



**СНИЖЕНИЕ
ВРЕДА
РАБОТАЕТ –
ОБЕСПЕЧЬТЕ
ФИНАНСИРОВАНИЕ!**



На пути к устойчивому финансированию снижения вреда *Региональный отчет*

По итогам первого года реализации Региональной программы
«Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!»



ОГЛАВЛЕНИЕ

БЛАГОДАРНОСТИ	2
ПРЕДИСЛОВИЕ.....	3
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	10
Эпидемиологическая и политическая ситуация в регионе ВЕЦА.....	10
Снижение вреда работает.....	11
Обеспечьте финансирование!.....	11
МЕТОДОЛОГИЯ	14
Ограничения.....	15
ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.....	19
1. Для программ ОЗТ и ПИШ необходимо расширение охвата.....	19
2. Существенные различия в удельной стоимости услуг ПИШ и ОЗТ по странам из-за различий в видах услуг и количестве клиентов	24
3. Политика и механизмы предоставления услуг не всегда ориентированы на потребности сообщества.....	32
4. Существующие программы снижения вреда обращают мало внимания на особые потребности женщин и молодежи.....	35
5. Респонденты указали на законодательные препятствия к получению услуг, в частности, связанные с личной безопасностью и угрозами со стороны сотрудников правоохранительных органов	36
6. При сохранении текущей стоимости и механизмов оказания услуг снижения вреда для расширения охвата и повышения качества услуг потребуются срочное повышение уровня инвестиций.....	38
7. Исходя из текущих прогнозов стоимости и при отсутствии донорского финансирования пробел в инвестициях в программы снижения вреда в 2016 г. составит более 13,6 миллионов долларов США.....	41
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	46
РЕКОМЕНДАЦИЯ 1: правительства стран ВЕЦА (включая министерства здравоохранения и финансов) при участии сообщества ЛУИН должны разработать и реализовать основанные на фактических данных планы перехода с международного на национальное финансирование услуг снижения вреда.....	46
РЕКОМЕНДАЦИЯ 2: Рекомендации по инвестированию средств в услуги снижения вреда (в соответствии со стандартами ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН) должны быть отражены в планах перехода и служить руководством для национальных правительств и международных доноров	48
РЕКОМЕНДАЦИЯ 3: планы перехода должны стать руководством для национальных правительств и международных доноров по инвестированию в качество услуг снижения вреда с целью удовлетворения потребностей клиентов и повышения технической и экономической эффективности программ.....	50
РЕКОМЕНДАЦИЯ 4: правительствам необходимо устранить законодательные барьеры, препятствующие использованию существующего финансирования программ снижения вреда экономически выгодным способом	51
РЕКОМЕНДАЦИЯ 5: международные доноры должны использовать свое влияние для обеспечения соответствия планов перехода уровню финансирования, необходимому для оказания высококачественных услуг снижения вреда	52
ЧТО ДАЛЬШЕ?.....	54
БИБЛИОГРАФИЯ.....	55

БЛАГОДАРНОСТИ

Региональный отчет «На пути к устойчивому финансированию снижения вреда» был выпущен в рамках сотрудничества между Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ) и проектом «Инициатива по вопросам политики в здравоохранении» Futures Group.

ЕССВ благодарит всех специалистов, которые внесли вклад в работу над настоящим отчетом, и выражает особую благодарность проекту «Инициатива по вопросам политики в здравоохранении» Агентства США по Международному развитию за оказанную поддержку. В частности, выражаем благодарность Даниель Парсонс из Futures Group за ее бесценный вклад в анализ данных и написание текста.

Региональный отчет содержит подробное описание возможностей и проблем, связанных с инвестициями в снижение вреда и реализацией программ снижения вреда в странах ВЕЦА. Отчет был подготовлен Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ) совместно с местными и международными партнерами. В нем представлены результаты исследования, проведенного силами сообщества в шести странах (Беларуси, Грузии, Казахстане, Литве, Молдове и Таджикистане) по двум направлениям: оценке стоимости услуг ПИШ и ОЗТ и оценке качества этих услуг.

ЕССВ – региональная сеть, объединяющая программы снижения вреда, сообщества потребителей наркотиков и их союзников в 29 странах Центральной, Восточной Европы и Центральной Азии, совместно выступающих в защиту фундаментальных прав людей, употребляющих наркотики. Миссия ЕССВ заключается в продвижении гуманных, научно обоснованных подходов снижения вреда от употребления наркотиков с целью сохранения и поддержания здоровья и обеспечения защиты прав человека на уровне индивидуума, сообщества и населения в целом.

Инициатива по вопросам политики в сфере здравоохранения, финансируемая Агентством США по международному развитию (USAID) в рамках договора № AID-OAA-A-10-00067. Мероприятия проекта в сфере профилактики ВИЧ-инфекции финансируются Президентским чрезвычайным планом по борьбе со СПИДом (США).

Публикация доступна по адресу: <http://www.harm-reduction.org/ru/regional-and-national-reports>. Контактное лицо: Ольга Фомина, руководитель команды по устойчивости и переходу, ЕССВ, olga.fomina@harm-reduction.org © Евразийская сеть снижения вреда, 2015. При цитировании публикации ссылка на источник является обязательной. Для использования полной версии публикации необходимо разрешение ЕССВ.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Ситуация с ВИЧ-инфекцией в Восточной Европе и Центральной Азии (ВЕЦА) в мировом контексте носит уникальный характер: при наличии работающей инфраструктуры здравоохранения, распространенность употребления инъекционных наркотиков, карательная наркополитика и низкий доступ к услугам снижения вреда и другим услугам для людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), привели к тому, что ее развитие стало происходить самыми высокими в мире темпами. На ЛУИН в странах ВЕЦА приходится более 45% новых случаев ВИЧ-инфекции, но менее 1% из них имеют доступ к услугам снижения вреда и антиретровирусной терапии. И каждый год тысячи людей умирают от заболевания, которое можно предотвратить или остановить.

Однако есть и положительные новости. В ряде стран ВЕЦА стали работать программы игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии. В результате, уменьшилось количество новых случаев ВИЧ-инфекции и других проблем, связанных с употреблением инъекционных наркотиков. В странах с сильным гражданским обществом и заинтересованным правительством эпидемию практически удалось взять под контроль. Этому успеху в значительной мере способствовали рекомендации ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН по профилактике ВИЧ-инфекции и лечению ЛЖВ, и финансовая поддержка Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Теперь этим странам необходимо сделать следующий шаг: перейти от внешнего финансирования программ к внутреннему, поддерживаемому правительством и контролируемому внутригосударственными субъектами. Переход не будет легким, но он неизбежен: достижение определенного уровня экономического развития лишает страны права на донорскую помощь.

Данный отчет является руководством по переходу, разработанным для стран ВЕЦА и их международных партнеров на основе информации, полученной от сообщества ЛУИН и их сторонников.

Снижение вреда – жизненно важный инструмент системы здравоохранения. И сейчас самое время правительствам взять на себя обязательства по соблюдению одного из основных прав человека – права на жизнь в отношении наиболее уязвимых социальных групп и отдельных граждан.

Мишель Казачкин,
Специальный посланник ООН по ВИЧ/
СПИДу в Восточной Европе и Центральной
Азии



СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ЕССВ	Евразийская сеть снижения вреда
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
НПО	Неправительственная организация
ПИШ	Программа игл и шприцев
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПЕПФАР	Чрезвычайный план президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
УНП ООН	Управление по наркотикам и преступности Организации Объединенных Наций
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Снижение вреда – это прагматичный подход к минимизации негативных последствий от употребления наркотиков. В странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусным гепатитом происходит, главным образом, среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). И именно по этой причине наиболее эффективными мерами противодействия развитию эпидемий ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита являются программы снижения вреда.

Результаты исследований, проведенных в разных странах мира, свидетельствуют о высокой эффективности (в том числе, экономической) таких программ снижения, как ПИШ (программа игл и шприцев) и ОЗТ (опиоидная заместительная терапия)¹. Доказанная эффективность ПИШ и ОЗТ, в том числе в регионе ВЕЦА, – это причина их поддержки со стороны ведущих мировых экспертов и организаций, включая Управление по наркотикам и преступности ООН (УНПООН), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Объединенную программу ООН по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС).

За последние два десятилетия, благодаря программам снижения вреда, в нескольких странах ВЕЦА значительно снизился уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией и произошли важные положительные изменения в здравоохранении и в социальной сфере. Дальнейшее внедрение программ и отдельных услуг потребует времени. При этом, есть риск потери уже достигнутых результатов из-за таких факторов, как законодательные ограничения и неопределенность в вопросах финансирования. Особенно тревожным фактором является ожидаемый уход из региона ВЕЦА Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который предоставлял большую часть финансирования в большинстве стран региона.

Региональный отчет *«На пути к устойчивому финансированию снижения вреда»* содержит подробное описание возможностей и проблем, связанных с инвестициями в снижение вреда и реализацией программ снижения вреда в странах ВЕЦА. Отчет был подготовлен Евразийской сетью снижения вреда (ЕССВ) совместно с «Инициативой по вопросам политики в здравоохранении» (the Futures Group), а также местными и международными партнерами. В нем представлены результаты исследования, проведенного силами сообщества в шести странах (Беларуси, Грузии, Казахстане, Литве, Молдове и Таджикистане) по двум направлениям: оценке стоимости услуг ПИШ и ОЗТ и оценке качества этих услуг.

¹ Так, в исследовании Всемирного Банка, опубликованном в 2013 году, сделан вывод о том, что можно добиться значительного снижения уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, если расширить для них доступ к четырем ключевым мероприятиям: ПОШ, ОЗТ, АРТ (антиретровирусная терапия) и ДКТ (добровольное консультирование и тестирование). – Доклад «The Global HIV Epidemic among People Who Inject Drugs»; <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12215>.

В исследовании участвовали 104 пункта ПИШ и 59 пунктов ОЗТ. В процессе исследования представители сообщества людей, употребляющих инъекционные наркотики, провели дискуссионные группы для более чем 600 участников и проанализировали более 1800 анкет, заполненных клиентами программ игл и шприцев и опиоидной заместительной терапии.

Основные результаты

Результаты исследования демонстрируют существующие и потенциальные пробелы в финансировании и достижении охвата, которые необходимо устранить/предупредить, чтобы программы снижения вреда в странах ВЕЦА приобрели устойчивость и стали неотъемлемой частью программ по ВИЧ-инфекции.

Охват услугами. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС, чтобы остановить развитие эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо расширить охват ЛУИН, регулярно получающих услуги ПИШ, не менее, чем до 60%, а услуги ОЗТ – не менее, чем до 40%. Обеспечение достаточного уровня охвата должно быть одной из главных задач при планировании инвестиций в программы снижения вреда.

Согласно данным 2013 г., в большинстве контрольных стран такого уровня охвата нет ни по услугам ПИШ, ни по услугам ОЗТ. В Казахстане охват услугами ПИШ составляет 59%, но в остальных странах он варьируется от 12% до 38%. Еще хуже обстоит дело с охватом услугами ОЗТ. Здесь наилучшие показатели демонстрирует Литва, где показатель охвата составляет 11%.

Финансирование и инвестиции. Расширение охвата услугами ПИШ и ОЗТ, отвечающих минимальным стандартам качества, имеет важнейшее значение для результативности мер, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией. Финансовый анализ показал, что достижение рекомендованного международными агентствами уровня охвата *во всех странах исследования требует увеличения инвестиций*: например, для ПИШ в Литве до 2018 г необходимо дополнительно выделить 335 934 долларов США, для ПИШ в Грузии – 3 277 823 долларов США.

Национальное финансирование снижения вреда на 2016-2018 гг. (прогноз середины 2015 г.):

- Правительства планируют обеспечить менее 15% финансирования снижения вреда в регионе, что свидетельствует о зависимости региона от поддержки международных доноров.
- Грузия в настоящее время не планирует государственных инвестиций в ПИШ до конца 2018 г.
- Молдова и Таджикистан планируют государственные инвестиции в ПИШ и ОЗТ на уровне ниже 15% и 2% от необходимого объема финансирования.

- Казахстан планирует выделить существенное финансирование ПИШ, однако по-прежнему нет поддержки ОЗТ.
- Правительство Литвы является единственным источником финансирования программ снижения вреда (Литва никогда не получала финансирования Глобального фонда), но при этом прогнозируемые инвестиции, вероятно, не будут достаточными для удовлетворения спроса на услуги снижения вреда и покроют лишь 37% спроса на услуги ПИШ.

Качество услуг. Оценка, проводившаяся силами сообщества, выявила среди значительного числа клиентов неудовлетворенность качеством услуг снижения вреда – в первую очередь, в связи с нехваткой аутрич-работников и, как следствие, их низкой доступностью, малодоступностью основных медицинских товаров (например, спиртовых салфеток), низким качеством консультирования и уровнем социальной поддержки, а также отсутствием доступа к программам профилактики ВИЧ-инфекции для женщин и молодежи, употребляющих наркотики.

Даже если только эти проблемы будут решены, это повлияет на расширение охвата и удержание в программах нынешних и будущих клиентов и, тем самым, повысит окупаемость инвестиций.

Пример стратегии повышения качества обслуживания.

Очень важно с самого начала понимать, что для повышения качества и эффективности услуг, а также для обеспечения их приемлемости и доступности необходимо прислушиваться к пожеланиям и потребностям клиентов. Так, например, в ходе опросов значительное число респондентов сообщили о том, что хотели бы иметь доступ к экспресс-тестированию на ВИЧ-инфекцию на базе сообществ. Многие респонденты говорили о желании иметь возможность получать метадон «на руки», так как у пунктов ОЗТ «не всегда удобное расписание» и «ограниченное время работы». Более того, дорога до пунктов требует определенных временных и денежных ресурсов, которыми не все и не всегда располагают. Даже если изменения произойдут только по данным вопросам, это окажет существенное положительное влияние на расширение охвата и удержание в программах нынешних и будущих клиентов и, тем самым, повысит окупаемость инвестиций.

Удельная стоимость. Финансовая оценка позволила получить информацию о годовой стоимости обслуживания одного клиента ПИШ и ОЗТ в каждой контрольной стране. Эти затраты существенно различаются: для ПИШ – от 38 долларов США (Беларусь) до 332 долларов США (Литва); для ОЗТ – от 525 долларов США (Казахстан) до 1372 долларов США (Грузия).

Низкие затраты могут свидетельствовать об эффективности вложенных средств, но они также могут свидетельствовать о недостатке кадров, пробеле в услугах (например, отсутствие

налоксона как средства профилактики передозировки) и недостаточной поддержки для клиентов. Вместе с тем, высокая стоимость услуг может быть результатом непомерно высокой закупочной стоимости (как это, например, происходит в Грузии с препаратами ОЗТ) или чрезмерно строгих требований программ (как, например, это происходит в программах ОЗТ в Казахстане, требующих регулярного анализа мочи клиентов).

Примеры оптимизации затрат

- Большая гибкость в выдаче препаратов «на руки» клиентам программ ОЗТ (отсутствие гибкости, по мнению клиентов, является серьезным барьером в предоставлении качественных услуг).
- Расширение программ ОЗТ и, как следствие, – снижение удельной стоимости.
- Разрешение безрецептурного предоставления налоксона – препарата для профилактики или ослабления эффекта передозировки.
- Сокращение расходов на закупки медицинских препаратов путем переговоров с фармацевтическими компаниями о скидках в случае оптовых закупок.
- Сокращение количества услуг, которые не пользуются спросом со стороны людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Основные рекомендации

Большинство проблем качества и охвата услуг ПИШ и ОЗТ можно решить только комплексно путем изменения политики, технической поддержки и гарантированного финансирования. Результаты исследования будут полезны для всех участников процесса адвокации, а также для лиц, принимающих решения. Кроме того, возможно, они вызовут интерес у двухсторонних и многосторонних доноров и агентств по развитию, которые рассматривают возможности предоставления технической поддержки странам ВЕЦА.

На основе полученных результатов ЕССВ и партнеры выработали три основных рекомендации. Эти рекомендации призваны помочь в разработке стратегий, в планировании и определении приоритетов снижения вреда в ВЕЦА на ближайшую и долгосрочную перспективы. Конечной целью является обеспечение полного финансирования высококачественных услуг, удовлетворяющих потребности всех имеющих и потенциальных клиентов программ снижения вреда. Достижение этой цели будет иметь долгосрочный положительный эффект для экономики и показатели здоровья населения, обусловленный тем, что заболеваемость ВИЧ-инфекцией, туберкулезом и вирусным гепатитом наверняка снизятся.

Развитие эпидемий ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусного гепатита среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, невозможно остановить без увеличения государственного финансирования программ снижения вреда и обеспечения их устойчивости.

Для повышения качества обслуживания и расширения охвата ПИШ и ОЗТ требуются дополнительные инвестиции, за обеспечение которых несут ответственность правительства и другие национальные источники финансирования. Национальные правительства также должны взять на себя ответственность за финансирование программ снижения вреда после того, как страны ВЕЦА покинут международные доноры.

В каждой стране ВЕЦА должны быть разработаны детальные планы перехода к национальному финансированию программ снижения вреда.

Данное планирование является жизненно важным при переходе от донорского к национальному финансированию и требует от государственных органов и других структур и учреждений, отвечающих за политику, механизмы финансирования и реализацию программ, согласованного подхода, внимания и сотрудничества. Важным фактором является возможность обеспечить экономическую эффективность не за счет сокращения услуг, а благодаря повышению их эффективности (т.е. их «оптимизации»).

Реформа законодательства могут в значительной мере способствовать росту эффективности программ снижения вреда.

Планы перехода к национальному финансированию должны быть направлены не только на поиск недостающих ресурсов, но и на реформу законодательства, в частности, в сфере социального контракта и других форм государственной поддержки НКО. Реформа законодательства являются одним из самых важных направлений деятельности, без которой невозможно создать условия для прямого финансирования НПО, предоставляющих услуги снижения вреда, а также для работы программ снижения вреда в рамках закона.

Стратеги изменения законодательства

- Разработать законы и законодательные положения, согласно которым мероприятия по снижению вреда, в том числе связанные с хранением инъекционного инструментария, не могут быть истолкованы, как пропаганда употребления наркотиков.
- Программы ОЗТ должны быть официально зарегистрированы, как предоставляющие медицинские услуги.
- Принять меры противодействия насилию со стороны полиции, чтобы клиенты хотели и могли пользоваться услугами снижения вреда.

ВВЕДЕНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ПОЛИТИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ ВЕЦА

На протяжении последнего десятилетия в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) эпидемия ВИЧ-инфекции развивается самыми высокими в мире темпами. За период 2002–2012 гг. показатели распространенности ВИЧ-инфекции увеличились почти вдвое (Глобальный доклад ЮНЭЙДС, 2013 г.) и по-прежнему высокими остаются показатели заболеваемости: в 2005 г. было зарегистрировано около 100 000 случаев ВИЧ-инфекции, в 2013 г. – 110 000 случаев (UNAIDS Gap Report, 2014 г.). По всему региону наибольшее количество случаев ВИЧ-инфекции приходится на долю сообщества людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), и их сексуальных партнеров: около 20% (Dutta et al., 2013 г.).


ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС в своих рекомендациях (2009, 2012, 2014 гг.) указывают на эффективность использования в профилактике ВИЧ-инфекции среди ЛУИН подходов снижения вреда – экономически выгодных, научно обоснованных и гарантирующих соблюдение прав человека (Dutta et al., 2013; Wilson et al., 2015). При этом, основным источником поддержки снижения вреда для многих стран ВЕЦА был и остается Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), предоставивший в 2014-2016 гг. 679,5 миллионов долларов США на реализацию программ по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.

Инвестиции Глобального фонда помогли укорениться в регионе программам игл и шприцев (ПИШ) и опиоидной заместительной терапии (ОЗТ). Национальные бюджеты выделяют менее 15% необходимых средств (Глобальный доклад ЮНЭЙДС, 2012 г.). С определенной точки зрения здесь нет ничего неожиданного: правительства в большинстве случаев неохотно берут на себя финансирование программ снижения вреда. Это бывает связано или стигматизацией потребителей наркотиков, или с распространенным представлением о неоправданности/неприоритетности расходов по закупке игл, шприцев и других товаров для программ снижения вреда (Cook et al., 2014 г.). Чтобы изменить ситуацию, снижение вреда должно быть «вписано» в систему здравоохранения. Более того, должны разрабатываться и проводиться информационные кампании, разъясняющие их важность для общественного здравоохранения и социального благополучия. В противном случае программы снижения вреда ждет непростое будущее, усугубляемое по мере лишения поддержки Глобального фонда.


НАУЧНО ОБОСНОВАННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

программ снижения вреда


Качество жизни и социальное благополучие ЛУИН




Повышение социального благополучия ЛУИН и членов их семей




Улучшение здоровья ЛУИН и членов их семей




Сокращение эпидемии ВИЧ-инфекции



Улучшение репродуктивного здоровья




Профилактика передозировки




Улучшение доступа к социальной и юридической помощи

Качество жизни и социальное благополучие ЛУИН

Эффективность программ снижения вреда



Доказанная эффективность снижения вреда в регионе ВЕЦА



ПИШ и ОЗТ эффективнее при одновременном внедрении

Эффективность программ снижения вреда

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА РАБОТАЕТ

Нет никаких сомнений в том, что снижение вреда в регионе ВЕЦА работает. Это подтверждают результаты проведенного в восьми странах региона мониторинга эффективности программ игл и шприцев (ПИШ), включая их экономическую эффективность. Благодаря ПИШ, удастся предотвратить от 10% до 40% новых случаев ВИЧ-инфекции (Wilson et al., 2012 г.). ПИШ оказались эффективными и в отношении новых случаев гепатита С (ВГС). Положительные результаты в уменьшении показателей по передаче ВИЧ-инфекции и повышению уровня здоровья ЛУИН продемонстрировали также программы ОЗТ (Lawrinson et al., 2008 г.).

Исследование, проведенное в Украине (Kim et al., 2014), показало, что экономическую выгоду от снижения вреда значительно увеличивает одновременная реализация программы ОЗТ и ПИШ (2014 г.).

В Молдове ЛУИН сообщили, что эффективность программ снижения вреда возросла с добавлением юридических и медицинских услуг (гинеколога, акушера и пр.), а также услуг по профилактике передозировки (Региональный отчет по Молдове, 2015 г.). В Таджикистане клиентами ПИШ было отмечено, что включение в перечень услуг групповой терапии привело к улучшению психосоциальной поддержки и повышению качества жизни (Региональный отчет по Таджикистану, 2015 г.). В Казахстане работа программ ОЗТ привела к уменьшению случаев рецидивизма и иных противоправных действий со стороны ЛУИН (Voltaev et al, 2012 г.). За последние десятилетия накопилось также множество свидетельств экономической рентабельности снижения вреда. Все это учитывают правительства, принимая решения о дальнейшем развитии программ снижения вреда: в Грузии – о выделении из государственного бюджета средств на закупку метадона и бесплатное предоставление всех услуг ОЗТ людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ) и людям, живущим за чертой бедности (Addiction Research Development in Georgia Project, 2015); в Казахстане – о закупке шприцев и презервативов и, в значительной мере, оплате расходов аутрич-работников за счет государственного бюджета (Региональный отчет по Казахстану, 2015 г.); в Молдове – о включении в национальные механизмы медицинского страхования программ ОЗТ (Региональный отчет по Молдове, 2015 г.); в Таджикистане – о расширении программ снижения вреда путем их интеграции в первичную медико-санитарную помощь (Региональный отчет по Таджикистану, 2015 г.).

ОБЕСПЕЧЬТЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ!

Несмотря на положительные сдвиги в отношении к программам снижения вреда и высокие результаты их работы, предстоит еще немало сделать. Большинство стран ВЕЦА в ближайшее время утратят право на поддержку Глобального фонда в связи с достижением определенного уровня экономического развития. Если мы не предпримем каких-либо действий, будущее программ снижения вреда может оказаться под угрозой. Нам необходимо сохранить достигнутые завоевания, в том числе в отношении контроля над эпидемией ВИЧ-инфекции, и подтвердить свою приверженность делу защиты жизни и здоровья людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Правительства должны начать сотрудничество с представителями сообществ и взять на себя ответственность за программы снижения вреда, их внедрение и возможности эффективной реализации.

Это потребует не только финансовых инвестиций, но и серьезной, кропотливой работы по оптимизации технической стороны деятельности программ.

В этом правительствам может помочь Евразийская сеть снижения вреда (ЕССВ), которая в рамках гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) проводит работу по формированию благоприятной среды для мероприятий снижения вреда.

Региональная программа ЕССВ «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!» представляет собой 3-летнюю инициативу², направленную на **усиление адвокации со стороны гражданского общества, включая людей, употребляющих наркотики, с целью получения достаточных, стратегических и устойчивых инвестиций в снижение вреда как меру профилактики ВИЧ-инфекции в странах Восточной Европы и Центральной Азии**. Для достижения этой цели необходимо решить две задачи:

1) создать благоприятную атмосферу для достаточных, стратегических и устойчивых инвестиций в снижение вреда со стороны государства и частных доноров;

2) усилить потенциал сообщества людей, употребляющих наркотики, посредством адвокации доступа и устойчивости услуг снижения вреда, отвечающих нуждам сообщества.

Посредством данной инициативы ЕССВ проводит оценку, собирает и документирует положительный и отрицательный опыт работы программ снижения вреда.

Наш отчет посвящен анализу сложившейся ситуации в сфере инвестиций и реализации программ снижения вреда в шести выбранных (контрольных) странах ВЕЦА. В отчете также предлагаются варианты усовершенствования механизмов инвестиций и реализации программ для повышения их эффективности.

² Сроки реализации Региональной программы «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!» — с апреля 2014 г. до марта 2017 г.

МЕТОДОЛОГИЯ

Исследование по оценке финансовой составляющей и качеству услуг было проведено с целью усиления адвокации стабильных стратегических инвестиций в снижение вреда как меру профилактики ВИЧ-инфекции в рамках программы «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!». Исследование проводилось силами сообщества в шести контрольных странах: Беларуси, Грузии, Казахстане, Литве, Молдове и Таджикистане, находящихся на разных стадиях перехода к национальному финансированию³.

Инструменты для исследования были разработаны проектом «Инициатива по вопросам политики в здравоохранении», финансируемым Агентством по международному развитию США (USAID) и Евразийской сетью снижения вреда и включали: *Инструмент мониторинга расходов на программы снижения вреда*, *Инструмент оценки удельной стоимости услуг снижения вреда* и *Инструмент оценки пробела в финансировании программ снижения вреда*⁴. Все они дают возможность получить подробные результаты по определенным, заданными спецификой исследования параметрам (например, в *Инструменте оценки пробела в финансировании* – по «потребностям в средствах», «выделенным средствам» и «анализу пробела в финансировании»). Применение стандартных определений и общей методологии позволяет сравнивать результаты по странам. Все мероприятия снижения вреда распределены по категориям высокой, средней или низкой степени приоритетности.

В исследовании участвовали 104 пункта ПИШ и 59 пунктов ОЗТ из шести контрольных стран. Результаты и выводы исследования эксперты и гражданское общество могут использовать при разработке сценариев финансирования программ снижения вреда с учетом их дальнейшего перехода на национальное финансирование.

Настоящий отчет не является исчерпывающим анализом полученных данных (подробную информацию по ситуации в странах вы найдете в национальных отчетах). Его цель состояла в определении информации, которую можно использовать в адвокации достаточного, стратегического и устойчивого финансирования программ снижения вреда на региональном уровне.

³ Исследование проводилось в странах, значительно различающихся по уровню доходов населения: от Литвы (высокий уровень доходов), Казахстан, Беларусь (средне-высокий), Грузия, Молдова (средне-низкий), Таджикистан (низкий).

⁴ Инструмент мониторинга расходов на программы снижения вреда: http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/harm_reduction_exp_tracking_tool_user_guide_ru_0.pdf;

Инструмент оценки удельной стоимости услуг снижения вреда: http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/harm_reduction_unit_costing_tool_user_guide_ru.pdf;

Инструмент оценки пробела в финансировании программ снижения вреда: http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/harm_reduction_funding_gap_tool_user_guide_ru.pdf

Оценка качества услуг снижения вреда и оценка их приоритетности, проведенные силами сообщества, имели двойной смысл: усилить потенциал сообщества и зафиксировать проблемы качества услуг, для решения которых необходимы дополнительные инвестиции. Эта часть исследования включала структурированные интервью, сбор качественных данных и заполнение анкет по вопросам доступности услуг, их приемлемости, непрерывности, связей с другими услугами и безопасности⁵. Оценка проводилась представителями сообщества ЛУИН, предварительно обученных сотрудниками ЕССВ. Всего были проведены 68 групповых интервью с участием 612 участников и заполнены 1829 анкет, из которых 1310 – клиентами ПИШ и 519 – пациентами ОЗТ, 77% – мужчинами, 23% – женщинами.

ОГРАНИЧЕНИЯ

Этот отчет – наш вклад в решение проблемы обеспечения устойчивости программ снижения вреда в странах Восточной Европы и Центральной Азии. При помощи описанных выше методов был получен средний показатель удельной стоимости услуг снижения вреда на одного человека в год. На основании оценок клиентов ПИШ и пациентов ОЗТ были определены тенденции в сфере качества услуг, а также прогнозируемых потребностей в тех или иных ресурсах. Данные, полученные в контрольных странах, были обобщены с целью определения сходств и различий. В отдельных случаях было привлечено внимание к областям, в которых сбор данных носил нерегулярный характер, или данные отсутствовали.

Исследование стало первым в своем роде систематическим анализом расходов и качества услуг снижения вреда, осуществленным целиком и полностью силами гражданского сообщества. Для включения в исследование участников необходимо было предварительно обучить методологии. Эту функцию взяла на себя ЕССВ – и затем, на протяжении всего процесса оказывала им постоянную техническую помощь и поддержку, предоставляя возможность продолжить обучение «на практике». Такой опыт крайне важен для наращивания потенциала сообщества. Серьезно осложнили сбор данных два факта: отсутствие опыта использования протоколов (они использовались впервые) и отсутствие опыта проведения подобной работы.

Проведение финансовой оценки было ограничено по следующим причинам:

- 1) хотя оценка проходила под руководством местных

⁵ Более подробная информация о методологии оценки качества услуг приведена на вебсайте ЕССВ: <http://www.harm-reduction.org/library/methodology-assess-and-monitor-access-harm-reduction-services>.

специалистов, она не была частью санкционированной правительством программы, и, как следствие, не из всех пунктов ПИШ и ОЗТ были получены полные данные, а некоторые пункты вообще отказались от участия. При проведении будущих оценок следует обеспечить для участников полноценную поддержку и соответствующие указания правительства;

- 2) во многих странах вместо проведения опроса во всех пунктах ПИШ и ОЗТ для приблизительной оценки расходов и стоимости использовалась выборка пунктов снижения вреда. В результате, сумма расходов на программы снижения вреда не могла быть определена точно и, соответственно, вряд ли возможно на ее основании определить оценочные суммы расходов для всей страны. Подход к определению выборки может пере- или недооценивать расходы из-за «неоднородности» пунктов – например, где-то клиенты получают больший, где-то меньший перечень услуг, различаются виды этих услуг, состав персонала, распорядок работы (часы/дни), – или в связи со структурными препятствиями и иными внешними факторами, влияющими на уровень расходов. Это было особенно актуально для оценки расходов на ПИШ в Казахстане и Таджикистане и расходов на ОЗТ в Грузии и Литве. Полученные там из некоторых пунктов результаты существенно отличались от ожидаемых;
- 3) инструмент оценки удельной стоимости в незначительной степени отражает вышеуказанные расходы на уровне пункта (ОЗТ/ПИШ), – например, из-за отсутствия стандартных операционных процедур для руководства программ снижения вреда некоторые косвенные расходы были оценены лишь приблизительно и, в результате, прогнозируемые суммы расходов могут оказаться не соответствующими реальным потребностям в ресурсах;
- 4) ни в одной из обследованных контрольных стран нет четко сформулированных нормативов и актуальных данных по использованию рабочего времени персонала, предоставляющего услуги ПИШ и ОЗТ, что крайне затрудняет оценку затрат рабочего времени персонала на одного клиента или на одну услугу и расчет удельной стоимости услуг. Для решения этой проблемы группы, проводившие оценку, организовали собственный мониторинг работы персонала, хронометрируя временные затраты сотрудников путем непосредственного наблюдения или опросов. В случае опросов сотрудники пунктов иногда преувеличивали время, затраченное на обслуживание одного клиента. В случае наблюдения – изменяли свое поведение на более

подобающее, осознавая, что за их работой ведется контроль (Хоторнский эффект);

- 5) оценка расходов и стоимости услуг снижения вреда в тюрьмах в рамках данного исследования не проводилась. Однако для разработки плана оказания полноценных услуг снижения вреда необходимо провести финансовую оценку и в этих условиях.

Проведение оценки качества услуг силами сообщества было ограничено по следующим причинам:

- 1) участие в оценке было добровольным, а информация о ней распространялась устно. В результате, выборка респондентов оказалась не случайной, и круг участников ограничивался теми, кто уже был охвачен услугами. Их опыт может не отражать опыта всех клиентов;
- 2) возникли сложности с привлечением респондентов, желающих и способных участвовать в работе собраний сообщества и согласных на заполнение анкет, – особенно при отсутствии стимулов. Применительно к оценке качества данных это означает, что люди из наименее доступных для охвата групп могли не оказаться среди участников оценки, и им могут быть необходимы еще более низкопороговые услуги, чем те, что получали участники оценки;
- 3) возникли сложности и с привлечением молодых респондентов (в особенности, к заполнению анкет). Следствие этого – вероятность неточных данных, связанных с потребностями молодых ЛУИН;
- 4) у некоторых респондентов возникли проблемы с пониманием концепции оценки и формулировок вопросов анкеты. Хотя группы, проводившие оценку, старались оказывать в этом помощь, не исключена вероятность, что неверно понятые вопросы могли послужить причиной не вполне адекватных ответов и, тем самым, повлиять на надежность полученных данных;
- 5) группами, проводившими оценку, были выявлены затруднения при вводе данных в программе Excel, что означает необходимость повышения уровня квалификации персонала проекта.

Проблемы

СНИЖЕНИЯ ВРЕДА



Финансированию снижения вреда не хватает объемов, стратегии и устойчивости

Нам нужно:

Увеличение объемов финансирования

×

Вовлечение сообщества

×

Продуманный переходный план

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В ходе проведения оценки сообщество ЛУИН и их сторонники собрали большой объем первичных и вторичных данных, которые могут быть использованы на страновом уровне для адвокации программ снижения вреда, их планирования и реализации. Данный отчет содержит основные выводы, которые могут служить полезным информационным источником при координировании и проведении на региональном уровне адвокации достаточного, стратегического и устойчивого финансирования программ снижения вреда.

1. ДЛЯ ПРОГРАММ ОЗТ И ПИШ НЕОБХОДИМО РАСШИРЕНИЕ ОХВАТА

Желаемые уровни охвата должны стать приоритетом в планировании инвестиций в снижение вреда и при разработке программ. Чтобы остановить развитие эпидемии ВИЧ-инфекции, ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС в руководствах 2009 и 2012 гг. указывают на необходимость расширения охвата ЛУИН, регулярно получающих услуги ПИШ, не менее, чем до 60%, а услуги ОЗТ – не менее, чем до 40%⁶.

Согласно данным от 2013 г., в большинстве контрольных стран нет такого уровня охвата ни по услугам ПИШ, ни по услугам ОЗТ. В Казахстане охват ПИШ составляет 59%, но в остальных контрольных странах он варьируется от 12% до 38%. Следует отметить, что даже такие уровни охвата (от 12% до 38%) свидетельствуют о значительном улучшении ситуации, которое во многом произошло благодаря активной деятельности сообщества ЛУИН.

К сожалению, статистические данные по охвату и услугам не всегда означают эффективность услуг. Каждая страна использует свое собственное определение охвата, которое не обязательно учитывает, насколько часто и регулярно люди получают услуги, насколько широк спектр услуг и насколько их качество соответствует требуемому (подробнее – ниже в отчете).

Рис. 1а. Охват услугами ПИШ

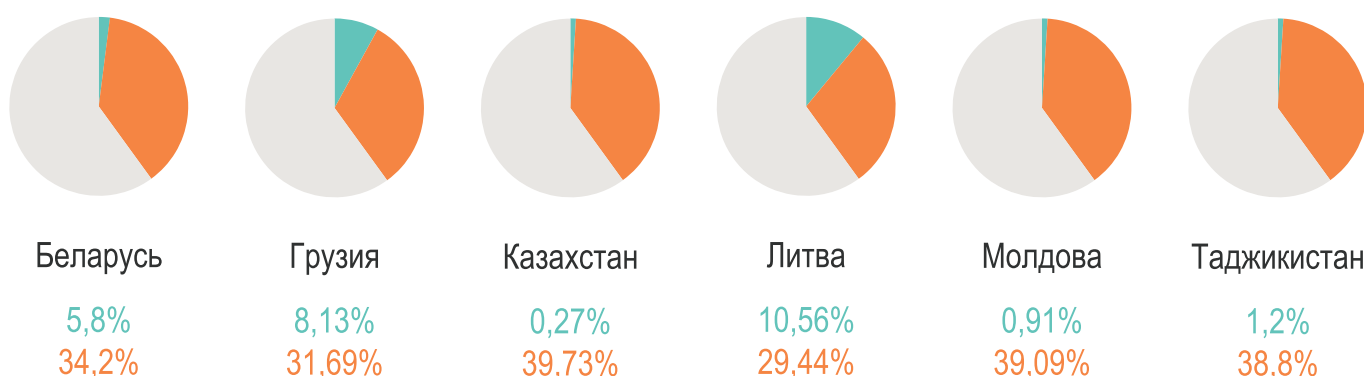


⁶ Целевые ориентиры охвата ОЗТ в 40% основаны на показателях заболеваемости ВИЧ-инфекцией в странах с хорошо развитыми программами ОЗТ.

В отношении программ ОЗТ ситуация еще сложнее. В 2013 г. охват этими услугами в контрольных странах составлял от менее 1% до 11%, что весьма далеко от рекомендуемых 40%. Однако, как и в случае с ПИШ, необходимо отметить, что, несмотря на низкие показатели, Беларусь, Грузия и Литва достигли значительного прогресса в расширении охвата ОЗТ (6%, 8% и 11% соответственно), тогда как в других контрольных странах он составляет менее 2%.

16. Охват услугами ОЗТ

■ РЕАЛЬНЫЙ ОХВАТ ■ НЕДОСТАЮЩИЙ ОХВАТ



Соотношение количества пунктов ПИШ и оценочного количества ЛУИН существенно отличалось от страны к стране. Так, например, в Грузии на один пункт приходится 3214 человек, в Беларуси – 2344 человека. Вместе с тем, в Литве на один пункт приходится 458 человек, в Таджикистане – 462 человека. Остальные контрольные страны по данному показателю занимают промежуточное положение (см. Таблице 1)⁷.

⁷ Без учета географии ЛУИН и пунктов.

Таблица 1. Количество пунктов ПИШ и оценочное количество ЛУИН по странам

Страна	Количество пунктов ПИШ	Оценочное количество ЛУИН	Соотношение количества пунктов ПИШ к количеству ЛУИН	Примечания
Грузия	14	45 000	1:3214	4 из 14 пунктов – в столице.
Казахстан	151	112 740	1:1747	
Молдова	28	30 200	1:1079	
Таджикистан	50	23100	1:462	24 пункта – на базе НПО, 26 пунктов – в государственных учреждениях.
Литва	12	5500	1:458	
Беларусь	32	18 450 ⁸	1:1085	20 пунктов – на базе НПО, 12 пунктов – в государственных учреждениях.

Соотношение количества пунктов ОЗТ и количества нуждающихся в услугах ЛУИН также варьировалось от страны к стране и, как указано в Таблице 2, составляло на один пункт от 289 человек (Литва) до 14 093 человек (Казахстан).

Таблица 2 Количество пунктов ОЗТ и оценочное количество ЛУИН по странам

Страна	Количество пунктов ОЗТ	Оценочное количество ЛУИН	Соотношение количества пунктов ОЗТ к количеству ЛУИН	Географические примечания
Грузия	15 ⁹	45 000	1:3000	8 из 15 пунктов – в столице.
Казахстан	8 ¹⁰	112 740	1:14 093	
Молдова	5	30 200	1:6040	3 из 5 пунктов – в столице.
Таджикистан	5	23 100	1:4620	
Литва	19	5500	1:289	
Беларусь	17	75 000	1:4412	

8 Покрытие услугами ОЗТ рассчитывалось только с учетом числа потребителей опиоидов.

9 Не включает частные клиники, использующие препарат Suboxone®.

10 В Казахстане 10 пунктов доступа к ОЗТ, которые относятся к 8 административным единицам.

Приведенные данные демонстрируют ограниченный **абсорбционный потенциал** существующей программной инфраструктуры и острую потребность в дополнительных пунктах (в особенности, для программ ОЗТ). **Пунктам, которые работают не на полную мощность**, необходимо расширить охват и усилить мотивационную составляющую для клиентов с целью их удержания в программах, чтобы увеличить экономическую эффективность использования ресурсов.

Следует отметить, что приведенные соотношения не отражают **ограничений, связанных с географией программ и пунктов**. В ряде случаев не охваченными остаются целые регионы или районы, – особенно в отношении ОЗТ. Например, в Казахстане 8 пунктов ОЗТ на 16 областей; в Молдове – 5 пунктов на более, чем 30 000 ЛУИН, и 3 из них находятся в столице.

Соотношения построены на средних национальных показателях и не учитывают неравномерного распределения пунктов по стране, результатом которого является наличие «карманов» с нулевым или крайне низким охватом ЛУИН. Во всех шести контрольных странах в качестве приоритетной задачи было названо географическое расширение программ снижения вреда, – включая распространение мобильных пунктов в более отдаленных районах Таджикистана, организацию услуг ОЗТ в Приднестровье (в Молдове) и обеспечение деятельности, как минимум, одного пункта ОЗТ в каждой из 16 областей Казахстана.

В целом, при том, что страны достигли некоторого прогресса в увеличении количества пациентов из числа ЛУИН, получающих услуги ПИШ, охват услугами ОЗТ остается по-прежнему низким. Расширение географии деятельности ОЗТ и ПИШ должно также способствовать решению проблем географии ЛУИН и их охвата программами.

Расширение охвата ПИШ и ОЗТ в контексте услуг ВИЧ-тестирования и АРТ

Проведенный в 2015 г. в 5 из 6 контрольных стран анализ экономической рентабельности подтверждает потребность в расширении программ ОЗТ и ПИШ и демонстрирует экономическую рентабельность этого подхода при оказании услуг ПИШ и ОЗТ одновременно с услугами ВИЧ-тестирования и антиретровирусного лечения (АРТ). Анализ был проведен при поддержке ЮНЭЙДС и соответствует цели ЮНЭЙДС 90-90-90*.

Результаты исследования, проведенного в Казахстане и Таджикистане, также подтверждают эффективность и экономическую рентабельность расширения услуг ОЗТ и ПИШ в контексте услуг ВИЧ-тестирования и АРТ с точки зрения снижения показателей вирусной нагрузки у ЛУИН и предотвращения дальнейшей передачи ВИЧ-инфекции (ЮНЭЙДС – Казахстан, 2015 г.; ЮНЭЙДС – Таджикистан, 2015 г.). Активизация всех четырех вмешательств в течение 10-летнего периода докажет свою экономическую рентабельность в обеих странах, а в Казахстане, согласно прогнозам, в течение 15 лет принесет еще и очевидную экономическую выгоду.

В Грузии текущие уровни охвата по результатам оценки были признаны достаточными для снижения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, но активизация услуг ПИШ и ОЗТ в контексте ВИЧ-тестирования принесет дополнительные положительные результаты (ЮНЭЙДС – Грузия, 2015 г.), в результате которых через 10 лет программы станут экономически выгодными. В Беларуси и Молдове существующие уровни охвата могут снизить показатели заболеваемости ВИЧ-инфекцией, но расширение совокупной деятельности ПИШ, ОЗТ, услуг ВИЧ-тестирования и АРТ принесет более значительные результаты. В Беларуси такая стратегия станет экономически выгодной через 10 лет (ЮНЭЙДС – Беларусь, 2015 г.).

Все сказанное является еще одним аргументом в пользу эффективности подхода снижения вреда в странах ВЕЦА, свидетельствуя, в то же время, о важности сочетания разных методов профилактики и лечения.

Задача данного отчета – обеспечение стабильности будущих программ ОЗТ и ПИШ в странах ВЕЦА, как критически важных компонентов комбинированного подхода к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции.

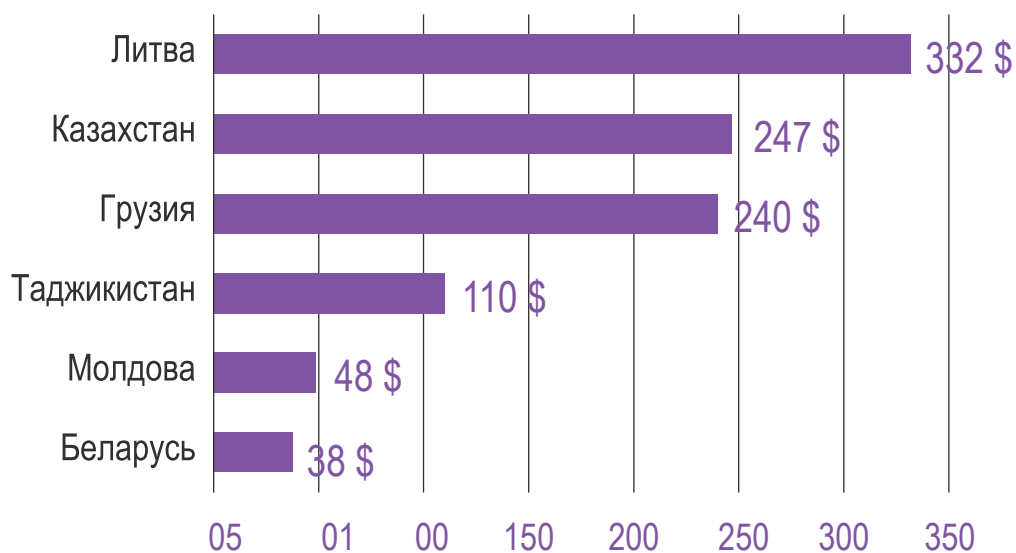
**Стратегия ЮНЭЙДС 90-90-90 призывает к тому, чтобы к 2020 г. 90% всех людей, живущих с ВИЧ, были информированы о своем ВИЧ-статусе, 90% всех людей, живущих с ВИЧ, получали непрерывную антиретровирусную терапию, и 90% всех людей, получающих антиретровирусную терапию, имели вирусную супрессию (более подробная информация: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>).*

2. СУЩЕСТВЕННЫЕ РАЗЛИЧИЯ В УДЕЛЬНОЙ СТОИМОСТИ УСЛУГ ПИШ И ОЗТ ПО СТРАНАМ ИЗ-ЗА РАЗЛИЧИЙ В ВИДАХ УСЛУГ И КОЛИЧЕСТВЕ КЛИЕНТОВ

Стоимость оказания услуг ПИШ и ОЗТ одному клиенту¹¹ существенно различается по странам. Некоторые ее колебания носят формальный характер, и, поэтому, вполне ожидаемы и понятны: например, в экономически более благополучных странах могут быть более высокие расходы на персонал. Более низкая стоимость может быть при большей численности обслуживаемой группы (так как определяется путем деления суммы расходов, – например, накладных расходов учреждения, – на число клиентов). Стоимость также может зависеть от расходов на закупки, которые, в свою очередь, могут зависеть от выбора механизмов закупки, вида и качества закупаемого товара (например, в случае, метадона и бупренорфина).

Однако различия, обнаруженные нами в контрольных странах, в большинстве случаев были связаны с другими причинами: с особенностями подхода к оказанию услуг, принятыми стандартами ухода, а также с приоритизацией услуг и товарно-материальных ценностей.

Рис. 2а. Сравнение удельной стоимости услуг ПИШ по странам (\$)

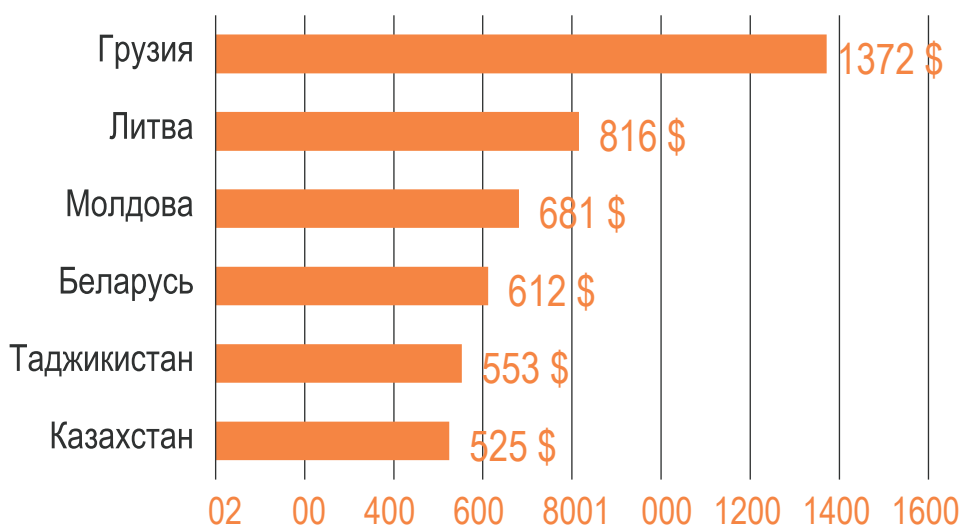


¹¹ Инструмент оценки удельной стоимости услуг снижения вреда, используемый в финансовом анализе, содержит данные по средневзвешенной удельной стоимости на одного клиента ПИШ/пациента ОЗТ в год, рассчитанной на основании численности клиентов, получающих определенные пакеты услуг, и стоимости одного пакета услуг. Удельная стоимость на одного клиента состоит из расходов на уровне пункта, включая персонал, товарно-материальные ценности, оборудование и накладные расходы. Более подробная информация по категориям непосредственных и косвенных расходов приведена в инструментах финансовой оценки, размещенных по адресу: <http://www.harm-reduction.org/library/methodology-assess-harm-reduction-funding>.

В контрольных странах удельная стоимость услуг ПИШ на клиента в год¹² варьируется от 36 долларов США в Беларуси до 49 долларов США в Молдове, 110 долларов США в Таджикистане, 240 долларов США в Грузии и 332 долларов США в Литве. Данные по удельной стоимости услуг ПИШ в Казахстане недоступны.

В отношении ОЗТ самая низкая удельная стоимость на одного клиента в год была обнаружена в Таджикистане – 553 доллара США. Далее следуют Беларусь – 612 долларов США, Молдова – 682 доллара США и Грузия – 1372 доллара США. Данные по удельной стоимости услуг ОЗТ в Казахстане недоступны для сравнения ввиду ограничений, обнаружившихся при сборе данных.

Рис. 26. Сравнение удельной стоимости услуг ОЗТ по странам (\$)



Сравнение удельной стоимости услуг не отражает тех различий, которые оказывают существенное влияние на их качество: например, связанных с тем, какие именно услуги включены в пакет, а также со средним количеством визитов пациента в пункт ПИШ для получения базовых услуг, моделью оказания услуг, продолжительностью или структурой включенного рабочего времени персонала. Дальнейшее изучение составных элементов удельной стоимости даст более четкую картину.

¹² Все суммы удельной стоимости выражены в долларах США. В расчетах применялись следующие курсы обмена валют: 1 доллар США = 1,65 грузинских лари = 185,19 казахских тенге = 12,59 молдавских лев = 2,60 литовских литов = 10,215 белорусских рублей. Расчеты по Таджикистану производились непосредственно в долларах США. Использование обменного курса было необходимо для сравнительного анализа. Однако не следует забывать, что обменный курс носит непостоянный характер, и реальные размеры расходов или будущих инвестиций могут значительно отличаться от указанных.

Таблица 3. Компоненты удельной стоимости услуг ПИШ по каждой стране

Страна	Иглы и шприцы	ВИЧ-тесты	Презервативы	Непосредственные расходы на персонал	Иные непосредственные расходы	Косвенные расходы:	Итого
Беларусь	\$6,05 (16%)	\$1,60 (4%)	\$1,29 (3%)	\$13 (35%)	\$4,06 (11%)	\$11 (31%)	\$ 37
Грузия	\$15,40 (6%)	\$0,62 (<1%)	\$1,95 (<1%)	\$67 (28%)	\$107,03 (45%)	\$48 (20%)	\$ 240
Литва	\$30 (9%)	\$6,70 (2%)	\$7,50 (2%)	\$16 (5%)	\$132,50 (40%)	\$139,50 (42%)	\$ 332,20
Молдова	\$11,72 (24%)	\$10,33 (21%)	\$1,60 (3%)	\$11,83 (24%)	\$6,47 (13%)	\$6,61 (14%)	\$ 48,56
Таджикистан	\$24,60 (22%)	--	\$13,80 (13%)	\$21,90 (20%)	\$31,50 (29%)	\$18,50 (17%)	\$ 110,30

Непосредственные расходы, определяемые как расходы, которые связаны с мероприятиями снижения вреда и могут быть отнесены на счет того или иного конкретного мероприятия, составляют большую часть удельной стоимости услуг ПИШ и ОЗТ. Непосредственные расходы по ПИШ, включающие расходы на иглы, шприцы, презервативы, ВИЧ-тесты, а также расходы на персонал (аутрич-работников, социальных работников и т.д.), были основными расходами для программ ПИШ и составили от 58% (Литва) до 86% (Молдова) общей стоимости. При этом, стоимость **игл и шприцев** на клиента в год варьировалась от 6,05 долларов США (16%) в Беларуси до 30 долларов США (9%) в Литве (см. Таблицу 3).

Дополнительные расходы на товарно-материальные ценности включали **экспресс-тесты на ВИЧ**, которые составили 10% общей удельной стоимости в Молдове (\$10,33)¹³, 2% – в Литве (\$6,70)¹⁴ и 4% – в Беларуси (\$1,60)¹⁵. В Грузии¹⁶ стоимость комплекта для ВИЧ-тестирования составила всего лишь 0,26% (\$0,62) от общей суммы. В Таджикистане тестирование на ВИЧ не входит в пакет услуг ПИШ.

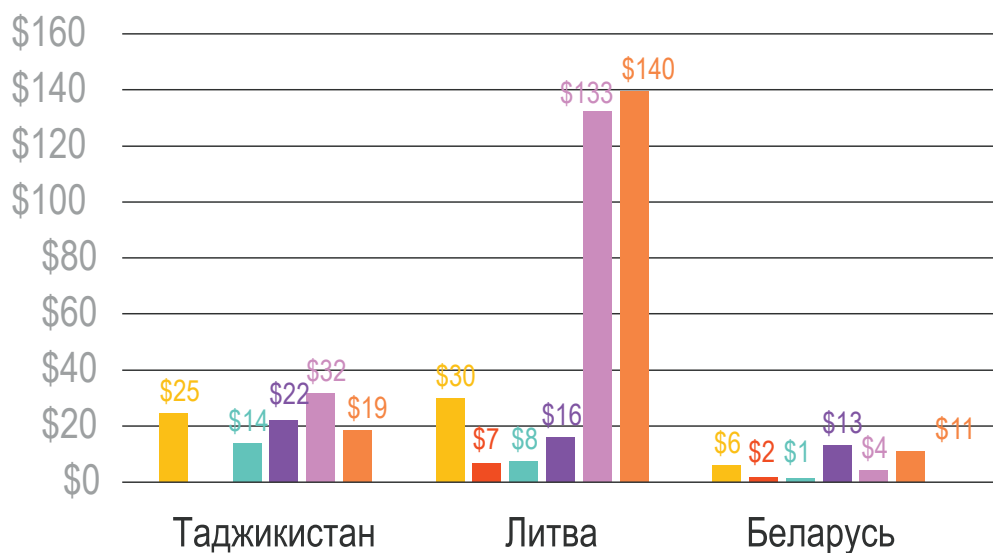
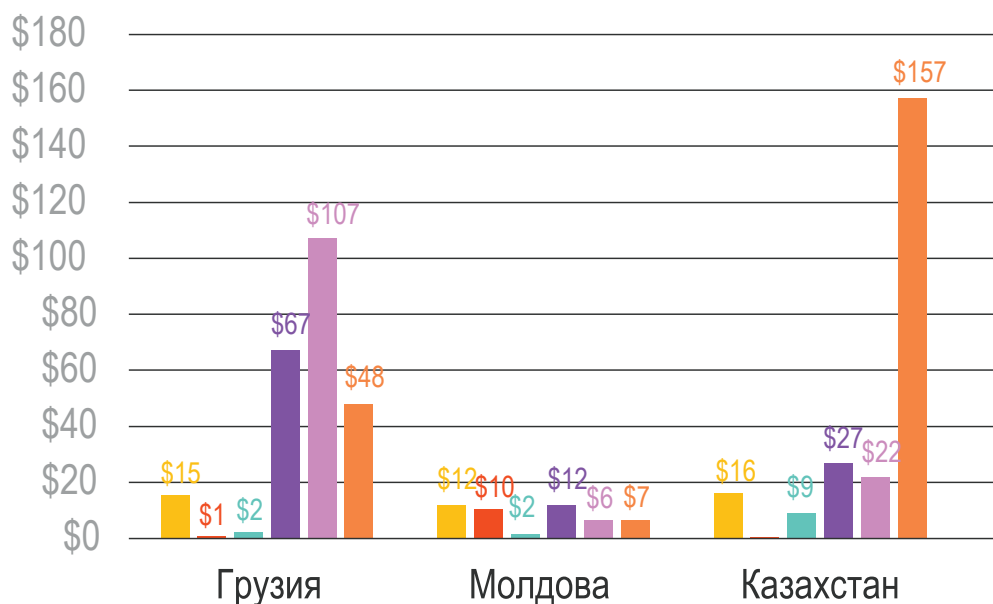
¹³ Исходя из того, что в Молдове 50% клиентов получают по два экспресс-теста на ВИЧ в год.

¹⁴ Исходя из того, что в Литве 100% клиентов получают по два экспресс-теста на ВИЧ в год.

¹⁵ Исходя из того, что в Беларуси 28% клиентов получают один экспресс-тест на ВИЧ в год.

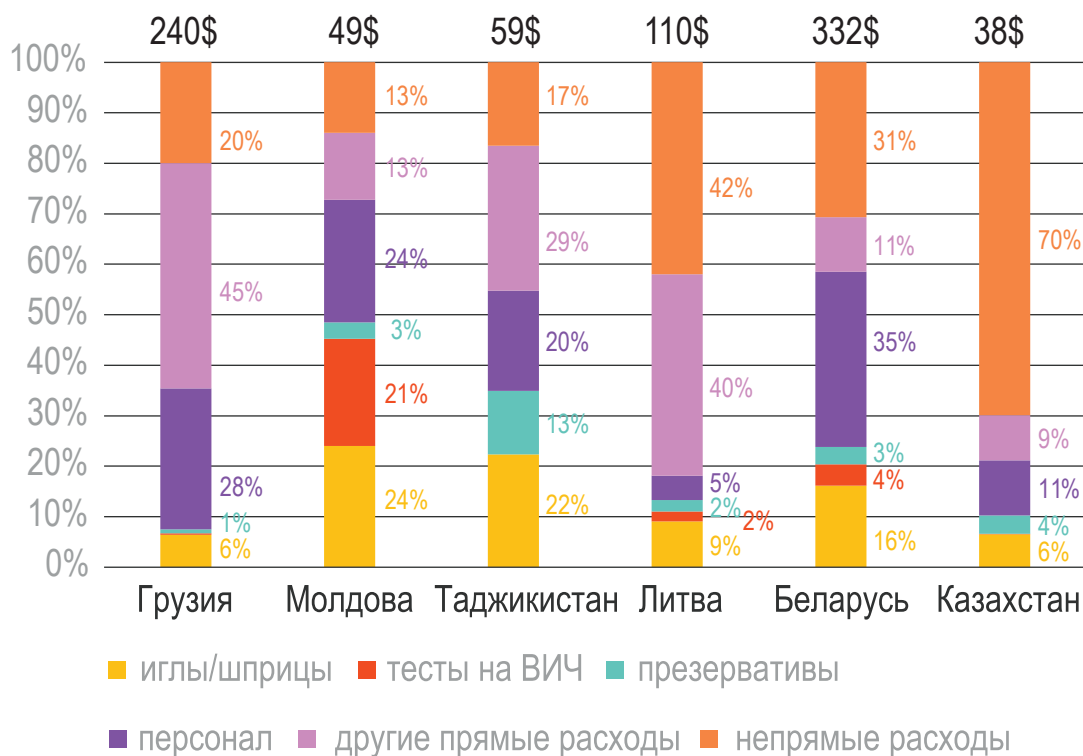
¹⁶ Исходя из того, что в Грузии 100% клиентов получают один экспресс-тест на ВИЧ в год.

Рис. 3а. Компоненты удельной стоимости услуг ПИШ (\$)



- иглы/шприцы ■ тесты на ВИЧ ■ презервативы
- персонал ■ другие прямые расходы ■ непрямые расходы

Рис. 36. Компоненты удельной стоимости услуг ПИШ (%)



Расходы на **распространение презервативов** в рамках ПИШ варьируются от менее 4% общей стоимости закупки презервативов (в Грузии¹⁷, Молдове¹⁸, Литве¹⁹ и Беларуси²⁰) до 14% от средней стоимости всех услуг ПИШ на клиента (в Таджикистане). И объясняется это не только видом товара и принятым механизмом закупки. Важное значение также имеют программные решения, связанные с выбором подхода к тестированию и распространению презервативов. В данной связи некоторым странам было бы полезно придерживаться международных целевых ориентиров по распространению товаров.

Доля **непосредственных расходов на персонал** варьируется в пределах от 11,83 долларов США (24% от удельной стоимости услуг, Молдова) до 67 долларов США (28% от удельной стоимости услуг, Грузия). Нехватка аутрич-работников в Молдове и Таджикистане ограничивает местным ЛУИН доступ к товарам ПИШ высокой степени приоритетности. И это означает, что непосредственные расходы на персонал (составляющие в Молдове 24% от общей удельной стоимости услуг и 20% – в Таджикистане) должны быть здесь либо увеличены, либо использованы более соответствующим потребностям клиента способом.

17 Исходя из того, что в Грузии 100% клиентов получают 23 презерватива в год.

18 Исходя из того, что в Молдове 80% клиентов получают 60 презервативов в год.

19 Исходя из того, что в Литве 81% клиентов получают 52 презерватива в год.

20 Исходя из того, что в Беларуси 92% клиентов получают 36 презервативов в год.

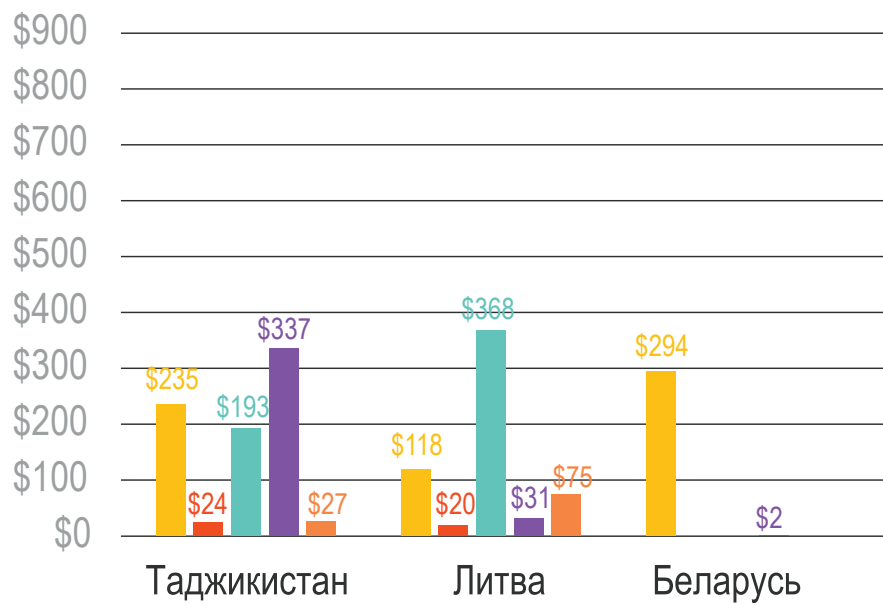
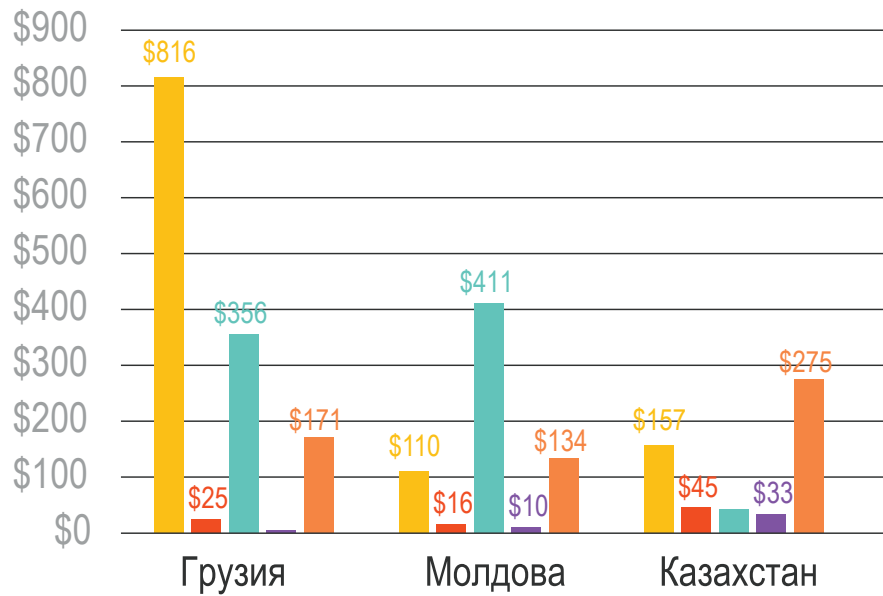
Косвенные расходы варьируются в пределах от менее 7 долларов США (14%) в Молдове до 140 долларов США (42%) в Литве. Косвенные расходы напрямую не связаны с оказанием услуг и не могут быть соотнесены с конкретным мероприятием. Однако косвенные расходы необходимы для успешной реализации мероприятий снижения вреда. К таким расходам, в том числе, относятся оплата работы бухгалтера (как штатного сотрудника), покупка мебели для помещения и пр. Более высокие косвенные расходы могут указывать на непродуманное распределение средств, – например, в связи с необходимостью оплаты избыточного штата сотрудников, не вовлеченных в оказание услуг.

Таблица 4. Компоненты удельной стоимости услуг ОЗТ по каждой стране

	Метадон	Иные товарно-материальные ценности	Непосредственные расходы на персонал	Иные непосредственные расходы	Косвенные расходы:	Итого
Беларусь	\$118 (19%)	\$20 (3%)	\$368 (60%)	\$31 (5%)	\$75 (12%)	\$ 612
Грузия	\$816 (59%)	\$25 (2%)	\$356 (26%)	\$4 (<1%)	\$171 (12%)	\$ 1372
Литва	\$235 (29%)	\$24,40 (3%)	\$193 (24%)	\$336,60 (41%)	\$27(3%)	\$ 816
Молдова	\$110,17 (16%)	\$16,16 (2%)	\$410 (60%)	\$10,27 (2%)	\$134,13 (20%)	\$ 681,70
Таджикистан	\$157 (28%)	\$45,46 (8%)	\$42 (8%)	\$33,34 (6%)	\$275 (50%)	\$ 553,10

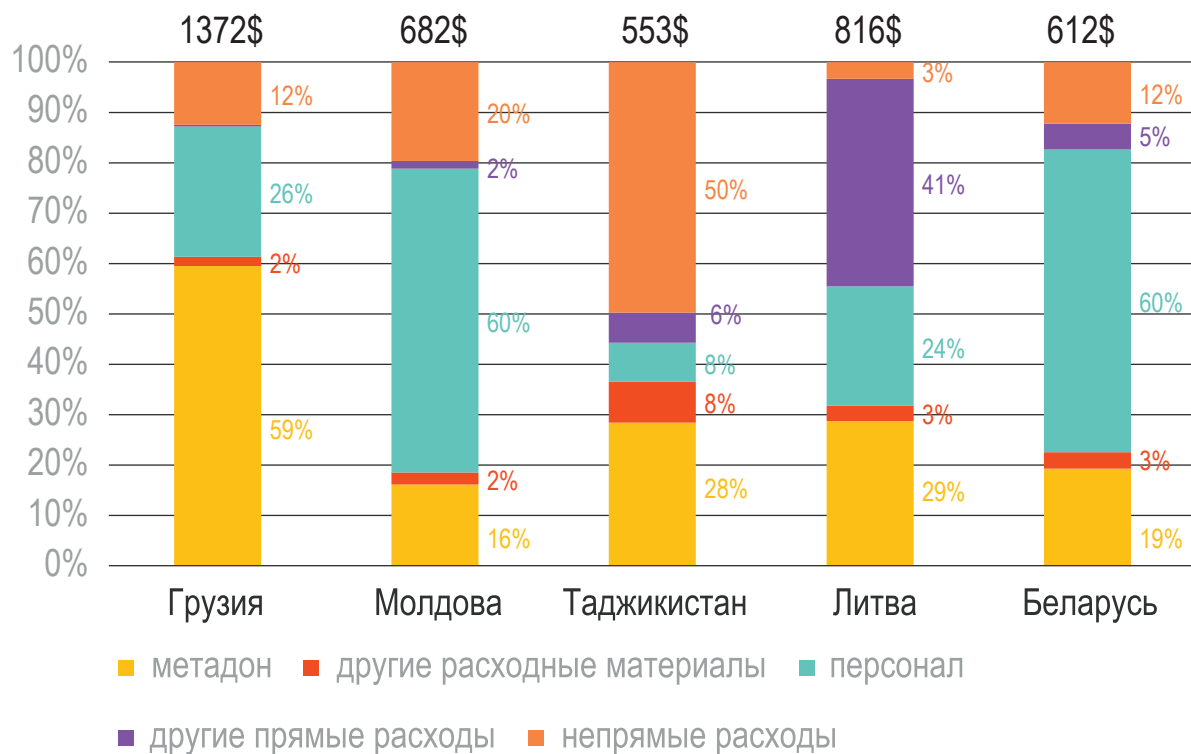
Непосредственные расходы для ОЗТ варьируются от 50% общей стоимости в Таджикистане (\$278) до 97% (\$789) в Литве. В Грузии расходы на закупку и хранение **метадона и бупренорфина** составляют 59% (\$816) удельной стоимости услуг ОЗТ; в Молдове расходы на закупку и хранение **метадона** составляют 16% (\$110) удельной стоимости услуг ОЗТ, в Таджикистане – 28% (\$157), в Литве – 29% (\$235).

Рис. 3в. Компоненты удельной стоимости услуг ОЗТ (\$)



- метадон ■ другие расходные материалы ■ персонал
- другие прямые расходы ■ непрямые расходы

Рис. 3г. Компоненты удельной стоимости услуг ОЗТ (%)



Расходы на персонал пункта для ОЗТ варьируются от 8% общей удельной стоимости (Таджикистан) до 60% (Беларусь и Молдова). В Молдове 19% расходов на персонал – это проведение групповых психотерапевтических сессий для клиентов, и данная услуга не входит в другие статьи расходов при расчете удельной стоимости услуг ОЗТ.

Мы ограничены в выводах, связанных с анализом статей расходов. В Таджикистане 50% средств направляются на косвенные расходы, что объясняется низкими показателями участия в программах ОЗТ (затраты на одного клиента в месяц и др.). В других случаях это может объясняться схемами закупок, стоимостью товаров и прочими особенностями организации программ.

На страновом уровне необходимо тщательно изучить причины и динамику развития, связанные с различиями в расходах, из которых складывается удельная стоимость услуг. Необходимо также тщательно проанализировать решения по организации программ, влияющие на расходы, из которых складывается удельная стоимость услуг, в соотношении с их эффективностью и удовлетворенностью клиентов.

Следующий блок выводов по полученным данным посвящен дополнительным факторам, связанным с оказанием услуг, которые следует рассмотреть при стратегическом планировании расширения программ и обеспечения их устойчивости.

Существенные трудности возникли при сборе данных, необходимых для расчета позиций удельной стоимости, что ограничило возможности финансового анализа на национальном и региональном уровнях. Это происходило в связи с бюрократическими препятствиями или тем, что таких данных не оказалось «в природе». В последнем случае пришлось давать приблизительные оценки (например, в отношении рабочего времени персонала, затраченного на обслуживание одного клиента). Для расчета конечных данных были проведены несколько этапов проверки. Иногда консенсуса по удельной стоимости удавалось достичь после долгих переговоров с многочисленными заинтересованными сторонами. Однако в Казахстане консенсуса удалось достичь только по непосредственным расходам, и, поэтому, полного расчета удельной стоимости, необходимого для сравнения с другими контрольными странами, по Казахстану сделать не удалось.

Чтобы надлежащим образом планировать бюджет и добиваться инвестиций в снижение вреда в будущем, странам следует проводить регулярный анализ расходов на услуги снижения вреда (например, каждые три года) и использовать финансовые данные наряду с показателями технической эффективности и удовлетворенности клиента (подробнее об этом – ниже).

3. ПОЛИТИКА И МЕХАНИЗМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НЕ ВСЕГДА ОРИЕНТИРОВАНЫ НА ПОТРЕБНОСТИ СООБЩЕСТВА

Доступность и приемлемость услуг являются для программ снижения вреда залогом привлечения и удержания клиентов и, в конечном итоге, определяют воздействие мероприятий снижения вреда на общественное здравоохранение. Проведенная силами сообщества оценка выявила ряд проблем и пробелов, которые обязательно следует учитывать при переходе от внешнего финансирования (международные доноры) к внутреннему (за счет национальных бюджетов). Некоторые из этих проблем и пробелов были связаны с особенностями развития той или иной контрольной страны. Но, помимо этих проблем и пробелов, были выявлены и другие, – общие для всех контрольных стран.

Одной из наиболее распространенных является отсутствие достаточного количества аутрич-работников и доступа к их услугам. В Казахстане только 43% клиентов программ ответили утвердительно на вопрос о возможности «найти аутрич-работника тогда, когда он нужен». В Таджикистане 57% сообщили, что «всегда могут найти аутрич-работника», а в Грузии 87%

респондентов сообщили, что «никогда не пользуются услугами аутрич, потому что их просто нет». В Молдове респонденты отметили, что из-за низкой доступности аутрич-работников для них крайне ограничен доступ к услугам тестирования на ВИЧ. Этот указывает на важнейший пробел в инфраструктуре ПИШ и наводит на мысль о том, что приоритетным для удовлетворения потребностей клиентов должно стать надлежащее планирование расходов и выделение бюджета для оплаты услуг аутрич-работников. И чтобы обеспечить достижение целевых показателей по охвату программами, необходимо разработать механизмы осуществления контроля за соблюдением стандартов по охвату клиентов аутрич-работниками.

«Я не имею возможности выйти на работу, потому что мне приходится ездить в программу ОЗТ. Это 60 км в один конец. Полдня уходит на то, чтобы получить лекарство. Каждый месяц за ОЗТ нужно платить 110 лари (50 долларов США) – это пенсия моей матери. В результате, у меня растут долги. И вместо того, чтобы дать мне лекарство на неделю, чтобы я мог пойти работать, через месяц-другой меня выкинут из программы на улицу, потому что я не смогу платить».

Пациент программы ОЗТ из Грузии о трудностях с ежедневными поездками и расходами на ОЗТ «из собственного кармана»

Участники оценки также отметили проблемы с **наличием и качеством товаров в программах игл и шприцев**. В Таджикистане 67% респондентов говорили о потребностях в спиртовых салфетках, в Молдове – о «бабочках» для вен, в Грузии – о стерильной воде (69%). В Казахстане респонденты отметили низкое качество шприцев и презервативов (механизмы закупки учитывают только стоимость, а не качество товаров). Безусловно, каждой стране необходимо решить свои проблемы. Но одна проблема является для них общей: судя по результатам оценки, в процессе разработки бюджета и организации закупок нигде не учитывалось мнение сообщества ЛУИН.

Во всех шести контрольных странах респонденты называли две проблемы, связанные с механизмом оказания услуг: доступ к экспресс-тестированию на ВИЧ на базе сообщества и получение методона для домашнего употребления. При этом, было отмечено, что **экспресс-тестирование на ВИЧ на базе сообщества** является крайне актуальным для ЛУИН, так как дает возможность избежать стигматизации, получить до- и послетестовое консультирование

аутрич-работника, которому доверяешь и который способен объяснить материал понятным языком.

Согласно результатам исследования, ограниченный доступ к тестированию на базе сообщества и услугам аутрич-работников, скорее всего, является причиной низкого охвата медицинскими услугами ВИЧ-положительных ЛУИН, включая услуги антиретровирусной терапии (DeNovitz др., 2015). Учитывая синергетический эффект комбинированной профилактики, страны должны изучить возможности эффективного использования всех имеющихся механизмов для оказания помощи ЛУИН и определить необходимые затраты.

Во всех странах мероприятием высокой степени приоритетности участники назвали предоставление **метадона для домашнего употребления**. В качестве основных препятствий к ежедневному посещению программы для получения метадона участники назвали неудобные часы работы пунктов и дорогостоящие поездки, отнимающие много времени.

Представленные в отчете данные были собраны в рамках исследования, впервые осуществленного силами сообщества. Выше были описаны трудности, с которыми столкнулись группы, проводившие опросы и анкетирование.

Полученную информацию следует считать достоверной для принятия соответствующих решений, и необходимо вести постоянный мониторинг на базе сообщества для оценки того, насколько изменения, внесенные в организацию программ, принесли желаемый результат. В этом контексте важно помнить, что **развитие потенциала ЛУИН и возможностей его регулярного участия в мониторинге качества услуг невозможно без технической и финансовой поддержки международного сообщества**.

Нам необходимы гибкие программы ОЗТ, дающие клиентам возможность работать и вернуться к нормальной жизни. Нам нужен метадон для домашнего употребления. Немедленно. #HarmReductionWorks

4. СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ОБРАЩАЮТ МАЛО ВНИМАНИЯ НА ОСОБЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ЖЕНЩИН И МОЛОДЕЖИ

Серьезность проблем, связанных с качеством услуг, была отмечена всеми группами, участвующими в оценке. Но, с точки зрения некоторых подгрупп, еще более серьезные проблемы связаны с процессом получения услуг. В новой редакции Сводного руководства ВОЗ по программам для ключевых групп населения (2014 г.) особое внимание отводится проблеме доступности услуг для женщин и молодежи, как наиболее уязвимых подгрупп. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что реализуемые программы до сих пор не могут их эффективно обслуживать.

Женщины сталкиваются с трудностями в доступе к услугам снижения вреда, в основном, из-за сложившихся гендерных «норм» и **отсутствия доступа к гендерно-ориентированным программам**. В Грузии доля женщин от общей численности пациентов ОЗТ составляет всего 1,6% (всего – 2300 клиентов), и стигматизация со стороны врачей-наркологов, медсестер и пациентов-мужчин настолько сильна, что отвращает женщин даже от попыток получить доступ к услугам. В качестве значительных препятствий к услугам были также названы несоблюдение конфиденциальности и отсутствие у персонала навыков работы с гендерно-ориентированным подходом.

«Приходится почти что голову закрывать, если принимаешь ОЗТ. Медицинский персонал и пациенты-мужчины не скрывают своего осуждения по отношению к нам, женщинам, употребляющим наркотики. А как нам выжить без ОЗТ?»

Женщина – клиент ОЗТ в Грузии

В Молдове, в качестве пробела программ, участники отметили **отсутствие женщин аутрич-работников**. В Грузии 30% участвующих в опросе женщин сообщили, что не имеют никакой поддержки внутри или вне программ снижения вреда. Во всех шести странах члены сообщества отметили потребность в гендерно-ориентированных товарах, включая женские презервативы, гигиенические комплекты и гормональные противозачаточные средства. В Таджикистане лишь 10% опрошенных женщин имели доступ к этим товарам.

Как было указано выше, к числу наиболее уязвимых по групп, помимо женщин, также относится молодежь. В исследовании

приняли участие более 2400 человек, и все они были старше 20 лет, – что объясняется, в основном, ограничениями программ снижения вреда на обслуживание клиентов данной возрастной группы. Невозможность привлечь к участию в исследовании молодежь указывает на более общую, системную проблему – отсутствие оценки потребностей молодежи и, как следствие, невозможность удовлетворить эти потребности.

35% грузинских женщин столкнулись с нарушением их конфиденциальности со стороны персонала программ снижения вреда. Нам нужны программы снижения вреда, которые работают для ВСЕХ. #HarmReductionWorks

Таким образом, данные, полученные в ходе опросов, проведенных на базе сообщества, ограничены отсутствием доступности и приемлемости программ для двух социальных подгрупп: женщин и молодежи. Когда нет услуг снижения вреда, ориентированных на эти социальные подгруппы, крайне сложно достичь надлежащего уровня их представительства в исследованиях по оценке качества услуг. Все эти обстоятельства указывают на потребность в срочной адаптации программ снижения вреда к их нуждам и специфике.

5. РЕСПОНДЕНТЫ УКАЗАЛИ НА ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ПРЕПЯТСТВИЯ К ПОЛУЧЕНИЮ УСЛУГ, В ЧАСТНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ЛИЧНОЙ БЕЗОПАСНОСТЬЮ И УГРОЗАМИ СО СТОРОНЫ СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

В ситуации ограниченных ресурсов важно обеспечить поддержку программ снижения вреда со стороны власти и правоохранительных органов. Так же, как и в ситуации с проблемами в области качества услуг, проведенная силами сообщества оценка обнаружила ряд проблем, связанных с особенностями внутреннего законодательства и политики той или иной страны, и ряд проблем, являющихся для них общими.

К первой категории относятся проблемы **законодательной базы, регулирующей деятельность программ снижения вреда**. Несмотря на то, что снижение вреда в Грузии существует более 10 лет, программы игл и шприцев не регулируются никакими законами или политикой, которые могли бы защитить их от ложных обвинений, – например, в пропаганде употребления наркотиков. Этот факт, по мнению НПО, также объясняет высокую текучесть кадров среди аутрич-работников: они легко могут попасть под такое обвинение в

связи с необходимостью иметь с собой инъекционное оборудование.

Аналогичная ситуация с программами ОЗТ в Казахстане и Таджикистане. Они никак законодательно не защищены и могут быть закрыты в любой момент при изменении политической ситуации. Это, естественно, подрывает веру пациентов в устойчивость программ. Кроме того, во всех контрольных странах важными проблемами для пациентов ОЗТ оказались отсутствие постоянной регистрации по месту получения услуг и отсутствие метадона в национальных списках основных лекарственных средств.

Почти во всех странах услуги ОЗТ были отнесены ЛУИН к числу высокоприоритетных. Исключение составил Казахстан²¹, в связи с оценкой налоксона. Объяснить эту ситуацию можно тем, что в клинических протоколах налоксон не значится, как лекарственный препарат, предотвращающий опиоидную передозировку, и недопустимостью его использования немедицинским персоналом.

Законодательные нормы относительно того, кто может проводить тестирование на ВИЧ, затрудняют доступ к экспресс-тестированию на базе сообщества, – в особенности, в Казахстане и Таджикистане. Хотя данное мероприятие было признано требующим развития, развивать его практически невозможно из-за того, что немедицинский персонал не имеет права проводить тестирование. Для значительной части ЛУИН, регулярно взаимодействующих с аутрич-работниками и НПО и не желающих посещать государственные медицинские учреждения, это требование равносильно отказу от обследований на ВИЧ.

Услуги **тестирования на ВИЧ силами аутрич-работников и/или социальных работников** крайне актуальны для ЛУИН. Помимо тестирования, они дают им возможность в комфортной и безопасной обстановке, без стигматизации, от пользующегося доверием человека получить информацию, связанную с ВИЧ-инфекцией.

Ко второй категории относятся проблемы, связанные с **работой полиции**. В Грузии 50% респондентов-мужчин и 49% респондентов-женщин сообщили о том, что им доводилось сталкиваться с притеснением со стороны полиции. В Молдове клиенты программ снижения вреда сообщили также о случаях запугивания фармацевтов, в результате чего они отказывались продавать шприцы людям, подозреваемым в употреблении наркотиков. Более того, за продажу инъекционного оборудования предполагаемому потребителю наркотиков фармацевтов штрафовали на крупную сумму, и это не только окончательно закрыло для ЛУИН доступ к шприцам,

²¹ В Казахстане участники оценки назвали налоксон мероприятием средней степени приоритетности, но признались, что очень мало о нем знают.

но и способствовало их дальнейшей социальной стигматизация. Участники оценки также рассказали о принудительной детоксикации, как одной из полицейских тактик. В Казахстане в 2012-2013 гг. больше средств было израсходовано на проверку клиентов ОЗТ на наркотики (\$167 на 1 человека в год), чем на закупку метадона (\$135 на 1 человека в год), что указывает на очевидное предпочтение полицейского подхода, не совпадающего с подходами общественного здравоохранения.

Безусловно, каждой стране необходимо решить свои собственные проблемы и устранить все внутренние препятствия для работы программ снижения вреда. Однако в контрольных странах есть и общие проблемы, для преодоления которых, в первую очередь, необходима сильная региональная адвокатура.

Люди, употребляющие наркотики, имеют право на здоровье. Вмешательство полиции в услуги снижения вреда является нарушением прав человека. #HarmReductionWorks

6. ПРИ СОХРАНЕНИИ ТЕКУЩЕЙ СТОИМОСТИ И МЕХАНИЗМОВ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ОХВАТА И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ ПОТРЕБУЕТСЯ СРОЧНОЕ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ИНВЕСТИЦИЙ

Для расширения охвата услуг²² в контрольных странах²³ до уровней, рекомендуемых международными нормами, при текущей стоимости и механизмах оказания услуг срочная потребность в дополнительных инвестициях составит от 335 934 долларов США для ПИШ в Литве до 3 277 823 долларов США для ПИШ в Грузии.

На Рисунке 4а приведены сценарии финансирования ПИШ на 2016-2018 гг.²⁴ в сопоставлении с потребностями в ресурсах²⁵ и планируемыми инвестициями²⁶, включая национальные и

22 При условии повышения технической эффективности страны смогут добиться большей экономии затрат и получить большую доходность инвестиций, что повлияет на объем инвестиций, которые потребуются в ближайшие годы. Но данное исследование не ставило перед собой цели разработать варианты сценариев повышения технической эффективности, влияющих на потребности в ресурсах, и потребности в ресурсах рассчитаны, исходя из существующих механизмов оказания услуг. Это никоим образом не препятствует странам в их стремлении к повышению технической эффективности с целью увеличения доходности инвестиций.

23 В Казахстане данные по будущим потребностям в ресурсах и будущим инвестициям не доступны.

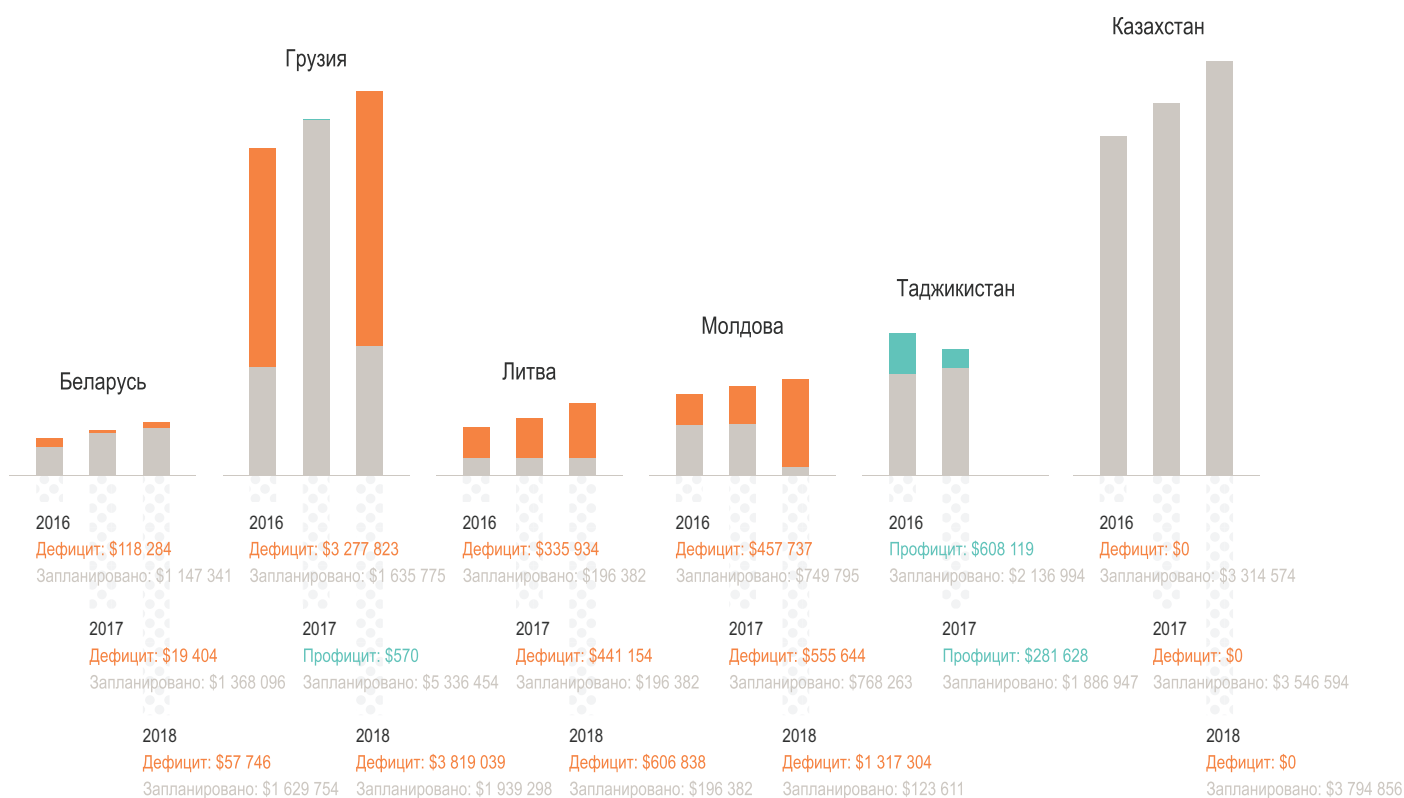
24 В Таджикистане данные по потребностям в ресурсах и будущим инвестициям (на 2018 г.) не доступны.

25 Рассчитанные потребности в ресурсах основаны на запланированных уровнях охвата, изменяющихся от страны к стране. Более подробная информация по сценариям расширения приведена в страновых отчетах.

26 Данные по запланированным уровням инвестиций в Литве отсутствуют, и расчеты сделаны, исходя из того, что будут поддерживаться уровни 2013 г.

международные источники. Пробелы в финансировании ПИШ оказались во всех странах. В Таджикистане был обнаружен прогнозируемый профицит за все указанные годы, и существенную часть этой суммы составили средства, выделенные Чрезвычайным планом президента США по оказанию помощи в борьбе со СПИДом (PEPFAR), которые не могут использоваться на закупки товарно-материальных ценностей ПИШ²⁷. Беларусь будет иметь скромный профицит средств в 2016 г., но к 2017 г. он перейдет в дефицит. В 2017 г. Грузия будет иметь недолгий и небольшой профицит (\$570), но к 2018 г. появится дефицит, который практически в два раза превысит выделенные бюджетные средства.

Рис. 4а. Потребности в ресурсах и планируемые инвестиции на ПИШ на 2016–2018

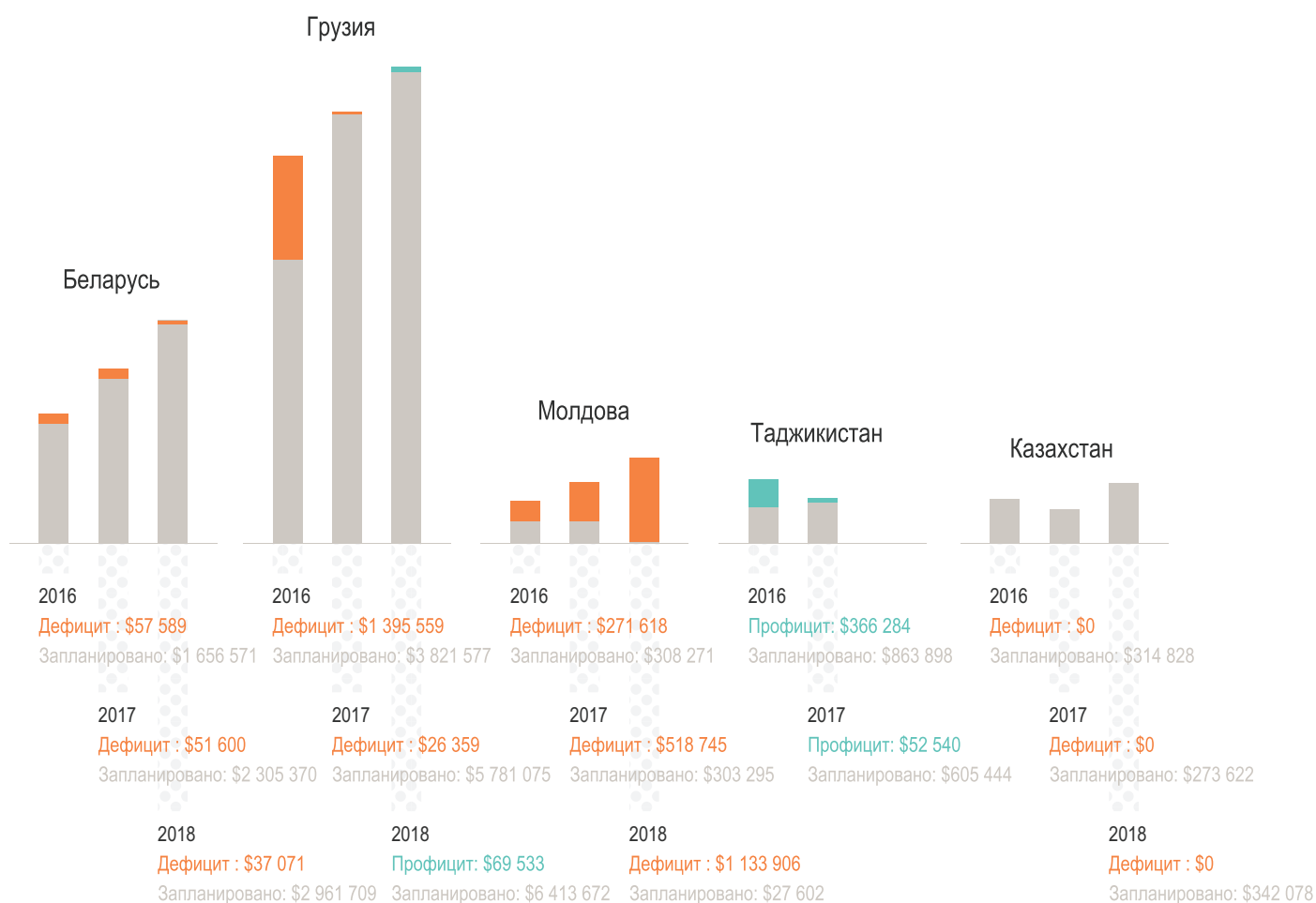


На Рисунке 4b отражены потребности в ресурсах и прогнозируемые инвестиции по ОЗТ. Таких прогнозов нет для Казахстана и Литвы, а данные по Таджикистану были получены лишь на 2016 и 2017 гг. Тенденция к устойчивому финансированию наблюдается только в Грузии, в динамике от осязаемого дефицита в 2016 г. к небольшому профициту в 2018 г. При этом, однако, следует с крайней осторожностью толковать полученные данные по прогнозируемым в стране инвестициям: 39% от объема этого финансирования должно быть предоставлено «другими частными

²⁷ Запрет правительства США на закупки игл и шприцев на выделенные им федеральные средства был введен в декабре 2011 г. Более подробная информация: <http://www.ihra.net/contents/1154>.

источниками» – в настоящее время так называют клиентов ОЗТ, оплачивающих услуги из «своего кармана». Международного опыта, демонстрирующего оплату услуг ОЗТ клиентами, как механизм обеспечения устойчивого финансирования программ ОЗТ, не существует, и такой план может представлять угрозу не только для устойчивости программ, но и, что более существенно, – для их способности привлекать и удерживать клиентов.

Рис. 46. Потребности в ресурсах и планируемые инвестиции на ОЗТ на 2016–2018



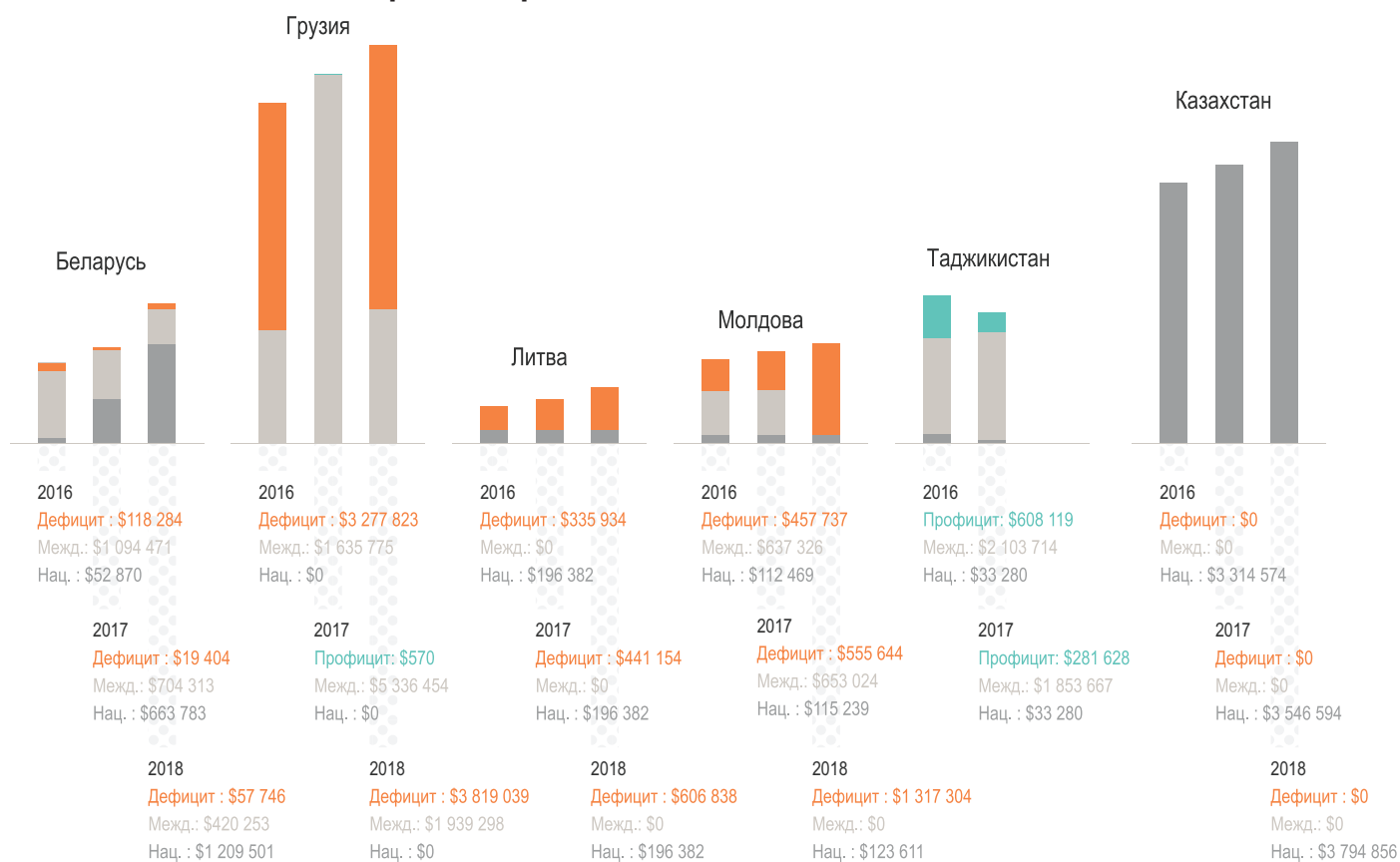
Приведенные данные отражают соотношение рассчитанных потребностей и прогнозируемого объема финансирования. Однако ассигнованное финансирование, в конце концов, может быть не выделено или выделено не в том объеме. Но, если, например, в Таджикистане не будет полностью выделено или направлено не на стратегическую поддержку реализации программ финансирования, ассигнованное правительством США, то это сильно изменит ситуацию. Чтобы страны ответственно оценили свои будущие потребности в ресурсах, критически важно, чтобы партнеры-доноры точно и ответственно определились по суммам финансирования, которые будут ими выделены на поддержку программ снижения вреда, а также по тому, каким образом эти суммы должны быть израсходованы.

7. ИСХОДЯ ИЗ ТЕКУЩИХ ПРОГНОЗОВ СТОИМОСТИ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ДОНОРСКОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОБЕЛ В ИНВЕСТИЦИЯХ В ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА В 2016 Г. СОСТАВИТ БОЛЕЕ 13,6 МИЛЛИОНОВ ДОЛЛАРОВ США

Пробел между рассчитанными потребностями в ресурсах и выделенным финансированием проблематичен сам по себе, но ситуация с инвестициями в снижение вреда становится еще тревожней, если принять во внимание источники финансирования: национальное финансирование в сравнении с международным (донорским).

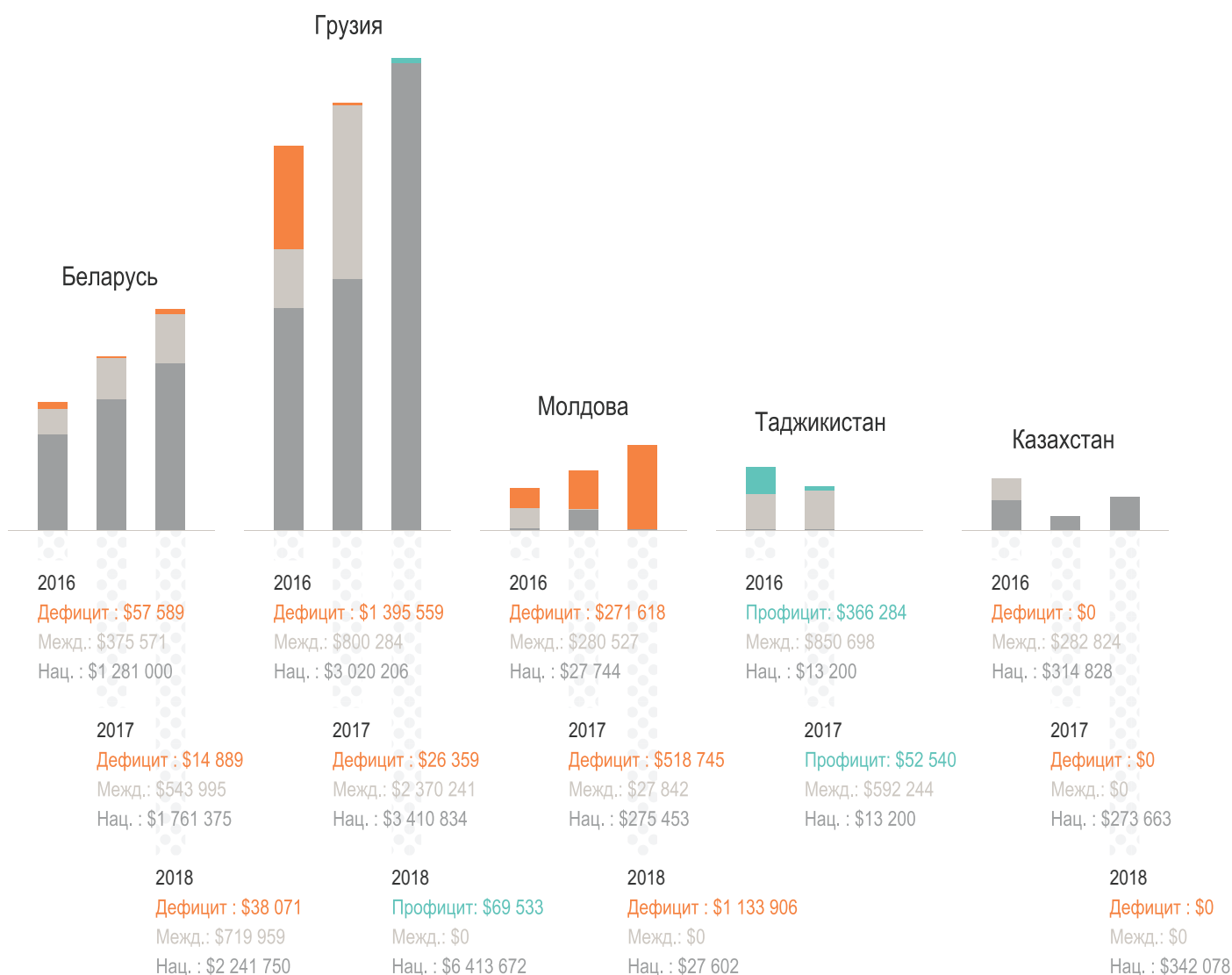
Рисунки 5а и 5б повторяют структуру Рисунков 4а и 4б, но также включают информацию о соотношении национального финансирования и ресурсов, предоставляемых международными донорами. В большинстве контрольных стран до 2018 г. крайне низкие уровни прогнозируемого вклада национальных бюджетов на ПИШ. Грузия вообще не предполагает никаких вкладов до 2018 г. Молдова и Таджикистан – на уровне ниже 15% и 2%. Полностью обеспечивает финансирование программ из национального бюджета только Литва. Однако следует также учитывать, что настоящие и планируемые объемы финансирования покрывают менее 40% потребностей. Беларусь обещает рост национального финансирования с 5% от общего объема обязательств в 2016 г. до 74% от общего объема обязательств в 2018 году (из расчета, что будет покрыто 97% потребностей).

Рис. 5а. Запланированные расходы на услуги ПИШ на 2016-2018 гг.: соотношение национального и международного финансирования



Немногой лучшей ситуацией – с прогнозируемыми национальными вкладами для ОЗТ: в 2016 г. ассигнованные суммы составляют от 1,5% в Таджикистане до 79% в Грузии. К 2018 г. все три контрольные страны, для которых прогнозы существуют, взяли на себя обязательства существенно повысить уровень национального финансирования, однако, необходимо еще раз отметить, что в Грузии предполагает оплату существенной доли расходов самими клиентами программ, что может стать сдерживающим фактором для участия ЛУИН в программах ОЗТ.

Рис. 56. Запланированные расходы на услуги ОЗТ на 2016-2018 гг.: соотношение национального и международного финансирования



Наибольшую тревогу вызывает сценарий, при котором национальные программы снижения вреда не получат обещанной донорской поддержки. В этом случае в 2016 г. они столкнутся с пробелами, которые для некоторых ПИШ достигнут уровня 100% (Грузия), некоторых ОЗТ – 98% (Таджикистан). Даже для двух стран это будет означать, что без обслуживания останутся более 6000 действительных клиентов и более 36 000 потенциальных клиентов программ²⁸. Разрабатываемые планы перехода должны обязательно учитывать эту суровую реальность в отсутствии международного финансирования.

²⁸ Исходя из того, что 60% от 75 000 ПИН в Грузии нуждаются в ПИШ, и 40% от 23 100 ЛУИН нуждаются в ОЗТ в Таджикистане.

Более того, и в прошлом, и в изученных будущих обязательствах национальные ассигнования не всегда связаны с оплатой всех статей расходов услуг снижения вреда. Пример: хотя Молдова покрывает 9% расходов на ОЗТ, национальные инвестиции не включают поддержки закупок метадона. Аналогичным образом обстоит дело в Таджикистане: 1,56% прогнозируемых инвестиций в ПИШ не включают закупок товаров. Это критически важно учитывать как в отношении укрепления систем (например, разработки благоприятной политики и организации закупок метадона), так и для обеспечения политических обязательств по финансированию основных элементов программ снижения вреда, включая закупки основных товарно-материальных ценностей.

Совершенствуйте инвестиции в

СНИЖЕНИЕ ВРЕДА

СОЗДАЙТЕ ОТВЕТСТВЕННЫЙ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЛАН

Планы, основанные на достоверных данных

Национальные правительства, включая министерство здравоохранения и министерство финансов при участии сообществ ЛУИН должны разработать и внедрить переходный план, основанный на достоверных данных, чтобы гарантировать адекватное национальное финансирование программ снижения вреда.



Регулярно отслеживать расходы по программе снижения вреда



Проводить периодические оценки стоимости программы



Интегрировать данные мониторинга, которые собирает сообщество

Увеличение охвата

Национальные правительства и международные доноры должны руководствоваться переходным планом, чтобы оперативно инвестировать в снижение вреда для достижения целей, рекомендованных ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН.



Усовершенствовать географический охват программы



Разрабатывать сценарии расширения программы



Делать стратегические инвестиции

Более высокое качество услуг

Национальные правительства и международные доноры должны руководствоваться переходным планом, чтобы способствовать улучшению качества услуг по снижению вреда для удовлетворения потребностей клиентов и повышения эффективности затрат.



Привлекать и удерживать клиентов программы



Финансировать сервисные НПО



Обеспечить качество услуг

Устранить правовые и политические барьеры



Национальные правительства должны оперативно устранить правовые и политические барьеры, которые препятствуют эффективному расходованию средств на снижение вреда.



Обеспечьте реформирование законодательства



Поддержите механизмы правовой защиты



Ограничить силовые меры в отношении ЛУИН

ПОДДЕРЖИТЕ ПЕРЕХОДНЫЙ ПЛАН ПРИ ПОМОЩИ МЕЖДУНАРОДНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Международные доноры должны использовать свое влияние, чтобы создать благоприятные условия для осуществления переходного плана, который сможет обеспечить высокое качество и высокий охват программы снижения вреда.



Поддержка расширения программы



Поддержка изменений законодательства



Поддержка мониторинга, проводимого ЛУИН

Снижение вреда – это устойчивая система комплексных и выверенных мер

РЕКОМЕНДАЦИИ

Чтобы обеспечить достаточные, устойчивые и стратегические инвестиции в услуги снижения вреда необходимо участие национальных и международных политиков, ответственных за принятие соответствующих решений. В данной связи, на основе выводов и результатов оценки нами были сформулированы пять сообщений для проведения адвокационных мероприятий.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1: правительства стран ВЕЦА (включая министерства здравоохранения и финансов) при участии сообщества ЛУИН должны разработать и реализовать основанные на фактических данных планы перехода с международного на национальное финансирование услуг снижения вреда.

Следствием сокращения финансирования и ухода из стран ВЕЦА Глобального фонда и других доноров только в шести странах региона более 291 000 жизней²⁹ оказались под угрозой. Чтобы обеспечить надлежащее финансирование программ снижения вреда в течение всего переходного периода, правительствам необходимо разработать основанные на фактических данных планы перехода, которые позволят странам постепенно взять на себя ответственность за внедрение достаточных, стратегических и устойчивых инвестиций в снижение вреда.

Как минимум, при разработке планов необходимо:

- 1) вовлекать ЛУИН в оценку реальных данных по неудовлетворенным потребностям в услугах снижения вреда и приоритетности мероприятий, направленных на изменение политики в отношении снижения вреда и обеспечение финансирования программ;
- 2) применять международные стандарты по охвату услугами ПИШ (60%) и ОЗТ (40%) при определении необходимости расширения программ;
- 3) допускать прямое финансирование организаций гражданского общества посредством заключения социальных договоров или иных аналогичных механизмов по оказанию ЛУИН услуг снижения вреда (включая связанные с ВИЧ-инфекцией, гепатитом и и туберкулезом).

Странам необходимо систематически оценивать текущие расходы и процесс составления бюджета на снижение вреда. Подробнее об этом – ниже.

²⁹ Используя новейшие существующие данные за 2013 г., в шести контрольных исследованных странах проживает 291000 ПИН.

Мониторинг расходов на услуги снижения вреда

Одним из главных ограничивающих факторов при проведении оценки стало отсутствие данных по расходам на услуги снижения вреда. Некоторых данных (в частности, по персоналу) не существовало ни на местном, ни на центральных уровнях. Министерству здравоохранения и Министерству финансов необходимо сотрудничать при создании механизмов мониторинга местных и централизованных расходов на деятельность программ снижения вреда, включающих государственные и негосударственные программы. Данные мониторинга могут использоваться при подготовке бюджетов на поддержку и развитие программ снижения вреда в переходный период.

Мониторинг удельной стоимости услуг

Имея надежные данные по расходам на снижение вреда, страны смогут проводить мониторинг по удельной стоимости услуг с целью анализа изменений во временной динамике и затем, по мере развития программ, экономить ресурсы, перенаправляя их с менее актуальных (востребованных) на более актуальные услуги. Кроме того, если происходят изменения в нуждах клиентов или программные показатели демонстрируют повышение или понижение эффективности, от стран могут потребоваться стратегические решения по распределению ресурсов с целью корректировки перечня и качества услуг. Особое внимание следует обратить на экономию ресурсов, связанную с разными механизмами оказания услуг, – например, государственными и негосударственными учреждениями, центрами на базе сообщества и центрами на базе учреждений (*это соображение более подробно обсуждается ниже в Сообщении 3*). Для поддержки эффективной разработки бюджета может также потребоваться анализ различий в удельной стоимости услуг, связанной со спецификой работы в разных обслуживаемых программой географических точках и в разных группах. Такой анализ рекомендуется проводить не реже одного раза в три года, в рамках стратегического планирования и процесса среднесрочного обзора.

Координация планирование бюджета с учетом данных мониторинга и оценки

Чтобы финансовые данные могли использоваться в качестве источника информации по динамике изменений в расходах и удельной стоимости, необходимо продолжать сверять их с данными по удовлетворенности клиентов и качеству услуг. Следует рассмотреть возможность проведения регулярного мониторинга качества услуг силами сообщества в рамках мониторинга программ, предусмотренного национальными планами. Мониторинг и оценку качества услуг рекомендуется проводить одновременно с оценкой удельной стоимости услуг и технической эффективности программ, не реже, чем один раз в три года, чтобы обеспечить

максимальную доходность вложенных инвестиций. Этот элемент перехода критически важен для того, чтобы избежать неверных шагов, связанных с представлениями, что экономия расходов всегда является положительным явлением, и увеличение расходов всегда обусловлено ненужными тратами. В действительности оптимизация инвестиций требует поиска баланса между эффективностью расходов и эффективностью услуг, как с технической точки зрения, так и с точки зрения удовлетворенности клиента.

Для обеспечения более качественного снижения вреда нам необходим более четкий, основанный на фактических данных процесс подготовки бюджета с активным вовлечением и лидерством сообщества ЛУИН [#HarmReductionWorks](#)

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2: Рекомендации по инвестированию средств в услуги снижения вреда (в соответствии со стандартами ВОЗ, ЮНЭЙДС и УНП ООН) должны быть отражены в планах перехода и служить руководством для национальных правительств и международных доноров.

В ситуации, когда в пяти из шести контрольных стран показатели охвата ЛУИН находятся на уровне, который значительно ниже рекомендованного ВОЗ (60%), а показатели охвата ОЗТ составляют от менее 0,3% до 11%, очевидность срочных действий по расширению этих базовых услуг вряд ли может вызывать сомнения.

Обеспечение рекомендованного уровня охвата в 60% для ПИШ и 40% для ОЗТ потребует повышения эффективности оказания услуг, увеличения объемов вкладываемых ресурсов и расширения географии охвата. В большинстве ситуаций потребуются существенное расширение аутрич-работы.

Устранение географических пробелов

Чтобы обеспечить расширение программ и достигнуть рекомендованных ВОЗ показателей охвата, странам потребуется систематически проводить учет места проживания ЛУИН и гарантировать доступность услуг снижения вреда во всех географических точках. Особенно приоритетной областью должно стать расширение ОЗТ и ускоренное внедрение практики предоставления доз для домашнего употребления. Такая практика также будет содействовать успешной социальной реинтеграции клиентов.

Подготовка сценариев по расширению охвата

Странам следует включить рекомендованные ВОЗ целевые показатели в свои национальные стратегические планы и принять все меры для того, чтобы адресный бюджет с подробной разбивкой по статьям расходов включал деятельность программ ПИШ и ОЗТ. Там, где охват до сих пор остается на низком уровне, бюджет должен отражать необходимость в постепенном расширении до указанных ВОЗ целевых показателей. Как упоминалось выше, планы расширения охвата следует готовить с учетом географии клиентов. Показатели снижения вреда должны стать центральной частью оценки национальных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

Поддержка развития программ посредством стратегических инвестиций

Странам ВЕЦА необходимо искать дополнительное финансирование со стороны международных доноров на заполнение пробелов и оказание поддержки программам снижения вреда. После получения финансирования крайне важно, как оно распределяется. В такой ситуации, которая сложилась в Таджикистане, где при существующих уровнях охвата в 2016-2018 гг. ожидается бюджетный профицит, или в Грузии, в которой прогнозируемые инвестиции в услуги ОЗТ приведут к профициту к 2018 г., излишки плановых инвестиций могут и должны вкладываться в повышение качества услуг, или – в случае Грузии, в которой в 2018 г. профицит в ОЗТ будет сопровождаться дефицитом в ПИШ в размере почти 2 миллиона долларов США – перенаправляться в программы в других областях с целью обеспечения непрерывности всех необходимых услуг. Необходимо стратегически использовать полученное финансирование и обеспечить техническую поддержку для создания абсорбционного потенциала человеческих и институциональных ресурсов. Очень важно рассмотреть возможность обучения и выделения дополнительных средств на оплату работы аутрич и обеспечить достаточные запасы высокоприоритетных товаров, чтобы эта работа была максимально эффективной.

Для получения максимальной выгоды от существующих на сегодняшний день инвестиций странам ВЕЦА следует реализовать планы по достижению охвата в 60% для ПИШ и 40% для ОЗТ за счет национального бюджета.
[#HarmReductionWorks](#)

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3: планы перехода должны стать руководством для национальных правительств и международных доноров по инвестированию в качество услуг снижения вреда с целью удовлетворения потребностей клиентов и повышения технической и экономической эффективности программ

Качество услуг снижения вреда и оптимизация использования ресурсов для обеспечения максимальной доходности инвестиций не менее важны, чем расширение охвата программ ПИШ и ОЗТ. Проведенная силами сообщества оценка очертила круг проблем в области качества услуг, которые требуют решения как посредством привлечения дополнительного финансирования, так и посредством оптимизации использования существующего финансирования.

Сфокусировать программы на увеличении охвата и удержании клиентов

Чтобы услуги удовлетворяли потребности клиентов в степени, достаточной для их привлечения и удержания в программах, планы перехода должны содержать ориентированные на клиентов обязательства по финансированию услуг и модели их оказания. Это означает, в том числе, повышение качества товаров ПИШ и усовершенствование механизмов оказания услуг, – например, посредством предоставления доз для домашнего употребления и доступа к налоксону через аутрич-работников. Также требуют своего развития гендерно-ориентированные и учитывающие возрастные особенности услуги. Услуги должны быть адекватно соотнесены с другими элементами комбинированной профилактики, включая тестирование на базе сообществ и антиретровирусную терапию.

Внедрение механизмов заключения социальных контракта

Чтобы клиенты имели доступ к услугам, предоставляемым теми, кому они доверяют и чьей помощью они готовы пользоваться, и чтобы аутрич-программы имели достаточное финансирование, необходимо разработать или расширить механизмы заключения социальных договоров и иные формы государственной поддержки НПО, как организаций, оказывающих услуги в области ВИЧ-инфекции. По мере того, как международные доноры покидают страны ВЕЦА, ответственность за финансирование НПО должны взять на себя национальные правительства. Финансирование социальных договоров должно быть выделено с учетом обязательной непрерывности услуг снижения вреда. Рекомендуется ассигновать специальные фонды, основанные на прогнозируемых потребностях в охвате, участие в которых будет проводится посредством регулярно проводимых открытых конкурсов, проводимых, например, один раз в год. Средства должны предусматривать покрытие всех

высокоприоритетных мероприятий снижения вреда, включая расходы на работу аутрич, приобретение товарно-материальных ценностей и организационные накладные расходы. Это позволит организациям снижения вреда надлежащим образом рассчитывать оперативные бюджеты, поддерживать охват и, по необходимости, привлекать дополнительные средства из внешних источников.

Внедрение мер по поддержанию стандартов качества услуг

Чтобы избежать снижения качества услуг в процессе перехода программ снижения вреда под контроль национальных правительств, проводимая силами сообщества их оценка должна стать центральным элементом процесса мониторинга. Кроме того, страны должны разработать стандарты для всех видов услуг, включая услуги, оказываемые государственными поставщиками и НПО, по которым группы сообщества и иные группы, проводящие оценку, могут оценивать качество работы персонала. Как минимум, данные стандарты должны включать базовые количественные показатели, в том числе по численности и составу оперативного и административного персонала программы, количеству игл, шприцев и презервативов, выдаваемых на одного клиента в год, а также указания по частоте предоставления ВИЧ-тестирования на базе сообщества.

В конечном итоге, инвестиции в повышение качества услуг должны увеличить доходность программ, что будет способствовать удержанию и дальнейшему привлечению клиентов и, как следствие, принесет огромную пользу общественному здравоохранению.

Ориентированное на клиентов снижение вреда – это экономически эффективное снижение вреда. Финансируйте работу поставщиков услуг для удовлетворения потребностей клиентов! #HarmReductionWorks

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4: правительствам необходимо устранить законодательные барьеры, препятствующие использованию существующего финансирования программ снижения вреда экономически выгодным способом.

Программы снижения вреда будут экономически эффективными только тогда, когда будет создана благоприятная среда, обеспечивающая безопасный доступ ЛУИН к услугам. Разработка юридической защиты и устранение законодательных препятствий являются предпосылкой успешного перехода программ на национальное финансирование и обеспечения устойчивости их работы после ухода со сцены международных доноров.

Введение законодательной защиты программ снижения вреда

Важнейшим приоритетом с точки зрения безопасности программ снижения вреда и их клиентов является законодательная защита всех элементов снижения вреда. Это означает необходимость разработки законодательной базы в отношении ПИШ и ОЗТ, включение метадона, бупренорфина и налоксона в «Список основных лекарственных средств» и обеспечение соответствующих потребностей в закупке данных препаратов по всему региону. Кроме того, такие услуги аутрич-работников, как экспресс-тестирование на ВИЧ и раздача налоксона, должны быть отнесены к категории мероприятий высокой степени приоритетности.

Разработка механизма исправления нарушений

Одновременно с изменением политики и законодательства, направленных на защиту прав человека и гражданских прав ЛУИН, необходимо разработать механизм исправления нарушений со стороны правоохранительных органов, медицинского персонала и проч. Необходимо расширить деятельность аутрич-работников, предоставляющих юридическую помощь в безопасной и доверительной для клиентов атмосфере.

Прекращение полицейского преследования за употребление наркотиков

Конечной целью создания благоприятной среды является прекращение полицейского и уголовного преследования за незначительные правонарушения, связанные с употреблением наркотиков. Систематическая коррупция в полиции, непосильные штрафы и квоты на аресты – это проблемы, для преодоления которых необходимы политическая воля и лидерство.

Ориентированное на клиентов снижение вреда означает отказ от чрезмерного полицейского преследования и угроз в адрес программ ОЗТ. #HarmReductionWorks

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5: международные доноры должны использовать свое влияние для обеспечения соответствия планов перехода уровню финансирования, необходимому для оказания высококачественных услуг снижения вреда.

Присутствие Глобального фонда в переходном периоде и координация с другими партнерами по развитию являются залогом устойчивости программ снижения вреда (Mogeni et al., 2013 г.). Пока Глобальный фонд и другие партнеры не ушли из стран ВЕЦА, они должны использовать все свои возможности и влияние для оказания положительного воздействия на страны в разработке ими

ответственных, учитывающих фактические данные планов перехода, основанных на отношениях между государством и гражданским обществом, включая сообщества ЛУИН.

Поддержка расширения охвата

Для планирования успешных стратегий расширения и достижения рекомендуемых целевых показателей (60% – ПИШ, 40% – ОЗТ) странам потребуется краткосрочная техническая и финансовая поддержки доноров. Техническая помощь может потребоваться для того, чтобы повысить потенциал и провести оценку стоимости и качества услуг (особенно странам, которые не были включены в контрольные), а краткосрочная финансовая поддержка – для реализации географического расширения и повышения качества услуг.

Политика поддержки и законодательные изменения

Предварительные условия для донорского финансирования могут помочь убедить страны внедрить политические и законодательные изменения, особенно когда речь идет об областях, отличающихся традиционным отсутствием гибкости. Кроме того, может потребоваться техническая поддержка и участие в политических диалогах высокого уровня для содействия в разработке новых редакций политики и законодательства, соответствующих международной передовой практике.

Поддержка участия и наращивание потенциала сообщества ЛУИН

Чтобы сообщество ЛУИН приобрело достаточный потенциал для участия в планировании, реализации и мониторинге плана перехода, международные доноры должны продолжать оказывать ему поддержку посредством региональных проектов и специальных грантовых схем. Особенно следует рассмотреть возможность оказания поддержки в рамках региональной программы *«Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!»*.

Международные доноры должны использовать свое влияние для обеспечения успешного перехода и устойчивых инвестиций в снижение вреда. #HarmReductionWorks

ЧТО ДАЛЬШЕ?

В данном отчете изложены основные выводы и ограничения, полученные в ходе первой оценки финансирования и качества услуг снижения вреда, проведенной с участием местных сообществ. Отчет подтверждает необходимость качественного сбора данных для принятия решений в области инвестиций и достижения необходимых уровней охвата, рекомендуемых ВОЗ для того, чтобы сделать эти инвестиции максимально эффективными. Инвестиции должны быть ориентированы на клиентов – как с точки зрения организации программ, так и с точки зрения создания благоприятной среды, позволяющей программам работать беспрепятственно. Отчет рекомендует международным партнерам, включая доноров и организации, оказывающих техническую поддержку, оказать также помощь в планировании с тем, чтобы создать благоприятную ситуацию для успешного перехода, в которой достигнутые успехи не будут утрачены, и программы снижения вреда смогут продолжать свою деятельность.

Уважаемый читатель! Мы будем вам крайне признательны, если вы поддержите наши призывы и нашу деятельность любым их перечисленных ниже способов.

- **Опубликуйте в «твитере»** одну из рекомендаций данного отчета или выскажите свое мнение по заинтересовавшему вас факту или выводу под хэштегом #HarmReductionWorks.
- **Поделитесь** отчетом со знакомыми (распечатайте, перешлите по электронной почте, дайте ссылку в социальной сети и т.д.).

Для получения более подробной информации о региональной кампании «Снижение вреда работает – обеспечьте финансирование!», перейдите на страницу www.harm-reduction.org.

Распространяя перечисленные в отчете рекомендации, мы способствуем обеспечению будущего программ снижения вреда и их перехода на национальное финансирование.

Мы знаем, что снижение вреда работает! Присоединяйтесь к нам! Мы обязательно добьемся достаточных, и устойчивых инвестиций в программы снижения вреда.

БИБЛИОГРАФИЯ

Boltaev A, Deryabina AP, Kusainov A, Howard A. (2012). *Evaluation of a pilot medication-assisted therapy program in Kazakhstan: Successes, challenges, and opportunities for scaleup*. *Advances in Preventive Medicine*. 2012:308793. Доступно на: <http://www.hindawi.com/journals/apm/2012/308793/> .

Cook C, Bridge J, McLean S, Phelan M, Barrett D. (2014). *The funding crisis for harm reduction*. London: Harm Reduction International. ISBN 978-0-9927609-1-5.

DeHovitz J, Uuskula A, El-Bassel N. (2014). *The HIV Epidemic in Eastern Europe and Central Asia*. *Current HIV/AIDS Reports*. 03/2014; DOI: 10.1007/s11904-014-0202-3.

Dutta A, Wirtz A, Stanciole A, Oelrichs R, Semini I, Baral S, Pretorius C, Haworth C, Hader S, Beyrer C, Cleghorn F. (2013). *The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs*. Washington, DC: World Bank.

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (2013). *Turning the tide against HIV and tuberculosis: Global Fund investment guidance for Eastern Europe and Central Asia*.

Harm Reduction National Report Georgia (2015). Harm Reduction National Report. Georgia. Darejan Dvalishvili. Tbilisi.

Harm Reduction National Report Lithuania (2015). Harm reduction does work – we need your financial support! Recommendations for developing harm reduction services in Lithuania and improving their quality. Galiu Gyventi. Vilnius.

Kim SW, Pulkki-Brannstrom-A-M, and Skordis-Worrall-J. (2014). *Comparing the cost effectiveness of harm reduction strategies: a case study of the Ukraine*. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 12:25 doi:10.1186/1478-7547-12-25.

Lawrinson P, Ali R, Buavirat A, Chiamwongpaet S, Dvoryak S, Habrat B, Jie S, Mardiati R, Mokri A, Moskalewicz J, Newcombe D, Poznyak V, Subata E, Uchtenhagen A, Utami DS, Vial R, Zhao C. (2008). *Key findings from the WHO collaborative study on substitution therapy for opioid dependence and HIV/AIDS*. *Addiction*, 103: 1484-1492.

Mogeni T, Nyachienga N, Stover C, Fajardo I. (2013). *Sustainability Review of Global Fund Supported HIV, Tuberculosis and Malaria Programmes – Final Report*. The Global Fund, Geneva.

Addiction Research Development in Georgia Project (2015). *The Drug Situation in Georgia, Annual Report – 2013*. Tbilisi, Republic of Georgia.

UNAIDS Global Report (2012). Geneva, Switzerland.

UNAIDS Global Report (2013). Geneva, Switzerland.

UNAIDS Global AIDS Response Progress Report (2014) Geneva, Switzerland.

UNAIDS Gap Report (2014). Geneva, Switzerland.

UNAIDS – Belarus (2015) *Intervention Packages against HIV and HCV infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study - Preliminary Report: Cost-Effectiveness – Belarus*.

UNAIDS – Georgia (2015). *Intervention Packages against HIV and HCV infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study - Preliminary Report: Cost-Effectiveness – Georgia.*

UNAIDS – Kazakhstan (2015). *Intervention Packages against HIV and HCV infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study - Preliminary Report: Cost-Effectiveness – Kazakhstan.*

UNAIDS – Moldova (2015). *Intervention Packages against HIV and HCV infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study - Preliminary Report: Cost-Effectiveness – Moldova.*

UNAIDS – Tajikistan (2015). *Intervention Packages against HIV and HCV infections Among People Who Inject Drugs in Eastern Europe and Central Asia: A Modeling and Cost-Effectiveness Study - Preliminary Report: Cost-Effectiveness – Tajikistan.*

WHO (2013). *Consolidated ARV Guidelines.*

Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N (2015). *The cost-effectiveness of harm reduction.* International journal of Drug Policy, 2003, 14: Volume 26, Supplement 1, Pages S5-S11.

ВОЗ (2014). Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения. Женева.

ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС (2009). Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков.

ВОЗ, УНП ООН, ЮНЭЙДС (2012). Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков.

Национальный отчет «Снижение вреда: аргументы в пользу стратегических инвестиций. Республика Беларусь». Минск. 2015.

Национальный отчет «Программа снижения вреда в республике Казахстан». Алматы: Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ. 2015.

Национальный отчет «Программа снижения вреда в Литве». Вильнюс. 2015.

Национальный отчет «Программа снижения вреда в республике Молдова. Снижение вреда работает. Аргументы в пользу финансирования». Кишинев. 2015.

Национальный отчет «Программа снижения вреда в республике Таджикистан. Кому платить за здоровье нации?». Душанбе. 2015.

