касается ДЭН, он проводится на национальном уровне за счет госбюджета. Слабой стороной ДЭН является то, что полностью отсутствует контроль качества собираемых данных. Это не только для уровня НПО, которые действительно привлекаются только для привлечения клиентов ДЭН, но и самими специалистами. При правильной организации проведения национального исследования (оно проводится один раз в два года) не нужно собирать и инструктировать аутрич-работников, достаточно, чтобы исследование проводилось грамотными интервьюерами, и чтобы было указано, для чего проводится, с какой целью, что это абсолютно анонимно, что правильные ответы очень важны. На этапе анализа данных сразу видно, что если мы говорим, что РС использует презервативы в 96% случаях, а у них повышается распространенность ВИЧ и венерических заболеваний, сразу становится понятно, что такие данные не валидны, их нельзя использовать для национальных программ. Также необходимо понимать, что для того, чтобы использовать цифры из отчетов, необходимо быть уверенным, что данные соответствуют действительности. Для того, чтобы наладить контроль качества, недостаточно просто организовать и провести. Я с вами совершенно согласна, что на этапе сбора данных необходимо привлекать продвинутых членов НПО, также как и на этапе анализа данных. Когда мы будем уверены в полученных данных, мы можем организовать межведомственное совещание, в акиматах, говорить об этом. В самом начале, когда ДЭН только внедрялся в Казахстане и когда были получены первые данные по распространенности, которые во многих регионах шли вразрез с рутинной статистикой, в то время это обсуждалось в акиматах, в этих данных специалисты были уверены и их можно было представлять. Контроль качества, не только ДЭН, но всех исследований, очень важен. Самое обидное, что данные не используются. ICAP провел очень хорошее исследование по половым партнерам ЛУИН, было потрачено достаточно много усилий, чтобы провести исследование качественно, был подготовлен и распространен отчет.

*Рощупкин Г., международный консультант,* вопрос, почему при принятии решений не используются очень хорошие данные, необходимо задавать постоянно.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* очень много проводится параллельных исследований. Мы уже 30 лет в службе СПИД, и об этом очень много говорится, что необходима координация. Например, Центр изучения глобального здоровья говорит, что у МСМ 20% распространенность, другая организация исследует и отмечает 3%, другие бесконечно исследуют стигму. Республиканский центр СПИД должен быть координатором этих вопросов, всех больших исследований, проводимых международными организациями за большие деньги. Во-первых, исследования не используются, во-вторых – дублируются, причем данные по цифрам идут вразрез. Сколько было на моей памяти исследований, одно с другим не совпадало.

*Демеуова Р., координатор Секретариата СКК,* полностью согласна. Когда вчера представляли данные, было отмечено, что существует три этапа слежения – рутинные, эпиднадзор и исследования, проводимые разными организациями. Было бы хорошо, когда представляем данные, если признано Республиканским центром СПИД, чтобы о них тоже проговорить. Для нас важно отметить в данной заявке не 6,2% распространенности ВИЧ среди МСМ, а 9% согласно Колумбийскому университету, если их исследование достоверно. В прошлом году Колумбийский университет, представляя данные по секс-работникам, отмечал сразу, что выборка нерепрезентативна. Тогда зачем проводить исследование, если этим не может пользоваться Республиканский центр СПИД.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* в Казахстане внедрено национальное исследование ДЭН, надзор за распространенностью, осуществляется за бюджетные средства. Необходимо бросить все силы на контроль качества данного исследования. Вот вы говорите – определение рискового поведения ключевых групп населения, исследование. Но все есть в ДЭН.

*Рощупкин Г., международный консультант,* в ДЭН задают вопросы – вы вот так делаете. Вопрос, который задают в других исследованиях, строится иначе – как вы себя ведете, это открытый вопрос. В ДЭН вопросы обычно закрытые.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* основное исследование должно быть достаточно качественным, а другие исследования, которые запланированы в дополнение, должны быть привязаны к ДЭНу.

*Рощупкин Г., международный консультант,* поэтому мы постоянно говорим, что это должно помогать анализировать ДЭН и дополнять его.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* и надо помнить, что это одна и та же ключевая группа. Вот я беру город, проводится ДЭН среди ЛУИН. Уже через месяц опять кто-то проводит исследования, собирает ЛУИН уже за деньги. Через три месяца приходит еще какой-нибудь проект и начинается все заново. После такого они настолько толерантны к этим исследованиям в негативным смысле. Эти вопросы анкетирования и опросы для ключевых групп во многих регионах являются способом награждения.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* на глобальном уровне вообще отходят от ДЭН и не работают с ДЭН. По последним исследованиям существует такой феномен, что при проведении опросов среди ключевых групп населения, КГН уже знают, как надо правильно отвечать. И у нас выходит замечательный процент использования презервативов, говорят, что они уже повысили свой уровень знаний. В настоящее время двигаются в направлении определения давности заражения, то есть все случаи ВИЧ-инфекции определяются на давность заражения. Для этих людей проводят анкетирование, чтобы посмотреть модели поведения, которые возможно привели к данному инфицированию. В этому году будет первая часть. И в этом же исследовании сравнительный анализ между теми, кто инфицировался в последний год – 6 месяцев, по сравнению с теми, кто остался неинфицированными в когорте. Мы ездили, смотрели в нашем регионе 4 страны, кто в прошлом году участвовал в нашем исследовании – Беларусь, Кыргызстан, Таджикистан и Армения, среднее количество новых случаев в когорте среди всех стран -13%. Разрыв небольшой, Беларусь – 16%, Армения – 12%. Я не думаю, что наше исследование будет иметь отличающийся результат, может быть 17-18%. Мы должны посмотреть в когорту новых случаев и там посмотреть поведение. И уже как второй этап делать не ключевые группы населения, а в этой когорте новых случаев посмотреть фенотипировние, посмотреть тип вируса, который идет из новых случаях, потому что задекларированный гетеросексуальный путь передачи – это задекларированный путь, это миф, нам необходимо точно знать.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* мы делали исследование среди половых партнеров ЛУИН. Почему мы делали это исследование? В РЦ СПИД пошел необъяснимый половой путь до 80% со всех областей, то есть всем неустановленным ставили половой путь передачи, всем, кто не признавался в наркотиках, ставили также половой путь, была такая тенденция. И когда было проведено исследование среди половых партнеров ЛУИН, в нем очень точно статистически доказано, что это половые партнеры ЛУИН. Но если брать общую категорию женщин и мужчин, которые не используют наркотики и не являются партнерами ЛУИН, среди них очень низкий процент инфицирования. Поэтому среди тех, кто был зарегистрирован как половой путь передачи, это неустановленные пути либо недорасследованные случаи. Поэтому это важно, что говорит Габриела, новые случаи – это суперисследование. Еще хотела добавить про ДЭН. Да, согласна, анкетирование – это все чувствительно, зависит от человека, но мы делали ДЭН сразу связанным. Если РС говорит, что использует презерватив, а у нее сифилис, а мы делаем сифилис, гепатит В и ВИЧ или у нее вновь выявленный случай, это понятно, поэтому мы делаем его связанным, чтобы понять при анализе, что естественно присутствуют допустимые некорректные ответы на вопросы в большом проценте. Геннадий отметил, что на встрече РС сказали, что у них нет ни лубрикантов, ни презервативов, и распространённость стабилизирована, а в ДЭНе показатель использования презервативов высокий, 94%.

*Жолнерова Н., ОФ «Амелия», член СКК, представитель уязвимых групп населения (РС),* секс-работники отвечают на вопрос – да, я использую презерватив, и мы ставим галочку, у нас получается хороший результат. Но у нас изначально неправильные цифры, мы неправильно считаем людей. Должно быть понятие – количество секс-работников. Мы считаем только тех, кто вошел в ДЭН, или тех, кто пользовался услугами профилактики в СПИД центрах или в рамках реализации проекта Глобального фонда. У нас нет понятия количества, то есть мы не учитываем тех, кто работает индивидуально, на интернет-сайтах. Должно быть понятие количества, понятие доступности к профилактическим программам и понятие охвата профилактическими программами. Это три разные цифры и из этих цифр будут выходит абсолютно разные проценты. Мы пишем, что 80% наших секс-работниц в рамках ДЭН используют презервативы, а из 19600 опросили только 3000 секс-работниц.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* это достаточно, это методология проведения ДЭН.

*Крюкова В., независимый эксперт, эпидемиолог,* должна быть правильно сделана выборка, мы никогда не сможем опросить все 19 тыс. человек, а вот эти 3 тыс. должны соответствовать критериям отбора ДЭН, а не так, чтобы аутричи приводили своих знакомых людей.

*Жолнерова Н., ОФ «Амелия», член СКК, представитель уязвимых групп населения (РС),* я о той цифре, которая 1,9. Там тоже гораздо выше процент. Секс-работницу, которая употребляет наркотики, записывают в ЛУИН, ее не записывают как секс-работника. Поэтому один из комментариев – это как-то разграничивать базу, возможность внести дополнительные УИК, то есть чтобы были секс-работники мужчины и женщины, чтобы были секс-работники МСМ, чтобы мы могли дополнительно вписывать, употребление наркотиков или ЛЖВ, чтобы мы могли видеть градацию среди ключевых групп.

*Ионашку Г., региональный специалист по МиО, ЮНЭЙДС в Казахстане, Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу,* это все есть. Я думаю, что в первую очередь нам необходимо провести тренинг для НПО по разнице между регистрацией случаев и ДЭН. Потому что вы путаете понятие ДЭН. 1,9 – это результаты из национального исследования через выборку, и в выборку НПО приводят клиентов секс-работников или другой группы, то есть вы приводите из клубов, из дома, а не тех, к кому легче добраться. И тогда результаты ДЭН не будут смещены в одну или другую сторону.