



ДКП В КАЗАХСТАНЕ: БАРЬЕРЫ И ФАСИЛИТАТОРЫ

Публикация была создана и опубликована в рамках регионального проекта «Устойчивость услуг для ключевых групп населения в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) — #iSoS: Расширение возможностей и инновации», реализуемого консорциумом организаций под управлением Альянс общественного здоровья при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией. Точки зрения, представленные в настоящем документе, принадлежат исключительно его авторам и могут не совпадать со взглядами или мнениями Альянса общественного здоровья и Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией.

Авторы: Николай Лунченков, Елена Герман

Дизайн и вёрстка: Анастасия Данилевская



РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

Содержание данной публикации может свободно копироваться и использоваться для некоммерческих целей при условии, что каждое такое использование будет сопровождаться указанием на ЕКОМ как на источник.

КРАТКОЕ РЕЗЮМЕ

Данный технический аналитический обзор всесторонне оценивает факторы, влияющие на предоставление доконтактной профилактики ВИЧ (ДКП) в Республике Казахстан. На основе анализа национальных нормативно-правовых актов, приказов министерств, клинических протоколов и программных отчётов в нём отражён прогресс страны в интеграции ДКП в национальную систему профилактики ВИЧ. В обзоре определены ключевые факторы, способствующие внедрению ДКП, включая высокий уровень политической приверженности, включение ДКП в Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), а также разработку стандартизованных клинических руководств. Вместе с тем подчёркиваются сохраняющиеся барьеры, такие как фрагментированность оказания услуг, ограниченное взаимодействие с общественными организациями и стигма со стороны медицинских работников.

Важными достижениями Казахстана являются включение ДКП в государственную систему здравоохранения, разработка национального клинического протокола (Приказ № КР ДСМ-180/2023) и включение препаратов ДКП в список возмещаемых лекарственных средств (Приказ № КР ДСМ-75/2021). Тем не менее, охват ДКП остаётся неравномерным по регионам, при этом услуги в основном сосредоточены в крупных городах, таких как Алматы, Астана и Шымкент. Сельское население, мигранты и некоторые ключевые группы населения по-прежнему сталкиваются с барьерами, связанными с географическим положением, стигмой и низким уровнем осведомлённости.

В конце данного обзора представлены целевые рекомендации по политике, направленные на усиление координации, децентрализацию услуг ДКП, развитие потенциала медицинских работников и использование цифровых инноваций. Казахстан имеет все возможности для того, чтобы стать региональным лидером в области биомедицинской профилактики ВИЧ — путём консолидации своих регуляторных достижений и устранения пробелов в реализации.

ВВЕДЕНИЕ

За последние два десятилетия национальная стратегия по борьбе с ВИЧ в Казахстане значительно изменилась, перейдя от донорозависимой системы к модели, которая финансируется из бюджета страны и реализуется на государственном уровне. Эпидемия ВИЧ в стране распределяется неравномерно: самые высокие показатели распространённости отмечаются среди мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и секс-работников. Согласно данным национального эпидемиологического надзора, в Казахстане около 30 000 человек живут с ВИЧ, при этом оценочный уровень распространённости среди взрослого населения составляет 0,3%. Если раньше преобладал парентеральный путь передачи, то в настоящее время ситуация изменилась, и на половой путь приходится почти 70% новых случаев инфицирования. Продолжающийся рост эпидемии среди МСМ и других ключевых групп подчёркивает острую необходимость в дополнительных инструментах профилактики. В соответствии с рекомендациями ВОЗ и ЮНЭЙДС Казахстан внедрил доконтактную профилактику (ДКП) как стратегическое биомедицинское вмешательство для лиц с высоким риском инфицирования ВИЧ.

С 2020 года ДКП признана частью Гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) в соответствии со статьёй 99 Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (№ 360-VI ЗРК). Это законодательное решение стало поворотным моментом в институционализации профилактики ВИЧ и позволило Казахстану стать пионером в Центральной Азии по внедрению ДКП в национальную систему здравоохранения.

Изначально ДКП внедрялась в формате pilotных проектов в отдельных городах, преимущественно с фокусом на МСМ и серодискордантные пары. По состоянию на 2024 год услуги ДКП предоставляются в центрах по борьбе со СПИДом и отдельных дерматовенерологических диспансерах в крупных городах. Несмотря на достигнутый прогресс, охват ДКП остаётся ограниченным по сравнению с оценочной потребностью, а её использование сосредоточено среди небольшой части целевой группы. Сохраняются сложности с масштабированием услуг во всех регионах, интеграцией ДКП в первичную медико-санитарную помощь, а также с формальным признанием общественных организаций в качестве партнёров по предоставлению услуг.

Цель данного обзора — обобщить имеющиеся данные из политических, нормативных и программных источников, чтобы сформировать глубокое понимание благоприятных условий и сохраняющихся барьеров на пути внедрения ДКП. Обзор призван помочь в принятии стратегических решений за счёт выявления возможностей для улучшения в сфере управления, финансирования, обучения и вовлечения сообществ.

МЕТОДЫ

В данном аналитическом обзоре использовалась структурированная методология, сочетающая анализ политики и тематический синтез. Целью было оценить влияние правовой, клинической и программной среды Казахстана на внедрение и масштабирование ДКП. Анализ был сосредоточен на нормативных основах, механизмах предоставления услуг, финансировании и участии сообществ.

ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ

Основными источниками послужили следующие нормативные и программные документы:

- Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» (№ 360-VI ЗРК, 2020 г.),
- Приказ № КР ДСМ-137/2020 о мерах профилактики ВИЧ,
- Клинический протокол по ВИЧ-инфекции у взрослых № 180 (17 марта 2023 г.),
- Приказ № КР ДСМ-45/2022 о лицензировании фармацевтической деятельности,
- Приказ № КР ДСМ-148/2020 о квалификационных требованиях к медицинской и фармацевтической практике,

- Приказ № КР ДСМ-75/2021 о перечне лекарственных средств, предоставляемых бесплатно и на льготных условиях,
- Консультативные отчёты и материалы региональных консультаций 2024 года по внедрению ДКП в Центральной Азии.

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Анализ включал три ключевых этапа: (1) обзор документов и их классификация по тематическим направлениям (политика, финансирование, предоставление услуг и работа с сообществами); (2) извлечение ключевых положений, относящихся к регулированию ДКП и предоставлению услуг; и (3) синтез этих положений в виде барьеров и фасилитаторов в соответствии с Рамочной моделью ВОЗ по внедрению ДКП. Согласованность выводов обеспечивалась за счёт триангуляции данных из правовых и программных документов.

ОГРАНИЧЕНИЯ

Поскольку данный анализ основан на обзоре вторичных данных, он не включал интервью со стейкхолдерами или сбор полевых данных. Результаты отражают национальный контекст по состоянию на 2024 год. Отсутствие стандартизованных индикаторов отчётности по ДКП затрудняет межрегиональные сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нормативно-правовая среда и политика

Казахстан сформировал одну из наиболее комплексных и прогрессивных нормативно-правовых сред для интеграции доконтактной профилактики (ДКП) в национальную программу борьбы с ВИЧ в Центральной Азии. Основой этого законодательства является Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения» Республики Казахстан (№ 360-VI ЗРК, принятый в июле 2020 года). Статьи 99 и 160 Кодекса прямо признают профилактику ВИЧ, включая до- и постконтактную профилактику, частью Гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Это правовое включение обеспечивает лицам с риском инфицирования ВИЧ доступ к услугам ДКП, медицинскому наблюдению и препаратам бесплатно в рамках финансируемой государством системы здравоохранения. Принятие этих правовых норм демонстрирует значительный прогресс в развитии политики и переход от донорской модели профилактики ВИЧ в Казахстане на полностью институционализированную, национальную программу. Они также устанавливают чёткие государственные обязательства по обеспечению непрерывности и качества предоставления ДКП, тем самым интегрируя биомедицинскую профилактику в долгосрочные обязательства страны в области общественного здравоохранения.

Дополнительные операционные разъяснения содержатся в Приказе № КР ДСМ-137/2020 Министра здравоохранения «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции». Этот приказ устанавливает процедурные рамки профилактики ВИЧ, включая доконтактную и постконтактную профилактику. В нём изложены обязанности медицинских учреждений по консультированию пациентов, оценке рисков, ведению документации и поддержке приверженности. Важно отметить, что приказ формализует ДКП как медицинское вмешательство, а не как пилотный или исследовательский проект, что позволяет предоставлять её через государственные медицинские учреждения в рамках стандартных клинических процедур.

Клинический протокол по ВИЧ-инфекции у взрослых № 180, утверждённый в марте 2023 года, конкретизирует эти правовые обязательства, определяя клинические критерии включения пациентов, требования к лабораторному мониторингу и процедуры последующего наблюдения. В протоколе указано, что ДКП может начинаться только после подтверждения отрицательного результата теста на ВИЧ с помощью лабораторного анализа (ELISA или ECLIA). Протокол рекомендует проводить последующие обследования каждые три месяца, включая повторное тестирование на ВИЧ и мониторинг функции почек у лиц старше 50 лет или с сопутствующими заболеваниями, а также консультирование по вопросам приверженности терапии. Документ согласуется с рекомендациями ВОЗ (включая обновления 2016 и 2021 годов), отражая намерение Казахстана привести национальные стандарты в соответствие с лучшими международными практиками.

Протокол 2023 года также подчёркивает важность интегрированного подхода к предоставлению услуг и рекомендует сочетать консультирование по ДКП, тестирование и клинический мониторинг с другими профилактическими услугами, такими как скрининг на ИППП и тестирование на гепатиты. Внедряя ДКП в существующие структуры по борьбе с ВИЧ и охране сексуального здоровья, Казахстан может повысить эффективность и устойчивость программ.

Дополняют эти клинические и профилактические положения два ключевых нормативных документа, регулирующих фармацевтическую и профессиональную сферы предоставления ДКП. Приказ № КР ДСМ-45/2022 устанавливает лицензионные требования к фармацевтической деятельности, включая хранение лекарственных средств, контроль качества и распространение. Он предусматривает, что только лицензированные аптеки и медицинские учреждения могут работать с лекарственными средствами, содержащими контролируемые вещества, такие как антиретровирусные препараты. Эти нормы направлены на соблюдение строгих стандартов хранения, контроля температуры и влажности и ведения документации, обеспечивая соответствие всех этапов управления препаратами для ДКП требованиям надлежащей фармацевтической практики (GPP).

В то же время Приказ № КР ДСМ-148/2020 определяет требования к квалификации и сертификации медицинского и фармацевтического персонала, устанавливая, что назначать ДКП могут только лицензированные врачи. Фармацевты и медсёстры должны работать под надзором и иметь документально подтверждённую профессиональную квалификацию. Хотя эта система обеспечивает качество и подотчётность, она также ограничивает возможности перераспределения задач или распространения препаратов на базе сообществ, что могло бы повысить доступность услуг и снизить нагрузку в регионах с высоким спросом.

Приказ № КР ДСМ-75/2021 закрепляет вопросы финансирования и устойчивости и включает антиретровирусные препараты, используемые для ДКП, — в частности, тенофовира дизопроксила фумарат/эмтрицитабин (TDF/FTC) — в Перечень лекарственных средств и медицинских изделий, предоставляемых бесплатно и/или на льготных условиях.

Это решение формализует финансирование ДКП в рамках национального бюджета здравоохранения и системы социального страхования, обеспечивая непрерывные государственные закупки и распределение лекарственных средств. Интеграция ДКП в систему возмещения расходов является важной вехой, поскольку она гарантирует закупку препаратов ДКП наряду с антиретровирусной терапией и другими основными лекарственными средствами. Это снижает зависимость от внешних доноров и способствует устойчивости в долгосрочной перспективе.

Тем не менее, несмотря на прочную нормативно-правовую базу, сохраняется ряд проблем. Сложность правового регулирования может затруднять межсекторальную координацию между органами здравоохранения, аптеками и общественными организациями. Требования к лицензированию и отчётности сильно централизованы, что ограничивает возможности адаптации моделей предоставления ДКП к различным контекстам, например на базе сообществ, онлайн или через мобильные сервисы. Кроме того, хотя Кодекс о здоровье гарантирует свободный доступ в принципе, административные процессы, связанные с закупкой, продлением рецептов и ведением документации, могут приводить к процедурным задержкам, которые влияют на непрерывность получения услуг пользователями.

В целом, нормативно-правовая среда и политика Казахстана демонстрируют высокий уровень приверженности биомедицинской профилактике ВИЧ и в значительной степени соответствуют международным нормам. Система обеспечивает правовую защиту, финансовую стабильность и клиническую стандартизацию, но могла бы выиграть от большей гибкости и внедрения дифференцированных моделей предоставления услуг и моделей под руководством сообществ. По мере перехода страны от разработки политики к крупномасштабной реализации оптимизация нормативной согласованности и координации станет ключевым фактором достижения равного общенационального охвата ДКП.

Клиническая и операционная организация

В Казахстане предоставление ДКП организовано по модели оказания услуг на базе клиник, что отражает централизованный характер государственной системы здравоохранения страны. Услуги предоставляются в основном через существующую сеть центров по борьбе со СПИДом, дерматовенерологических диспансеров и отдельных организаций первичной медико-санитарной помощи, которые находятся под контролем региональных департаментов здравоохранения. Хотя такая модель обеспечивает медицинский контроль, стандартизированное предоставление услуг и интеграцию в более широкий континуум оказания ВИЧ-помощи, она также создаёт проблемы, связанные с доступностью и гибкостью услуг.

Путь предоставления услуг ДКП чётко изложен в Клиническом протоколе по ВИЧ-инфекции у взрослых № 180 от 2023 года. Он начинается с индивидуальной оценки риска, в ходе которой пациенты получают консультации по вопросам сексуального поведения, вариантов профилактики и требований к приверженности терапии. После консультации перед началом ДКП обязательным является тестирование на ВИЧ. Протокол устанавливает, что для назначения ДКП допустимы только лабораторные методы тестирования на ВИЧ — иммуноферментный анализ (ELISA) или электрохемилюминесцентный иммуноанализ (ECLIA). Экспресс-тесты рассматриваются только в качестве предварительной меры и должны сопровождаться подтверждающим тестированием в сертифицированной лаборатории. Хотя это обеспечивает точность диагностики и безопасность пациентов, это может задержать начало приёма для тех, кто прошёл тестирование в рамках аутрич-работы или на базе сообществ.

После подтверждения ВИЧ-отрицательного статуса клиенты проходят клиническое обследование, включающее скрининг на инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), гепатит В и С, а также, при наличии показаний, тесты на функцию почек. После начала приёма ДКП проводится ежеквартальный мониторинг, включающий повторное тестирование на ВИЧ, консультирование по вопросам приверженности терапии и повторную оценку функции почек для клиентов старше 50 лет или с сопутствующими заболеваниями, такими как диабет или гипертония. Такая структурированная система последующего наблюдения направлена на поддержание приверженности терапии, обеспечение безопасности и раннее выявление сероконверсии.

Основная схема приёма препаратов ДКП в Казахстане включает фиксированную комбинацию тенофовира дизопроксила фумарата (TDF) 300 мг и эмтрицитабина (FTC) 200 мг. Эти препараты включены в Перечень лекарственных средств и медицинских изделий, предоставляемых бесплатно и/или на льготных условиях (Приказ № ҚР ДСМ-75/2021), что означает возможность их бесплатного предоставления в рамках Гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Препараты выдаются через региональные центры по борьбе со СПИДом и лицензированные аптеки, аффилированные с медицинскими учреждениями. Хранение и выдача препаратов осуществляются в строгом соответствии с требованиями Приказа № ҚР ДСМ-45/2022, включая контроль температуры (15–25 °C), влажности ниже 65% и строгое ведение фармацевтической документации.

Несмотря на чёткий клинический протокол и нормативно-правовую поддержку, доступ к услугам остаётся ограниченным за пределами крупных городов. По состоянию на 2024 год стабильная система предоставления ДКП налажена в Алматы, Астане, Шымкенте и некоторых областных центрах, таких как Караганда и Павлодар. В сельских и полусельских районах часто используются системы направления пациентов, из-за чего пациентам приходится преодолевать большие расстояния, чтобы получить доступ к услугам по началу приёма ДКП или последующему наблюдению. Этот географический дисбаланс приводит к задержкам в начале терапии, снижению приверженности и прекращению приёма препарата среди мобильных и удалённых групп населения. Децентрализация услуг до уровня первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) значительно расширила бы охват, но этот переход происходит постепенно и затруднён ограниченной подготовкой медицинских работников ПМСП по вопросам назначения ДКП и процедур последующего наблюдения.

Ключевым компонентом экосистемы внедрения ДКП в Казахстане является активное участие неправительственных организаций (НПО) и организаций на базе сообществ. Эти организации играют важную роль в создании спроса, просвещении клиентов и служат связующим звеном между ними и системой здравоохранения, особенно когда речь идёт о мужчинах, практикующих секс с мужчинами (МСМ), трансгендерных людях и секс-работниках. Посредством аутрич-работы, равного наставничества и онлайн-платформ для коммуникации НПО повышают осведомлённость и оказывают поддержку людям на всех этапах процесса ДКП. Однако действующее законодательство запрещает НПО назначать или выдавать антиретровирусные препараты. Следовательно, их роль ограничивается консультированием, оценкой рисков и направлением к специалистам. Отсутствие правовых механизмов для предоставления ДКП на уровне сообществ ограничивает масштабы и адаптивность программы, особенно для групп населения, которые избегают формальной системы здравоохранения из-за стигмы или опасений по поводу конфиденциальности. Правительство и гражданское общество осознают эти ограничения и исследуют гибридные и инновационные модели предоставления услуг для расширения доступа. В некоторых регионах были запущены pilotные программы оказания услуг ДКП на уровне сообществ, в рамках которых НПО проводят первичное консультирование и скрининг рисков, за которыми следуют телеконсультации с врачами из центров по борьбе со СПИДом, выписывающими электронные рецепты.

Препараты затем отпускаются через партнёрские аптеки. Хотя эти модели являются перспективными, они остаются на pilotной стадии и ограничены определёнными регионами до получения официального разрешения от регулирующих органов на более широкое внедрение.

Ещё один перспективный подход связан с цифровизацией предоставления услуг ДКП. Осуществляемая в Казахстане цифровая трансформация здравоохранения в рамках стратегии «Цифровое здоровье 2025» включает интеграцию электронных медицинских карт, электронных рецептов и систем телемедицины. ДКП рассматривается как потенциальная сфера для цифрового предоставления услуг, и в настоящее время ведётся работа по созданию электронных инструментов мониторинга приверженности терапии, SMS-напоминаний о записи на приём и онлайн-платформ для консультирования. В случае полной реализации эти цифровые инструменты могут существенно повысить удержание клиентов и непрерывность оказания медицинских услуг, особенно среди молодых, мобильных и технически подкованных групп населения.

С операционной точки зрения кадровый потенциал остаётся критическим фактором качества услуг ДКП. Хотя в большинстве центров по борьбе со СПИДом работают специалисты по инфекционным заболеваниям и квалифицированные консультанты, уровень подготовки персонала к консультированию по вопросам ДКП варьируется. Инициативы по обучению, проводимые международными партнёрами, такими как ЮНЭЙДС, ВОЗ и ПРООН, повысили компетентность специалистов, но для обеспечения согласованности в консультировании, оценке рисков и последующем наблюдении необходимы постоянное повышение квалификации и разработка стандартных операционных процедур (СОП). Кроме того, подходы, основанные на распределении задач, могли бы расширить роль фармацевтов, медсестёр и социальных работников, позволяя им оказывать поддержку по приверженности и обучать клиентов под медицинским наблюдением.

Наконец, системы мониторинга и оценки (МиО) предоставления услуг ДКП всё ещё находятся на ранних этапах развития. Хотя центры по борьбе со СПИДом собирают клинические данные о начале терапии и последующем наблюдении, эти показатели ещё не полностью интегрированы в национальную электронную систему здравоохранения. В результате национальная статистика по началу приёма ДКП, удержанию клиентов и приверженности является неполной. Единый модуль мониторинга ДКП в рамках существующего Электронного регистра медицинских услуг позволил бы отслеживать эффективность программы в режиме реального времени и поддерживать принятие решений на основе фактических данных.

В целом, клиническая и операционная организация ДКП в Казахстане хорошо структурирована, хотя всё ещё находится на стадии становления. В стране разработаны чёткие протоколы, стандартизованные процедуры и надёжные системы поставок лекарственных препаратов. Однако остаются проблемы децентрализации услуг, обеспечения равного регионального охвата и интеграции механизмов предоставления услуг на базе сообществ и цифровых технологий. Ключевыми шагами для достижения устойчивого и масштабируемого внедрения ДКП по всей стране являются укрепление сотрудничества между государственными учреждениями и НПО, расширение программ обучения специалистов и интеграция индикаторов ДКП в национальные системы данных.

Финансирование и устойчивость

Включение доконтактной профилактики (ДКП) в Гарантированный объём бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) и национальный перечень возмещаемых лекарственных средств в Казахстане является ключевым шагом на пути к обеспечению финансовой устойчивости и национальной ответственности за биомедицинскую профилактику ВИЧ. Переход от поддерживаемых извне пилотных инициатив к полностью государственному финансированию демонстрирует сильную политическую волю страны и стратегическую приверженность обеспечению непрерывности услуг по профилактике ВИЧ.

В соответствии с положениями Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» (2020 г.), ГОБМП гарантирует предоставление основных медицинских услуг, включая профилактику, лечение и тестирование на ВИЧ, бесплатно для соответствующих групп населения. Включение ДКП в эту систему формально закрепляет государственное финансирование доступа к антиретровирусной профилактике для всех лиц с существенным риском инфицирования ВИЧ, как это определено в Клиническом протоколе по ВИЧ-инфекции у взрослых № 180 (2023 г.). Это решение приравнивает ДКП к другим профилактическим мероприятиям в сфере здравоохранения, таким как вакцинация и программы скрининга, что свидетельствует о долгосрочной политической приверженности профилактике и равенству в сфере здравоохранения.

Финансовая структура внедрения ДКП организована через централизованные механизмы закупок, управляемые Министерством здравоохранения и Национальным центром экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий. Закупка, хранение и распределение препаратов для ДКП – в первую очередь тенофовира дизопроксил фумарата/эмтрицитабина (TDF/FTC) – регулируются Приказом № КР ДСМ-75/2021 «Об утверждении перечня лекарственных средств и медицинских изделий для бесплатного и льготного обеспечения». Данный приказ предусматривает включение препаратов для ДКП в ежегодный национальный план закупок, обеспечивая прогнозируемые поставки за счёт внутренних источников финансирования. Параллельно Приказ № КР ДСМ-45/2022 регулирует лицензирование и обеспечение качества фармацевтической деятельности, требуя, чтобы закупки соответствовали стандартам надлежащей производственной практики (GMP) и надлежащей дистрибуторской практики (GDP). В совокупности эти меры обеспечивают качество, безопасность и непрерывность цепочек поставок препаратов для ДКП во всех регионах страны.

Переход к полному внутреннему финансированию стал важной вехой в развитии программы по борьбе с ВИЧ в Казахстане. Исторически профилактика ВИЧ, включая внедрение ДКП и демонстрационные проекты, активно поддерживалась международными партнёрами, такими как Глобальный фонд, ЮНЭЙДС и ПРООН. В период с 2018 по 2021 год пилотные инициативы в Алматы и Шымкенте финансировались преимущественно за счёт донорских механизмов, что позволило стране протестировать модели предоставления услуг и оценить готовность ключевых групп к использованию ДКП. К 2022 году правительство полностью интегрировало финансирование ДКП в национальный бюджет здравоохранения, тем самым институционализировав ДКП как часть государственной системы здравоохранения, а не как временную инициативу при поддержке доноров.

Несмотря на достигнутый прогресс, сохраняется ряд проблем в финансовом и логистическом управлении. Наблюдаются региональные различия в возможностях закупок и эффективности распределения. Хотя национальная система закупок обеспечивает общую доступность препаратов, отдельные учреждения иногда сталкиваются с нехваткой или задержками поставок, особенно в отдалённых областях. Эти проблемы обусловлены неравномерным прогнозированием спроса, различиями в охвате пациентов и процедурными задержками при утверждении региональных заявок.

В ряде случаев запасы препаратов для ДКП накапливаются в крупных городах, в то время как периферийные учреждения сталкиваются с краткосрочными дефицитами, что нарушает непрерывность приема препаратов клиентами. Укрепление прогнозирования на основе данных и внедрение гибких механизмов перераспределения могли бы снизить эти дисбалансы и повысить равенство в предоставлении услуг.

Вопрос бюджетных приоритетов также влияет на долгосрочную стабильность программы. В рамках более широкой системы финансирования здравоохранения Казахстана профилактика ВИЧ конкурирует с другими национальными приоритетами, такими как неинфекционные заболевания, охрана здоровья матери и ребёнка, а также готовность к пандемиям. Хотя текущие ассигнования покрывают закупку препаратов для ДКП и базовое клиническое наблюдение, сопутствующие расходы — включая лабораторную диагностику, обучение персонала, мониторинг и аутрич-работу — не всегда явно заложены в бюджет. Эти дополнительные расходы часто покрываются центрами по борьбе со СПИДом или местными органами власти, что создаёт дополнительную нагрузку на ограниченные институциональные ресурсы. Разработка комплексной модели финансирования ДКП с включением всех этих компонентов в формальное бюджетное планирование повысила бы прозрачность, устойчивость и эффективность программы.

Важным направлением на будущее является потенциальная интеграция ДКП в систему обязательного социального медицинского страхования (ОСМС), которую Казахстан расширил с 2020 года. Хотя в настоящее время ДКП финансируется в рамках ГОБМП, согласование с механизмами ОСМС могло бы диверсифицировать источники финансирования и расширить участие частного сектора в предоставлении услуг. Такая интеграция также позволила бы людям, предпочитающим частные медицинские центры, получать ДКП за счёт страхового покрытия, снижая нагрузку на государственные учреждения. Кроме того, развитие государственно-частных партнёрств могло бы способствовать расширению услуг ДКП в недостаточно охваченных регионах за счёт использования частных аптечных сетей и платформ телемедицины.

С макроэкономической точки зрения внутреннее финансирование ДКП является как экономически эффективной, так и ориентированной на укрепление здоровья инвестицией. Международные данные стабильно показывают, что расширение охвата ДКП существенно снижает число новых случаев ВИЧ-инфицирования и, как следствие, долгосрочные расходы на лечение. В Казахстане, где государство полностью покрывает стоимость антиретровирусной терапии (АРТ), ожидается, что масштабирование ДКП приведёт к ощутимой экономии бюджетных средств за счёт предотвращения новых случаев инфицирования. Однако эти экономические выгоды в значительной степени зависят от эффективности программы, высокого уровня приверженности и стратегического фокусирования на группах населения с наибольшим риском инфицирования ВИЧ.

Для укрепления финансовой устойчивости ДКП следует приоритизировать ряд ключевых мер. Во-первых, Казахстану необходимо институционализировать многолетнее бюджетное планирование закупок и реализации ДКП, согласовав его с национальной стратегией по борьбе с ВИЧ и основываясь на реалистичных прогнозах спроса. Во-вторых, следует разработать специализированную систему финансового мониторинга ДКП для отслеживания расходов на препараты, лабораторные услуги и человеческие ресурсы. В-третьих, создание национальных и региональных буферных запасов позволит предотвратить локальные дефициты и повысить устойчивость к сбоям в цепочках поставок. В-четвёртых, включение анализа экономической эффективности в ежегодные циклы планирования укрепит аргументацию в пользу устойчивых инвестиций. Наконец, изучение возможностей региональных механизмов закупок или внутреннего производства TDF/FTC может снизить стоимость единицы продукции и обеспечить безопасность поставок.

В заключение, Казахстан заложил прочную финансовую основу для предоставления ДКП, интегрировав её в ГОБМП, институционализировав в национальной системе закупок и обеспечив целевое государственное финансирование. Хотя существующая система обеспечивает долгосрочную устойчивость, дальнейшее внимание должно быть направлено на оптимизацию финансового управления, прогнозирования и подотчётности. Для достижения полной финансовой зрелости программы ДКП необходимо не только сохранение политической приверженности, но и стратегические инновации, направленные на эффективное, справедливое и прозрачное использование ресурсов.

Вовлечение сообществ и стейкхолдеров

Организации гражданского общества играют ключевую роль в развитии ДКП в Казахстане с самых ранних этапов внедрения программы, оказывая решающее влияние на формирование спроса, повышение осведомлённости и поддержку приверженности среди групп населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Эффективность предоставления услуг ДКП в стране зависит не только от медицинской и нормативной систем, но и от уровня вовлечения сообществ и механизмов формирования доверия. Поскольку эпидемия ВИЧ в Казахстане по-прежнему сосредоточена среди ключевых групп — в частности, мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), трансгендерных людей, секс-работников и людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), — участие гражданского общества имеет решающее значение для обеспечения приемлемости, доступности и ориентированности услуг на потребности клиентов.

Организации на базе сообществ и неправительственные организации (НПО) стали основным связующим звеном между системой общественного здравоохранения и уязвимыми сообществами. Посредством аутрич-работы, равного наставничества и цифровых каналов коммуникации они предоставляют информацию о вариантах профилактики ВИЧ, повышают осведомлённость о ДКП и помогают людям пройти процедуры тестирования и начала приёма препарата.

Инициативы под руководством сообществ используют разнообразные подходы для охвата потенциальных пользователей ДКП. Равное консультирование и работа в социальных сетях оказались особенно эффективными для формирования спроса среди МСМ и молодого городского населения. Цифровые кампании на таких платформах, как Telegram, Instagram и Grindr, предоставляют достоверную информацию о ДКП, опровергают дезинформацию и направляют пользователей к дружественным медицинским специалистам. Многие НПО поддерживают горячие линии и онлайн-консультации, где подготовленные равные консультанты или аутрич-работники обеспечивают конфиденциальное консультирование и направляют в ближайшие Центры СПИДа. Такой низкогородовой, основанный на доверии формат взаимодействия имеет критическое значение для охвата людей, которые в противном случае могли бы избегать формальных медицинских учреждений из-за стигмы или страха раскрытия статуса.

Несмотря на эти успехи, участие сообществ в предоставлении услуг ДКП остаётся структурно ограниченным правовыми и нормативными барьерами. В соответствии с действующим законодательством, НПО не имеют права назначать, выдавать или хранить лекарственные средства, включая антиретровирусные препараты для ДКП. Их роль ограничивается информированием о профилактике, оценкой рисков и направлением клиентов в лицензированные медицинские учреждения. Эти нормативные ограничения препятствуют развитию моделей предоставления услуг под руководством сообществ или децентрализованных подходов, таких как начало приёма ДКП в день обращения, мобильное распределение препаратов или продление терапии через аптечные сети, которые уже применяются в ряде других стран со средним уровнем дохода.

В результате, даже при успешной мотивации потенциальных пользователей со стороны НПО, клиенты вынуждены проходить несколько этапов — тестирование, медицинскую консультацию и получение рецепта — прежде чем получить препарат. Каждый из этих этапов создаёт дополнительные логистические и психологические барьеры, приводя к потере клиентов на различных этапах каскада ДКП.

Тем не менее, сотрудничество между Центрами СПИДа и НПО в последние годы расширилось и постепенно улучшилось. В ряде регионов партнёрства были formalизованы посредством меморандумов о взаимопонимании, что позволило общественным организациям направлять клиентов, сопровождать их на клинические приёмы и участвовать в информационных кампаниях. Центры СПИДа всё чаще опираются на сотрудников НПО в вопросах мобилизации сообществ, просвещения и сбора данных в ходе аутрич-кампаний. Однако такие форматы сотрудничества по-прежнему носят проектный, неформальный характер и финансируются нерегулярно; в национальной программе по ВИЧ отсутствует отдельная бюджетная статья, пред назначенная для предоставления услуг сообществами. Это ограничивает масштабируемость и устойчивость, поскольку деятельность НПО часто зависит от краткосрочного донорского финансирования, а не от стабильной институциональной поддержки.

Структура финансирования участия сообществ в Казахстане претерпела значительные изменения в процессе перехода к внутреннему финансированию. Исторически НПО получали существенную поддержку со стороны Глобального фонда и агентств ООН для реализации мероприятий в области профилактики, адвокации и наращивания потенциала. По мере сокращения внешнего финансирования общественные организации начали искать пути интеграции в национальные системы через механизмы государственного социального заказа. Хотя по этой модели было успешно реализовано несколько проектов, связанных с ВИЧ, процесс заключения контрактов остаётся конкурентным и административно сложным; часто предпочтение отдаётся крупным организациям с развитой инфраструктурой. Меньшие группы под руководством сообществ — особенно те, которые представляют маргинализированные группы населения, — продолжают сталкиваться с барьерами при доступе к государственному финансированию, несмотря на их тесные связи с представителями сообществ.

Ещё одним важным аспектом вовлечения сообществ является содействие приверженности и долгосрочному удержанию пользователей ДКП. Программы поддержки приверженности под руководством равных, онлайн-инструменты напоминаний и групповые обсуждения показали свою эффективность в поддержании мотивации и устранении заблуждений, связанных с побочными эффектами или стигмой. НПО разработали креативные стратегии удержания, такие как инициативы «Чемпионы ДКП» и системы последующего сопровождения на базе сообществ, которые используют сети взаимопомощи для поддержания контакта с клиентами, прекратившими приём препарата. Интеграция этих механизмов на уровне сообществ в формальную систему здравоохранения могла бы существенно улучшить показатели удержания.

На уровне политики институционализация участия сообществ остаётся направлением для дальнейшего развития. Хотя Национальная стратегия по борьбе с ВИЧ и соответствующие нормативные акты Министерства здравоохранения Казахстана признают роль НПО, в стране отсутствует стандартизованный механизм включения индикаторов, основанных на деятельности сообществ, в национальные системы мониторинга. В результате вклад гражданского общества в охват ДКП и приверженность лечению часто недооценивается в официальной статистике, что ограничивает возможности оценки их влияния и адвокации большей вовлечённости. Создание формальной Рамочной модели вовлечения сообществ — с чётко определёнными ролями, механизмами финансирования и показателями эффективности — позволило бы привести подход Казахстана в соответствие с международными лучшими практиками, продвигаемыми ЮНЭЙДС и ВОЗ.

Развитие цифровых технологий и телемедицины открывает новые перспективные возможности для вовлечения сообществ. Ряд НПО уже начал интегрировать цифровые инструменты в свои аутрич-стратегии, предлагая онлайн-оценку рисков, запись на приём и дистанционные консультации с медицинскими специалистами. Эти инновации не только повышают доступность услуг для клиентов в удалённых или консервативных регионах, но и помогают получить информацию и услуги конфиденциально и без стигмы. Партнёры между НПО и цифровыми медицинскими платформами могут стать катализатором трансформаций на следующем этапе масштабирования ДКП.

В заключение, организации гражданского общества являются основой экосистемы формирования спроса на ДКП и поддержки клиентов в Казахстане. Их уникальное положение внутри сообществ позволяет устранять структурные разрывы между группами повышенного риска и формальной системой здравоохранения. Однако реализация полного потенциала вовлечения сообществ требует структурных реформ — в частности, правового разрешения дифференцированных моделей предоставления услуг, стабильного государственного финансирования и формальной интеграции в национальные механизмы управления здравоохранением. Расширение полномочий НПО и лидеров сообществ как равноправных партнёров в предоставлении услуг ДКП станет ключевым фактором устойчивого прогресса и обеспечения равного доступа для всех людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ в Казахстане.

БАРЬЕРЫ И ФАСИЛИТАТОРЫ

В обзоре были выявлены системные, операционные и социокультурные барьеры, а также факторы, способствующие расширению программы.



БАРЬЕРЫ

- 1 Жёсткое регулирование: ограничения, связанные с лицензированием, препятствуют внедрению гибких моделей, основанных на работе сообществ или фармацевтов.
- 2 Концентрация услуг: ДКП в основном предоставляется в городах, что ограничивает доступ для сельских и мобильных групп населения.
- 3 Слабая интеграция данных: национальные электронные системы не содержат индикаторов, специфичных для ДКП.
- 4 Стигма и ограниченная подготовка медицинских работников снижают охват и приверженность терапии.
- 5 Страх раскрытия статуса среди ключевых групп населения ограничивает спрос.
- 6 Неравномерность цепочек поставок иногда приводит к локальному дефициту препаратов.



ФАСИЛИТАТОРЫ

- 1 Сильная политическая приверженность и государственное финансирование обеспечивают устойчивость программы.
- 2 Соответствие стандартам ВОЗ обеспечивает техническую надёжность.
- 3 Развитая сеть центров СПИДа облегчает клинический надзор.
- 4 Активное участие НПО укрепляет связь с сообществами.
- 5 Расширение цифровых систем здравоохранения открывает возможности для инноваций.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОЛИТИКЕ

- 1 Усилить координацию путём создания национальной руководящей группы по ДКП для контроля процессов внедрения, стандартизации и мониторинга.
- 2 Интегрировать ДКП в систему первичной медико-санитарной помощи для обеспечения универсальной доступности.
- 3 Внедрить механизмы распределения задач, позволяющие обученным медсёстрам и фармацевтам выдавать ДКП.
- 4 Разработать электронные реестры ДКП, интегрированные с национальными базами данных здравоохранения.
- 5 Расширить профессиональное обучение и инициативы по снижению стигмы среди медицинских работников.
- 6 Институционализировать сотрудничество с НПО через контракты на предоставление услуг.
- 7 Провести общенациональные информационные кампании, продвигающие ДКП как часть профилактической медицины.
- 8 Усилить управление логистикой и прогнозирование закупок.
- 9 Разработать модели телемедицины и онлайн-рецептов.
- 10 Обеспечить трансграничный доступ к ДКП для мигрантов в рамках Евразийского экономического союза.
- 11 Расширить услуги ДКП и рассмотреть включение форм с пролонгированным действием как дополнительного метода профилактики ВИЧ.

