

## ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В СВЕТЕ НЕОБХОДИМОСТИ ПЕРЕХОДА ОТ ПОДДЕРЖКИ СО СТОРОНЫ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА НА НАЦИОНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ: СИТУАЦИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ СТРАНАХ ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЫ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

<sup>1</sup> И.Е.Статкевич, <sup>1</sup> О.С.Самарина, <sup>1</sup> Л.И.Трухан, <sup>1</sup> Т.Л.Печко, <sup>1</sup> В.В.Поспелова,  
<sup>1</sup> Т.А.Конойко, <sup>1</sup> Ю.И.Рыжковская, <sup>1</sup> С.С.Гончарова, <sup>1</sup> И.А.Москалева,  
<sup>1</sup> Д.П.Мартыничик, <sup>2</sup> Е.И.Ткачева, <sup>2</sup> Е.А.Крутова, <sup>2</sup> А.С.Шмаргун, <sup>3</sup> П.Ю.Лакизо,  
<sup>4</sup> А.В.Русанович, <sup>5</sup> А.А.Александров

<sup>1</sup> Белорусское общественное объединение «Позитивное движение»,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>2</sup> Министерство здравоохранения Республики Беларусь, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>3</sup> Республиканский научно-практический центр трансфузиологии и  
медицинских биотехнологий, г. Минск, Республика Беларусь

<sup>4</sup> Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья,  
г. Минск, Республика Беларусь

<sup>5</sup> Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,  
г. Минск, Республика Беларусь

*Представлен анализ состояния и перспектив реализации программ снижения вреда (ПСВ) в Республике Беларусь и некоторых странах Восточной Европы и Центральной Азии, связанных с внедрением основным донором – Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией – Нового механизма финансирования и необходимостью перехода на национальное финансирование ПСВ.*

*Ключевые слова: Республика Беларусь; страны региона Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА); ВИЧ-инфекция; СПИД; программы снижения вреда (ПСВ); финансирование ПСВ; государственные программы; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ); гранты; Новый механизм финансирования ГФ.*

Для преодоления распространения ВИЧ-инфекции в странах, где основным движущим фактором эпидемии является инъекционное употребление наркотиков, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Управлением по наркотикам и преступности Организации объединенных наций (УНП ООН) и Объединенной программой Организации объединенных наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) рекомендован комплексный пакет программ профилактики, ухода и лечения ВИЧ-инфицированных [1], по всем программам которого имеются научные подтверждения эффективности.

Комплексный пакет содержит следующие программы:

программа обмена шприцев/игл (ПОШ);  
опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) и другие научно обоснованные способы лечения наркозависимости;  
добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ);  
антиретровирусная терапия (АРТ);

профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем;

программа распространения презервативов среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и их половых партнеров;

целевые программы по информированию, обучению и просвещению (ИОП) для ЛУИН и их половых партнеров;

профилактика, вакцинация, диагностика и лечение парентеральных типов вирусного гепатита;  
профилактика, диагностика и лечение туберкулеза.

В 2014 г. ВОЗ дополнила комплексный пакет стратегиями обеспечения благоприятных условий для реализации программ, среди которых:

поддерживающие законодательство финансовые обязательства, декриминализация отдельных видов поведения людей, употребляющих наркотики;

снижение уровня стигматизации и дискриминации, в том числе обеспечение доступа к медицинским услугам, соответствующим потребностям людей, употребляющих наркотики;

расширение участия сообщества людей, употребляющих наркотики;

противодействие насилию в отношении уязвимых групп населения.

Таким образом, комплексный пакет представляет собой стратегию снижения вреда от употребления наркотиков, в том числе снижение уровня распространения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и парентеральных типов вирусного гепатита среди людей, употребляющих наркотики. Воздействие на эпидемию наиболее эффективно, когда в стране осуществляется весь комплекс программ, включающий ПОШ, ОЗТ, ДКТ, доступность антиретровирусной терапии для лечения ВИЧ-инфекции и создание благоприятных условий для поддержки людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) [1].

Программы обмена шприцев/игл (ПОШ) – это комплекс мер, направленных на предотвращение распространения инфекционных заболеваний (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, туберкулез) среди людей, употребляющих наркотики, путем предоставления средств защиты (набор средств для безопасной инъекции – шприцы/иглы и др., презервативы), консультирования и тестирования на ВИЧ с использованием экспресс-тестов, скрининга на туберкулез и информирования. Важными компонентами программ являются предоставление услуг ЛУИН по принципу «равный – равному» и работа в местах нахождения ЛУИН, вне организаций здравоохранения.

Программы опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) (в Республике Беларусь используется термин «заместительная терапия метадонном» (ЗТМ), так как в стране применяется только метадон и данный термин более распространен) – эффективный метод лечения опиоидной наркомании, заключающийся в регулярном приеме человеком лекарственных веществ (опиоидных агонистов, антагонистов – метадона и/или бупренорфина) для преодоления тяги к наркотикам и снижения симптомов абстиненции (при этом данные вещества не вызывают эйфории). Применение ОЗТ снижает

зависимость человека от «уличных» нелегальных наркотиков опийной группы, а также уровень криминального поведения, предупреждает смерть от передозировок и инфицирование ВИЧ. Метадон выдается ежедневно под медицинским наблюдением в форме сиропа (дозировка подбирается индивидуально врачом).

В Республике Беларусь преимущественным путем передачи вируса иммунодефицита человека в 2012–2014 гг. являлся половой (как в целом по стране, так и в регионах). На его долю приходилось 77,4% всех выявленных в 2014 г. случаев [2]. Однако данные многолетних наблюдений Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья подтверждают, что ЛУИН являются одной из ключевых групп в развитии эпидемического процесса по ВИЧ-инфекции.

Согласно официальной статистике, в 2014 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди ЛУИН составила 60,1 на 10 тыс. человек, что более чем в 30 раз выше данного показателя среди всего населения страны (1,9 на 10 тыс. человек).

На 9481,1 тыс. жителей Республики Беларусь (Национальный статистический комитет, 2015) оценочное число ЛУИН составляет 75000. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ЛУИН – 13,8%, а среди населения в целом – 0,15%. Данные показатели говорят о концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции в стране, при которой ВИЧ быстро распространяется в группе ЛУИН, но не находит широкого распространения среди населения в целом [2].

В 2014 г. увеличилось количество новых случаев ВИЧ-инфекции из-за употребления инъекционных наркотиков (табл. 1). В целом доля инъекционного пути передачи за три года (2012–2014 гг.) выросла незначительно (с 20,1% в 2012 г. до 20,7% в 2014 г.), но, при этом, отмечены высокие темпы прироста новых случаев инфицирования ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков в Гродненской области (с 11,1 до 16%) и в г. Минске (с 28,7 до 54,5%).

Таблица 1

**Распределение вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи [2]**

Пути передачи	2010	2011	2012	2013	2014
Инъекционный	223	254	247	200	376
Гетеросексуальные контакты	789	881	919	1263	1349
Гомосексуальные контакты	14	29	31	43	53
Дети, рожденные ВИЧ-положительными матерями	22	23	16	16	15
Переливание крови	0	0	0	3	1
Причина не установлена	21	9	10	8	17
<b>Итого</b>	<b>1069</b>	<b>1196</b>	<b>1223</b>	<b>1553</b>	<b>1811</b>

Среди общего населения наблюдалась прямая тенденция роста первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией: с 1,1 на 10 тыс. человек в 2010 г. до 1,9 на 10 тыс. человек в 2014 г. (рис. 1).

Таким образом, программы снижения вреда в наибольшей степени соответствуют решению задачи предотвращения распространения ВИЧ-инфекции в Беларуси, что учитывалось и в реализованных в стране государственных программах, в частности, одной из задач Государственной программы профилактики ВИЧ-инфекции на 2011–2015 гг. являлась профилактика ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) как группы, наиболее уязвимой к инфицированию ВИЧ.

Пакет услуг для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в Беларуси в рамках стратегии снижения вреда – это услуги, предоставляемые ЛУИН в рамках ПОШ и ЗТМ в 2010–2015 гг., а именно [2]:

- информирование и обучение (разработка и предоставление информационных материалов по вопросам менее рискованного поведения и лечения наркомании, ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита и других заболеваний);
- консультации профильных специалистов: врача, социального работника, психолога, юриста;
- обмен шприцев и игл, распространение презервативов, дезинфицирующих средств, антисептических салфеток;
- заместительная терапия метадонем (при осуществлении приема под контролем медицинского персонала);
- дотестовое, послетестовое консультирование и тестирование на ВИЧ и вирусный гепатит, в том числе с использованием экспресс-тестов.

Следует еще раз подчеркнуть, что в условиях концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо сосредоточить усилия на профилактике, лечении, уходе и поддержке в связи с риском распространения ВИЧ среди ЛУИН. Поскольку ни одна из групп населения не является полностью



**Рис 1. Динамика первичной заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Беларусь (2010–2014 гг.) [2]**

закрытой, то, если не предпринять поиска эффективных моделей социальной политики и политики здравоохранения, развитие эпидемии ВИЧ-инфекции среди ЛУИН повлечет рост случаев инфицирования среди общего населения.

В Беларуси остается высоким риск передачи ВИЧ от ЛУИН их половым партнерам [3]. Услуги в рамках программ снижения вреда (предоставление информации и презервативов) могут повлиять на предотвращение распространения ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита как среди ЛУИН, так и среди их половых партнеров.

Реализация программ снижения вреда в Республике Беларусь уже доказала свою эффективность. Так, если в 1996 г. 96% новых случаев ВИЧ-инфекции регистрировалось среди ЛУИН, то в 2014 г. – только 20,8%, или каждый пятый новый случай ВИЧ-инфекции. Отмечается также снижение уровня распространенности ВИЧ среди ЛУИН, в то время как среди других групп населения, уязвимых к ВИЧ, тенденция к снижению уровня распространенности ВИЧ не наблюдается.

Использование одноразового инструментария при последнем введении наркотика становится нормой поведения ЛУИН: в 2007 г. им пользовались 70,94% ЛУИН, в 2009 г. – 87,20%, в 2011 г. – 89,10%, в 2013 г. – 90,90% [3].

Предоставление услуг ПОШ и ЗТМ не только позволяет оказывать воздействие на распространение ВИЧ, но также имеет значение в контексте изменения качества жизни ЛУИН. ЗТМ приносит людям с опиоидной зависимостью возможность существенно улучшить физическую и эмоциональную сторону их жизни, а также взаимоотношения с другими людьми, повысить способность вносить значимый вклад в жизнь общества [4].

Согласно результатам оценки пятилетней реализации программ ЗТМ в Гомельской области, достигнуты следующие показатели [5]:

в 2 раза увеличилось количество самостоятельных обращений ЛУИН за наркологической помощью (с 22,2% до 44,6%);

54% участников программы трудоустроились (среди состоящих на наркологическом учете только 24% имеют постоянное место работы);

47% участников программы состоят в браке или имеют постоянного партнера (среди состоящих на учете – только 22,3%);

доля пациентов, участвующих в воспитании детей, выросла до 45% по сравнению с 20% в начале участия в ЗТМ.

Программа ЗТМ помогает восстановить и улучшить отношения пациентов с близкими. Ни один из близких родственников ЛУИН до участия в про-

грамме ЗТМ не оценил отношения с членом семьи, употребляющим наркотики, как отличные, а после включения в программу таких оценок стало 13%. 15,2% близких ЛУИН до заместительной терапии назвали отношения плохими, а на момент опроса оценку «плохо» дал лишь один человек [6].

Следует также признать важную роль программ ЗТМ в элиминации (исключении) человека из наркобизнеса.

Оценка ПОШ в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) показала, что они являются не только эффективными, но и рентабельными. При оценке эффективности, в том числе экономической, программ обмена шприцев/игл среди ЛУИН в Республике Беларусь доказано, что мероприятия ПОШ среди ЛУИН позволили предотвратить в среднем 32,6–44,2% новых случаев ВИЧ-инфекции, а также 29,2–39,7% новых случаев вирусного гепатита С. Предотвращение одного случая инфицирования обеспечивает экономию расходов на оказание медицинской помощи (лечение ВИЧ-инфицированных) в размере около 35 тыс. долл. США. Реализация программ обмена шприцев/игл среди ЛУИН в Республике Беларусь с 2005 по 2010 г. в долгосрочном периоде позволила сэкономить в среднем от 7,9 до 12,5 млн долл. США только в результате предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции. Исследования доказывают, что программа обмена шприцев/игл в Беларуси является экономически эффективной, при этом отдача от инвестиций в долгосрочном периоде в 2,3–3,6 раза превышает первоначальные капиталовложения [2].

Соотношение «затраты – эффективность» при реализации ЗТМ составляет 1:6, то есть один доллар, вложенный в программы ЗТМ, приносит государству 6 долларов социально-экономического эффекта от предотвращения затрат на последствия наркомании (лечение или смерть от ВИЧ-инфекции, преступность, безработица). Социально-экономический эффект одного года применения ЗТМ у 250 пациентов в Гомельской области составил 726 тыс. долл. США, то есть эффект одного дня применения ЗТМ для одного пациента составляет около 8 долларов, из которых 3 доллара приходится на предотвращенный ущерб криминальной активности наркопотребителей (ущерб имуществу и стоимость пребывания в местах лишения свободы), 3 доллара – на предотвращенный ущерб от безработицы наркопотребителей и произведенный продукт работающими участниками ЗТМ, а еще 2 доллара – это предотвращенный ущерб от ВИЧ-инфекции [5].

Основным донором, финансирующим про-

граммы снижения вреда в Республике Беларусь, является Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ). Так, программы обмена шприцев/игл полностью финансируются из средств гранта Глобального фонда. В 2012–2013 гг. ГФ покрыл 100% всех расходов ПОШ: в 2012 г. сумма составила Br 6 174 921 536, или \$740 766, в 2013 г. – Br 7 037 152 046, или \$792 844 [2].

Финансирование ЗТМ в этот период осуществлялось как из средств гранта, так и из национальных источников. В первые годы реализации программы ЗТМ из средств гранта финансировались закупка средств и расходных материалов, выдаваемых пациенту (метадон, стаканчики, тесты на наркотики в моче), а также материально-техническое обеспечение функционирования пункта ЗТМ и оплата труда персонала. Глобальный фонд в 2012 г. покрыл 69% всех расходов ЗТМ: Br 7 081 430 158, или \$ 849 514, а в 2013 г. – 56% всех расходов ЗТМ: Br 4 789 489 077, или \$539 610. Республиканский и местные бюджеты покрыли в 2012 г. 31% всех ОЗТ-расходов: Br 3 167 827 401, или \$ 380 024, в 2013 г. – 44%: Br 3 758 331 538, или \$ 423 434 [2].

В последние годы Глобальный фонд пересматривает свои критерии и подходы к распределению финансирования среди стран. В 2013 г. Правление ГФ утвердило Политику в отношении квалификационных критериев и совместного финансирования, направленную на оптимизацию финансирования на основании экономических показателей и ситуации в области здравоохранения, согласно которой соответствие квалификационным критериям определяется уровнем доходов и бременем заболеваний в стране [7]. Обоснование такого подхода заключается в том, что относительно успешно функционирующая экономика, особенно на фоне умеренного бремени заболеваний, может и должна взять на себя ответственность за финансирование программ по борьбе с соответствующими заболеваниями. С внедрением Новой модели финансирования (НМФ), объем финансовой поддержки Глобального фонда на 2014–2017 гг. для стран региона ВЕЦА, многие из которых являются странами со средним уровнем доходов, сократился на 15% по сравнению с уровнем финансирования в 2010–2013 гг. Во многих странах ВЕЦА Глобальный фонд постепенно сокращает или полностью прекращает свою поддержку.

В ноябре 2015 г. опубликован подготовленный по заданию Евразийской сети снижения вреда (ЕССВ) отчет с анализом степени готовности стран региона к переходу от финансирования программ



в области ВИЧ, предоставляемого Глобальным фондом, на национальное финансирование и изложением опыта стран по организации процесса планирования и реализации перехода. Для данного анализа были выбраны одиннадцать стран (Азербайджан, Албания, Беларусь, Болгария, Грузия, Казахстан, Молдова, Румыния, Сербия, Таджикистан и Эстония) с относительно разнообразными экономическими характеристиками и ситуацией в здравоохранении [8].

Общей характеристикой процесса является постепенное сокращение финансирования Глобальным фондом услуг в области профилактики, лечения и ухода в связи с ТБ и ВИЧ и соответствующее повышение национального финансирования этих программ. Согласно Политике Глобального фонда в отношении квалификационных критериев и совместного финансирования, «минимальная пороговая величина совместного финансирования составляет 5 процентов для стран с низким уровнем дохода (СНУД), 20 процентов для стран с уровнем дохода ниже среднего (нижний сегмент) (СУДНС/нижний сегмент)

мент), 40 процентов для стран с уровнем дохода ниже среднего (верхний сегмент) (СУДНС/верхний сегмент), и 60 процентов для стран с уровнем дохода выше среднего (СУДВС). Приветствуется повышение в ходе реализации гранта доли совместного финансирования со стороны СУДВС до уровня выше 90 процентов с целью ускорить процесс прекращения получения финансирования Глобального фонда» [7]. Кроме того, согласно Инвестиционному подходу Глобального фонда в борьбе против ВИЧ и ТБ в ВЕЦА, к концу текущего периода выделения средств ГФ (2017 г.) от СУДВС ожидается покрытие 100% расходов на АРТ, соответствующие лабораторные услуги и услуги по поддержке приверженности лечению из национальных источников, от СУДНС/верхний сегмент – минимум 75%, от СУДНС/нижний сегмент – минимум 60%, и от СНУД – минимум 30% таких расходов [9]. Применительно к исследованным странам требования Глобального фонда по совместному финансированию и целевым показателям софинансирования приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Требования по совместному финансированию и целевые показатели софинансирования для исследованных стран [8]**

Показатель	Страны с низким уровнем доходов (СНУД)	Страны с уровнем дохода ниже среднего (нижний сегмент) (СУДНС/нижний сегмент)	Страны с уровнем дохода ниже среднего (верхний сегмент) (СУДНС/верхний сегмент)	Страны с уровнем дохода выше среднего (СУДВС) и высоким бременем заболевания	Страны с высоким уровнем доходов (не имеют права на получение нового финансирования)
Совместное финансирование	5%	20%	40%	60%	Нет данных
Целевые показатели софинансирования на 2017 г. (АРТ и лабораторные услуги)	30%	60%	75%	100%	Нет данных
Страны (из исследованных), относящиеся к указанной группе по уровню дохода		Молдова Таджикистан*	Грузия	Албания Азербайджан Беларусь Болгария Казахстан Румыния Сербия	Эстония

\* Таджикистан переведен из категории СНУД в категорию СУДНС/нижний сегмент в июле 2015 г. В течение текущего периода финансирования страна должна соблюдать требования по совместному финансированию и целевые показатели софинансирования, применимые к СНУД.

Показатели финансирования здравоохранения в целом и программ снижения вреда, в частности, охват ОЗТ и ПОШ, динамика ВИЧ-инфицирования в исследованных странах наглядно представлены на рис. 2–5 [8].

Результаты анализа позволяют утверждать, что в большинстве стран доля финансирования программ снижения вреда из национального бюджета равняется нулю (в Болгарии) или составляет ничтожно малую величину [8]. В то же время, имеются и положительные примеры. Так, Эсто-

ния финансирует все программы в области профилактики ВИЧ, включая снижение вреда, из национальных источников, Казахстан покрывает около 34% всех расходов на снижение вреда из местных (центральных и региональных) бюджетов, а Грузия из национального бюджета покрывает 51% расходов на программы снижения вреда (финансируется только ОЗТ) (рис. 2) [8].

Пока ни одна из стран региона не достигла рекомендованных целевых показателей охвата ЛУИН мерами профилактики ВИЧ (60% для ПОШ и 40%

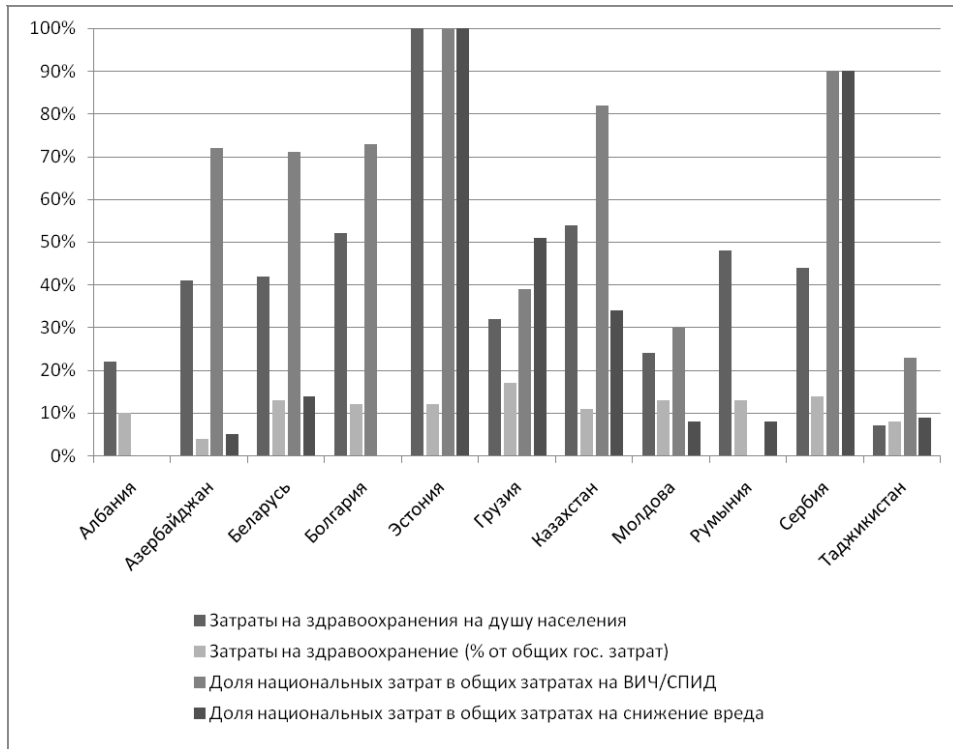


Рис. 2. Индикаторы финансирования здравоохранения, затраты на ВИЧ/СПИД и снижение вреда в исследованных странах

Примечание: затраты на душу населения показаны относительно Эстонии (\$1,072=100%); данные недоступны по индикаторам 3, 4 для Албании, и индикатору 3 для Румынии

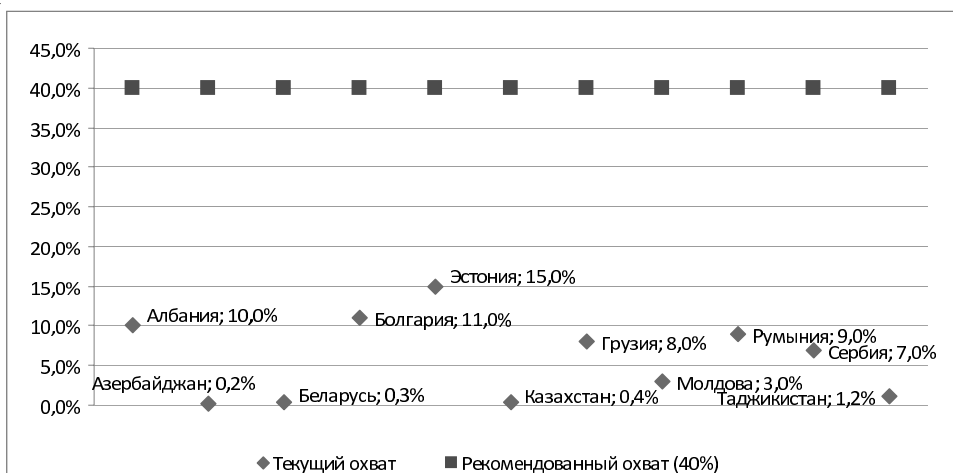


Рис. 3. Охват опиоидной заместительной терапией в исследованных странах

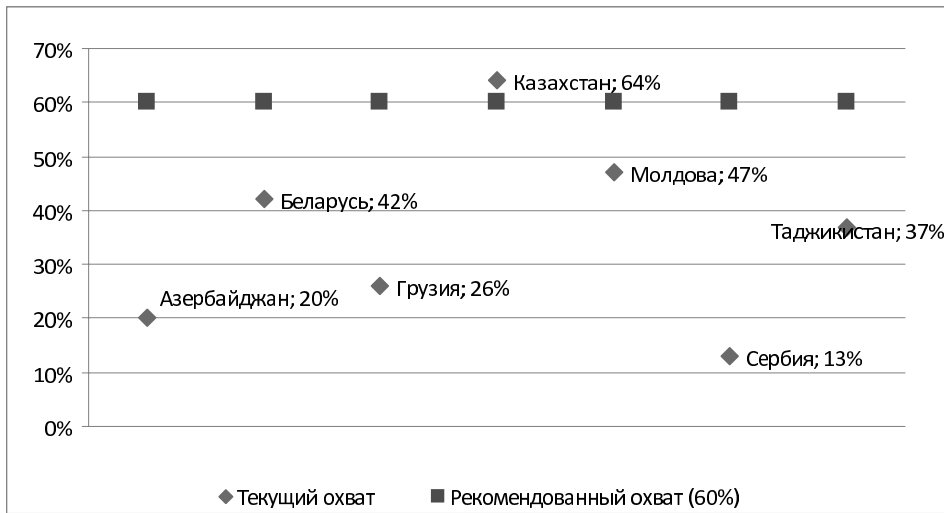


Рис. 4. Охват программами обмена игл/шприцев в исследованных странах

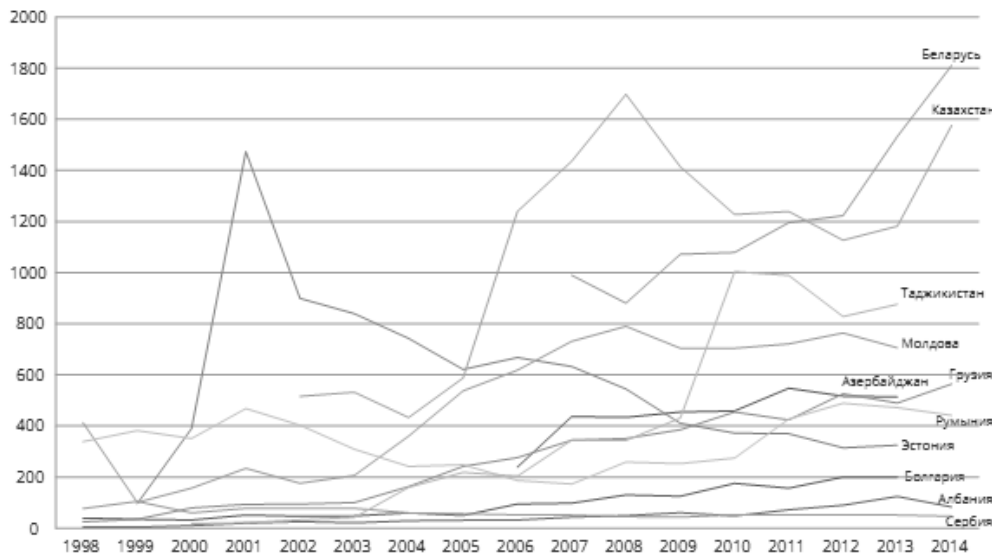


Рис. 5. Регистрация новых случаев ВИЧ-инфекции в исследованных странах

для ОЗТ) [10]. При том, что во всех странах наблюдается общая тенденция значительно большего охвата услугами ПОШ, чем услугами ОЗТ, наблюдаются и существенные различия. Наиболее тревожный показатель – крайне низкий и недостаточный охват услугами ОЗТ в исследованных странах (рис. 3, 4). Самые высокие показатели охвата услугами программ ОЗТ наблюдаются в Эстонии (15%), а в Азербайджане, Беларуси, Казахстане и Молдове доступ к программам заместительной терапии имеет менее 1% населения, в ней нуждающегося [8].

Ненадлежащее национальное законодательство, касающееся регулирования закупок, импорта и регистрации лекарственных средств и медицинских изделий, может создавать препятствия для эффективного оказания услуг и экономической эффективности интервенций. Местные правовые нормы упоминаются в качестве основной причины высоких цен на лекарственные препараты ан-

тиретровирусной терапии в Казахстане и Сербии. Опиоидная заместительная терапия применяется в Таджикистане с 2009 г., но метадон в стране до сих пор не зарегистрирован. Национальная нормативно-правовая база может стать препятствием для расширения услуг профилактики ВИЧ-инфекции для основных уязвимых групп. В Эстонии и Таджикистане неправительственные организации (НПО), оказывающие низкопороговые услуги и осуществляющие программы обмена игл/шприцев, не имеют права предлагать своим клиентам экспресс-тестирование на ВИЧ, так как такое тестирование может проводиться лишь лицензированными медицинскими учреждениями. Учитывая тот факт, что низкопороговые программы являются залогом обеспечения доступа к наиболее уязвимым социальным группам населения, это ограничение может стать причиной упущенных возможностей в плане диагностики новых случаев

ВИЧ-инфекции и/или задержки в выявлении ВИЧ-инфекции среди представителей этих групп.

Отсутствие в странах эффективных механизмов заключения социальных контрактов с НПО является угрозой для успешного продолжения предоставления доступа к сервисам, которые в настоящее время работают при поддержке Глобального фонда, так как во всех исследованных странах подавляющее большинство сервисов по профилактике ВИЧ-инфекции среди основных затронутых социальных групп оказывается силами организаций гражданского общества (ОГО).

Следует отметить, что отсутствие приоритизации высокоэффективных интервенций и экономически выгодных подходов к управлению приводит к неоптимальному использованию ограниченных финансовых ресурсов

Себестоимость одной и той же интервенции может существенно отличаться между странами (например, себестоимость ОЗТ в Грузии – \$1372 в год, в Молдове – \$682), что указывает на необходимость тщательного пересмотра моделей управления программами, структур формирования себестоимости и изучения вариантов их оптимизации. В других случаях охват услугами тестирования на ВИЧ остается по-прежнему низким и не может в достаточной степени удовлетворить потребности групп, наиболее уязвимых к инфекции. В Грузии и Таджикистане более 70% людей, тестируемых ежегодно, относятся к группам с низким риском инфицирования ВИЧ, таким как, например, беременные женщины и доноры крови, при том, что охват тестированием ЛУИН остается низким [8].

Устойчивость деятельности Страновых координационных комитетов (СКК) после ухода Глобального фонда считается важнейшим компонентом обеспечения общего успеха процесса перехода. Во многих случаях СКК создаются по требованию Глобального фонда, участвуют только в управлении программами фонда и зачастую не считаются (и не являются) неотъемлемой частью национальной системы здравоохранения. Очевиден риск того, что работа СКК будет прекращена после завершения реализации программ Глобального фонда в стране, как это уже произошло в Сербии. В то же время, в Эстонии обеспечено продолжение работы эффективной координационной структуры посредством создания межведомственного комитета высокого уровня по ВИЧ/СПИДу, в который вошли представители соответствующих государственных органов, профессиональных ассоциаций и ОГО, включая основные уязвимые группы.

Относительно продолжения участия неправительственных организаций в программах снижения вреда, в качестве положительного примера указывают на успешно функционирующую модель, апробированную в Казахстане, которая основана на оказании аутрич-услуг государственными медицинскими учреждениями (в основном, СПИД-центрами) при помощи аутрич-работников, ранее работавших в НПО.

Результаты прекращения финансовой поддержки Глобального фонда в Албании, Болгарии, Румынии, Сербии и Эстонии являются примерами, которые необходимо учесть при планировании и реализации перехода от финансирования Глобального фонда на национальное финансирование в странах Восточной Европы и Центральной Азии [8, 11, 12]. Этот опыт, касающийся изменения эпидемиологических показателей ВИЧ/СПИДа, финансирования программ, охвата услугами и анализа процесса подготовки к переходу в рассматриваемых странах, указывает на то, что процесс будет весьма сложным, и существует значительная угроза устойчивости программ профилактики ВИЧ в регионе. В ситуации постоянной нехватки финансирования и наличия большого спектра других значимых приоритетов, на которые могут быть направлены ограниченные государственные ресурсы в области здравоохранения, программы снижения вреда, до сих пор являющиеся предметом политических и идеологических разногласий, наиболее подвержены риску прекращения финансирования. Даже в настоящее время, при наличии финансирования Глобального фонда, ни одна страна, включая страны, добившиеся успеха в обеспечении высоких показателей охвата определенных социальных групп услугами профилактики и лечения ВИЧ (например, тестирование беременных женщин или обеспечение всеобщего доступа к АРТ), не смогла или не пожелала расширить программы профилактики ВИЧ среди ЛУИН до уровня, позволяющего достичь рекомендованных целевых показателей. Эти программы пострадают в первую очередь в тех странах, из которых уже ушел (полностью или частично) Глобальный фонд.

Наиболее успешным примером перехода на национальное финансирование является Эстония, где последний предоставленный грант Глобального фонда закончился в 2007 г. В этой стране подготовка к переходу началась заблаговременно, начиная со второй фазы реализации гранта ГФ. 100% услуг по профилактике ВИЧ (среди основных затронутых групп) и лечению взяло на себя правительство. Лидером в реализации перехода и адвокации стал Национальный институт развития здра-



воохранения – государственная организация, являющаяся основным реципиентом средств гранта. Активное участие в процессе перехода принимал СКК, обязанности которого взял на себя межведомственный комитет высокого уровня по ВИЧ/СПИДу. В стране существовало законодательство, позволяющее заключать договоры с НПО, однако при этом не был предусмотрен механизм авансовых платежей. В качестве решения правительство предоставило НПО одноразовое стартовое финансирование с формальным условием, что в случае прекращения оказания услуг неправительственной организацией правительство может потребовать возврата выделенных средств.

В результате проводимой работы показатели распространения ВИЧ-инфекции в стране постоянно снижаются, и этот успех был достигнут благодаря сочетанию нескольких факторов, а именно:

- высокое бремя заболевания и осознание ВИЧ-инфекции национальной проблемой;
- лидерство Национального института развития здравоохранения;
- привлечение поставщиков услуг (государственные клиники и НПО);
- участие профессиональных ассоциаций;
- организация на ранней стадии реализации гранта системы мониторинга и оценки, в результате чего были получены качественные данные, использованные для адвокации;
- высокие стандарты и амбиции, связанные с процессом вступления страны в ЕС.

К сожалению, в других странах, откуда ушел Глобальный фонд, ситуация гораздо хуже. Так, в Сербии реализация последнего гранта Глобального фонда по ВИЧ завершилась в 2014 г. К этому времени профилактика ВИЧ среди основных затронутых групп (ОЗГ) финансировалась исключительно из средств фонда; отсутствовали интеграция проектов ГФ с национальными программами здравоохранения, план перехода, стратегия ухода ГФ из страны; мандат СКК был ограничен. После ухода Глобального фонда СКК перестал функционировать. Программы снижения вреда были включены в Национальную стратегию по ВИЧ/СПИДу (2010–2015 гг.) и Национальную стратегию по наркотикам (2014–2021 гг.), но бюджетных средств на эту деятельность заложено не было [8, 11].

В результате прекращены или серьезно сокращены следующие услуги:

- аутрич-ДКТ;
- программы снижения вреда среди ЛУИН (кроме заместительной терапии);
- аутрич/мобильная клиника и центры для посещения без записи для целевых групп;

- программы ухода и поддержки для ЛЖВ;
- тесты CD4 для наблюдения за ходом лечения.

В Румынии реализация последнего гранта Глобального фонда по ВИЧ завершилась в 2010 г. Еще до ухода ГФ постоянные реорганизации в правительстве и Минздраве привели к утере технического потенциала и повлияли на непрерывность реализации программ. Проекты ГФ не были интегрированы в национальные программы здравоохранения; мандат СКК был ограничен; не проводилась оценка рисков, связанных с уходом нескольких доноров; отсутствовали план перехода и стратегия ухода ГФ из страны; структурные средства ЕС не использовались надлежащим образом.

В результате [8]:

- потенциал, развитый при помощи Глобального фонда, утрачен;
- новаторские модели оказания услуг не были трансформированы в постоянно действующие структуры;
- утрачен квалифицированный и обученный персонал;

НПО или закрылись, или прекратили оказание услуг по профилактике ВИЧ;

по сравнению с 2010 г. охват услугами ПОШ в 2011 г. сократился вдвое;

показатели распространенности ВИЧ среди ЛУИН резко выросли.

О готовности стран к переходу на национальное финансирование программ снижения вреда в определенной степени можно судить по финансированию здравоохранения и эпидемиологическим показателям. При этом уровень доходов и бремя заболеваний (квалификационные критерии ГФ) не являются достаточными показателями оценки готовности стран к данному переходу. Более точными дополнительными показателями в этом отношении являются уровень расходов на здравоохранение на душу населения, доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах или доля государственного участия во всех медицинских расходах, включая расходы на ВИЧ/СПИД и ТБ. Эти показатели могут быть полезны для понимания общей ситуации в финансировании здравоохранения в стране и могут способствовать успешному осуществлению перехода. В идеальных условиях, чем больше значения этих показателей, тем выше должны быть готовность и возможности национального правительства принять на себя полную ответственность за поддержку программ, финансируемых ГФ. Однако, общие показатели финансирования не обязательно отражают финансовый вклад правительства в программы в области ВИЧ/СПИДа. В частности, в иссле-

дованных странах [8] далеко не всегда существует прямая связь между общими показателями уровня финансирования здравоохранения и долей государственных расходов в финансировании программ в области ВИЧ/СПИДа (рис. 2).

Кроме того, использование экономических показателей здравоохранения может вводить в заблуждение, если финансирование определенной категории услуги и/или охват определенными услугами неприемлемо низок. Даже если государственный вклад в финансирование программ в области ВИЧ/СПИДа в целом постоянно повышается, профилактика ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в настоящее время в большинстве стран финансируется из национальных источников на крайне низком уровне или не финансируется вообще (показатели 3 и 4 на рис. 2). Охват этими услугами, особенно ОЗТ, чрезвычайно низок во всех странах (рис. 3, 4). Строго говоря, независимо от того, что демонстрируют экономические показатели, страна не готова и не может считаться готовой к переходу, если уровень охвата населения, нуждающегося в профилактике и/или лечении, значительно ниже уровня охвата, необходимого для того, чтобы иметь возможность в существенной степени повлиять на показатели распространения эпидемии ВИЧ-инфекции. В частности, если речь идет о применении соответствующих незаменимых профилактических мер, направленных на основную целевую группу (ЛУИН) в регионе, в котором эпидемия ВИЧ распространяется самыми высокими темпами в мире [9], и если роль ГФ заключается в достижении устойчивого воздействия, то никаких других вариантов, кроме достижения уровней охвата услугами, необходимых для контроля над эпидемией, попросту не существует.

В восьми странах из одиннадцати число новых случаев ВИЧ-инфекции постоянно растет (рис. 5). Наряду с экономическими показателями более низкое бремя заболеваний рассматривается как показатель того, что страна имеет возможность взять на себя большую ответственность за финансирование программ после прекращения финансирования со стороны Глобального фонда. В то же время, низкое бремя заболеваний может сыграть расхолаживающую роль в процессе определения приоритетов. Слишком часто правительства обращают внимание на быстрые решения текущих важных проблем вместо того, чтобы взвешенно и обоснованно подойти к процессу принятия решений и долгосрочного планирования.

Таким образом, независимо от уровня доходов и распространения эпидемии необходимо про-

анализировать, сколько средств страны готовы выделить на борьбу с ВИЧ/ТБ, и сотрудничать с правительствами в том, чтобы обеспечить достаточные ассигнования.

Кроме указанных выше, важную роль в оценке готовности государств к переходу на национальное финансирование программ снижения вреда играют инфраструктура здравоохранения (организационный и системный потенциал), эффективность управления и политическая воля в отношении реализации указанных программ.

Ряд реализуемых в настоящее время инициатив направлен на разработку связанных с переходом подходов и инструментов, предназначенных для использования Глобальным фондом и заинтересованными сторонами в регионе ВЕЦА. В отчете ЕССВ по итогам региональной консультации по обеспечению устойчивости программ Глобального фонда содержится проект рамочной концепции, которая может использоваться для направления деятельности отдельных стран при разработке ими соответствующих дорожных карт по осуществлению перехода [13]. Проект разработан с учетом сделанного участниками региональной консультации вывода о том, что руководство по обеспечению перехода должно предусматривать поэтапные действия, разбивая процесс перехода на этапы, каждый из которых характеризует степень прогресса, достигнутого на пути к успешному переходу на национальное финансирование, и готовность к прекращению получения поддержки со стороны ГФ. Предложены следующие три этапа процесса перехода:

этап 1 – период до начала реализации процесса перехода или ранние стадии этого процесса, когда отсутствует готовность к переходу на внутреннее финансирование (для успешного перехода требуется, как минимум, 3–6 лет);

этап 2 – период, когда предприняты некоторые шаги по реализации процесса перехода; достигнут прогресс на пути к осуществлению перехода на внутреннее финансирование, однако требуется дополнительное время (для успешного перехода требуется, как минимум, 1–3 года);

этап 3 – процесс перехода хорошо отлажен и реализуется; страна готова к переходу на внутреннее финансирование в ближайшее время (менее одного года для завершения успешного перехода).

Основные элементы каждого этапа, показывающие степень прогресса в реализации процесса перехода и готовности к прекращению получения поддержки со стороны ГФ, указаны в табл. 3.

## Этапы процесса перехода

Этап 1 (минимум 3–6 лет до перехода на национальное финансирование)	Этап 2 (минимум 1–3 года до перехода на национальное финансирование)	Этап 3 (1 год до перехода на национальное финансирование)
<p>Оценка необходимости изменений в политике и практической деятельности.</p> <p>Распределение новых ролей и сфер ответственности.</p> <p>Оценка потребностей в услугах для борьбы с эпидемией и бюджетные прогнозы для обеспечения потребностей.</p> <p>Разработка планов наращивания потенциала для новых ролей и сфер ответственности.</p> <p>Разработка систем мониторинга процесса перехода.</p>	<p>Постоянный диалог по вопросам политики в отношении новых систем с участием многих заинтересованных сторон.</p> <p>Постоянные переговоры по распределению бюджетных средств и внесение корректировок.</p> <p>Постоянное наращивание потенциала для новых ролей и сфер ответственности.</p> <p>Тестирование новых мер политики и практических подходов на местах; частичная передача ответственности.</p> <p>Мониторинг изменений и, при необходимости, внесение корректировок.</p>	<p>Полная передача ответственности от доноров новым механизмам.</p> <p>Постоянное поддержание потенциала (например, повышение квалификации, ротация кадров).</p> <p>Мониторинг работы новых механизмов, интегрированный в стандартную практику мониторинга.</p>

В проекте концепции также определены четыре основных области перехода (политика, финансы, управление и программы) и предложено конкретное распределение ролей и обязанностей для всех заинтересованных сторон (правительство, организации гражданского общества, партнеры по технической поддержке и международные доноры). Как указано в отчете, «включение каждой из этих групп [заинтересованных сторон] указывает на совместную ответственность всех партнеров за реализацию процесса перехода; ни одна из групп не несет ответственности за какой-либо элемент процесса перехода без партнерского взаимодействия и поддержки других групп. В целях предоставления странам руководства по обеспечению участия всех групп заинтересованных сторон, в данной рамочной концепции указаны конкретные роли и сферы ответственности на каждом этапе и в каждой области перехода» [13].

Принцип совместной ответственности может быть проиллюстрирован следующим образом (рис. 6 [8]).

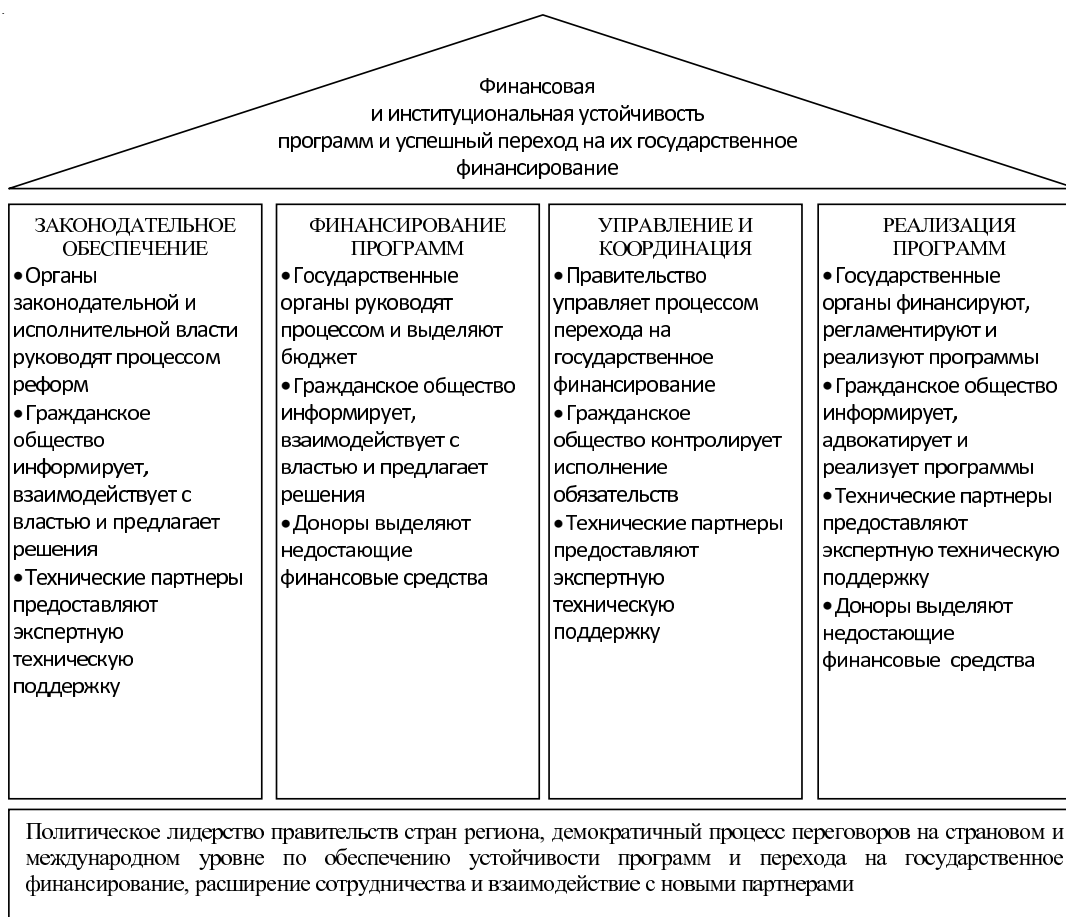
**Заключение**

Статистические данные свидетельствуют о концентрированной эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь, когда ВИЧ быстро распространяется в группе ЛУИН, но не находит широко-

го распространения среди населения в целом. Согласно прогнозам модели Optima до 2030 г. наиболее высокий уровень инфицирования ВИЧ будет оставаться у ЛУИН, а доминирующим фактором риска будет оставаться инъекционное употребление наркотиков. При таких характеристиках эпидемического процесса наиболее релевантными программами снижения вреда являются ПОШ и ОЗТ.

Программы снижения вреда позволяют сократить расходы на лечение ВИЧ, гепатита, туберкулеза, предотвратить потерю трудоспособности человека. В контексте жизни человека программы позволяют улучшить качество жизни каждого конкретного клиента: восстановить навыки социализации, предупредить случаи ВИЧ-инфекции, своевременно получить медицинскую помощь, предупредить тяжелые формы дезадаптации.

Снижения темпов ВИЧ-инфекции можно достичь при охвате определенного количества клиентов. Согласно рекомендациям ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС [10], охват ЛУИН программами обмена шприцев/игл с целью эффективного влияния на эпидемию ВИЧ-инфекции должен составлять 60%, а охват ЗТМ – 40% оценочного числа ЛУИН, зависимых от опиоидов (возможные целевые показатели для ОЗТ: низкий – до 20%, средний – до 40%, высокий – 40% и более; вы-



**Рис. 6. Совместная ответственность за осуществление перехода на государственное финансирование программ снижения вреда**

сокий показатель основан на уровне охвата ЛУИН в странах с развитой системой ОЗТ). В 2012 г. на основании мнения экспертов было установлено оценочное число ЛУИН в Республике Беларусь – 75000 человек [2]. Следует отметить, что специальное исследование по оценке численности ЛУИН не проводилось, имеющиеся данные также требуют обновления. Сведения о числе ЛУИН в регионах отсутствуют, как и о доле ЛУИН, употребляющих опиоды, что наиболее важно для оценки программ ЗТМ. Проведение специального исследования с целью определения численности ЛУИН для каждого региона с учетом вида употребляемого вещества актуально для Беларуси, так как отсутствие надежных данных о количестве ЛУИН затрудняет оценку эффективности программ и планирование. Вместе с тем, в настоящее время, в силу отсутствия иных, более надежных данных, применяется указанное выше оценочное число ЛУИН – 75000 чел. В концептуальной записке по ВИЧ, поданной в Глобальный фонд в 2015 г., оценочное число ЛУИН, употребляющих опиоды, указано на уровне 18450 чел.

Если принять данное оценочное число ЛУИН (75000 чел.), то в 2012 г. в рамках ПОШ достигнут охват ЛУИН на уровне 25,7%, в 2013 г. – 37,5%, в 2014 г. – 41,8%.

Ключевым показателем, отражающим информацию о доступе к средствам защиты (шприцам и иглам), которыми могут воспользоваться ЛУИН, является количество распространенных стерильных игл и шприцев. Статистика за 2012–2014 гг. свидетельствует об увеличении расхода шприцев на одного клиента ПОШ в среднем с 76,9 шт. в 2012 г. до 109,7 шт. в 2014 г. Однако для оценки эффективности программы необходимо рассчитывать средний расход шприцев не только на клиентов ПОШ, но и на оценочное количество ЛУИН в стране. Учитывая рекомендуемые целевые показатели количества распространенных за год игл и шприцев на одного ПИН (менее 100 шт. – низкий уровень; от 100 до 200 шт. – средний уровень; более 200 шт. – высокий уровень [10]), исходя из оценочного количества ЛУИН в стране, следует признать, что показатель среднего расхода шприцев на одного ПИН, достигнутый в 2014 г., – 45,9 шт. – соответствует низкому уровню.



Если принять количество ЛУИН, употребляющих опиоидные наркотики, равным 18450, то их охват программами ЗТМ в 2012 г. составил 5,5%, в 2013 г. – 5,8%, в 2014 г. – 5,8% (1070 чел.). Выше указано, что охват ЗТМ должен составлять 20–40% (и выше) оценочного числа ЛУИН, зависящих от опиоидов. В то же время, эпидемия ВИЧ среди ЛУИН стабилизирована или остановлена в странах, где программа ЗТМ охватывает до 60% опиоидозависимых. То есть, программу ЗТМ в Республике Беларусь для достижения 20%-ного охвата необходимо увеличить в 3,4 раза к уровню 2014 г., а программу обмена шприцев/игл для достижения 60%-ного охвата – почти в 1,5 раза к уровню 2014 г. [2].

Еще одним ограничением программ снижения вреда является уровень финансирования ПОШ и ЗТМ, не позволяющий расширить их для эффективного воздействия на эпидемию ВИЧ-инфекции. Этот риск также сопряжен с зависимостью от международного финансирования. Программы обмена шприцев/игл полностью поддерживаются из средств гранта Глобального фонда. Финансирование программ ЗТМ осуществлялось как из средств грантов Глобального фонда, так и из местных бюджетов: в 2012 г. Глобальный фонд покрыл 69% всех расходов ЗТМ, в 2013 г. – 56%.

Для того, чтобы меры, предусмотренные Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Беларуси» на 2016–2020 гг. и ее подпрограммой «Профилактика ВИЧ-инфекции», были устойчивыми, необходимо увеличение объема национального финансирования ПОШ и ЗТМ. Это чрезвычайно важно для Республики Беларусь, где движущий фактор эпидемии ВИЧ-инфекции – употребление инъекционных наркотиков.

Вопрос постепенного перехода программ снижения вреда на национальное финансирование обсуждался с участием правительства, Глобального фонда и гражданского общества и был отражен как в указанной выше подпрограмме «Профилактика ВИЧ-инфекции» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Беларуси» на 2016–2020 годы, так и в заявке на финансирование в Глобальный фонд. В апреле 2015 года Беларусь подала концептуальную записку, запросив финансирование на программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом на период с 2016 по 2018 год. Концепция была одобрена в рамках Новой модели финансирования [14].

Начало реализации нового гранта запланировано на январь 2016 года. Следует отметить ряд

важных факторов, имеющих отношение как к процессу разработки концептуальной записки, так и к ее содержанию. Концепция разрабатывалась с участием широкого круга представителей основных заинтересованных сторон в рамках открытой процедуры. Приоритеты, представленные в заявке, согласуются с государственной программой профилактики ВИЧ-инфекции и предусматривают постепенное увеличение доли государственного финансирования на запланированные мероприятия. И, что также очень важно, грант будет реализовываться новым основным реципиентом – Республиканским научно-практическим центром медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ) при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь. Переход программ в ведение государственного учреждения сопровождается созданием Плана по развитию потенциала с целью наладить работу всех механизмов управления до окончательного перехода. В этом процессе важную роль должна играть поддержка ПРООН, которая до сих пор являлась основным реципиентом программ Глобального фонда [14].

В рамках новой заявки правительство также берет на себя обязательство по внедрению механизмов государственного социального заказа и передаче неправительственным организациям полномочий по предоставлению профилактических услуг, финансируемых из местных бюджетов. Министерством труда и социальной защиты уже принимаются меры по внедрению механизмов функционального социального заказа [14].

Анализ эффективного распределения ресурсов в общем объеме затрат на проведение ответных мер по отношению к эпидемии ВИЧ-инфекции в Республике Беларусь показал, что оптимальным было бы перераспределить ресурсы с общих ВИЧ-программ, направленных на все население, на программы для уязвимых групп. Так, в оптимальном варианте перераспределения доля средств, направленных на программу обмена шприцев/игл, должна вырасти с 6% в 2013 г. до 12%, на программу ЗТМ – с 4% до 10%. В Беларуси наиболее экономически эффективной стратегией в течение пяти лет будет расширение ЗТМ до 20%, а ПОШ – до 40%, что к 2018 г. позволит предотвратить 3127 случаев ВГС и 864 случая ВИЧ-инфекции и сэкономить 2245 лет жизни на все население Беларуси [2].

Проведенный анализ позволяет сформулировать некоторые заключения о состоянии и перспективах реализации программ снижения вреда в Республике Беларусь:



1. Отсутствуют надежные данные об оценочном количестве ЛУИН в каждом регионе, что затрудняет планирование расширения их охвата программами снижения вреда.

2. Наблюдается недостаточный охват программами снижения вреда: в 2014 г. охват ЛУИН программой обмена шприцев/игл составлял 41,8% (рекомендовано 60%), ЗТМ – 5,8% (рекомендовано 40%).

3. Распространение синтетических наркотиков может потребовать изменения в пакете предоставляемых услуг и увеличения количества расходных материалов на одного ПИН в год, а также других изменений.

4. Ужесточение законодательства в сфере не только незаконного оборота наркотических веществ, но и их употребления приводит к выходу ЛУИН из программ профилактики и лечения, что может обусловить рост заболеваемости.

5. Перераспределение ресурсов в финансировании ответных мер на распространение ВИЧ-инфекции является актуальным для Республики Беларусь, при этом оптимальный сценарий заключается в увеличении как общего уровня финансирования, так и доли финансирования программ снижения вреда (ПОШ и ЗТМ). С учетом выделенных ресурсов (грант ГФ и средства Государственной программы), дефицит средств на ПОШ составит в 2016 г. \$107766, в 2017 г. – \$353834, в 2018 г. – \$733014. Программы ЗТМ в 2016 г. и в 2017 г. будут профинансированы в полном объеме для оказания минимального пакета услуг, а в 2018 г. дефицит составит \$976185, что вызвано значительным увеличением охвата ЛУИН и необходимостью обеспечения пунктов ОЗТ персоналом (врачи-наркологи, психологи, медицинские сестры и др.). Таким образом, не предусмотрено удвоение объема инвестиций в программы, что не позволит достичь заметного сокращения числа новых случаев инфицирования и снижения смертности.

6. Эффективная реализация программ профилактики ВИЧ-инфекции среди труднодоступных групп возможна на базе НПО при участии сообщества ЛУИН. В настоящее время на государственном уровне механизм финансирования НПО не определен. Если механизм финансирования профилактической деятельности среди ЛУИН для НПО не будет апробирован, то единственной возможностью реализации ПОШ будет оказание услуг на базе государственных учреждений, что может стать барьером в доступе ЛУИН к ПОШ.

Для Беларуси разработаны конкретные рекомендации, реализация которых позволит програм-

мам снижения вреда функционировать эффективно. Суть рекомендаций сводится к обеспечению непрерывного устойчивого финансирования программ снижения вреда при участии НПО и сообщества ЛУИН. Важными шагами в достижении этого являются создание и утверждение на государственном уровне модели оказания услуг ПОШ и ЗТМ, утверждение алгоритма планирования финансовых расходов из республиканского и местных бюджетов, а также реализация механизма финансирования НПО.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Техническое руководство ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновление 2012 года. – Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1). – Дата доступа: 01.12.2015.
2. Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций: Национальный отчет Республики Беларусь. – Минск, 2015. – 60 с.
3. Кечина, Е.А. Поведенческие особенности и уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИД среди потребителей инъекционных наркотиков. Поведенческие особенности и уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИД среди женщин секс-бизнеса. Поведенческие особенности и уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИД среди мужчин, имеющих сексуальные отношения с другими мужчинами: отчет об исследовании / Е.А.Кечина; Министерство здравоохранения Республики Беларусь; Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. – Минск: [б.и.], 2013. – 178 с.
4. Совместная позиция ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС. Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа // Всемирная организация здравоохранения. – 2004 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/hiv/pub/idu/position\\_paper\\_substitution\\_opioid/ru/](http://www.who.int/hiv/pub/idu/position_paper_substitution_opioid/ru/). – Дата доступа: 01.12.2015.
5. Александров, А. Оценка социо-экономической эффективности реализации программ заместительной терапии наркотической зависимости на примере Гомельской области / А.Александров, М.Петрович. – Минск, 2013. – 104 с. – Режим доступа: <http://aids.by/upload/iblock/49c/Ocenka%20socio-ekonomicheskoy%20jeffektivnosti%20realizacii%20programm%20zamestitelnoj%20metadonovoj%20terapii%20narkoticheskoy%20zavisimosti%20na%20primere%20Gomelskoj%20oblasti.pdf>. – Дата доступа: 01.12.2015.
6. Пикиреня, В.И. Влияние заместительной терапии метадонном на отношения пациентов с близкими

- им людьми / В.И.Пикиреня, Е.К.Артеменко, А.В.Абрамович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – №3. – С.66–70.
7. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. The Global Fund Eligibility and Counterpart Financing Policy, 2013: Geneva, Switzerland. – Mode of access: [http://www.theglobalfund.org/.../eligibility/Core\\_EligibilityAndCounterpartFinancing\\_Policy\\_en/](http://www.theglobalfund.org/.../eligibility/Core_EligibilityAndCounterpartFinancing_Policy_en/). – Date of access: 01.12.2015.
  8. Анализ ситуации: обеспечение устойчивости и готовность программ снижения вреда к переходу от поддержки со стороны Глобального фонда на национальное финансирование в регионе ВЕЦА, ноябрь 2015 // Евразийская сеть снижения вреда. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/ehm\\_report\\_on\\_responsible\\_transition\\_in\\_eeca\\_rus\\_0.pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/ehm_report_on_responsible_transition_in_eeca_rus_0.pdf). – Дата доступа: 01.12.2015.
  9. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Turning the Tide Against HIV and Tuberculosis. Global Fund Investment Guidance for Eastern Europe and Central Asia, 2014: Geneva, Switzerland. – Mode of access: [http://www.theglobalfund.org/.../Publication\\_GlobalFundInvestmentEECA\\_Guidance\\_en.pdf](http://www.theglobalfund.org/.../Publication_GlobalFundInvestmentEECA_Guidance_en.pdf). – Date of access: 01.12.2015.
  10. WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users – 2012 revision: Geneva, Switzerland. – Mode of access: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf). – Date of access: 01.12.2015.
  11. Последствия сокращения финансовой поддержки Глобального фонда для программ снижения вреда. Анализ ситуации в Сербии, август 2015 // Евразийская сеть снижения вреда. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/serbia-global-fund-case-study-2015-rus.pdf>. – Дата доступа: 01.12.2015.
  12. Последствия сокращения финансовой поддержки Глобального фонда для программ снижения вреда. Анализ ситуации в Болгарии, сентябрь 2015 // Евразийская сеть снижения вреда. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/bulgaria-global-fund-210x2973mm.pdf>. – Дата доступа: 01.12.2015.
  13. Переход на национальное финансирование и обеспечение устойчивости мер противодействия ВИЧ и ТБ в странах Восточной Европы и Центральной Азии: отчет о региональной консультации и проект рамочной концепции обеспечения перехода, июль 2015 // Евразийская сеть снижения вреда. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/regional\\_consultation\\_report\\_for\\_gfs\\_rus\\_0.pdf](http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/regional_consultation_report_for_gfs_rus_0.pdf). – Дата доступа: 01.12.2015.
  14. Планирование обеспечения устойчивости и осуществления успешного перехода от поддержки Глобального фонда на национальное финансирование для программ снижения вреда. Анализ ситуации в Беларуси, октябрь 2015 // Евразийская сеть снижения вреда. – 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.harm-reduction.org/library/sustainability-and-transition-planning-global-fund-harm-reduction-projects-case-study>. – Дата доступа: 01.12.2015.
- HARM REDUCTION PROJECTS IN LIGHT OF NEED IN TRANSITION FROM GLOBAL FUND'S TO NATIONAL FUNDING: SITUATION IN THE REPUBLIC OF BELARUS AND SOME OTHER COUNTRIES OF EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA**
- <sup>1</sup> I.Ye.Statkevich, <sup>1</sup> O.S.Samarina,  
<sup>1</sup> L.I.Trukhan,<sup>1</sup> T.L.Pechko,<sup>1</sup> V.V.Pospelova,  
<sup>1</sup> T.A.Konoiko, <sup>1</sup> Yu.I.Ryzhkovskaya,  
<sup>1</sup> S.S.Goncharova, <sup>1</sup> I.A.Moskaleva,  
<sup>1</sup> D.P.Martynchik, <sup>2</sup> E.I.Tkacheva, <sup>2</sup>  
E.A.Krutova, <sup>2</sup> A.S.Shmargun, <sup>3</sup> P.Yu.Lakizo,  
<sup>4</sup> A.V.Rusanovich, <sup>5</sup> A.A.Aleksandrov
- <sup>1</sup> Belarusian Public Association “Positive Movement”, Minsk, Republic of Belarus, <sup>2</sup> Ministry of Health, Minsk, Republic of Belarus, <sup>3</sup> Republican Scientific and Practical Center for Transfusiology and Medical Biotechnologies, Minsk, Republic of Belarus, <sup>4</sup> Republican Center for Hygiene, Epidemiology and Public Health, Minsk, Republic of Belarus, <sup>5</sup> Minsk Regional Clinical Center “Psychiatry and Narcology”, Minsk, Republic of Belarus
- Analysis is presented on state and prospects for harm reduction projects (HRPs) realization in the Republic of Belarus and some other countries of the Eastern Europe and Central Asia (EECA) region because of implementation of New Funding Model by main donor – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF) – and need in transition from GF’s HRP’s financing to national funding.
- Keywords: the Republic of Belarus; countries of the Eastern Europe and Central Asia (EECA) region; HIV-infection; AIDS; Harm Reduction Projects (HRPs); HRP’s financing; State Programs; Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GF); grants; GF’s New Funding Model (NFM).

Поступила 15.12.2015 г.