



*Eurasian Coalition
on Male Health*

ОТЧЕТ

Оценка доступности и основных барьеров на пути внедрения и расширения ДКП в регионе ВЕЦА

PrEP

Оценка доступности и основных барьеров на пути внедрения и расширения ДКП в регионе ВЕЦА

Отчет

Подготовили:

М. Корнилова,

независимый консультант

Г. Рощупкин,

*координатор по развитию систем здравоохранения
на базе сообществ,*

Евразийская коалиция по мужскому здоровью

Содержание

Список сокращений	3
Резюме	4
Общая информация	7
Цели и задачи проведения оценки	8
Методы	9
Результаты	10
Доступность ДКП в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Общий обзор	10
Модели предоставления услуг в странах, реализующих пилотные проекты ДКП в регионе ВЕЦА	11
Другие факторы, влияющие на доступ к ДКП в странах, в которых отсутствуют программы ДКП в рамках национальных систем здравоохранения	16
Планы по расширению программ ДКП в регионе	17
Выводы	19
Рекомендации по преодолению барьеров	23
Рекомендуемые ресурсы.....	28
Приложение 1: Картирование компонентов реализации ДКП в странах ВЕЦА	29

Список сокращений

- АРВ** – антиретровирусный
- АРТ** – антиретровирусная терапия
- ВГВ** – вирусный гепатит В
- ВЕЦА** – Восточная Европа и Центральная Азия
- ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ** – Всемирная организация здравоохранения
- ГФ** – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
- ЕКОМ** – Евразийская коалиция по мужскому здоровью
- ЕС** – Европейский Союз
- ИППП** – инфекции, передающиеся половым путем
- КГ** – ключевые группы населения
- ЛЖВ** – люди, живущие с ВИЧ
- МЗ** – министерство здравоохранения
- МСМ** – мужчины, практикующие секс с мужчинами
- НПО** – неправительственная организация
- ООН** – Организация Объединенных Наций
- СПИД** – синдром приобретенного иммунодефицита
- ЮНЭЙДС** – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
- СДС** – Центры контроля и профилактики заболеваний США
- FTC** – эмтрицитабин
- PEPFAR** – Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом
- TDF** – тенофовир

Резюме

В настоящем отчете представлены результаты оценки доступности доконтактной профилактики (ДКП) в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Оценка проводилась Евразийской коалицией по мужскому здоровью (ЕКОМ) в июле–сентябре 2018 года. Цели исследования включали сбор информации и общий обзор реализуемых проектов ДКП, уточнение планов по расширению деятельности в рамках указанных проектов, выявление основных препятствий и барьеров на пути внедрения и расширения программ ДКП в регионе, а также подготовку рекомендаций по устранению указанных барьеров.

При проведении оценки использовались различные методы сбора информации, в том числе структурированное онлайн-анкетирование, глубинные интервью с ключевыми игроками и кабинетный анализ национальных стратегий, методических рекомендаций и других официальных документов, регулирующих доступ к ДКП в странах проведения оценки. Участники оценки представляли различных игроков, работающих в сфере ВИЧ-сервиса: неправительственные организации (НПО), в том числе под руководством представителей ключевых групп (КГ) населения (организации на базе сообществ), медицинские учреждения, занимающиеся лечением и уходом в связи с ВИЧ-инфекцией, а также агентства ООН. В ходе проведения оценки анализировалась ситуация в 17 странах (Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Македония, Молдова, Россия, Словакия, Узбекистан, Украина и Эстония).

В результате проведения оценки нами было установлено следующее:

- В регионе ВЕЦА по-прежнему наблюдается низкий уровень доступности ДКП. Только в двух странах из 17 – в Грузии и Украине – в полном объеме разработаны и в настоящее время реализуются пилотные проекты, в рамках каждого из которых ежегодно предлагается по 100 курсов ДКП для МСМ и транс людей. Молдова на момент проведения оценки (сентябрь 2018 года) только приступила к реализации пилотного проекта по ДКП, в рамках которого приоритетное внимание уделяется дискордантным парам как основной целевой группе. Кроме того, еще три страны (Казахстан, Россия и Кыргызстан) объявили, что планируют приступить к реализации программ ДКП в пилотном формате в 2019 году.
- Остальные 11 стран, рассматриваемые в исследовании, заявили о своей общей заинтересованности в ДКП, но на настоящий момент ими еще не разработаны четкие планы по реализации данной инициативы в пилотном формате и не выявлены источники финансирования даже для небольших проектов.

- Трувада, равно как и соответствующие комбинированные генерические препараты, зарегистрирована во всех странах, рассматриваемых в исследовании, однако клинические протоколы, необходимые для использования данного препарата в ДКП, разработаны только в Грузии, Украине и Молдове. Краткое схематическое описание предоставления ДКП включено в Рекомендации Министерства здравоохранения (МЗ) по профилактике и лечению ВИЧ в Армении, которые в своей нынешней форме не могут рассматриваться в качестве полноценного протокола.
- ДКП включена в Национальные стратегии по борьбе с ВИЧ в трех странах: Грузии, Молдове и Армении. Однако, как показывает пример Армении, формальное включение данного вида профилактики в документы, определяющие государственную политику в данной сфере, не гарантирует фактического предоставления соответствующей услуги, поскольку в этой стране пока нет клиентов, получающих ДКП.
- Основными препятствиями на пути внедрения и реализации программ ДКП являются отсутствие спроса ввиду низкого уровня осведомленности и опыта в данной области, а также существенная разобщенность между потенциальными клиентами и ключевыми «контролерами доступа» в лице медицинских работников и должностных лиц органов здравоохранения. Это основные вопросы, которые необходимо срочно решить путем распространения знаний и информации о ДКП всеми возможными способами. Всесторонняя информация о ДКП, ее эффективности и необходимости должна стать доступной и охватить все целевые аудитории, включая ключевые группы, медицинских работников, других поставщиков услуг в сфере ВИЧ-сервиса и, конечно же, лиц, принимающих решения.
- Также необходимо проведение адвокационной работы как на национальном, так и на региональном уровнях, чтобы добиться включения ДКП правительствами соответствующих стран и международными заинтересованными сторонами в национальные стратегии и законодательные документы, регламентирующие ответные действия по борьбе с ВИЧ, а также выделения технических и финансовых ресурсов для обеспечения доступности ДКП в регионе для всех нуждающихся и желающих получать данную услугу после проведения информационных и рекламных кампаний.
- Опыт пилотных проектов позволяет предположить, что программы ДКП должны быть более ориентированы на потребности клиентов. Это означает, что ДКП и связанные с ней услуги должны быть доступны не только в медицинских учреждениях и учреждениях, работающих в сфере ВИЧ-сервиса, но и в НПО на базе сообществ, обслуживающих целевые группы населения. В связи с этим требуется тесное взаимодействие между государственными и общественными организациями. Это подразумевает сотрудничество, выходящее за рамки взаимной переадресации клиентов и предполагающее реальную совместную работу с созданием устойчивых механизмов национальной (частной и государственной) поддержки и финансирования для НПО и адвокационных групп на базе сообществ.

На основании результатов оценки следует отметить, что в ходе ее проведения не было выявлено каких-либо непреодолимых барьеров, делающих невозможным внедрение ДКП в какой-либо из оцениваемых стран. При наличии необходимой поддержки для проведения комплексных информационных и адвокационных кампаний, высокого спроса со стороны сообщества, содействия со стороны специалистов в данной области, активного сотрудничества и взаимодействия между правительственными и неправительственными структурами, а в некоторых случаях, когда это необходимо, и международной технической и финансовой помощи, решение вопросов внедрения и расширения программ ДКП в регионе ВЕЦА представляется реалистичным уже в краткосрочной перспективе.

Общая информация

В регионе Восточной Европы и Центральной Азии отмечается нехватка опубликованных эмпирических исследований, которые бы описывали спрос, распределение и особенности реализации программ доконтактной профилактики в соответствующих странах. На основании имеющихся на сегодняшний день данных можно сделать вывод, что в данном регионе вопросам ДКП и лечения как профилактики не уделяется достаточного внимания. В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) обновила свои рекомендации в отношении использования антиретровирусной терапии (АРТ) при ведении ВИЧ-инфицированных пациентов, включив в них применение в группах риска ДКП (а именно тенофовира дизопроксил фумарата и эмтрицитабина, предлагаемых на мировом рынке под брендом «Трувада»)ⁱ. ДКП уже хорошо себя зарекомендовала как эффективный метод профилактики ВИЧ-инфекции среди МСМ. В настоящее время оценивается ее эффективность как средства профилактики ВИЧ среди представителей других ключевых групп, таких как потребители инъекционных наркотиков, секс-работники и постоянные сексуальные партнеры людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). Результаты исследования, проведенного в 2010 году в США (iPrEx), продемонстрировали эффективность суточной дозы перорального тенофовира и эмтрицитабина в качестве средства профилактики ВИЧ в рамках ДКПⁱⁱ. Кроме того, французское исследование IPERGAY 2015 года продемонстрировало аналогичную эффективность схемы перорального применения тенофовира и эмтрицитабина в режиме «по требованию»ⁱⁱⁱ. Исследования экономической эффективности в США показали существенное снижение заболеваемости ВИЧ при проведении ДКП и подтвердили экономическую эффективность данного метода, несмотря на высокую стоимость препарата в этой стране^{iv,v}. Имеющиеся данные, с помощью которых оценивается приемлемость ДКП в группах высокого риска, демонстрируют их общую готовность к получению ДКП^{vi,vii}.

Целью данной оценки является определение степени использования ДКП в качестве средства профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения и, прежде всего, МСМ в регионе ВЕЦА. Дополнительная задача состояла в том, чтобы изучить факторы, ограничивающие возможность определенных стран региона использовать ДКП в качестве инструмента профилактики ВИЧ, в том числе препятствия на пути приобретения материалов и лекарств (АРТ, ДКП); предоставления услуг (например, тестирования, консультирования, последующего наблюдения); пробелы в знаниях; роль стигмы и дискриминации; а также барьеры на пути доступа к услугам. Фактические данные, полученные в результате проведения данной оценки, послужат основой для адвокационной работы и расширения ДКП в регионе, а также для разработки программ и исследований, связанных с ДКП.

Цели и задачи проведения оценки

Цель №1:

Оценка применения ДКП в качестве метода профилактики ВИЧ-инфекции в определенных странах региона ВЕЦА, а также различных аспектов, связанных с реализацией и расширением программ ДКП.

Цель №2:

Выявление законодательных, структурных барьеров и барьеров на уровне сообществ, а также других факторов, включая недостаток знаний, информационные пробелы, стигму и дискриминацию, низкую приверженность и доступ к услугам, которые влияют на применимость ДКП в качестве метода профилактики ВИЧ-инфекции.

Цель №3:

Определение способов устранения препятствий на пути внедрения и расширения программ ДКП, а также разработка рекомендаций для поддержки адвокационной работы и получения информации для принятия программных решений.

Методы

В ходе проведенной оценки использовался смешанный метод сбора данных. Он состоял из трех этапов: структурированное онлайн-анкетирование с последующими полуструктурированными глубинными интервью и кабинетный анализ представленных документов.

Онлайн-опрос на платформе SurveyMonkey состоял из 46 вопросов. Анкета предлагалась на двух языках: русском и английском. Участники могли самостоятельно выбирать предпочитаемый язык для ответа на вопросы. Анкета, разработанная с целью сбора максимального количества предварительной информации о доступности ДКП в странах ВЕЦА, состояла из открытых вопросов с несколькими вариантами ответов, из которых требовалось выбрать один. Всем участникам опроса было предложено оставить свои контактные данные для последующих глубинных интервью. Лица, предоставившие свою контактную информацию, участвовали в дополнительном опросе, который проводился по телефону или в онлайн-режиме. Респондентам также предлагалось предоставлять любые документы, связанные с ДКП, для проведения кабинетного анализа. В перечень таких документов входили клинические протоколы, нормативные документы, регламентирующие предоставление лекарственных препаратов, а также законодательные акты, согласно которым ДКП присваивается официальный статус в качестве метода профилактики ВИЧ-инфекции.

Перечень респондентов охватывал широкий круг лиц, занимающихся предоставлением услуг, связанных с ВИЧ, в том числе представителей НПО, правительственных структур, агентств ООН, а также поставщиков и получателей услуг.

В оценке приняли участие следующие страны (всего 17): Азербайджан, Албания, Армения, Беларусь, Болгария, Венгрия, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Македония, Молдова, Россия, Словакия, Узбекистан, Украина и Эстония.

Результаты

Доступность ДКП в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Общий обзор

Несмотря на то, что еще 6 лет назад было доказано, что ДКП представляет собой высокоэффективный метод профилактики ВИЧ-инфекции, ее доступность в исследуемом регионе остается крайне ограниченной. Только в двух странах (Грузия и Украина) из 17, принявших участие в оценке, в полном объеме разработаны и в настоящее время реализуются пилотные проекты. Еще одна страна (Молдова) на момент проведения оценки только приступила к реализации пилотного проекта по ДКП. В Армении ДКП официально включена в Национальную стратегию по борьбе с ВИЧ и определена в качестве метода профилактики ВИЧ в рекомендациях МЗ, но она предлагается только в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом как платная услуга. В Армении нет ни одного клиента, получающего ДКП, и при этом отсутствуют национальные целевые показатели по охвату услугами ДКП.

Другим примером может служить Словакия, в которой ДКП предоставляется только за счет клиента, но НПО на базе сообществ оказывают определенную поддержку в приобретении препаратов по более доступной цене и направлении клиента к доверенным врачам для проведения медицинских обследований до и во время приема препаратов. Тем не менее, такой вариант не может рассматриваться как обеспечение устойчивых услуг, поскольку он зависит исключительно от уровня осведомленности, ответственности и финансовых возможностей самого клиента.

Несколько стран заявили о своей заинтересованности и планах по реализации пилотных проектов, но указанные планы, как правило, носят расплывчатый характер и не находят отражения в каких-либо финансовых или законодательных изменениях. Это свидетельствует об отсутствии, в целом, донорского, государственного или какого-либо иного финансирования, а также другой необходимой поддержки для обеспечения доступа всех нуждающихся к ДКП.

В настоящее время пилотные проекты по ДКП реализуются в Грузии, Украине и Молдове. Внедрение этих пилотных проектов проводится в несколько этапов. В Грузии первый этап реализации такого проекта включал в себя обучение участников пилотного проекта, а также проведение оценки потребностей среди грузинских МСМ и наращивание потенциала местных НПО до фактического запуска пилотного проекта в 2017 году. Аналогичные подготовительные мероприятия проводились и в Украине. На данный момент в Молдове было проведено только обучение медицинских специалистов, участвующих в программах ДКП, а в 2019 году при технической поддержке ЮНЭЙДС планируется обучить представителей сообщества. В странах Центральной Азии, по-видимому, к ДКП проявляется меньший интерес, тем не менее, в Казахстане и Кыргызстане государственные системы здравоохранения уже предприняли первые шаги в направлении запуска пилотных проектов по ДКП в 2019 году.

Проблемы, связанные с внедрением ДКП в ВЕЦА, могут включать стоимость реализации соответствующих программ, а также высокий уровень стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ и ключевым группам населения в регионе. Тем не менее, при росте заболеваемости ВИЧ в ВЕЦА в период между 2010 и 2015 годами^{viii} на уровне 57% только с помощью программ антиретровирусной терапии (АРТ) остановить эпидемию не представляется возможным, особенно в условиях неэффективной централизованной системы управления закупками и поставками АРВ-препаратов, которая способствует сохранению низких показателей охвата АРТ в регионе, не позволяя приблизиться к целевым показателям 90–90–90. Учитывая доказанную эффективность ДКП, ее предоставление ключевым группам населения может стать важным шагом в борьбе с взрывным ростом эпидемии ВИЧ в странах ВЕЦА.

Модели предоставления услуг в странах, реализующих пилотные проекты ДКП в регионе ВЕЦА

□ **Грузия** приступила к внедрению пилотного проекта по ДКП в августе 2017 года.

Этот проект финансируется Глобальным фондом (ГФ) через Национальный центр контроля заболеваний и общественного здоровья. Общее количество клиентов ДКП по состоянию на сентябрь 2018 года составляет 100 человек, при этом большинство из них получают соответствующие услуги уже примерно в течение года, при этом 25 человек выбыли из программы. Целевыми группами, участвующими в программе, являются МСМ и транс женщины. Другие ключевые группы пока не вовлечены в программные мероприятия, но они могут рассматриваться в качестве следующей целевой группы для ДКП после 2020 года. Грузинская модель предоставления ДКП предполагает в основном обслуживание на базе медицинских учреждений. Это означает, что большинство услуг предоставляются в Научно-исследовательском центре инфекционных заболеваний, СПИДа и клинической иммунологии. Это место, где клиенты получают препараты, проходят тестирование на ВИЧ, гепатит В и ИППП, а также где проводится мониторинг функции почек. Набор клиентов и социальная поддержка осуществляются ГБТ-организацией на уровне сообществ «Движение за равенство» (Equality Movement), которая занимается информированием и привлечением членов сообщества к участию в проекте, проверкой потенциальных клиентов на соответствие установленным критериям, консультированием по вопросам приверженности и снижения рисков, а также социальной поддержкой и надзором за проведением кейс-менеджмента.

На данный момент проект реализуется только в Тбилиси. Применяется только одна схема ДКП, предполагающая ежедневный прием препарата. Информационная поддержка включает распространение информационных брошюр среди пациентов, в которых приводятся данные о доказанной эффективности Трувады и разоблачаются наиболее распространенные мифы и заблуждения в отношении ДКП; проведение «школ пациентов» с доверенными врачами, в рамках которых проводятся обсуждения и даются ответы на актуальные вопросы; использование

социальных сетей, в основном Facebook, для распространения положительной информации о внедряемой инициативе; распространение информации о ДКП по методу «равный-равному».

Респонденты подчеркнули, что распространение информации через представителей сообществ и социальные сети особенно эффективно для привлечения клиентов в проект.

На момент проведения оценки в указанной стране проводился опрос удовлетворенности клиентов, результаты которого должны быть представлены в конце сентября 2018 года и который послужит основой для дальнейшего усовершенствования модели проекта с целью предоставления услуг в более удобном формате для большего числа потенциальных клиентов. Это особенно важно с точки зрения предстоящего расширения программной деятельности. Планируется, что расширение будет проходить до 2020 года включительно, при этом охватывая еще два города – Батуми и Кутаиси – с привлечением дополнительных 100 клиентов. Расширение программной деятельности также предполагает пилотное внедрение модели предоставления ДКП на уровне сообществ с получением медикаментов клиентами в помещении организации «Движение за равенство». Клинический мониторинг клиентов, которые выберут модель получения ДКП на базе сообществ, в настоящее время обсуждается и потребует внесения некоторых изменений в клинический протокол.

Расширение программной деятельности будет финансироваться ГФ до конца 2020 года с последующим переходом на государственное финансирование. Важным фактором, отличающим случай Грузии от других стран региона, является включение ДКП в пакет услуг по профилактике ВИЧ в Национальном стратегическом плане. Это увеличивает вероятность государственного финансирования услуг ДКП после ухода ГФ из страны.

Пилотный проект в Грузии можно считать успешным, но, тем не менее, в этой стране все еще существуют определенные барьеры, которые необходимо устранить, прежде чем приступить к расширению программной деятельности.

Одним из них является информационный пробел. В условиях отсутствия средств для проведения масштабной и долгосрочной информационной кампании среди ключевых групп населения наблюдается значительный дефицит знаний о ДКП. Это создает проблемы со спросом, а также с набором клиентов в проекты ДКП. Кроме того, в сообществе отмечается распространенность самых разнообразных заблуждений и неправильных представлений об используемых препаратах, а также высокий уровень недоверия к фармакологическим веществам. В определенной степени данный пробел был устранен за счет передачи знаний внутри сообщества между его представителями и распространения информации через социальные сети (Facebook, приложения для знакомств и др.). Наиболее распространенные заблуждения были выявлены и развеяны в печатных материалах, разработанных соответствующей организацией на базе сообществ,

а также в ходе консультаций с врачами в форме индивидуальных или групповых занятий (так называемых «школ пациентов»).

Другой серьезной проблемой является чрезмерная «медикализация» ДКП. В настоящее время необходимые препараты доступны только в одном медицинском учреждении (СПИД-центре). В соответствии с клиническим протоколом клиенты должны сдавать анализы крови каждые два месяца, а таблетки выдаются раз в месяц. График работы СПИД-центров не удобен для людей, занятых полный рабочий день. Кроме того, для клиентов ДКП не предусмотрено отдельной очереди или помещения для ожидания. В результате им приходится стоять в общей очереди с другими пациентами, что значительно увеличивает время ожидания. Такие факторы оказывают выраженное демотивирующее влияние, снижая количество потенциальных участников в программах ДКП и увеличивая и без того высокие показатели выхода из программы (программу покинуло 25 человек). Указанные препятствия будут приняты во внимание в рамках запланированного расширения программной деятельности, когда ДКП станет доступной на базе общественной организации «Движение за равенство», но только в Тбилиси (это не относится к сайтам в Кутаиси и Батуми, которые были недавно включены в проект).

В клиническом протоколе описана только одна схема приема препаратов, которая и предлагается в рамках пилотного проекта – прием суточной дозы. В настоящее время обсуждается возможность введения схемы с приемом препаратов «по требованию», однако сроки ее внедрения пока четко не определены. Тем не менее, местные эксперты признают необходимость внедрения такой схемы ДКП («по требованию») и будут работать над внесением соответствующих изменений в клинические протоколы. В настоящее время АРВ-препараты, используемые в ДКП, доступны в грузинских аптеках, а также в международных интернет-магазинах. Теоретически это дает возможность приобретения и использования препаратов ДКП за рамками пилотного проекта, создавая благоприятные условия для лиц, не имеющих гражданства этой страны, временно или постоянно проживающих в стране, поскольку все услуги в рамках пилотного проекта, включая информационную поддержку и консультирование, доступны только для граждан Грузии.

- Пилотный проект по ДКП был запущен **в Украине** 29 января 2018 года при финансовой поддержке Чрезвычайного плана Президента США по борьбе со СПИДом (PEPFAR).

Проект реализуется в Киеве и на начало сентября 2018 года он уже вышел на максимально предусмотренное количество клиентов (100 человек), получающих услуги доконтактной профилактики, не считая 12 клиентов, которые вышли из программы, и еще одного человека, у которого был выявлен ВИЧ через 3 месяца пребывания в программе ДКП. Проект ориентирован на МСМ и транс людей и работает в рамках комбинированной модели, предусматривающей услуги, предлагаемые как на базе сообществ, так и на базе медицинских учреждений, с максимальным вовлечением сообщества.

Общественная организация «Альянс.Глобал» выполняет широкий перечень задач в рамках проекта, в том числе занимается набором клиентов для ДКП, оценивает рискованность их поведения, проводит скрининг на ВИЧ и гепатит В, вакцинацию против гепатита В, а также предоставляет услуги кейс-менеджмента и социальную поддержку. Существует возможность получения ряда услуг непосредственно в организации, созданной на базе сообществ: кейс-менеджеры могут получать лекарства в офисе НПО, а медсестра приходит туда для проведения медицинских тестов. Программа работает с пятью доверенными врачами, которые прошли обучение у ведущего медицинского специалиста, участвовавшего в исследовании IPERGAY.

Реализация пилотного проекта проходит в соответствии с местным протоколом, утвержденным Киевским городским управлением здравоохранения. В рамках предусмотренной клиническим протоколом схемы применения препарата его прием осуществляется посуточно. Режим приема препарата «по требованию» не обсуждался, поскольку проект финансируется PEPFAR через Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), а на момент разработки и принятия клинического протокола ими предусмотрена только схема суточного приема препарата, утвержденная в США.

Планируется значительно расширить программу ДКП по всей стране. При поддержке ГФ и PEPFAR имеется возможность приобретения курсов ДКП для 3500 новых клиентов, однако средства для проведения общенациональной информационной кампании и предоставления социальной поддержки для обслуживания тысяч новых клиентов по-прежнему отсутствуют. Кроме этого, остается еще много других вопросов: как обеспечить последующее медицинское наблюдение, если не предусмотрено финансирования затрат, связанных с компонентом клинического мониторинга, а также кто будет поддерживать масштабное наращивание потенциала в медицинском сообществе и среди НПО. Национальные клинические рекомендации по ДКП еще не подготовлены, а те, которые существуют на настоящий момент, были разработаны на местном уровне и могут использоваться только в медицинском учреждении, в котором они были подготовлены (пока только в Киевской городской клинической больнице №5). Национальная стратегия, которая бы закрепила правовой статус ДКП как одного из важнейших компонентов профилактики ВИЧ, пока отсутствует. При таких обстоятельствах не совсем понятно, каким образом будет достигаться запланированное расширение программ с масштабным увеличением числа клиентов – со 100 до 3500 человек.

По состоянию на конец сентября 2018 года пилотный проект в Украине еще не проходил проверку, но респонденты, участвовавшие в настоящей оценке, подчеркивают наличие практически тех же барьеров, которые упоминались выше в случае Грузии. Дефицит информации среди потенциальных клиентов приводит к недостаточному спросу. Кроме того, по мнению респондентов, чрезмерная медикализация ДКП не способствует созданию благоприятных условий для набора новых и удержания старых клиентов в проекте. Респонденты также отмечали, что впереди еще предстоит длительная работа по изменению

отношения поставщиков услуг, особенно представляющих медицинское сообщество, чтобы получатели услуг ДКП воспринимались не как пациенты, а как клиенты профилактических программ.

Еще одна инициатива, о которой стоит упомянуть и которая была запущена в Украине в июле 2018 года, реализуется командой PrEPster¹. Она призвана содействовать повышению уровня знаний о ДКП среди медицинских работников посредством подготовки и распространения публикаций о ДКП в форме вопросов и ответов, а также предоставить людям возможность приобретать препараты ДКП в рамках онлайн-сервиса по договорной цене (которая в настоящее время составляет примерно 25 долларов США в месяц в случае приобретения 6-месячного курса). Эта фиксированная цена была согласована с производителями генерических препаратов TDF/ЗТС. Она не отличается от цены, которая предлагается в других европейских странах (например, в Великобритании) в случае заказов, оформленных через веб-сайт PrEPster. Таможенное законодательство позволяет беспшлинно ввозить товары, в том числе лекарства для личного пользования, на сумму не более 150 евро. Следует снова подчеркнуть, что это также хорошая возможность для лиц, не имеющих соответствующего гражданства, которые не участвуют в реализуемом пилотном проекте, но заинтересованы в получении ДКП уже сейчас.

□ **Молдова** является последней страной, присоединившейся к «клубу ДКП».

На момент проведения оценки Молдова уже запустила у себя реализацию инициативы по ДКП на бесплатной основе. ДКП предлагается по всей стране в каждом из 8 соответствующих учреждений (отделений ВИЧ-инфекции), в которых осуществляются программы АРТ. В следующем году к указанной инициативе присоединится также непризнанное государство Приднестровье. В мае–июне 2018 года медицинский персонал всех отделений ВИЧ-инфекции прошел обучение клиническим аспектам ДКП. Был разработан национальный клинический протокол ДКП (который также доступен на русском языке для населения Приднестровья) и закуплены необходимые препараты. Как и в случае Грузии и Украины, единственная используемая схема предполагает ежедневный прием препарата. Основной целевой группой являются ВИЧ-отрицательные партнеры в дискордантных парах, сексуальные партнеры которых не начали АРТ или еще не достигли вирусной супрессии. МСМ – это вторичная целевая группа, рассматриваемая в рамках данной программы. По состоянию на август 2018 года для участия в программе было зарегистрировано только два клиента. В настоящее время в Молдове применяется только модель предоставления услуг на базе медицинских учреждений. Предполагается, что в 2019 году при поддержке ЮНЭЙДС к программным мероприятиям присоединятся также организации на базе сообществ, однако точный формат их участия пока еще четко не определен.

1 PrEPster - британская служба поддержки для клиентов программ ДКП.

Грузия, Украина и Молдова – единственные три страны в регионе, в которых программы ДКП предлагаются бесплатно, хотя масштаб их реализации носит ограниченный характер. В других странах, принявших участие в оценке, в том числе являющихся членами Европейского Союза (ЕС), программы ДКП в рамках национальных систем здравоохранения отсутствуют. Приобрести необходимые препараты можно в местных аптеках или в интернете. При этом все затраты, связанные с закупкой лекарств, а также расходы на клинические исследования и медицинское обследование до и во время приема препаратов, должны покрываться самим клиентом. Более того, расходы, связанные с ДКП и сопутствующими услугами, не покрываются ни одним типом медицинской страховки.

Ситуация в Армении необычна в том смысле, что ДКП включена в Национальную стратегию по борьбе с ВИЧ, но при этом нет никаких гарантий бесплатного предоставления ДКП. Вместо принятия специального протокола, ДКП в Армении регулируется на основании отдельной главы протокола по АРВ-терапии, утвержденного МЗ. ДКП предлагается в СПИД-центре исключительно на платной основе. Клиенты должны заплатить около 215 долларов США за скрининг, медицинские обследования, консультации и рецепт препарата Трувада. Это очень высокая цена для страны, в которой среднемесячная зарплата составляет 260 дол. США. На настоящий момент в Армении не нашлось ни одного клиента, который бы проявил заинтересованность в получении услуг ДКП в государственных учреждениях.

Другие факторы, влияющие на доступ к ДКП в странах, где отсутствуют программы ДКП в рамках национальных систем здравоохранения

В странах проведения оценки используются различные подходы к внедрению ДКП, преимущественно основанные на создании возможности приобретения препаратов по более низким ценам или направлении клиентов к «доверенным» врачам, которые предоставляют базовые консультации и отслеживают результаты анализов крови.

Одним из таких примеров является Словакия, где брендовый препарат (Трувада) и его местные генерические формы доступны в аптеках, но при этом их стоимость составляет 413 евро в случае Трувады и 275 евро – в случае комбинированных дженериков тенофовира/эмтрицитабина. В таких условиях одна местная НПО на базе сообществ организовала закупку соответствующих препаратов по гораздо более низкой цене (70 евро, включая доставку) из Германии через Чешскую Республику.

Таким же образом организованы услуги, например, через аптеки Dynamics International и Green Cross, для оказания помощи в приобретении лекарств по более низким ценам по сравнению с их стандартной стоимостью на рынке.

Однако таможенные правила, действующие в различных странах, не всегда благоприятны для потенциальных импортеров лекарственных средств, даже в случае их ввоза для личного использования. Например, Венгрия разрешает только единовременный беспошлинный ввоз лекарственных препаратов для медицинского применения, что, по сути, делает невозможным использование таких услуг для желающих покупать ДКП на регулярной основе.

Тем не менее, создание спроса на ДКП всегда представляет собой главную проблему даже в странах с либеральным таможенным законодательством.

Планы по расширению программ ДКП в регионе

Хотя согласно результатам проведенной оценки почти во всех рассматриваемых странах отмечается высокий уровень заинтересованности в ДКП, с начала 2018 года только в трех из них были разработаны планы по запуску пилотных проектов ДКП. В Казахстане подготовка соглашения с донором находится на завершающей стадии. Проект будет реализован Национальным центром по СПИДу в партнерстве с AFEW International. Хотя конкретная модель оказания услуг еще не определена, на основании предыдущего опыта можно предположить, что будет выбрана модель обслуживания клиентов ДКП на базе медицинских учреждений, при этом НПО будут привлечены к участию в работе, связанной с распространением информации среди представителей сообщества, набором клиентов и оказанием социальной поддержки, а также консультированием по вопросам приверженности и снижения рисков. В соответствии с текущими планами закупка препаратов будет осуществляться через НПО, которая затем будет их передавать в медицинское учреждение, обслуживающее клиентов ДКП.

Вторая страна, объявившая о запуске пилотного проекта по ДКП во второй половине 2019 года – Россия. Однако, по информации из этой страны, этап внедрения может занять больше времени, чем планируется, поскольку Трувада была одобрена только для применения в схемах лечения ВИЧ-инфекции. Разрешение на использование данного препарата в качестве профилактического средства требует дополнительного документального согласования (внесения поправки в регистрационное досье) на уровне министерств. По состоянию на сегодняшний день не разработан клинический протокол и не определены целевые группы (в настоящее время в качестве последних рассматриваются дискордантные пары и/или МСМ). Кроме того, наблюдается весьма низкий уровень знаний о ДКП среди представителей КГ и медицинских работников. Тем не менее, учитывая, что соответствующие объявления были сделаны исследовательскими учреждениями федерального уровня (Федеральным центром СПИДа, Национальным медицинским исследовательским центром фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний), а также исходя из указания федерального бюджета в качестве источника финансирования, пилотный проект по ДКП в России может стать реальностью.

В конце сентября 2018 года Кыргызстан получил подтверждение о выделении финансирования на пилотный проект по ДКП и приступил к разработке соответствующего плана. В соответствии с планом на первом этапе проекта должна быть определена основная целевая группа для ДКП путем проведения фокус-групп среди различных КГ. В 2019 году Республиканский центр «СПИД» должен приобрести необходимые медикаменты и приступить к реализации программной деятельности среди представителей одной или нескольких целевых групп населения, в зависимости от результатов фокус-групп и наличия заинтересованности со стороны КГ.

Информация из других стран указывает на наличие общей заинтересованности в реализации инициатив по ДКП в пилотном режиме, но о каких-либо четких планах в этом направлении сложно говорить ввиду отсутствия в настоящее время возможности их финансирования из государственного бюджета, в рамках донорской поддержки или за счет других источников. Правительства этих стран не готовы взять на себя финансирование таких инициатив, поскольку необходимая адвокационная работа со стороны медицинского сообщества или КГ с ними не проводится. Существующий уровень знаний о ДКП среди медицинских специалистов и представителей сообществ в регионе слишком низкий для создания достаточного спроса на препараты и стимулирования необходимых адвокационных усилий в направлении обеспечения их доступности под давлением заинтересованных сторон. Существующие данные подтверждают экономическую эффективность ДКП, особенно среди групп населения с низким уровнем доступа к АРТ и высоким риском инфицирования ВИЧ^{ix}. Тем не менее, в странах, в которых не все ЛЖВ получают АРТ, ДКП рассматривается как препарат с неоднозначной репутацией, вызывающий вопросы этического характера («почему в условиях ограниченных финансовых ресурсов мы должны тратить свои средства на ДКП, когда многие ЛЖВ до сих пор не имеют доступа к АРТ?»).

Выводы

Несмотря на достижение определенного прогресса в регионе, связанного с запуском трех пилотных проектов по ДКП, впереди еще предстоит длительная работа по обеспечению доступа к ДКП для всех нуждающихся, а также желающих использовать данный метод профилактики ВИЧ-инфекции. Проведенная оценка указывает на наличие определенных положительных факторов, обеспечивающих возможность реализации программ ДКП практически в любой стране региона. Трувада и его генерическая версия зарегистрированы и продаются на всей территории региона. Хотя этот препарат не зарегистрирован в России как лекарственное средство для профилактики ВИЧ, его, тем не менее, можно использовать в исследовательских целях. Все страны, в которых проводилась оценка, выразили заинтересованность в реализации программ ДКП, а в ряде стран сообщили о наличии планов по запуску таких программ в 2019–2020 годах. Клинические рекомендации по ДКП пока разработаны только в тех странах, которые уже реализуют соответствующие проекты. Однако, как показывает опыт, клинические протоколы могут быть разработаны в относительно сжатые сроки, а ВОЗ и CDC уже опубликованы рекомендации по ДКП, которые вместе с имеющимися протоколами, разработанными в соответствии с результатами пилотных проектов в странах с большим опытом, могут быть легко адаптированы с учетом любых местных потребностей.

Комбинированные дженерики тенофовир/эмтрицитабин могут быть приобретены по более низкой цене с помощью специально разработанных онлайн-услуг (аптек Dynamics International и Green Cross), но для этого необходимо располагать информацией о ДКП, найти врача, который поможет пройти первичные и последующие медицинские обследования, а также иметь достаточную мотивацию, чтобы поддерживать приверженность к данному методу профилактики ВИЧ-инфекции. В настоящее время в странах ВЕЦА отмечается очень низкий уровень самостоятельного применения ДКП.

В ходе проведения оценки были выявлены указанные ниже препятствия на пути реализации и расширения программ ДКП. Для преодоления этих многочисленных и разнообразных барьеров необходимы значительные усилия и постоянная работа.

Барьер № 1. Недостаток информации

Одним из наиболее серьезных и значительных барьеров является не отсутствие препаратов, а острый дефицит знаний о ДКП как о методе профилактики ВИЧ среди геев, других MSM, транс людей и представителей других КГ, которые потенциально могут быть заинтересованы в ДКП. Подобный недостаток информации сам по себе

является наиболее существенным препятствием, нейтрализующим потенциальные преимущества ДКП в странах ВЕЦА. Даже когда потенциальные клиенты уже «что-то слышали о ДКП», у них часто отмечаются многочисленные заблуждения и неправильные представления в этой области. Такое явление характерно даже для специалистов, работающих в сфере ВИЧ-сервиса. Наиболее распространенным заблуждением является мнение о том, что ДКП предлагается только в рамках клинических испытаний, и что ее эффективность еще не доказана. Другое распространенное заблуждение состоит в том, что используемый препарат вызывает сильные побочные эффекты и что ИППП распространяются, потому что получатели ДКП чаще занимаются незащищенным сексом. Разоблачение безосновательности подобных заблуждений и расширение знаний о ДКП среди представителей сообщества – это одни из первых шагов, которые необходимо предпринять до осуществления каких-либо дальнейших действий.

Барьер № 2. Отсутствие спроса со стороны потенциальных клиентов

Даже там, где отсутствуют программы, обеспечивающие предоставление ДКП в рамках национальных систем здравоохранения, всегда можно пройти необходимые обследования в коммерческих лабораториях, найти соответствующих специалистов для получения консультаций и приобрести лекарства по доступной цене за счет клиента. Однако, по мнению респондентов, МСМ и транс люди не используют эту возможность, чтобы защитить себя от ВИЧ-инфекции. Причиной этого является отчасти недостаток информации, однако одно лишь распространение информации само по себе не приведет к автоматическому повышению спроса. ДКП, как и целый ряд других высокоэффективных мероприятий в области общественного здравоохранения (вакцинация, планирование семьи и т.д.), нуждается в позитивном имидже, чтобы убедить потенциальных клиентов в пользе от получения данной услуги. Использование позитивных ролевых моделей и базовых маркетинговых стратегий для продвижения ДКП может стать эффективным способом ее популяризации. В свою очередь, слаженная и активная работа с предъявлением органам власти фактов, подтверждающих наличие спроса на ДКП, может содействовать выделению государственными органами достаточного объема ресурсов для финансирования соответствующих программ.

Барьер № 3. Отсутствие поддержки со стороны медицинских работников и должностных лиц системы здравоохранения

Недостаточная осведомленность о ДКП и распространенность заблуждения о том, что «ДКП позволяет заниматься незащищенным сексом» приводят к отсутствию адвокационной поддержки

со стороны лиц, определяющих политику и ответные меры в области противодействия ВИЧ на государственном уровне. Другая проблема, на которую указывают респонденты из нескольких стран (Россия, Болгария и Украина), заключается в достижении баланса между удовлетворением потребностей в лечении и разработкой эффективных профилактических вмешательств. Многие респонденты заявили, что им трудно ответить на вопрос, является ли этичным выделение АРВ-препаратов в профилактических целях в то время, когда не все ЛЖВ получают необходимое лечение (хотя, как показывают последние исследования, ДКП значительно снижает уровень заболеваемости ВИЧ^х).

Барьер № 4. Ограниченность финансовых ресурсов

Все три пилотных проекта ДКП, которые в настоящее время реализуются в странах ВЕЦА, финансируются международными донорами. Расширение грузинского и украинского проектов также будет осуществляться за счет средств ГФ и PEPFAR. Хотя правительства соответствующих стран постепенно берут на себя ответственность за финансирование профилактических программ, они пока что не готовы инвестировать средства государственных и муниципальных бюджетов в программы ДКП и еще не располагают стратегией создания благоприятной среды для клиентов, способных самостоятельно оплачивать ДКП.

Все респонденты из стран, желающих внедрить у себя программы ДКП, заявили, что существует проблема с поиском финансирования даже для небольших проектов ДКП. Учитывая то, что основные и традиционные международные доноры, такие как ГФ и PEPFAR, планируют покинуть регион, найти дополнительное финансирование будет непросто. Это также относится к отдельным, но важным элементам программы ДКП, которые выходят за рамки простого распределения препаратов (т.е. созданию спроса, предоставлению социальной поддержки и усилению приверженности, а также наращиванию потенциала и т.д.).

Барьер № 5. Чрезмерная медикализация ДКП

Это был один из наиболее распространенных ответов респондентов из стран, которые уже имеют опыт внедрения ДКП. Используя термин «медикализация», респонденты отметили, что:

- предоставление услуг на базе медицинских учреждений часто автоматически влечет за собой ощущение, что участники программы являются пациентами, поскольку, как правило, отдельные помещения для клиентов ДКП и ВИЧ-инфицированных пациентов не предусматриваются;
- приходится постоянно корректировать свой личный график в соответствии со временем работы клиники, а также слишком часто ее посещать, чтобы получить препараты и сдать анализ крови.

Принимая во внимание то, что большинство здоровых людей (которые являются целевой группой программ ДКП), как правило, не склонны посещать медицинские учреждения без веских на то оснований, медикализация профилактических услуг – и в том числе ДКП – служит достаточной причиной для отказа от участия в программах ДКП, а во многих случаях и выхода из программ. Респонденты предложили простое решение этих проблем: оказывать соответствующие услуги на базе общественных организаций, таких как НПО на базе сообществ, тем самым приближая ДКП к клиентам.

Барьер № 6. Стигма и дискриминация

Особой проблемой, связанной с ДКП, является стигма, поскольку услуги ДКП чаще всего используются МСМ и ассоциируются с ними. Это может создавать неудобную ситуацию в некоторых случаях, когда клиент приходит, чтобы получить препарат, в результате чего врачу становится известно, что он МСМ. В странах, для которых характерно враждебное отношение к ЛГБТ-сообществу, такая ситуация может создавать еще больше проблем и приводить к нежеланию участвовать в программах ДКП во избежание дискриминации и раскрытия конфиденциальной информации клиентов в медицинских учреждениях.

Барьер № 7. Недостаточная политическая и законодательная поддержка

Предоставление ДКП предусмотрено национальными стратегиями, регулирующими ответные меры в области противодействия ВИЧ, только в трех странах (Грузия, Молдова и Армения). Это становится все более и более существенным фактором в связи с предстоящим поэтапным выходом ГФ из региона ЦВЕЦА. Отсутствие каких-либо положений, касающихся ДКП, в национальных стратегиях ставит под угрозу устойчивость этого направления в странах, которые уже приступили к реализации программ ДКП.

Рекомендации по преодолению барьеров

Всем участникам было предложено сформулировать свои рекомендации и предложения по повышению доступности ДКП и расширению соответствующих проектов в своих странах, а также в регионе в целом. Все рекомендации были проанализированы, и наиболее часто высказываемые и практически выполнимые из них приведены ниже. Подавляющее большинство рекомендаций поступило от респондентов, представляющих страны, в которых уже реализуются пилотные проекты по ДКП.

1. Создать в сообществе спрос на ДКП, в основе которого лежит информированность и осознанная потребность в ее использовании.

Это самый первый шаг, который необходимо предпринять до проведения каких-либо дальнейших мероприятий. Услуга может быть отличного качества, но она не будет востребована, если потенциальные клиенты не осведомлены о ее положительных свойствах. Целевая группа, не владеющая информацией о ДКП и необходимости ее получения, не будет испытывать и озвучивать потребность в получении и приеме соответствующих препаратов.

Эту задачу можно решить путем постоянного распространения достоверной информации о ДКП, а также связанных с ней положительных эффектах и ее отличии от традиционных методов профилактики ВИЧ. Самый очевидный способ распространения информации – это проведение масштабных национальных информационных кампаний и размещение публикаций рекламного характера на популярных информационных ресурсах (в том числе приложениях для знакомства, предназначенных для MSM, журналах, социальных сетях, таких как Facebook, VK, Instagram, Telegram). Потенциальные клиенты должны знать о данном методе профилактики ВИЧ, его эффективности, четко понимать, каким образом он может им помочь, а также располагать информацией о порядке присоединения к программе.

2. Опровергать мифы и ошибочные представления о ДКП.

Данная рекомендация относится не только к распространению информации, но и к необходимости проведения более тщательной и углубленной работы с клиентами, медицинскими специалистами и поставщиками других услуг в сфере ВИЧ-сервиса, направленной

на разоблачение мифов и заблуждений по поводу ДКП. Среди наиболее распространенных заблуждений необходимо отметить следующие: препараты ДКП по-прежнему предназначены только для клинических исследований, при этом их безопасность и эффективность пока еще не доказаны; они часто вызывают целый ряд серьезных побочных эффектов; препараты ДКП способствуют распространению рискованного поведения.

Разоблачение указанных заблуждений является важной задачей, решение которой требует серьезной работы по каждому из существующих мифов с предоставлением научно-обоснованной информации, направленной на соответствующую аудиторию. Опыт Грузии, например, показывает, что указанная проблема эффективно решается путем подготовки специальных материалов на тему популярных мифов о ДКП, а также созданием «школ ДКП» с привлечением доверенных и опытных медицинских специалистов.

3. Расширить сотрудничество между активистами сообществ и медицинскими специалистами из разных стран с целью обмена знаниями и опытом успешного внедрения программ ДКП.

Сбор и представление информации с примерами успешного внедрения программ ДКП – это достаточно простой, но эффективный метод, основанный на принципе обучения «равный-равному» на уровне стран, позволяющем учиться на опыте других. В регионе ВЕЦА уже осуществляются два успешных пилотных проекта, на примере которых могут учиться другие страны, готовые к реализации собственных инициатив в пилотном формате. Кроме того, существует опыт стран Западной Европы, таких как Франция, Бельгия и Великобритания, который может также использоваться и передаваться с помощью специалистов этих стран. Приглашение координатора по ДКП из Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC) и врача, непосредственно участвовавшего в исследовании IPERGAY, на этапе подготовки украинского проекта принесло значительную пользу при разработке стратегии внедрения ДКП и развития потенциала людей, принявших участие в выполнении проекта.

4. Обеспечить работников системы здравоохранения и специалистов медицинских учреждений и НПО технической поддержкой в области планирования и внедрения успешных программ ДКП.

Несмотря на наличие достаточного количества ресурсов и рецензируемых научных публикаций по вопросам ДКП, многие руководители в сфере здравоохранения и практикующие медицинские работники в регионе не знают о них. В большинстве источников информация представлена на английском языке, при этом немногие специалисты в данном регионе

владеют указанным языком на достаточном уровне, чтобы ознакомиться с содержанием данных материалов. Эта проблема может быть решена путем перевода и распространения наиболее важных публикаций. Еще одна рекомендация состоит в том, что подготовить «листовки» карманного формата (в виде карточек-шпаргалок), содержащие основную, наиболее значимую информацию о ДКП и критериях отбора клиентов, ключевые послы, которые активисты и организации могут использовать в работе с сообществами (потенциальными клиентами), а также параметры для клинического мониторинга.

Еще один способ распространения информации среди руководителей в сфере здравоохранения и практикующих медицинских работников – проведение тематических круглых столов, вебинаров и семинаров, формат которых должен обеспечивать охват необходимого количества специалистов.

Потенциальными союзниками при работе в данном направлении могут выступать фармацевтические компании, которые также заинтересованы в распространении такой информации и повышении узнаваемости производимой ими продукции.

5. Усилить адвокационную работу по продвижению ДКП.

Представители гражданского общества должны уметь вести диалог с лицами, отвечающих за формирование политики, а также проводить адвокацию для включения ДКП в национальные и международные стратегии профилактики ВИЧ-инфекции. Единственной возможностью для быстрого внедрения ДКП может стать обеспечение четкого понимания и поддержки ДКП со стороны государственных и международных лидеров в сфере общественного здравоохранения, особенно в странах с централизованной системой принятия решений. Эта рекомендация также актуальна для стран, в которых программа ДКП уже реализуется в пилотном формате. Учитывая сокращение финансирования со стороны международных доноров, привлечение к программной работе правительственных структур может обеспечить стабильное финансирование программ ДКП, равно как и услуг по информационно-технической поддержке и развитию потенциала.

6. Включить ДКП в стратегические и методологические документы, регламентирующие национальные ответные меры по борьбе с ВИЧ-инфекцией, и разработать комплекс эффективных показателей мониторинга и оценки для измерения качества и экономической целесообразности внедрения ДКП.

Хотя данная рекомендация не всегда гарантирует предоставление бесплатных услуг, во многих случаях указанные мероприятия представляют собой первый и существенный шаг для запуска какой-либо новой инициативы. Для обеспечения дальнейшей реализации рассматриваемой инициативы и ее жизнеспособности важно включить ДКП на официальном уровне в национальные стратегии профилактики ВИЧ-инфекции.

7. Содействовать внедрению низкопорогового и клиентоориентированного подхода к программам ДКП.

ДКП – это интервенция в сфере общественного здоровья, которая должна быть ориентирована на клиента, как и любой другой метод профилактики. Если клиенты не удовлетворены услугой, они откажутся от ее получения. Цель работников системы общественного здравоохранения состоит в том, чтобы клиенты продолжали пользоваться услугами с доказанной эффективностью в качестве средства профилактики новых случаев заражения. Это означает, что услуги должны предоставляться в рамках различных моделей, в том числе в медицинских учреждениях и организациях на базе сообществ. При этом следует избегать частых и ненужных медицинских процедур, обеспечивая гибкий график работы, удобный для клиентов, организовывая предоставление услуг медицинского онлайн-консультирования, предоставляя социальную поддержку пациентам, кейс-менеджмент и консультирование по вопросам приверженности, а также предлагая дополнительные услуги, которые могут быть интересными для клиентов (например, вакцинацию от вирусного гепатита В).

8. Решить проблемы стигматизации и дискриминации.

Стигматизация – это один из факторов, снижающих привлекательность программ ДКП на базе медицинских учреждений, по сравнению с программами, предлагаемыми организациями на базе сообществ. Принимая во внимание, что нам необходимо обеспечить удержание клиентов в программах ДКП для достижения желаемого эффекта в сфере общественного здравоохранения, большое значение имеет создание благоприятной и дружественной атмосферы без стигмы и осуждения. Это также важно, учитывая, что проведение консультаций по снижению риска и сохранению сексуального здоровья является важной составной частью любой программы ДКП и ключевым фактором в снижении распространения ИППП.

9. Разработать региональный план и создать коалицию для продвижения ДКП.

Для продвижения ДКП было бы крайне полезно создать региональную коалицию/рабочую группу, в которую вошли бы сторонники ДКП – лидеры сообществ, специалисты по ВИЧ-инфекции, обладающие необходимыми знаниями в сфере ДКП, представители структур ООН и других заинтересованных лиц – с целью разработки «дорожной карты» по расширению программ ДКП в регионе.

10. Всегда обеспечивать интеграцию вопросов профилактики и лечения ИППП в программы профилактики ВИЧ, особенно ДКП.

Хотя ДКП представляет собой эффективный метод профилактики ВИЧ, она не защищает от других ИППП. Учитывая то, что при наличии ИППП повышается риск инфицирования ВИЧ, клиенты и поставщики

услуг должны знать об этом и четко понимать, что одна таблетка не может обеспечить защиту от других инфекций в случае, если клиенты продолжают практиковать рискованное сексуальное поведение. Вспышки заболеваемости ИППП среди клиентов ДКП могут подорвать доверие и дискредитировать всю программу ДКП. И наоборот, улучшение ситуации с профилактикой и лечением ИППП в рамках программ ДКП повышает привлекательность ДКП в глазах клиентов и содействует обеспечению экономической эффективности национальных стратегий в сфере здравоохранения.

11. Рекомендации от респондентов из стран ЕС.

Все опрошенные представители стран-членов ЕС подчеркивали, что получение четких рекомендаций со стороны ЕС обеспечило бы привлечение необходимого внимания к рассматриваемой проблеме со стороны лиц, ответственных за принятие решений, а также усиление адвокационной работы по продвижению ДКП.

Рекомендуемые ресурсы

1. WHO Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) of HIV Infection
<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>
2. Библиотека CDC по вопросам доконтактной профилактики
<https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html>
3. Pre-Exposure Prophylaxis for HIV Prevention in Europe. Monitoring Implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia – 2016 progress report
<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/pre-exposure-prophylaxis-hiv-prevention-europe.pdf>
4. PrEP Demonstration Project Tools. PrEP Watch
<https://www.prepwatch.org/demo-project-tools/>
5. Pre_exposure Prophylaxis for HIV Prevention
<https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/prevention/pre-exposure-prophylaxis>
6. AIDS Education and Training Center (AETC), The Ryan White HIV/AIDS Program. Pre-Exposure Prophylaxis. Webinars and on-line training guidelines and toolkits
<https://aidsetc.org/topic/pre-exposure-prophylaxis>
7. Calabrese, S. K., Magnus, M., Mayer, K. H., Krakower, D. S., Eldahan, A. I., Gaston Hawkins, L. A., ... Dovidio, J. F. (2016). Putting PrEP into Practice: Lessons Learned from Early-Adopting U.S. Providers' Firsthand Experiences Providing HIV Pre-Exposure Prophylaxis and Associated Care. PLoS ONE, 11(6), e0157324.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0157324>
8. PreParing: PrEP for Providers and Patients. John Hopkins University. On-line training course.
Available at <https://www.coursera.org/learn/prep>
9. PrEP in Europe, онлайн-ресурс и адвокационный центр по продвижению ДКП в Европе.
<http://www.prepineurope.org/en/resources/>
10. I want PrEP Now, онлайн-центр поддержки пользователей ДКП в Великобритании.
<https://www.iwantprepnw.co.uk/>
11. The policy of PrEP, специальная сессия конференции AIDS 2018 по ДКП
<https://www.youtube.com/watch?v=C3ajPwLHdBA>

Приложение 1:
Картирование компонентов реализации ДКП в странах ВЕЦА

Страна	Препарат Трувада зарегистрирован в стране	Зарегистрирован комбинированный дженерик TDF/FTC	ДКП включена в национальную стратегию профилактики ВИЧ/СПИДа	Разработан клинический протокол по ДКП	Поставщики медицинских услуг прошли обучение по ДКП	Представители сообщества прошли обучение по вопросам ДКП	Запланировано начало/продолжение ДКП в 2019 г.	Реализуется пилотный проект
Албания								
Армения			ДКП включена в рекомендации МЗ					
Азербайджан								
Беларусь								
Болгария								
Эстония								
Грузия							Расширение	
Венгрия								
Казахстан							На стадии обсуждения	
Кыргызстан							Начало в 2019г.	
Латвия								
Македония								
Молдова							Продолжение	
Россия	Для ДКП - нет						Начало в 2019 г.	
Словакия								
Украина				Местный протокол для одной клинической больницы			Расширение	
Узбекистан								

Информация отсутствует

Да

Настично

Нет

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

ⁱWHO Technical Update on Pre-Exposure Prophylaxis. February 2015. WHO/HIV/2015.4

ⁱⁱ Grant RM, Lama JR, Anderson PL, et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *The New England journal of medicine*. 2010;363(27):2587-2599. doi:10.1056/NEJMoa1011205.

ⁱⁱⁱ Molina JM, Capitant C, Spire B, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *N Engl J Med*. 2015 Dec 3;373(23):2237-46. doi: 10.1056/NEJMoa1506273. Epub 2015 Dec 1.

^{iv} Chen, A., & Dowdy, D. W. (2014). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of HIV Pre-Exposure Prophylaxis in Men Who Have Sex with Men: Risk Calculators for Real-World Decision-Making. *PLoS ONE*, 9(10), e108742. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0108742>

^v Gomez, G. B., Borquez, A., Case, K. K., Wheelock, A., Vassall, A., & Hankins, C. (2013). The Cost and Impact of Scaling Up Pre-exposure Prophylaxis for HIV Prevention: A Systematic Review of Cost-Effectiveness Modelling Studies. *PLoS Medicine*, 10(3), e1001401. <http://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001401>

^{vi} Frankis, J., Young, I., Flowers, P., & McDaid, L. (2016). Who Will Use Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) and Why?: Understanding PrEP Awareness and Acceptability amongst Men Who Have Sex with Men in the UK – A Mixed Methods Study. *PLoS ONE*, 11(4), e0151385. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0151385>

^{vii} Marieke Bak¹, Anke van Dam², Rien Janssens³ Awareness and Acceptability of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Among Men Who Have Sex with Men in Kazakhstan: A Mixed Methods Study. *Cent Asian J Med Sci*. 2018 June;4(2):102-115.

^{viii} HIV and AIDS in Eastern Europe and Central Asia <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/eastern-europe-central-asia>

^{ix} S.Alistar, P.Grant, E.Bendavid, "Comparative effectiveness and cost-effectiveness of antiretroviral therapy and pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in South Africa", *BMC Medicine*, 2014, 12:46.

Также доступны онлайн: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003813>

^x LeVasseur, M. T., Goldstein, N. D., Tabb, L. P., Olivieri-Mui, B. L., & Welles, S. L. (2018). The Effect of PrEP on HIV Incidence Among Men Who Have Sex With Men in the Context of Condom Use, Treatment as Prevention, and Seroadaptive Practices. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 77(1), 31-40.

Материалы, рассмотренные в рамках кабинетного исследования:

1. Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции среди МСМ и трансгендерных женщин в Грузии. Клинический протокол.
2. Национальный стратегический план Грузии по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2016–2018 годы. <http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/HIV-NSP-2016-20181.pdf>
3. Клинический протокол по оказанию медицинской помощи в форме доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции среди взрослых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц. Киев, 2017 г. Доступно в печатном виде на украинском языке.
4. Департамент здравоохранения Киевской городской государственной администрации. Киевская городская клиническая больница №5. Приказ № 193 об Интеграции клинического протокола по оказанию медицинской помощи в форме доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции среди взрослых мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и трансгендерных лиц. Доступно в печатном виде на украинском языке.
5. Презентация Power Point «Среднесрочные результаты внедрения ДКП в Украине», представленная на XI Национальной ЛГБТИ-конференции в Украине. Киев, 18 октября 2018 г.
6. Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Молдова. Национальный клинический протокол по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Кишинев, 2018 г. Доступно в печатном виде на румынском языке.
7. Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики. Клинический протокол по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции. Тирасполь, 2018 г. Доступно в печатном виде на русском языке.
8. Правительство Республики Армения. Государственная целевая программа по профилактике ВИЧ/СПИДа в Республике Армения на 2017–2021 годы. Ереван, 2017 г. <http://www.irtek.am/views/act.aspx?aid=90527>
9. Министерство здравоохранения Республики Армения. Клинические рекомендации по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Ереван, 2017 г. [http://moh.am/uploads/Draft_ART%20GUIDE_24%2007%2017%20\(2\).pdf](http://moh.am/uploads/Draft_ART%20GUIDE_24%2007%2017%20(2).pdf)
10. Саммит по доконтактной профилактике (ДКП): Амстердам, 2018 год: презентации и материалы видео трансляции. Доступно по адресу: <http://www.prepineurope.org/en/prep-summit-amsterdam-2018-presentations/>



www.ecom.ngo
[www.fb.com/ecom.ngo](https://www.facebook.com/ecom.ngo)
www.twitter.com/ECOMngo
contact@ecom.ngo