Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии

«Черный ящик»:

Российская политика по ВИЧ и ее экономическая эффективность

2012

Россия – уникальное [...] государство, которое полностью взяло на себя ответственность, включая и финансовые обязательства, за профилактику и лечение больных ВИЧ.

Из выступления Татьяны Голиковой, Министра здравоохранения и социального развития РФ в 2008-2012 гг., на заседании Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции 2 июня 2011 г.

Каждый доллар, потраченный на СПИД, - это инвестиция, а не расходы. Инвестиции дают отдачу. Отдача со временем будет только расти. Инвестиционный подход, сфокусированный на людях, поможет спасти жизни, снизить затраты и использовать вложенные ресурсы максимально эффективно.

Из отчета Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу «Meeting the investment challenge. Tipping the dependency balance», 2012 г.

Об организации

В 2002 году группа активистов движения за доступ к лечению из разных стран мира определила необходимость более активной международной деятельности, направленной на удовлетворение потребности в лечении ВИЧ, которую испытывают миллионы людей во всем мире. В марте 2003 года сто двадцать пять людей, живущих с ВИЧ, и защитников их интересов из шестидесяти семи стран собрались в Кейптауне (Южно-Африканская Республика) на Международном саммите по готовности к лечению, для обсуждения стратегий, направленных на:

- обеспечение и усиление местной и региональной деятельности по просвещению сообществ в вопросах лечения и по привлечению сообществ к борьбе за доступ к антиретровирусным препаратам;

- обеспечение и расширение местных, региональных и международных усилий, гарантирующих приверженность взятым на себя обязательствам и политическим изменениям, необходимым для обеспечения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа.

Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа (International Treatment Preparedness Coalition, ITPC) была учреждена на этом собрании в качестве коалиции активистов из разных стран мира, стремящихся объединить свои усилия по продвижению этих стратегий. Таким образом, ITPC – это всемирная коалиция людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и защитников их интересов.

В 2006 году для региона Восточной Европы и Центральной Азии был запущен русскоязычный проект ITPCru – Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии. Проект возник в связи с необходимостью объединения активистов на территории СНГ, Грузии и стран Балтии, а также для развития коалиции в регионе. В его задачи входит:

- Адвокация прав и свобод людей, затронутых эпидемией ВИЧ;

- Определение приоритетов в отношении финансирования на местном уровне и принятие решений о финансировании конкретных проектов, реализация программы по предоставлению грантов;

- Организация обмена информацией в области ВИЧ для активистов региона на русском языке, мобилизация сообществ ЛЖВ и других уязвимых групп.

На сегодняшний день количество членов коалиции в регионе Восточная Европа и Центральная Азия составляет около1000 человек из более чем 20 стран мира.

Благодарности

Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии выражает благодарность всем, без кого эта публикация была бы невозможна:
Ж. Атаянц, С. Головину, Д. Годлевскому, Г. Вергусу за подготовку текста, И. Стерлядниковой за ценные комментарии, М. Яковлевой за графическое оформление, С. Гуревичу и Д. Гудченко за верстку.

Рекомендуемый формат для цитирования

Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии – ITPCru (2012). «Черный ящик»: Российская политика по ВИЧ и ее экономическая эффективность. – Санкт-Петербург.

Актуальная версия публикации доступна по адресу: http://itpcru.org/

Отказ от ответственности

Основная цель этого документа – оказать содействие усилиям, предпринимаемым властями Российской Федерации в борьбе против эпидемии ВИЧ-инфекции. Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии не несет ответственности за использование и трактовку данных, выводов и рекомендаций, представленных в настоящем отчете, третьими сторонами.

Выводы и рекомендации, содержащиеся в данном отчете, отражают точку зрения авторов отчета, которая может не совпадать с мнениями других заинтересованных лиц.

Информация, содержащаяся в настоящем отчете, почерпнута из открытых источников. Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии не гарантирует стопроцентную достоверность данных, предоставленных третьими сторонами, а также может не разделять мнения третьих сторон, цитируемых в отчете.

Упоминание любых международных непатентованных или торговых названий препаратов не означает, что Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии отдает им предпочтение или, наоборот, не рекомендует их.

Упоминание любых схем лечения в тексте отчета ни при каких обстоятельствах не может быть использовано в качестве альтернативы консультации врача-специалиста.

Оглавление

Резюме 6

Введение 9

Цели
Предыстория
Методы

Специфика эпидемии ВИЧ в России 13

Распределение бюджетных ассигнований на ВИЧ 17

Отсутствие последовательной стратегии
Динамика финансирования в области ВИЧ и туберкулеза
Увеличение финансирования на АРВ без повышения доступности лечения
Бюджет на профилактику не предназначен для стратегий, работающих в группах риска

Выполнение бюджета по ВИЧ 35

Низкое качество организации государственных закупок лекарственных препаратов
Программы лечения не ориентированы на группы риска
Низкое качество организации и выполнения государственного заказа в области профилактики ВИЧ

Подотчетность за эффективность бюджетных программ по ВИЧ 53

Итоги 55

Рекомендации 56

Список использованной литературы 59

Список сокращений 69

Резюме

Российская политика по ВИЧ напоминает «черный ящик». На входе – значительная сумма государственного финансирования на ВИЧ, которая с 2006 по 2011 годы увеличилась в 6 раз и составила за весь этот период 63 млрд. рублей. На выходе – рост вновь выявленных случаев ВИЧ со скоростью 10% в год и эскалация смертей людей с ВИЧ.

Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии провела обзор экономической эффективности российской политики по ВИЧ. Мы проанализировали данные бюджетов и программ в области ВИЧ, опросили экспертов и сопоставили принципы бюджетной политики по ВИЧ со спецификой российской эпидемии и результатами экономических исследований. Мы хотели понять, насколько рационально Российская Федерация тратит свой бюджет в области ВИЧ, который в ближайшие два года больше не будет увеличиваться, оставаясь на уровне 2012 года, а также показать государству и чиновникам, как выглядит эффективность проводимой в России политики по ВИЧ глазами сообщества людей, непосредственно затронутых этой проблемой.

Эта оценка показала, что российская бюджетная политика по ВИЧ...

...стратегически не выстроена, фрагментирована и исключает подотчетность чиновников перед обществом. Планирование бюджетных расходов в области ВИЧ не опирается на единую общенациональную стратегию борьбы с ВИЧ, которая не была выработана за 25 лет развития эпидемии в России. Все расходы по ВИЧ рассеяны по разным секторам здравоохранения (гражданский и тюремный), разным службам (инфекционные, центры СПИД, противотуберкулезные, акушерство, наркологические), бюджетам разного уровня (федерального и регионального), а также по нескольким государственным заказчикам. В результате, фрагментированность финансирования по ВИЧ приводит к фрагментированности ответственности чиновников за любые исходы профилактики и лечения ВИЧ.

...эпидемиологически не обоснована. Эпидемия ВИЧ в России по-прежнему распространяется через группы риска. Большинство новых инфекций составляют потребители инъекционных наркотиков (58% всех новых случаев) и их сексуальные партнеры. Тем не менее, российский бюджет не предназначен для низкопороговых программ профилактики ВИЧ для групп риска, включая программы снижения вреда, чья экономическая эффективность была задокументирована в таких разных странах, как Украина и Китай. Более того, группы риска систематически выпадают из программ скрининга и лечения ВИЧ, а половина расходов на профилактику ВИЧ в 2012 г. предназначена на информационные кампании в СМИ для общего населения.

Туберкулез остается главной причиной смерти людей с ВИЧ в России. Количество людей, инфицированных ВИЧ и ТБ, за последние пять лет выросло почти в 3 раза, несмотря на то, что эти годы государственные ассигнования на ВИЧ выросли в 6 раз, а на туберкулез – в 4 раза. 75% коинфицированных ВИЧ/ТБ – люди, страдающие от наркозависимости, из которых более 40% не могут удержаться в стационарных программах противотуберкулезного лечения. Тем не менее, государственные деньги по-прежнему вкладываются в малоэффективные программы стационарного лечения туберкулеза без каких-либо существенных изменений в структуре самих программ, а возможности амбулаторного лечения, в том числе по системе ДОТС, в России сильно ограничены.

...не оптимизирована в соответствии с интересами пациентов на этапе планирования. Даже тогда, когда российское государство начинает вкладывать значительные суммы в лечение людей с ВИЧ, оно не предпринимает необходимых параллельных мер расширения доступа к лечению. Антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ закупаются на основе нормативных списков, которые не включают новые эффективные лекарства, такие как тенофовир, но зато содержат наименования устаревших и высокотоксичных препаратов, таких как ставудин. Иными словами, можно сделать вывод, что при планировании закупок препаратов лечения учитываются, скорее, интересы бюджета, но не пациентов.

...**и нерационально организована на этапе выполнения бюджета**. Размещение государственного заказа на закупку АРВ-препаратов и предоставление услуг профилактики ВИЧ сопровождается практиками ограничения конкуренции, которые неоднократно привлекали внимание Генпрокуратуры РФ и Федеральной антимонопольной службы. В условиях минимальной или иллюзорной конкуренции АРВ-препараты закупаются по максимальным ценам, а из закупленных препаратов очень сложно подобрать адекватные схемы лечения для полного охвата людей, нуждающихся в нем. Единственный за последние два года конкурс на предоставление услуг профилактики ВИЧ в группах риска предполагал практически нереалистичные сроки и результаты выполнения работ. По мнению независимой экспертной группы НКО, он стал «нецелесообразным и неэффективным расходованием бюджетных средств».

Таким образом, с одной стороны, существуют изъяны в выборе приоритетов на этапе планирования расходов на ВИЧ в России. С другой стороны, уже утвержденные деньги на программы расходуются с ограничением конкуренции, вне привязки к индикаторам качества, к тому же без независимого мониторинга и оценки и ответственности за результаты. В результате, уже в четырех регионах России люди, живущие с ВИЧ, составляют более 1% населения, а пациентам до сих пор меняют схемы лечения не по медицинским показаниям.

Все это приводит к еще большим тратам бюджетных денег на ВИЧ и дальнейшей эскалации летальных исходов среди ВИЧ-позитивных людей.

Наши рекомендации адресованы Правительству Российской Федерации и включают следующие необходимые шаги:

- Выработать долгосрочную стратегию борьбы с ВИЧ, основанную на результатах научных данных и передового отечественного и международного опыта;
- Утвердить клинические протоколы лечения ВИЧ, обязательные для исполнения медицинскими учреждениями;
- Проводить системную работу с фармацевтическими кампаниями по снижению цен на патентованные АРВ-препараты, более широко закупать генерические препараты и более активно развивать страновое производство АРВ-препаратов с обязательным надлежащим контролем качества;
- Выделить бюджет на экономически эффективные меры контроля эпидемии, включая программы снижения вреда и повышения приверженности лечению ВИЧ среди потребителей наркотиков;
- Включать в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов новые эффективные медикаменты лечения ВИЧ;
- Создать единый регистр пациентов с ВИЧ, включая сбор и анализ данных по исходам лечения;
- Повысить эффективность системы государственного заказа на закупки препаратов лечения и диагностики для людей с ВИЧ на основе повышения прозрачности, развития конкурентной среды и привлечения независимых экспертов к выработке технического задания;
- Предусмотреть механизмы повышения персональной ответственности чиновников за все этапы бесперебойного снабжения пациентов препаратами лечения ВИЧ, не ограничиваясь этапом проведения закупочного аукциона;
- Широко привлекать НКО к исполнению государственных заказов на профилактику ВИЧ в группах риска;
- Расширить систему обследования людей с ВИЧ на туберкулез, шире предоставлять диагностику нетипичных форм туберкулеза для ЛЖВ, развивать амбулаторное лечение туберкулеза, в том числе по системе ДОТС;
- Нацелить программы скрининга и лечения ВИЧ на максимально широкий охват групп риска;
- Ввести процедуру независимой оценки выполнения государственных заказов в области профилактики и лечения ВИЧ.

Введение

Цели

Целями данного отчета являются:

- Документирование фактов неэффективности планирования и выполнения бюджета в области ВИЧ в Российской Федерации.
- Выработка рекомендаций для чиновников здравоохранения на основе российских и международных исследований экономической эффективности программ по ВИЧ.

Предыстория

В 2008 году Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии впервые приняла участие в независимой оценке российской политики в области ВИЧ, выполненной группой сетевых организаций гражданского общества [*4*]. В 2011 году мы подготовили самостоятельное исследование на эту тему [*20*]. Оба отчета были написаны для Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНГАСС) как альтернативная – по отношению к официальной – точка зрения гражданского общества на прогресс России в достижении целей универсального доступа к услугам по ВИЧ.

Главная ценность этих отчетов, написанных с разницей по времени в три года, а также других отчетов организаций гражданского общества о ситуации с ВИЧ в России, подготовленных в этот временной промежуток [*18*, *19*, *29*, *43*, *56*, *59*], заключается в том, что они не только дали оценку государственным программам по ВИЧ, но и создали инструмент мониторинга российской политики по ВИЧ со стороны организаций гражданского общества. Было зафиксировано несколько негативных тенденций в организации программной работы в области ВИЧ в России, которые делают ответ на эпидемию со стороны государства и общества недостаточно эффективным: отсутствие масштабной профилактической работы с уязвимыми группами, перебои с обеспечением ВИЧ-позитивных людей антиретровирусными препаратами, отсутствие интегрированного подхода в лечении ВИЧ и оппортунистических инфекций, а также недостаточное противодействие стигме и дискриминации в отношении людей с ВИЧ со стороны медицинских работников и общества в целом.

В данном отчете мы бы хотели проанализировать российскую политику по ВИЧ с несколько другой позиции – ее экономической целесообразности и эффективности распределения ограниченных ресурсов на ВИЧ. Необходимость такого ракурса оценки вызвана, главным образом, тремя обстоятельствами.

Во-первых, с 2006 года Россия выделяет значительные инвестиции в область ВИЧ. С 2006 по 2011 годы на борьбу с эпидемией ВИЧ из федерального бюджета было выделено 61,3 млрд. рублей [*26*]. Тем не менее, несмотря на значительный объем финансирования на противодействие эпидемии и утверждения российских чиновников о том, что страна самостоятельно покрывает свои потребности в лечении и профилактике [*47*], Россия продолжает оставаться одной из немногих стран мира с самыми высокими темпами роста ВИЧ-инфекции и смертности от СПИДа [*75*]. Данное противоречие уже само по себе указывает на недостаточную эффективность инвестиций в область ВИЧ в России в лучшем случае, и на их стратегическую нецелесообразность в худшем случае.

Во-вторых, в связи затянувшимся глобальным экономическим кризисом международные доноры и правительства перестали увеличивать или даже сократили финансирование на ВИЧ, и Россия не стала исключением. Согласно утвержденному бюджету на 2012-2014 годы, федеральное финансирование на ВИЧ в течение ближайших двух лет должно остаться в рамках 2012 года [*55*] (с учетом инфляции, вероятно, произойдет его сокращение в реальных цифрах). Поэтому так необходима критическая переоценка программ по ВИЧ с точки зрения эффективности вложений. Не случайно в 2011 году Объединенная программа ООН по проблемам ВИЧ/СПИДа (ЮНЭЙДС) провозгласила необходимость новой инвестиционной стратегии в области ВИЧ с ориентацией на более сфокусированное и стратегическое вложение имеющихся ограниченных ресурсов [*69*, *77*].

В-третьих, в связи с тем, что аргументы экспертного сообщества об эпидемиологической и клинической эффективности вмешательств по ВИЧ не всегда находят отражение в формировании российской политики по ВИЧ, мы бы хотели добавить аргументы, объясняющие также и экономическую целесообразность этих вмешательств. Российские и международные исследования показывают, что программы по ВИЧ, построенные на основе научных доказательств, не только позитивно влияют на эпидемиологическую картину в стране, но и являются хорошими экономическими инвестициями.

Методы

При подготовке данного отчета были использованы следующие методы:

- Анализ данных федерального бюджета и выполнения бюджетных ассигнований в области ВИЧ, которые были опубликованы в открытых источниках. При необходимости, финансовые показатели были пересчитаны с учетом инфляции в ценах 2006 года[1];

[1] Перерасчет сумм финансирования в рубли 2006 г. проводился в соответствии с годовыми коэффициентами инфляции в РФ в 2007-2011 гг., доступными на сайте «Уровень инфляции в Российской Федерации», уровень-инфляции.рф/таблица_инфляции.aspx

- Анализ эпидемиологической статистики;
- Анализ отчетов гражданского общества и публикаций в СМИ о российской политике по ВИЧ;
- Информационные и глубинные интервью с 12 экспертами – специалистами общественного здравоохранения, экономистами, специалистами в области лекарственного обеспечения, защитниками прав людей, живущих с ВИЧ;
- Анализ научных публикаций по экономической эффективности вмешательств по ВИЧ. Поиск научных публикаций был проведен по международным базам данных Pubmed и Google Scholar, российской базе данных научных публикаций eLIBRARY.RU, а также через веб-сайты международных организаций общественного здравоохранения. При поиске использовались следующие ключевые слова и их англоязычные эквиваленты: «лечение ВИЧ», «профилактика ВИЧ», «антиретровирусная терапия»/«АРВ-терапия», «клиническая эффективность», «экономическая эффективность», «затраты», «стоимость», а также сочетания данных терминов. Географический фокус стран, по которым был проведен обзор исследований экономической эффективности программ по ВИЧ, в основном, охватывал Россию и другие страны БРИКС (за исключением ЮАР), а также Украину и США.

СПРАВКА

В исследованиях экономической эффективности интервенций в области ВИЧ используются следующие показатели: медико-демографическая эффективность (увеличение продолжительности жизни, снижение смертности и заболеваемости), стоимость предотвращения одного случая ВИЧ-инфекции, денежная выгода от вложенных затрат, а также собственно экономическая эффективность (то есть сравнение достигнутых результатов с произведенными затратами).

Экономическая эффективность в здравоохранении измеряется как соотношение затрат на медицинские вмешательства к одному из двух индексов, отражающих состояние здоровья: DALY или QALY. Индекс DALY (Disability Adjusted Life Years) используется для оценки бремени болезней и позволяет вычислить количество утраченных лет жизни с поправкой на заболеваемость и инвалидность. Индекс QALY (Quality Adjusted Life Years) используется для оценки здоровья пациентов и позволяет вычислить количество продленных лет жизни с поправкой на ее качество. Оба индекса взаимосвязаны, поскольку отражают наличие или отсутствие осложнений, связанных с заболеванием.

Согласно Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью, если соотношение затрат к QALY меньше валового внутреннего продукта (ВВП) данной страны на душу населения, медицинское вмешательство считается высокоэффективным с экономической точки

зрения. Если же такое соотношение меньше трехразового значения ВВП на душу населения, тогда вмешательство называют просто экономически эффективным [*84*].

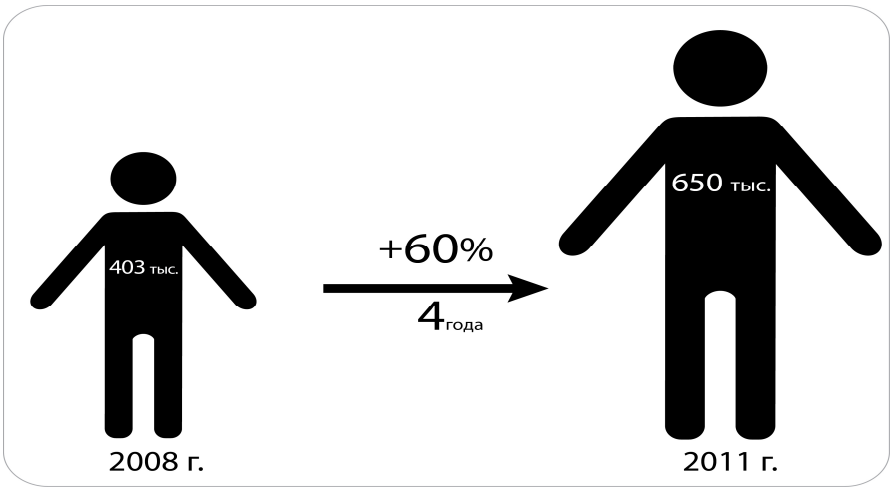
В качестве отправной точки для последующего анализа, в 2011 году российский ВВП на душу населения равнялся USD$13089 [*71*]. Следовательно, для России в 2011 году экономически эффективными считались бы программы здравоохранения, включая вмешательства в области ВИЧ, стоимость которых не превышала бы USD$39267 ($13089x 3) за один сохраненный год полноценной жизни, а высокоэффективными – программы, стоимость которых не превышала бы USD$13089 за один сохраненный год полноценной жизни.

Специфика эпидемии ВИЧ в России

В данном разделе мы бы хотели выделить три характерные особенности эпидемии ВИЧ в России:

1. Эпидемия неуклонно растет, количество новых случаев увеличивается со скоростью около 10% в год (Таблица 1). В 2011 году рост новых случаев ВИЧ в России составил 10,6% к общему числу и 7% к впервые выявленным случаям в 2010 году[*34*].

Однако реальный рост новых случаев ВИЧ в России, скорее всего, еще выше: в 2011 году количество новых случаев ВИЧ в России выросло, несмотря на уменьшение количества обследованных на ВИЧ по сравнению с 2010 годом[*34*]. Более того, в 2011 году в 4-х регионах России распространенность ВИЧ достигла более 1% среди всего населения[*34*].



Вслед за ростом новых случаев ВИЧ-инфекции растет смертность среди ВИЧ-позитивных людей (Таблицы 1, 2). За 2011 году было зарегистрировано 18 414 смертей среди людей с ВИЧ – на 17,5% больше, чем в 2010 году (Таблица 2).

При этом официальная статистика разделяет смерти ВИЧ-позитивных людей на причины, связанные и не связанные с ВИЧ-инфекцией (передозировки, насильственные смерти, суициды и заболевания, не связанные с ВИЧ) [*52*], что может маскировать реальный рост смертности от ВИЧ.

Таблица 1. Рост новых случаев ВИЧ-инфекции и смертности людей с ВИЧ, включая больных со СПИДом: кумулятивные данные за 2007-2011 годы[2]

Дата	Количество людей с ВИЧ		Из них больных СПИДом	
	Всего	Из них умерло	Всего	Из них умерло
на 31.10.2007	403 100	19 924	3 639	2 801
на 31.12.2008	471 676	35 226	6 721	5 402
на 31.12.2009	530 185	55 618	10 248	8 729
на 31.12.2010	587781	66 587	12 977	11 065
на 31.12.2011	650165	85 163	17 294	14 576

В дополнение, отмечается высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции в более старших возрастных группах. Если в 2000 году доля ВИЧ-инфицированных в возрастной группе 30-40 лет составляла только 9,9%, то в 2011 году она равнялась уже 42,1%, а в 2010 году - 39,8% [*26*]. Более того, все большее число новых случаев выявляется на поздних стадиях ВИЧ. Это значит, что эти люди были инфицированы в более молодом возрасте, но диагноз им не был поставлен своевременно. Такое качественное ухудшение эпидемиологической ситуации ведет к большим затратам на лечение пациентов с ВИЧ и, соответственно, большей нагрузке на инфраструктуру общественного здравоохранения.

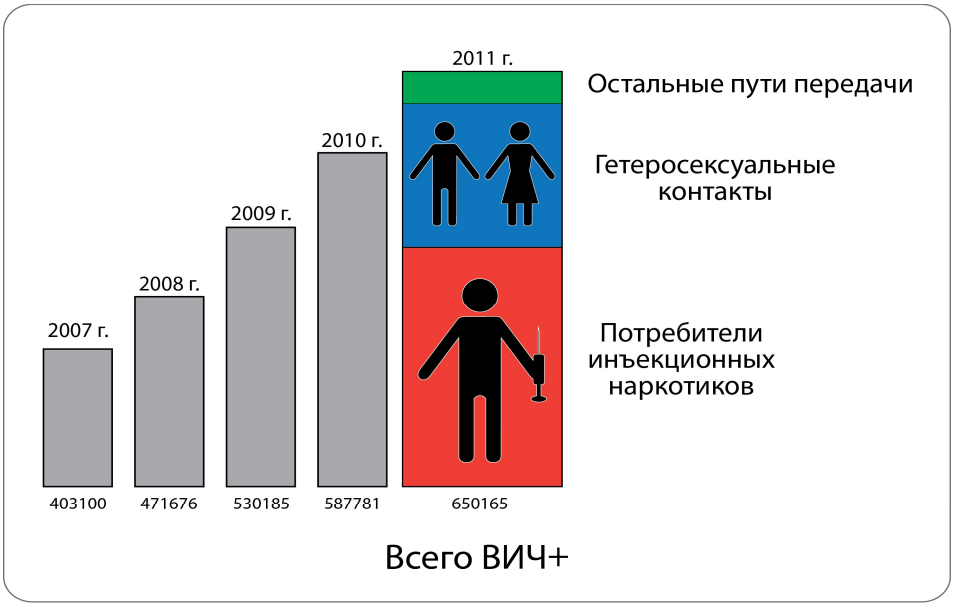
Таблица 2. Зарегистрированные новые случаи ВИЧ и новые смерти людей с ВИЧ[3]

Год	Новые случаи ВИЧ	Новые смерти ЛЖВ
2007	**49946**	**11159**
2008	**54647**	**13123**
2009	**58410**	**14599**
2010	**58426**	**15888**
2011	**62322**	**18 414**

[2] Источники данных для Таблицы 1: бюллетени Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом за 2007-2011 годы, опубликованные на http://www.hivrussia.ru/stat/ .

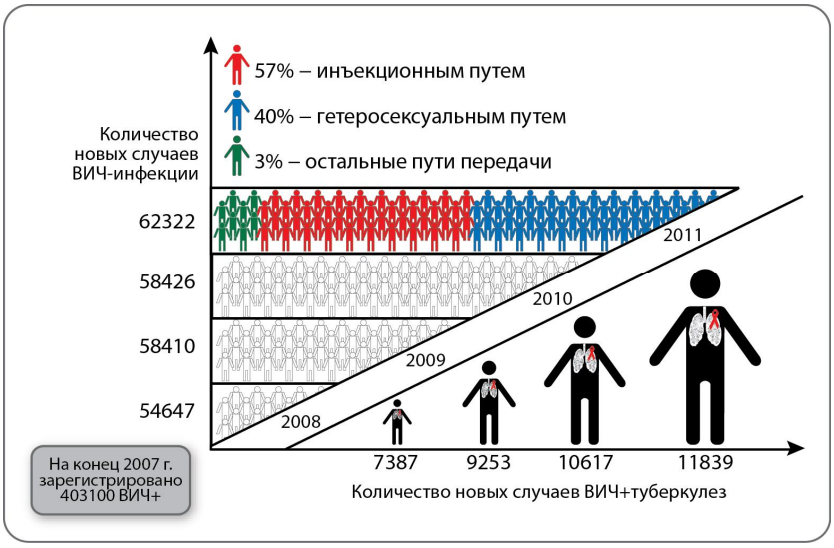
[3] Источники данных для Таблицы 2: количество новых случаев ВИЧ в 2007 г. – информационный бюллетень № 31 «ВИЧ-инфекция», 2008 [*35*] ; остальные данные – презентация В. В. Покровского «Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации», 2012 [*32*].

2. Эпидемия по-прежнему распространяется через группы риска. Инъекционное потребление наркотиков остается ведущим путем инфицирования ВИЧ в России, хотя доля его в общей структуре инфицирования постепенно снижается (с 63,9% в 2007 году до 57,6% в 2011 году). Несмотря на то, что растет доля гетеросексуальной передачи вируса (с 34,4% в 2008 году до 39,9% в 2011 году), этот путь тесно связан с инъекционном потреблением наркотиков: вирус распространяется либо от ПИН их сексуальным партнерам, либо через секс-работников, от 15% до 50% которых употребляют внутривенные наркотики [52].



Хотя доля случаев инфицирования ВИЧ среди мужчин, имеющих секс с мужчинами, в общей структуре по-прежнему невысока (1,5% в 2011 году), за последние пять лет количество новых случаев ВИЧ в этой группе увеличилось в два раза. Это превышает рост новых случаев в других группах риска.

3. Туберкулез остается основным СПИД-индикаторным заболеванием и основной причиной смерти среди людей с ВИЧ. Заболеваемость туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных за последние 5 лет выросла в 2,82 раза [26]. Количество новых случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, увеличилось с 5985 случаев в 2007 году до 11839 случаев в 2011 году [46]. Большинство людей с ВИЧ и ТБ (75%) – люди, зависимые от наркотиков [46]. Среди причин смерти, связанных с ВИЧ, туберкулез как вторичное заболевание составляет более 60% [26].



ВЫВОДЫ:

Динамика эпидемии ВИЧ в России указывает на недостаточно высокую эффективность

- текущих профилактических и скрининговых программ (вследствие роста новых случаев инфекции и выявления ВИЧ в более позднем возрасте и на более поздней стадии инфекции);
- лечебных и профилактических программ среди групп высокого риска;
- мер контроля туберкулеза среди ВИЧ-позитивных людей.

Распределение бюджетных ассигнований на ВИЧ

В данном разделе мы бы хотели выделить принципиальные проблемы в распределении денежных ресурсов на ВИЧ с точки зрения приоритетов финансирования и их соответствия особенностям эпидемии ВИЧ в России.

Отсутствие последовательной стратегии

Как ни парадоксально, за 25 лет развития эпидемии ВИЧ в России Минздравосоцразвития не выработало общенациональную стратегию по ВИЧ. «Национальная концепция противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации», разработанная Федеральным СПИД-Центром [*54*] и одобренная Страновым координационным комитетом в 2009 году [*32*], оказалась невостребованной чиновниками, а в настоящий момент и этот документ является уже несколько устаревшим.

Не были приняты даже отдельные компоненты стратегии по ВИЧ: ни концепция расширения доступа к лечению (которая может быть разработана, например, на основе платформы ЮНЭЙДС и ВОЗ «Лечение 2.0» [*86*]), ни концепция профилактики ВИЧ. В частности, «Концепция профилактики заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) на территории Российской Федерации на 2011-2015 годы», разработанная Минздравсоцразвития в 2011 г., была рекомендована для доработки и конкретизации на заседании Общественной палаты РФ 24 марта 2011 года [*25*].

Альтернативная концепция профилактики ВИЧ, подготовленная экспертами здравоохранения при содействии некоммерческого партнерства «ЭСВЕРО» [*11*], не была пока принята во внимание чиновниками здравоохранения.

Единственным федеральным документом по профилактике на сегодняшний день являются Санитарные правила «Профилактика ВИЧ-инфекции», вступившие в силу 26 апреля 2011 года [*36*]. Однако данный документ выполняет регулятивные функции и не предназначен для определения долговременных целей предупреждения ВИЧ.

В отсутствии единой и последовательной стратегии по ВИЧ эту роль на себя, по сути, взяли две долгосрочные целевые программы, через которых реализуется все федеральное финансирование на ВИЧ: Приоритетный национальный проект «Здоровье» и Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями».

СПРАВКА

Основным распорядителем государственных средств на ВИЧ, а также на ВИЧ-ассоциированные заболевания (гепатит С и туберкулез) является Министерство здравоохранения РФ. Отдельные средства на ВИЧ, вирусные гепатиты и туберкулез распределяются через Роспотребнадзор и ФСИН, а также через региональные бюджеты субъектов Федерации.

Планирование расходов на ВИЧ и ассоциированные заболевания из средств федерального бюджета осуществляется через два финансовых инструмента: Приоритетный национальный проект «Здоровье» и Федеральную целевую программу «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007-2012 годы (подпрограммы «ВИЧ-инфекция», «Вирусные гепатиты», «Туберкулез»). В сферу финансирования ПНП «Здоровье» входят оперативные расходы (лекарства, диагностика, медицинские услуги), ФЦП финансируют капитальные вложения (оборудование, капитальные ремонты, строительство зданий). Подавляющая доля бюджета на ВИЧ проводится через ПНП «Здоровье» (например, в 2012 г., 76% федерального финансирования на ВИЧ и гепатиты будет потрачено через ПНП «Здоровье»)[*55*].

При этом, несмотря на общность тематических областей, ПНП «Здоровье» и подпрограммы ФЦП по ВИЧ, гепатитам и туберкулезу имеют своих заказчиков, а также свои собственные приоритетные направления и индикаторы эффективности и, самое главное, не обосновывают приоритеты государственного финансирования на ВИЧ в соотношении с долговременными целями противодействия эпидемии в России.

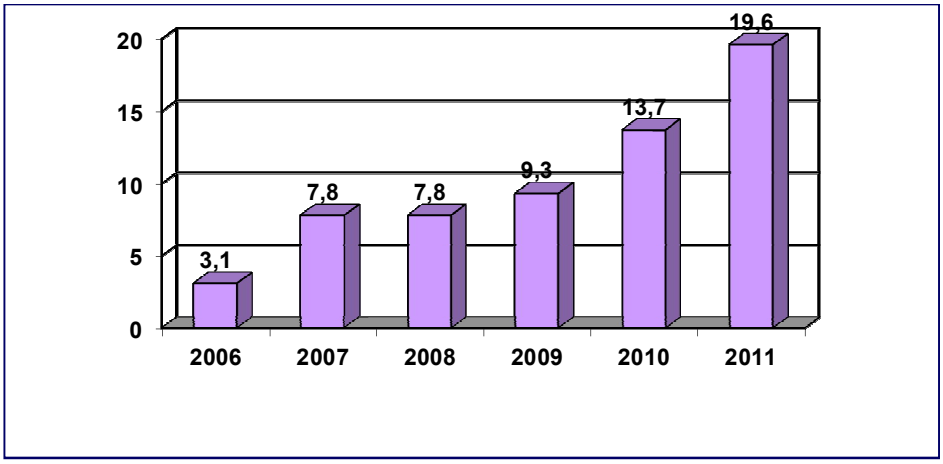
В результате отсутствия общенациональной стратегии, 1) не происходит консолидация финансовых и человеческих ресурсов в целях достижения долгосрочных результатов работы по ВИЧ; 2) отсутствует обоснование эпидемиологической или экономической целесообразности при распределении государственного бюджета на ВИЧ; 3) программные или бюджетные приоритеты могут меняться в зависимости от текущей политической конъюнктуры.

Характерным примером, иллюстрирующим последствия отсутствия общенациональной стратегии, является внезапная смена приоритетов работы по ВИЧ со стороны Минздравсоцразвития в сентябре 2009 года. В этот период стали поэтапно сворачиваться российские программы, поддерживаемые Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, что по времени совпало с началом экономического кризиса в РФ. Вопреки обещаниям Минздрава, финансирование, зарезервированное на продолжение профилактических программ в группах риска, ранее поддерживаемых из средств 3-го Раунда финансирования ГФ в России, не было выделено. Новым приоритетным направлением работы по ВИЧ было провозглашено «формирование здорового образа жизни»[13].

Динамика финансирования в области ВИЧ и туберкулеза

Согласно официальным данным, с 2006 по 2011 гг. федеральные расходы на ВИЧ увеличились более чем в 6 раз (Рисунок 1).

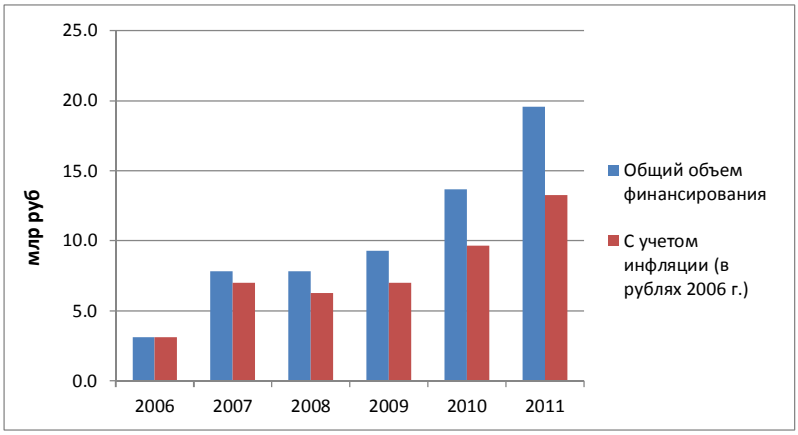
Рисунок 1. Расходы федерального бюджета на ВИЧ в 2006-2011 гг., млрд. рублей[4]



Однако если посчитать объемы государственного финансирования на ВИЧ с поправкой на инфляцию (в рублях 2006 г.), этот рост будет не столь впечатляющим (Рисунок 2).

[4] Источник данных для Рисунка 1: презентация Г.Г. Онищенко «Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями на современном этапе», 2012 [26].

Рисунок 2. Государственное финансирование на ВИЧ в России в 2006-2011 гг., млрд. рублей (официальные данные и данные в пересчете на рубли 2006 г.)[5]



Более того, в условиях стремительного роста эпидемии ВИЧ государственные ассигнования (с поправкой на инфляцию) в пересчете на одного ВИЧ-инфицированного наиболее адекватно отражают реальную картину.

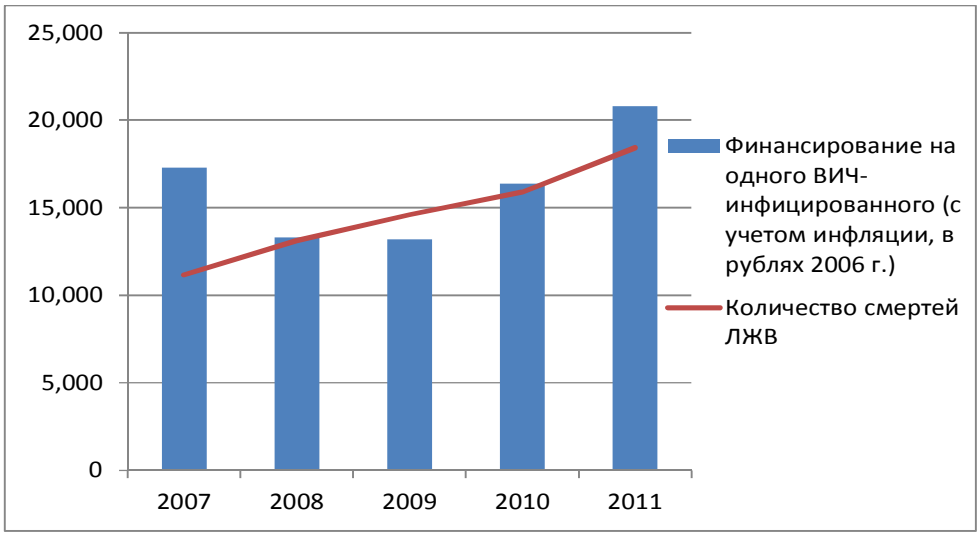
Таким образом, несмотря на утверждения об увеличении государственных расходов в области ВИЧ, налицо фактическая стагнация финансирования при том, что сохраняется стабильный рост смертности ЛЖВ за эти же годы (Рисунок 3).

Примечательно то, что динамика роста смертности ЛЖВ сохраняется при разных перерасчетах государственного финансирования на ВИЧ.

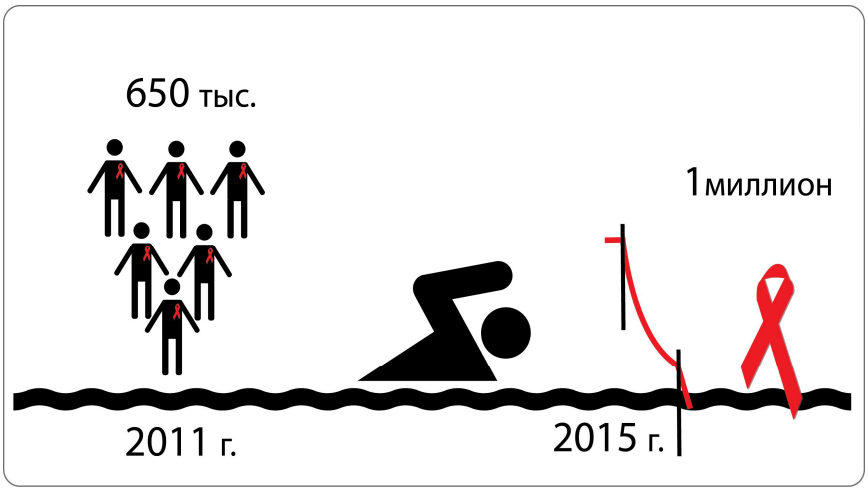
В конце 2010 года эксперты спрогнозировали, что при сохранении темпов роста эпидемии к 2015 году количество ВИЧ-положительных людей увеличится до 940 тысяч человек, из которых 350 тысяч будут нуждаться в лечении, а закупка антиретровирусных препаратов для такого количества пациентов обойдется для государственного бюджета в 63 млрд. рублей [*42*] (Таблица 3).

[5] Источники данных для Рисунка 2: общий объем финансирования – согласно Рисунку 1, перерасчет финансирования в рубли 2006 г. - в соответствии с годовыми коэффициентами инфляции в РФ в 2007-2011 гг. на сайте уровень-инфляции.рф/таблица_инфляции.aspx

Рисунок 3. Государственное финансирование на ВИЧ в России в 2006-2011 гг. на одного ВИЧ-инфицированного, в пересчете на рубли 2006 г.[6]



При этом, согласно документу Министерства финансов РФ «Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов»[22], в том же 2015 году весь федеральный бюджет на здравоохранение сократится до 383 млрд. рублей (в сравнении с 554 млрд. рублей в 2013 году). Представляется крайне сомнительным, что государство готово будет выделить порядка 15% всего федерального бюджета в области здравоохранения на закупку лишь препаратов для лечения ВИЧ.



[6] Источники данных для Рисунка 3: расчеты финансирования на одного ВИЧ-инфицированного в рублях 2006 г. были произведены путем деления общего финансирования на ВИЧ в рублях 2006 года (Рисунок 2) на количество ВИЧ-инфицированных в соответствующем году (Таблица 1), количество смертей ЛЖВ – согласно Таблице 2.

Таблица 3. Случаи ВИЧ-инфекции, количество нуждающихся в АРВ-терапии и расходы на лечение в 2011 и 2015 годах[7]

	На конец 2011 г. (официальные данные)	На конец 2015 г. (прогноз)
Количество случаев ВИЧ	**650 тыс.**	**940 тыс.**
Количество нуждающихся в АРВ-терапии	**102 тыс.**	**350 тыс.**
Расходы на лечение, включая диагностику	**19 млрд. руб.**	**63 млрд. руб.**

В связи с тем, что туберкулез остается основной причиной смертности людей с ВИЧ в России, объем бюджетных средств, выделяемых на лечение людей с ВИЧ от туберкулеза, также является важным показателем адекватности приоритетов государственной политики по борьбе с ВИЧ. К сожалению, по сравнению с областью ВИЧ бюджет мероприятий по борьбе с туберкулезом в РФ, особенно объем финансирования, выделенного на контроль туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных людей и выявление ВИЧ-инфекции среди пациентов с туберкулезом, является относительно закрытой информацией. Данные, доступные в открытых источниках, дают представление лишь об общем объеме финансирования противотуберкулезных программ.

Так, например, по данным, полученным из прессы, в 2012 году 12 региональных противотуберкулезных программ получат поддержку из федерального бюджета в размере 6,02 млрд. рублей; еще 2,822 млрд. рублей будет потрачено на эти цели непосредственно из федерального бюджета с 2013 по 2014 годы [*30*]. При этом сообщается о положительной динамике выделения бюджетных средств на туберкулез: за последние пять лет государственные затраты на лечение и диагностику туберкулеза выросли почти в 4 раза [*30*].

А с другой стороны, по данным Государственного санитарного врача РФ, за те же последние 5 лет выросла и заболеваемость туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных – в 2,82 раза [*26*].

Сопоставление этих данных приводит нас к выводу о том, что бюджетные ассигнования на туберкулез слабо ориентированы на потребности людей с ВИЧ.

---

[7] Источники данных для Таблицы 3: количество случаев ВИЧ в 2011 г. – Таблица 1, количество нуждающихся в АРВ-терапии в 2011 г. - расчеты произведены на основе данных в презентации Г. Г. Онищенко «Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями на современном этапе», 2012 [*26*], расходы на лечение и диагностику в 2011 г. – согласно презентации Л. Семеновой «Государственное финансирование деятельности НКО в сфере профилактики ВИЧ-инфекции», 2012 [*44*], прогноз на 2015 г. – согласно Резолюции научно-практической конференции «25 лет борьбы с ВИЧ/СПИД в России», 2010 [*42*].

Увеличение финансирования на АРВ без повышения доступности лечения

Почему лечение ВИЧ является экономически выгодной инвестицией?

1. *Современные препараты для лечения ВИЧ-инфекции повышают продолжительность и качество жизни налогоплательщика*.
Согласно американскому исследованию 2006 года [*80*], благодаря препаратам для лечения ВИЧ-инфекции к 2005 г. в США было сэкономлено 3 миллиона лет жизни. Продолжительность жизни людей с ВИЧ-инфекцией, которые получают лечение современными АРВ-препаратами, увеличилась на 160 месяцев по сравнению с теми, кто не получает лечение вообще. Примечательно, что показатели увеличения продолжительности жизни вследствие лечения ВИЧ-инфекции превышают аналогичные показатели по многим распространенным в США хроническим болезням, включая немелкоклеточный рак легкого, рак груди с поражением лимфоузлов, ишемическую болезнь сердца и рецидивную неходжкинскую лимфому.

2. *Широкая доступность АРВ-терапии способствует снижению смертности от СПИДа, снижению затрат на стационарную помощь и высвобождению этих средств на другие медицинские расходы*.

В 1996 году Бразилия взяла курс на обеспечение универсального доступа к лечению ВИЧ. Эта стратегия включала бесплатное предоставление АРВ-препаратов для всех нуждающихся, а также другие меры, в том числе снижение цен на АРВ-препараты и развертывание программ приверженности лечению. В результате, к концу 2001 года 105 тысяч человек в Бразилии находились на лечении АРВ-препаратами. Количество ежегодных смертей от СПИДа снизилось на 2/3 в 2000 году по сравнению с 1996 годом. Благодаря снижению заболеваемости от СПИДа, Бразилии удалось предотвратить 234 000 случаев госпитализации в период между 1996 и 2000 годами [*73*].

3. *Раннее начало АРВ-терапии и широкий доступ к лечению способствует снижению новых случаев инфекции, уменьшая, таким образом, расходы на бюджет*.

Как показало международное рандомизированное клиническое исследование в 9-ти странах, приверженность лечению ВИЧ-позитивного человека снижает вероятность передачи инфекции его сексуальному партнеру на 96% [*76*].

Увеличение объема федерального финансирования на ВИЧ начиная с 2006 года было, в первую очередь, связано с увеличением ассигнований на закупку диагностических и лечебных препаратов. Однако данное увеличение финансирования не сопровождалось следующими мерами, необходимыми для расширения доступа к лечению людей, живущих с ВИЧ:

- ***Отсутствует системная работа по снижению цен на АРВ-препараты***

В России государство закупает антиретровирусные (АРВ) препараты лечения ВИЧ по высоким ценам. Например, в 2011 году стоимость годового курса лечения таким препаратом первого ряда, как сочетание зидовудина с ламивудином, составляла в России USD$1356, что в почти 6 раз превышало наименьшую цену того же производителя в мире в 2011 году и в 13 раз превышало цену наиболее дешевого генерического препарата в мире в 2011 году [*7*].

Данная ситуация частично связана с уровнем ВВП России, которая попадает в группу стран со средне-высоким уровнем доходов [*70*] и не может использовать механизмы снижения цен на АРВ для стран с низким или средним уровнем дохода. Тем не менее, со своей стороны Министерство здравоохранения, по всей видимости, не проводит планомерную работу по снижению цен на АРВ-препараты, которая могла бы стать частью общенациональной стратегии по ВИЧ и частью Стратегии развития фармацевтической промышленности РФ до 2020 года.

Во-первых, судя по тенденции, работа государства с поставщиками патентованных препаратов по снижению цен проводится недостаточно эффективно.

Одним из редких примеров содействия государства в снижении цен на АРВ-препараты является случай с препаратом абакавир+ламивудин («Кивекса»). В 2010 г. компания GlaxoSmithKline снизила на 40% цену на «Кивексу» (цены также были снижены на два других антиретровирусных препарата: на 40% на «Тризивир» и 27% на «Телзир»). Согласно официальной версии, GlaxoSmithKline пошла на этот шаг, «учитывая возрастающую потребность в препаратах новой терапии» [*51*]. В реальности, произошло снижение сверхвысоких ценна препараты до высоких. В результате этого 40%-го снижения цена на «Кивексу» оказалась почти такой же, как и в Великобритании: USD$6587 за годовой курс в России, USD$6429 – в Великобритании. Существенное снижение цены на «Кивексу» произошло только в следующем 2011 году, под давлением государства и ВИЧ-активистов. Цена упала почти в три раза: с USD$6587 до USD$2474.

Во-вторых, недостаточно развито производство собственных генерических препаратов, и генерические препараты закупаются в относительно небольшом объеме. По данным, доступным на сегодняшний день, производство генерических АРВ-препаратов в России ограничено в основном давно применяемыми препаратами первой линии, поскольку

большинство новых и дорогостоящих препаратов второй линии защищены патентами [*61*].

В 2011 г. Россия закупила за счет федерального бюджета только 4 генерика: зидовудин (таблетки 300 мг), невирапин (таблетки 200 мг), ставудин[8] и ритонавир (все – производства «Hetero DrugsLimited/ Макиз-Фарма ЗАО»). Кроме того, за счет федерального бюджета был приобретен оригинальный отечественный препарат первой линии лечения ВИЧ фосфазид («Никавир») производства российской компании «АЗТ-Фарма».

В-третьих, российское правительство до сих пор не подготовило нормативно-правовой акт, которые бы освобождал АРВ-препараты от налогов и сборов, хотя ВИЧ/СПИД признан одной из главных угрозой национальной безопасности в области здравоохранения и здоровья нации в соответствии со Стратегией национальной безопасности РФ до 2020 года [*48*]. В настоящее время, налоги и сборы составляют до 22% от стоимости АРВ-препаратов, включая импортную пошлину (12%) и налог на добавленную стоимость – НДС (10%). В разделе «Низкое качество организации государственных закупок лекарственных препаратов» приведен пример того, к каким перерасходам приводит существование таких наценок.

В-четвертых, пока Россия еще не была членом ВТО, не использовались возможности снижения цен на АРВ-препараты через механизмы, предоставляемые российским патентным законодательством.

Федеральный закон № 22-ФЗЗ « О внесении изменений и дополнений в Патентный закон Российской Федерации» разрешает «принудительное лицензирование» (то есть разрешение государства на импорт и производство запатентованных препаратов без согласия патентообладателя) в ситуациях, связанных с национальной безопасностью, чрезвычайными ситуациями, или для использования в некоммерческих целях [*53*].

В дополнение, согласно статье 1390 Гражданского кодекса РФ, «Правительство Российской Федерации имеет право в интересах обороны и безопасности разрешить использование изобретения, полезной модели или промышленного образца без согласия патентообладателя с уведомлением его об этом в кратчайший срок и с выплатой ему соразмерной компенсации».

Более того, в ходе переговоров по вступлению в ВТО Россия взяла на себя обязательство привести национальное законодательство в соответствие с нормами ВТО, в частности, с положениями ст. 39 Соглашения ВТО по торговым аспектам прав интеллектуальной

[8] Ставудин, известный как d4T, является высокотоксичным препаратом, который еще в 2009 г. был рекомендован ВОЗ для постепенного исключения из международных программ лечения.

собственности (ТРИПС). 11 октября 2010 г. статья 18 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» была дополнена частью 6, в которой вводится 6-летний запрет (начиная от даты государственной регистрации лекарственного препарата) на получение, разглашение, использование в коммерческих целях и в целях государственной регистрации информации о доклинических и клинических исследованиях лекарственного средства. Данное положение может еще больше осложнить доступ к генерическим препаратам в РФ, хотя при этом существуют определенные возможности расширения доступа к АРВ-препаратам даже после вступления в России в ВТО при наличии политической воли государства.

Россия может воспользоваться гибкими положениями ТРИПС для снижения цен на АРВ-препараты и расширения доступа к ним[*58*].В частности, п. 3 ст. 39 соглашения ТРИПС предусматривает, что правило о защите результатов клинических исследований может быть нарушено «в случаях, когда это необходимо для защиты населения», что является аналогом «принудительной лицензии» для местного производства запатентованных АРВ-препаратов.

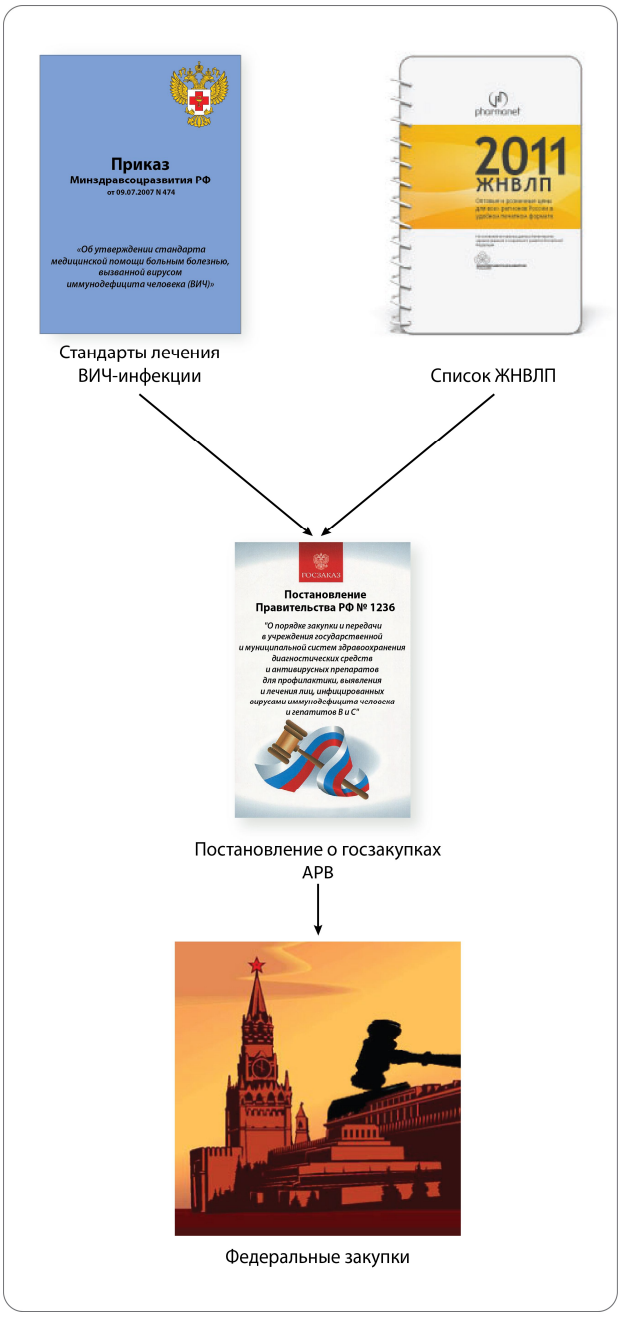
Поучительным является пример Бразилии – члена ВТО с 1995 года. В 2001, 2003 и 2005 годах правительство Бразилии договорилось с компаниями-патентообладателями о приемлемой цене на препараты лопинавир/ритонавир и нелфинавир. Однако в 2007 году после безрезультатных переговоров с компанией Merck&Co о снижении цены на препарат, действующим веществом которого является эфавиренц, министр здравоохранения в постановлении от 25 апреля 2007 года объявил, что препарат эфавиренц представляет общественный интерес. 4 мая 2007 года президент Бразилии подписал указ на выдачу принудительной лицензии, позволяющую импортировать и производить генерическую версию оригинального препарата, действующим веществом которого является эфавиренц [*62*].

- ***Отсутствуют научно обоснованные инструменты планирования объема и номенклатуры для закупок препаратов лечения и диагностики ВИЧ***

Заявка на закупки препаратов лечения ВИЧ в России[9] формируется на основе стандартов лечения ВИЧ, в том числе и с использованием препаратов, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств РФ (ЖНВЛП)[10].

---

[9] Форму заявки на АРВ-препараты разрабатывает Министерство здравоохранения РФ, далее заявку заполняют региональные СПИД-центры, после чего она окончательно утверждается Министерством здравоохранения.
[10] Основное назначение ЖНВЛП – это гарантия государственного регулирования цен на препараты данного списка.



Тем не менее, эти два нормативных документа не обеспечивают наиболее оптимальное, с точки зрения интересов пациентов, планирование закупок АРВ-препаратов. С одной стороны, действующие в России стандарты оказания медицинской помощи больным ВИЧ являются устаревшим документом (утвержденным приказами 474 и 475 Минздравсоцразвития от 9 июля 2007 г.), который носит рекомендательный характер.

Более того, из 26-ти АРВ-препаратов, зарегистрированных в РФ, 9 не входят в Стандарты, но 6 из этих 9-ти закупаются и используются [*10*].

С другой стороны, в российский Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, последний раз пересмотренный в 2011 году, а также в ежегодное постановление Правительства РФ о закупке АРВ-препаратов до сих пор включен высокотоксичный препарат ставудин, но не внесен новый высокоэффективный с клинической и с экономической точки зрения препарат первой линии тенофовир, зарегистрированный в России еще в 2010 году. Иными словами, тенофовир не приобретается за счет федерального бюджета[11].

[11] При этом тенофовир активно закупается за средства регионального бюджета в Москве; проводятся также небольшие закупки за средства бюджетов в Санкт-Петербурге и в некоторых других регионах.

В ноябре 2009 года ВОЗ выпустила обновленное руководство по лечению ВИЧ, в котором рекомендуется включить тенофовир в АРВ-препараты первой линии. Тенофовир является более дорогим препаратом, чем ставудин, однако он малотоксичен и более удобен в применении (принимается всего один раз в день). Недавно опубликованное исследование по осуществимости этой рекомендации ВОЗ в Индии определило, что тенофовир является более экономически эффективным препаратом, чем два других часто используемых препарата первой линии (зидовудин и/или ставудин), что означает, что использование тенофовира сберегает больше лет жизни с учетом стоимости препарата и последствий его побочных эффектов [*63*].

Данную ситуацию помогло бы изменить наличие принципиально иного нормативного документа, чем стандарты помощи людям с ВИЧ. Эксперты медицинского и гражданского сообщества считают, что таким документом должны быть протоколы лечения при ВИЧ-инфекции[12]. В дополнение, эксперты выделяют необходимость создания в России единого реестра (электронной базы данных) пациентов, живущих с ВИЧ, что помогало бы более точно прогнозировать количество нуждающихся пациентов и потребности в препаратах.

Несовершенство текущих нормативных документов для адекватного планирования объема и номенклатуры закупаемых АРВ-препаратов усугубляется сомнительным с точки зрения эффективности подходом чиновников здравоохранения к планированию закупок диагностических средств при лечении ВИЧ.

Начиная с 2011 года, Министерство здравоохранения и социального развития предоставило регионам право самостоятельно закупать препараты диагностики для выявления и мониторинга ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С через выделенные для этого субсидии из федерального бюджета [*38*]. Подобная децентрализация могла бы обеспечить более гибкий подход к удовлетворению потребностей регионов в препаратах диагностики, однако вместо этого новая система привела к новым проблемам.

Министерство рассчитало предполагаемые объемы всех препаратов диагностики и, следовательно, субсидии по количеству общего населения в регионах. При этом, препараты диагностики ВИЧ-инфекции включают как скрининговые тесты для первоначального обследования населения, так и тесты мониторинга состояния здоровья пациентов с ВИЧ (это препараты для определения иммунного статуса и вирусной нагрузки).

---

[12] Стандарты призваны обобщать услуги, которые должны быть оказаны пациентам в том или ином медицинском учреждении за определенный период времени, тогда как протоколы предназначены для индивидуализации лечения и устанавливают правила оказания медицинских услуг для каждого конкретного пациента с учетом его индивидуальных клинических и лабораторных показаний.

Иными словами, методика, применяемая Министерством здравоохранения, была бы оправданной при проведении закупок исключительно скрининговых тестов. Однако, учитывая тот факт, что уровень пораженности ВИЧ среди регионов РФ не пропорционален уровню общего населения, подобная организация закупок привела к дисбалансу финансирования, когда регионы с высоким уровнем населения и небольшой долей ВИЧ-инфицированных получили избыточные субсидии, а регионы с большой долей ВИЧ-инфицированных и невысокой численностью общего населения испытывают дефицит тест-систем в условиях недостаточного финансирования.

Учитывая также то, что стоимость тест-систем для определения иммунного статуса и вирусной нагрузки в сто раз превышает стоимость скрининговых тестов, можно сделать вывод о том, что изменение системы закупок диагностических средств существенно подорвало возможности адекватного ведения больных с ВИЧ-инфекцией в регионах с высоким процентом ЛЖВ.

Отсутствие надежных инструментов планирования номенклатуры и объема препаратов лечения и диагностики ВИЧ будет приводить к дальнейшим сбоям на этапе закупок и негативным образом отражаться на качестве жизни пациентов с ВИЧ.

Бюджет на профилактику не предназначен для стратегий, работающих в группах риска

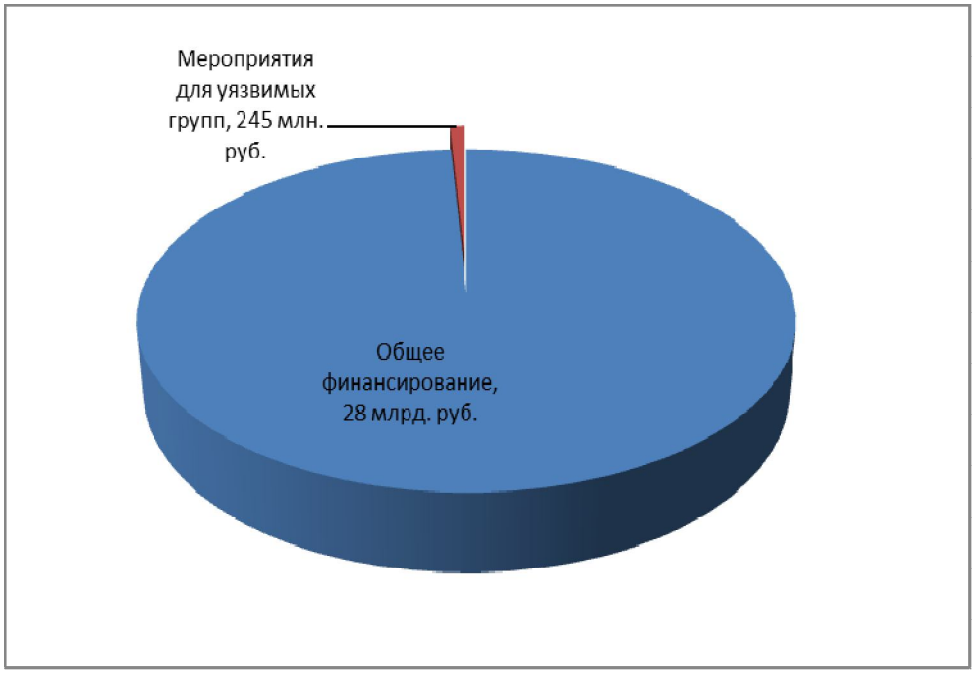
Как показал эпидемиологический раздел настоящего отчета, ведущим путем распространения ВИЧ-инфекции в России по-прежнему остается потребление инъекционных наркотиков, а главными группами риска являются люди, употребляющие инъекционные наркотики и их сексуальные партнеры, а также секс-работники и мужчины, имеющие секс с мужчинами.

Оценка связи между наркозависимостью и распространением ВИЧ в России в 1995-2003 годах показала, что при увеличении числа зарегистрированных наркопотребителей на 10% через 1 год число зарегистрированных людей с ВИЧ увеличивается на 20%. Подобный анализ эпидемиологической картины за 1999-2007гг. подтвердил значимость этой связи: при увеличении числа зарегистрированных больных наркоманией на 10% число зарегистрированных людей с ВИЧ увеличивается почти на 30% [*12*].

Согласно новой инвестиционной стратегии ЮНЭЙДС, в условиях концентрированной эпидемии максимальная отдача от инвестиций в ВИЧ будет возможна только при нацеленности финансирования на группы риска [*77*]. Тем не менее, объем российского федерального бюджета, предназначенный для интервенций в группах риска, всегда составлял незначительную часть от всего федерального бюджета на ВИЧ. Так, например,

за период с 2006 по 2009 годы на противодействие эпидемии из самого большого источника федерального финансирования на ВИЧ – Приоритетного национального проекта «Здоровье» – было потрачено 28 миллиардов рублей [*26*]. За эти же четыре года на лечебно-профилактические программы среди уязвимых групп из ПНП «Здоровье», согласно имеющимся данным, было потрачено всего 245 миллиона рублей [*28*] – то есть, менее одного процента от общей суммы финансирования на ВИЧ (Рисунок 4).

Рисунок 4. Объем финансирования на ВИЧ из ПНП «Здоровье» в 2006-2009 годах[13]



Особенно наглядно в российской политике по ВИЧ проявляется недооценка такой обоснованной с точки зрения специфики эпидемии и экономически эффективной меры профилактики ВИЧ, как программы обмена инъекционного инструментария среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Согласно рекомендациям ЮНЭЙДС для стран с низким и средним уровнем дохода, для предотвращения новых случаев инфекции в популяции потребителей инъекционных наркотиков необходимо, чтобы 60% ПИН имели доступ к программам игл и шприцев с частотой не менее одного раза в месяц [*74*]. В 2008 году, когда в России работало 78 программ профилактики ВИЧ среди ПИН (наибольшее количество подобных программ за последние 5 лет), доступ к этим программам имели только 13,6% ПИН [*9*].

[13] Источники данных для Рисунка 4: объем общего финансирования на ВИЧ – расчет согласно данным в презентации Г. Г. Онищенко «Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями на современном этапе», 2012 [*26*], объем финансирования на лечебно-профилактические мероприятия среди групп риска – согласно данным сайта Открытого Института Здоровья, http://www.ohi.ru/r_nacpr.php [*28*] .

В 2006 г. из российского федерального бюджета было поддержано 10 низкопороговых программ снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, в которых наряду с другими услугами предоставлялась услуга обмена инъекционного оборудования. К 2008 году количество этих проектов сократилось до 2-х из-за отсутствия поддержки со стороны силовых структур [*57*].

Тем не менее, до 2009 года отсутствие должного объема финансирования низкопороговых программ в группах риска со стороны государства компенсировалось поддержкой международных доноров, особенно со стороны Глобального Фонда. Так, например, в 2008 г. чуть больше 143 миллионов рублей было израсходовано в России на программы снижения вреда для ПИН; при этом доля государственного финансирования составила 2,0%, тогда как доля международного финансирования равнялась 97,5% [*9*]. С 2009 г. – то есть с началом постепенного ухода ГФ из России – из федерального бюджета перестало выделяться финансирование на предоставление стерильного инъекционного инструментария и презервативов для групп риска.

В 2009 году никакие профилактические мероприятия снижения вреда среди ПИН в рамках ПНП «Здоровье» профинансированы не были.

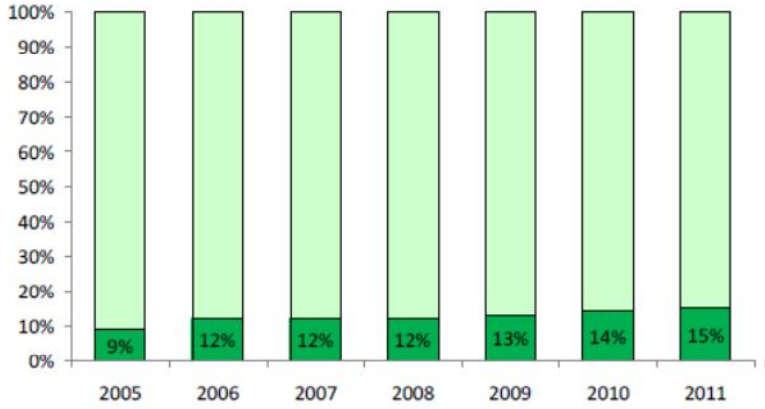
В 2010 году из федерального бюджета были выделены целевые субсидии в размере 247,8 млн. рублей на профилактические программы. Тем не менее, это финансирование было, в основном, предусмотрено только на «третичную» профилактику, – то есть поддержку ВИЧ-инфицированных пациентов, получающих АРВ-терапию, через создание «школ пациентов». «Вторичная» профилактика – то есть программы предупреждения ВИЧ для уязвимых групп в таких «школах» – была ограничена консультированием групп риска.

Финансирование 2011 года на вторичную и третичную профилактику в размере 80 млн. рублей было выделено для аутрич-работы, информирования и переадресации в медицинские учреждения, но не для предоставления стерильного инъекционного инструментария.

Половина федерального финансирования на профилактику ВИЧ в 2012 году (при общей сумме в 600 млн. рублей), будет израсходована на информационно-рекламные кампании среди общего населения и, скорее всего, опять не будет включать поддержку программ обмена инъекционного инструментария.

Таким образом, начиная с 2009 года, российские программы обмена инъекционного инструментария для ПИН перестали получать государственное финансирование, а к середине 2011 года практически перестали существовать в связи с уходом Глобального Фонда из России. Это привело к неуклонному росту инфицирования ВИЧ среди ПИН (Рисунок 5), что неизменно будет приводить к росту новых случаев ВИЧ среди общего населения в России.

Рисунок 5. Динамика распространенности ВИЧ-инфекции среди зарегистрированных ПИН в России (в %)14



В то же время, отечественные и зарубежные исследования продемонстрировали высокую экономическую и клиническую эффективность низкопороговых программ профилактики ВИЧ среди ключевых для России групп риска – потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников и мужчин, имеющих секс с мужчинами. Как правило, такие программы включают комплексные интервенции: предоставление стерильного инъекционного инструментария и презервативов, аутрич-работу, консультирование и тестирование, а также переадресацию в программы лечения и медико-социальное сопровождение.

Программы снижения вреда, реализованные в России с 2006 по август 2011 года в рамках 5 раунда финансирования ГФ в России, продемонстрировали высокую эпидемиологическую и экономическую результативность. Только в одном 2010 году эти программы, реализованные в 33 городах, помогли предотвратить 1351 случай ВИЧ из расчета 41486 рублей за один предотвращенный случай, а в 2011 году – 845 случаев ВИЧ из расчета 65201 рублей за один предотвращенный случай инфицирования [*2*].

Исследование 2010 года службы профилактики ВИЧ-инфекции среди секс-работников в Москве, также показало высокую эффективность низкопороговых услуг в предотвращении новых случаев ВИЧ. За один год работы эта программа, которая включала аутрич-работу, добровольное консультирование, тестирование и лечение заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП) на базе специализированной клиники предотвратила 336 новых случаев ВИЧ из расчета 624 доллара США на один предотвращенный случай инфицирования [*6*].

Большой интерес представляют результаты исследования эффективности программ обмена шприцев (ПОШ) в Китае. Было посчитано, что за 7-летний период (с 2002 по 2008 гг.) работа

[14] Источник для Рисунка 5: презентация В.В. Киржановой «Проблемы инъекционного потребления наркотиков и ВИЧ-инфекции в России», 2012, [*12*].

этих программы в провинции Юннань, наиболее сильно пораженной эпидемией ВИЧ, помогла предотвратить около 16-20% предполагаемых случаев ВИЧ (или 5200-7500 инфекций) из расчета 138-198 долларов США на каждый предотвращенный случай инфицирования [87].

Исследования по программам заместительной терапии для потребителей опиоидных наркотиков также показывают высокую клиническую и экономическую эффективность данных вмешательств в снижении новых случаев инфекции и удержании пациентов в программах лечения.

В недавнем исследовании по Украине была смоделирована эффективность трех стратегий: более широкого доступа ПИН к заместительной терапии, более широкого доступа к лечению ВИЧ для ПИН и основного населения, а также более широкого доступа к обеим программам [60]. Исследование показало, что без дополнительных мероприятий (то есть при сценарии «статус-кво») распространенность ВИЧ среди ПИН через 20 лет достигнет 67,2%, среди не-ПИН – 0,88%. При расширении текущих интервенций наибольшую экономическую выгоду имеет стратегия расширения доступа ПИН к заместительной терапии (терапию получают 25% ПИН), что позволяло снизить распространение ВИЧ до 53,1% среди ПИН и 0,80% среди не-ПИН, предотвратить 4700 инфекций (по сравнению со сценарием «статус-кво») и добавить 76000 полноценных лет жизни из расчета $530 за добавленный год.

Расширение доступа к обеим программам (предоставление АРВ-терапии для 80% нуждающихся в лечении и предоставление заместительной терапии для 25% ПИН) позволяло предотвратить еще больше новых случаев инфицирования (8300) и добавить больше полноценных лет жизни (105000 QALY) при сумме $1120 за каждый добавленный год полноценной жизни.

Авторы пришли к выводу, что в условиях эпидемии с преимущественно инъекционным или «смешанным» путем распространения ВИЧ, сочетание ОЗТ и АРВ принесет взаимодополняющие выгоды при высокой экономической эффективности обеих вмешательств.

Нежелание российского правительства вкладывать финансирование в эпидемиологически и экономически оправданные программы снижения вреда, а также непоследовательность потока финансирования на профилактику (ассигнования то выделяются, то не выделяются) приводят к низкой отдаче российских инвестиций в область ВИЧ.

В отчете ЮНЭЙДС, посвященном Всемирному дню борьбы со СПИДом в 2011 г. [77], было проведено сравнение объема и результативности ассигнований по ВИЧ в Бразилии и России. Обе страны в 2008 г. вложили сопоставимые суммы на мероприятия в области ВИЧ. Бразилия инвестировала свыше 600 миллионов долларов США, что считается суммой, близкой к оптимальной для широкомасштабных мер борьбы с эпидемией в этой стране. В России на мероприятия в области ВИЧ в том же году было потрачено около 800 миллионов долларов – сумма, которая была бы достаточной для финансирования мер противодействия ВИЧ даже в 2015 г.

Тем не менее, результаты этих инвестиционных политик отличаются. Бразилия последовательно инвестировала адекватные суммы на лечение и профилактику ВИЧ для самых уязвимых и маргинализованных групп, добившись снижения темпов роста новых случаев инфекции, а также широкого доступа к лечению (по оценке ЮНЭЙДС, АРВ-терапию в стране получают от 60 до 79% всех нуждающихся). В России же темп роста новых случаев ВИЧ увеличивается, – вероятно, вследствие того, что инвестиционная политика по ВИЧ не является оптимальной. Из 181 миллиона долларов США, потраченных в России на программы профилактики ВИЧ в 2008 г., только 8 миллионов было направлено на программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих секс с мужчинами, и секс-работников. Более того, по оценке этого же отчета, Россия вошла в группу стран, где только от 20 до 39% нуждающихся в АРВ терапии имеют доступ к лечению.

ВЫВОДЫ:

- Планирование бюджета на ВИЧ не опирается на долговременную стратегию борьбы с эпидемией и не учитывает специфику распространения ВИЧ в России, что «распыляет» финансовые потоки и приводит к дальнейшей эскалации эпидемии.
- Не сопровождаясь параллельными мерами расширения доступа к лечению, техническое увеличение объема бюджета на лечение ВИЧ будет приводить либо к закупке субоптимальных препаратов, либо к дефициту препаратов, особенно в ситуации, когда количество закупленных дорогостоящих препаратов не будет поспевать за ростом числа людей, нуждающихся в лечении.
- Отказ от государственной поддержки эпидемиологически и экономически обоснованных вмешательств среди групп риска, включая программы снижения вреда, приносит России дополнительные издержки в виде новых случаев инфекции и потери лет продуктивной жизни.

Выполнение бюджета по ВИЧ

В данном разделе мы рассмотрим проблемы выполнения бюджета на ВИЧ. Эти проблемы, с одной стороны, связаны с низким качеством организации государственных закупок как в сфере профилактики, так и в сфере лечения, а с другой – с неориентированностью программ скрининга и лечения по ВИЧ на группы риска, которые являются основными движущими силами эпидемии.

Низкое качество организации государственных закупок лекарственных препаратов

СПРАВКА

Государственные закупки лекарственных препаратов проводятся в форме электронных аукционов, в соответствии с Распоряжением Правительства от 28 февраля 2008 г. 236-р [*39*]. По результатам аукционов, которые организует Министерство здравоохранения РФ, заключаются государственные контракты на поставку препаратов. Минздрав является основным государственным заказчиком лекарств в России. По данным DSM Group, общая стоимость контрактов, заключенных министерством в 2009 году, составила 34,4 млрд. рублей — при общем объеме государственных закупок лекарств в 133 млрд. рублей [*21*].

Анализ государственных закупок лекарственных препаратов в области ВИЧ и туберкулеза позволил выделить несколько негативных тенденций:

- ***Негибкая практика проведения аукционов***

Централизованная закупка АРВ-препаратов проводится один раз в год. Такая негибкая практика зачастую не позволяет СПИД-центрам своевременно реагировать на меняющиеся потребности в лечении, что, в свою очередь, повышает вероятность перебоев препаратов.

Кроме того, прогнозирование спроса на АРВ-препараты тесно связано с результатами первичного скрининга на ВИЧ в регионах. Однако при уменьшении охвата скринингом групп, ответственных за опережающий рост эпидемии (Таблица 8), а также в связи с возрастанием доли впервые выявленных случаев ВИЧ на более поздней стадии инфекции погрешность этого прогнозирования растет, что ведет к необходимости более гибкого закупочного режима.

- ***Ограничение конкуренции***

Другим существенным недостатком в организации аукционов на поставку лекарственных препаратов по ВИЧ и ТБ является ограничение или даже отсутствие реальной конкуренции среди участников торгов. Так, в аукционах по закупке АРВ-препаратов были обеспечены конкуренцией:

в 2009 году - только 2 препарата из 38 (5,3%),
в 2010 году - 10 препаратов из 39 (25,6%),
в 2011 и 2012годах - 3 препарата из 39 (7,7%)[*8*].

Кроме того, в прессе сообщается о недобросовестном поведении компаний и нарушениях законодательства о государственных закупках со стороны Минздравсоцразвития.

В 2010 г. аналитики правительства и Генеральная прокуратура РФ выявили неоднократные нарушения Минздравсоцразвития законодательства о закупках, проведенных в 2009 году. В результате определенных схем, самой распространенной из которых является сговор поставщиков лекарств (на торги из нескольких участников является один), Минздравсоцразвития проводило торги практически без конкурса и по максимальной цене. По итогам закупок 2009 года правительство обнаружило 36 таких лотов на общую сумму 13,6 млрд. рублей (всего Минздравсоцразвития выставило 160 лотов на сумму 34,4 млрд. рублей)[*14*].

Сговор поставщиков отмечен и при организации закупок препаратов лечения туберкулеза – жизненно необходимых препаратов для людей с коинфекцией ВИЧ и ТБ, отсутствие которых приводит к быстрому прогрессированию обоих заболеваний и росту преждевременных смертей среди инфицированных людей.

Например, в 2009 г. заявки на участие в аукционе на поставку противотуберкулезных препаратов на сумму 6 млн. рублей, проведенном 14 августа, подали компании «Димедика», «Медикал лизинг-консалтинг» и «Сайлент 2000», но на конкурс явилась только «Сайлент 2000» [*14*].

В 2012 г. ФАС признала несколько фармацевтических и дистрибьюторских кампаний виновными в сговоре и искусственном поддержании цен на аукционе на право заключения контрактов на поставку лекарств от туберкулеза [*49*], но при этом никак не прокомментировала действия Минздравосоцразвития в связи с недобросовестными практиками поведения компаний. Подобные практики самым негативным образом отражаются на здоровье пациентов, страдающих от туберкулеза, в том числе и ко-инфицированных ВИЧ. Так, например, в Санкт-Петербурге, начиная с осени 2011 года, наблюдается острая нехватка препаратов лечения мультирезистентных форм туберкулеза, в результате чего пациенты умирают от этого излечимого заболевания [*16*].

В условиях минимальной конкуренции или ее отсутствия препараты лечения ВИЧ-позитивных людей закупаются по завышенным или максимальным ценам. Например, исследование ITPCru по закупочным ценам на два широко используемых препарата для лечения ВИЧ в России показало незначительное завышение цены за одну таблетку для препаратов, закупленных за счет государства, по сравнению с теми же препаратами, закупленными в рамках программ Глобального Фонда в РФ (Таблица 4). Эта разница образовалась в связи с тем, что в программах ГФ препараты были освобождены от обязательных надбавок[7].

Таблица 4. Сравнительная стоимость 1 таблетки двух антиретровирусных препаратов, закупочные цены Глобального Фонда в 2010 г. и Министерства здравоохранения и социального развития в 2011 г.[15]

Препарат	Цена за 1 таблетку	
	Глобальный Фонд, 2010	Минздрав, 2011
Лопинавир+ритонавир	$1,73	$1,83
Эфавиренз	$0,74	$0,90

Однако с учетом широкого охвата российских пациентов этими препаратами небольшая разница в цене за одну таблетку вызывает перерасход государственных средств, выделяемых на лечение ВИЧ, в размере 365 миллионов рублей только на закупках этих двух препаратов[7].

В результате, проведение аукционов на закупку АРВ-препаратов не приводит к заметной экономии бюджетных средств. Сравнение разницы начальных и итоговых цен аукционов на АРВ-препараты в 2009-2011 годах, проведенное ITPCru, показало, что такая экономия не превышала 1,52% от размера выделенного бюджета (Таблица 5):

Таблица 5. Экономия от закупочных аукционов на АРВ препараты в России, 2009-2011

Год	Экономия от аукциона
2009	+0,42%
2010	-1,45%
2011	-1,52%

[15] Источник данных для Таблиц 4-7: отчет Д. Годлевского и со-авторов «Лечить нельзя отказывать», 2012, [7].

Необходимо отметить, что закупочная политика Минздрава на АРВ-препараты выглядит непоследовательной. На одни препараты цены установлены на максимальном уровне, на другие – такие, как, например, педиатрическая форма препарата невирапин, цены изначально были занижены, что в 2011 г. привело к срыву аукциона на данный препарат (один из немногих для лечения детей с ВИЧ).

В 2011 г. не были потрачены федеральные ассигнования, запланированные на закупку детской формы невирапина, который входит в Перечень ЖНВЛП. Аукцион на данный препарат, объявленный 24 мая 2011 года, не состоялся по причине отсутствия на него заявок. По мнению аналитиков, Минздравсоцразвития и единственный производитель препарата – компания «Берингер Ингельхайм Роксан Инк-США» – не сошлись в цене на препарат. Согласившись на цену, выставленную Минздравсоцразвития на данном аукционе, «Берингер» вынужден был бы продавать препарат по цене ниже себестоимости препарата [*3*].

Аукцион на поставку педиатрической формы невирапина состоялся только 12 апреля 2012 г. в рамках нового раунда закупок АРВ-препаратов. Победителем признана компания ЗАО «Р-Фарм», которая выиграла аукцион по той же цене, по которой препарат не удалось закупить в 2011 году: 606 рублей за флакон. Это можно объяснить тем, что доля рынка в поставке АРВ препаратов компании «Р-Фарм» увеличилась с 18% в 2009 году до 42% в 2011 году[*7*]. Следовательно, компания «Р-Фарм», получив достаточные объемы поставок на других препаратах, могла позволить себе поставить невирапин по более низкой цене, чтобы получить значительную сумму оборотных средств.

Специалисты объясняют такие «колебания» в закупочной политике Министерства здравоохранения либо экономией «напоказ» (обычно, как следствие критики в необоснованно завышенных расходах), либо сбоем в закулисных договоренностях между Министерством и компанией-поставщиком[*31*].

- ***Несбалансированность закупок***

Исследование, проведенное Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии, продемонстрировало несбалансированность закупок препаратов лечения ВИЧ на протяжении последних лет [*7*]. Расчеты этого исследования показали, что из препаратов, закупленных за средства федерального бюджета в 2009-2012 годах, невозможно составить необходимое количество адекватных курсов лечения для пациентов, которые, по данным Минздрава, были взяты на лечение из федерального бюджета. Как показывает Таблица 6, количество купленных «основ лечения» (два базовых препарата) не увязано ни с количеством «третьих препаратов», необходимых для стандартного курса лечения ВИЧ из трех препаратов, ни с количеством пациентов, взятых на лечение. В дополнение, данная таблица указывает на избыточные закупки «третьих препаратов», которые, как правило, являются более дорогими препаратами из класса ингибиторов протеазы:

Таблица 6. Сравнение количества пациентов, взятых на лечение, и закупленных годовых курсов лечения, 2009-2012

Год	Количество пациентов, взятых на лечение (данные Минздрава)	Закупленные годовые курсы «основ» лечения (расчеты ITPCru)	Закупленные годовые курсы «третьих препаратов» (расчеты ITPCru)
2009	52 000	32 897	42 895
2010	70 000	67 628	74 030
2011	100 000	80 908	90 570
2012	105 000	94 076	110 869

Исследование ITPCru также показало, что несбалансированность системы закупок выражается и в недостаточных закупках конкретных препаратов лечения ВИЧ.

Например, как показывает Таблица 7, на протяжении 2009-2012 годов из средств федерального бюджета в недостаточной мере закупались такие широко используемые в России АРВ-препараты, как ламивудин (один из препаратов «основы») и ритонавир (необходимый для усиления ингибиторов протеаз – «третьих препаратов»).

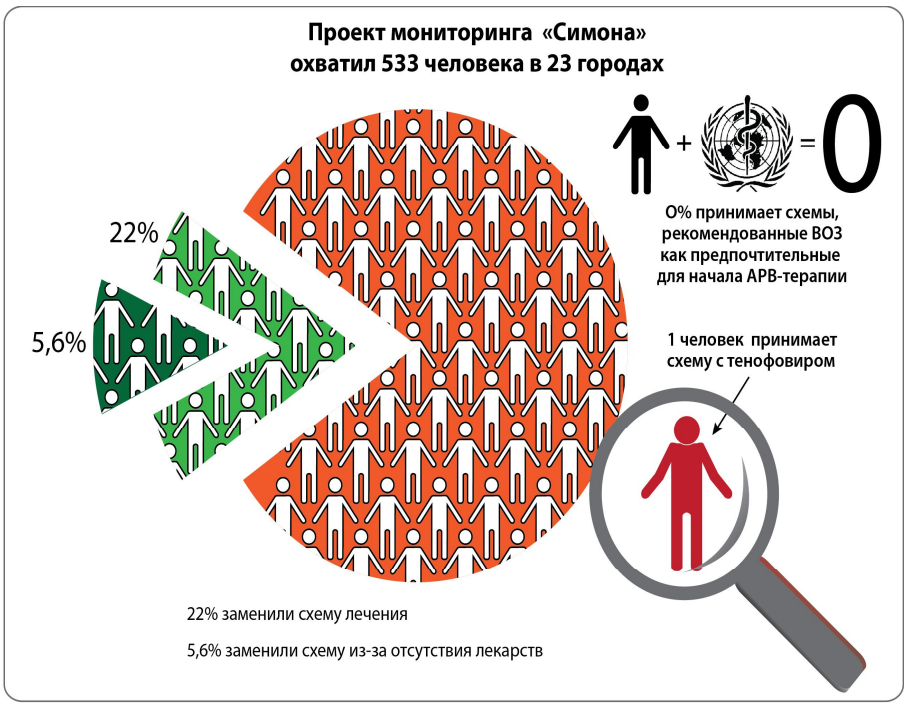
Анализ сообщений, поступивших на сайт www.pereboi.ru, подтвердил, что наиболее часто пациенты сталкиваются с отсутствием ламивудина и ритонавира (соответственно, 23% и 22% обращений среди общего массива) – то есть двух препаратов, которые в недостаточной мере закупаются из федерального бюджета, как ранее показал анализ закупок АРВ-препаратов, проведенный ITPCru.

Таблица 7. Дефицит ритонавира и ламивудина в России, 2009-2012

Год	Дефицит ритонавира	Дефицит ламивудина
2009	6 833 курсов	6 585 курсов
2010	2 921 курсов	10 825 курсов
2011	4 604 курсов	11 271 курсов
2012	6 741 курсов	3 659 курсов

Таким образом, в России до сих пор не налажена надежная система закупок жизненно важных препаратов лечения людей с ВИЧ. Главным негативным последствием такой ситуации является дефицит необходимых препаратов на местах. Дефицит препаратов грозит пациентам, в первую очередь, представителям групп риска, отказами в назначении АРВ-терапии, сменой схем лечения по экономическим (немедицинским показаниям), лечению субоптимальными препаратами, что приводит к нежелательным побочным

эффектам и проблемам со здоровьем. Дефицит препаратов также может поставить врачей и администраторов здравоохранения в ситуацию выбора, когда они должны решать, назначать ли препараты всем нуждающимся, понимая, что это может привести к перебоям, либо откладывать назначение терапии для новых пациентов, которым показано лечение, рискуя, тем самым, их здоровьем и жизнью.



Отсутствие протоколов лечения ВИЧ, увязанных с международными рекомендациями, приводит к тому, что имеющиеся нарушения крайне сложно, а зачастую и невозможно доказать.

Опрос 533 ВИЧ-позитивных людей из 23 российских городов, проведенный в 2011-2012 годах в рамках проекта «СИМОНА+», показал, что в условиях дефицита АРВ-препаратов и диагностических систем СПИД-центры неоправданно усложняют показания для назначения терапии и меняют схемы лечения. В городах с высоким уровнем распространения ВИЧ условием начала лечения для опрошенных пациентов стали консультации непрофильных врачей; например, в городах с распространенностью ВИЧ выше 1000 на 100 тысяч населения пациенты должны были посетить 5 специалистов (медианное значение). При этом только чуть более половины опрошенных – 53% – должны были посетить фтизиатра, хотя туберкулез представляет главную угрозу для здоровья людей с ВИЧ в России.

22% опрошенных сообщили о том, что в течение последних 6-ти месяцев им меняли схему лечения, и примерно в трети таких случаев врачи обосновывали смену схемы отсутствием лекарственных препаратов.

Опрос также показал, что из 533 опрошенных только 1 человек принимал схему, в составе которой был высокоэффективный препарат тенофовир, и ни один из опрошенных не принимал схемы, которые ВОЗ рекомендует для Европейского региона в качестве предпочтительных для начала АРВ-терапии [7].

Отсутствие налаженной системы обеспечения пациентов АРВ-препаратами оборачивается прямыми экономическими потерями для государства. Смена схем не по медицинским показаниям приводит к резистентности пациентов к широко применяемым препаратам первой линии лечения ВИЧ. В связи с этим возникает необходимости переводить большее количество пациентов на более дорогие препараты второй линии, что значительно увеличивает нагрузку на бюджет.

АРВ-препараты второй линии, в среднем, стоят в 6 раз дороже препаратов первой линии [85]. Например, в 2010 г. стоимость двух широко используемых и рекомендованных ВОЗ курсов лечения ВИЧ в странах с низким и средним доходом составляла:

- для препаратов первой линии – USD$139 (невирапин + ламивудин + зидовудин) и USD$158 (эфавиренц + [ламивудин + зидовудин]),
- для препаратов второй линии – USD$908 (зидовудин + диданозин + [лопинавир/ритонавир]) и USD$1035 (абакавир+ диданозин + [лопинавир/ритонавир]) [85].

В результате, закупки препаратов второй линии часто занимают бóльшую долю от всего бюджета на АРВ-препараты, даже с учетом того, что в таких препаратах нуждается все еще небольшое количество пациентов.

Например, в настоящее время Бразилия тратит 80 процентов своего бюджета на закупку импортных патентованных лекарств второй линии, несмотря на то, что они составляют только небольшую долю от всех используемых препаратов лечения ВИЧ [61].

Примечательно, что хронические проблемы в организации закупочных аукционов со стороны Министерства здравоохранения характерны для препаратов лечения не только ВИЧ и туберкулеза, но и других заболеваний, например, рассеянного склероза[31]. Это еще раз демонстрирует то, что чиновники здравоохранения в РФ на настоящий момент не могут обеспечить бесперебойное снабжение пациентов лекарствами.

Программы лечения не ориентированы на группы риска

В данном разделе мы хотим показать, что, помимо процедур закупок препаратов и услуг в области ВИЧ, экономическая эффективность бюджетных ассигнований подрывается неориентированностью реализуемых программ лечения на группы риска.

- ***Скрининг на ВИЧ***

По сравнению со стоимостью лечения стоимость скрининга (массового профилактического обследования) на ВИЧ является гораздо менее затратной статьей расходов. Ежегодно на скрининг с целью выявления ВИЧ-инфекции в России обследуется значительная часть населения – больше 20 миллионов человек [*17*].

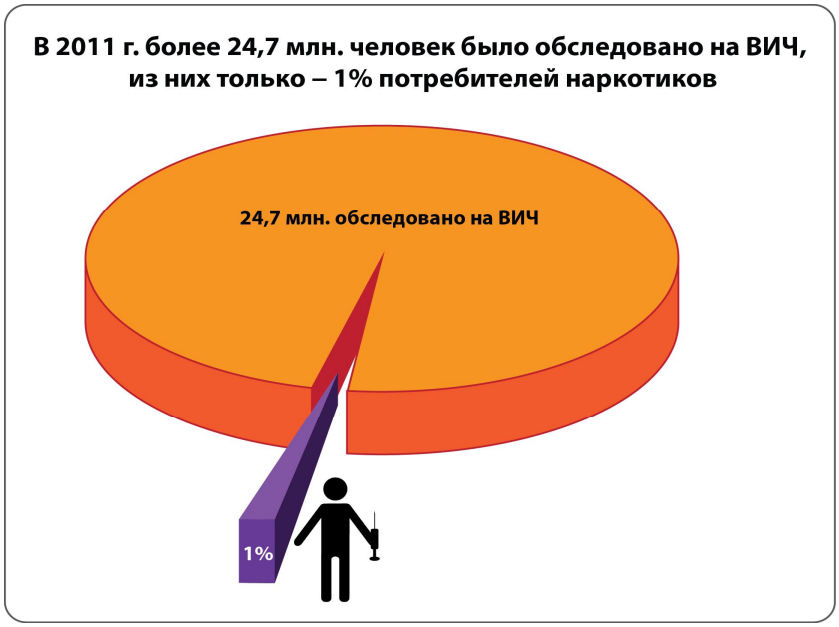
Данные ряда исследований свидетельствуют о том, что экономическая эффективность скрининга повышается при его проведении в популяциях с более высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, то есть в группах риска.

Исследование экономической эффективности добровольного тестирования на ВИЧ в России среди населения в возрасте 15-49 лет[*72*] показало, что раннее выявление ВИЧ посредством скрининга имеет существенные преимущества для людей с ВИЧ, добавляя 2,1 года жизни (или 1,7 года жизни, скорректированных по качеству по индексу QALY). Согласно авторам, ежегодный скрининг в России является экономически эффективной интервенцией, если проводится среди групп риска, но представляет собой трату ресурсов, если проводится с такой же частотой среди основного населения.

Исследование добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ, проведенное в Китае в 2011 г., показало экономическую эффективность данных вмешательств среди такой группы риска как мужчины, практикующие секс с мужчинами (MCM), и отсутствие экономической эффективности среди основного населения[*81*].

Тем не менее, из российских программ скрининга на ВИЧ систематически выпадают именно группы риска.

Так, в 2011 году было обследовано на ВИЧ более 24,7 млн. человек (104,4% от запланированного годового объема) [*26*], однако доля потребителей наркотиков среди обследованных составила только 1% [*17*]. Это позволяет сделать печальный вывод о том, что потребители наркотиков вовсе отсутствуют в плане скрининга.



В то время как количество выявленных случаев ВИЧ среди групп риска растет, доля обследованных среди групп риска сокращается, как показано в Таблице 8.

Таблица 8. Снижение обследований на ВИЧ в группах риска в 2011 г.[16]

Группа риска	Снижение обследований на ВИЧ, с 2011 г. по 2010 г.
Потребители наркотиков	на 10,2%
Больные ЗППП	на 7,8%
Заключенные	на 12,6%
Мужчины, имеющие секс с мужчинами	на 35,9%

[16] Источник данных для Таблицы 8: презентация Н. Н. Ладной «Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2011 г.», 2012, [17].

- ***Лечение ВИЧ***

Исследования, проведенные в странах с концентрированной эпидемией ВИЧ, показывают, что целевой охват лечением ВИЧ групп риска, особенно ПИН, является высокоэффективной интервенцией с экономической и эпидемиологической точек зрения.

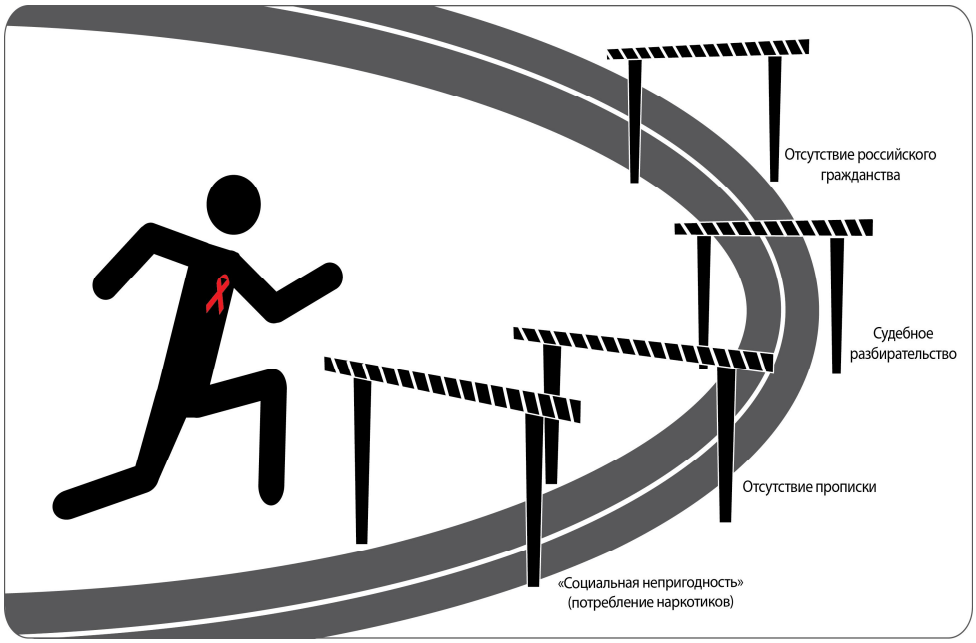
Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, Россия, в 2006 году[*67*], показало, что без предоставления высокоактивной антиретровирусной терапии через 20 лет распространенность ВИЧ достигнет 64% в популяции ПИН и 1,7% среди людей, не относящихся к этой группе. Адресный охват ПИН антиретровирусной терапией (лечение получают 80% ПИН, нуждающихся в лечении) позволяет в течение 20 лет предупредить свыше 40 000 новых случаев инфицирования ВИЧ и сохранить 650 000 полноценных лет жизни (QALY) из расчета 1501 доллар США за сохраненный год жизни. Универсальный доступ к лечению (предоставление терапии для 80% не-ПИН и 80% ПИН, нуждающихся в лечении) позволяет предотвратить еще больше случаев инфицирования – свыше 47 000 случаев и добавляет 950 000 полноценных лет жизни (QALY), при стоимости сохраненного года жизни 1827 долларов.

Тем не менее, в России группы риска, среди которых чаще всего распространяется ВИЧ-инфекция, по-прежнему слабо охвачены лечением. Поскольку официальные источники практически никогда не сообщают данные об охвате АРВ-терапией с разбивкой по специфическим группам риска[17], для оценки этого параметра приходится пользоваться экспертными данными и результатами социологических опросов.
Так, по оценке одного обзорного исследования, в 2008 году доля ПИН среди всех российских пациентов, получающих АРВ-терапию, составляла всего 20-30%, несмотря на то, что в 2008 г. ПИН составляли 83% от всех случаев ВИЧ в России [*83*].

Эта оценка подтверждается и опросом руководителей 20-ти российских СПИД-Центров, проведенным в 2009 году [*56*]. По словам респондентов, опрошенных в ходе данного исследования, число активных ПИН среди пациентов, получающих АРВ-терапию, варьируется от 0% до 65% со средним значением в 20%. Причем в 2-х из 20-ти регионов опрашиваемые заявили, что «активные потребители инъекционных наркотиков АРВ-терапию не получают и получать не будут», а представитель еще одного региона сообщил, что активные ПИН будут получать АРВ-препараты только при наличии тяжелых оппортунистических инфекций [*56*].

---

[17] Например, в Национальном докладе РФ 2010 года для ЮНГАСС [*9*] сообщаются данные о распространенности ВИЧ среди ПИН, приводятся результаты тестирования ПИН на ВИЧ с 1995 по 2009 годы, однако не содержатся данные об охвате этой группы лечением ВИЧ.



Независимые исследования гражданского общества показывают, что представителям групп риска отказывают в получения АРВ-терапии как непосредственно по причине их принадлежности к группе риска, так и под разными благовидными предлогами.

Вторая фаза пациентского мониторинга «Симона», проведенная в 19 городах России в 2009-2010 годах, показала, что во всех городах исследования при назначении АРВ-терапии СПИД-центры используют социальные и поведенческие критерии, которые, по сути, исключают представителей групп риска из программ лечения. В Казани из 132 «наивных» пациентов отделений республиканского и городского СПИД-центров, включенных в программу лечения ВИЧ в 2009 году, только 17 являлись потребителями наркотиков. В Орске из 217 «наивных» пациентов только 17 были потребителями наркотиков. В Новороссийске, где из 1175 зарегистрированных ЛЖВ 30-40% составляют ПИН, из 35 пациентов, впервые принимавших терапию, только пять имели опыт употребления наркотиков.

Отказ в терапии для ПИН был прямо обоснован фактом наркотической зависимости, либо были замаскированы под другими причинами, например, «отказ до решения вопроса о социальной пригодности» (Орск, Набережные Челны) или «неготовность пациента» (Хабаровск). Среди мотивов для отказа в терапии также были отсутствие российского гражданства, прописки или постоянного места жительства, а также судебное разбирательство против пациента [*19*].

- ***Лечение туберкулеза***

Туберкулез остается главным СПИД-индикаторным заболеванием в России и главной причиной смерти ВИЧ-позитивных людей. Тем не менее, российская система лечения туберкулеза не приспособлена к факту того, что большинство пациентов со сдвоенной инфекцией ВИЧ и ТБ являются наркозависимыми людьми. Таким пациентам чрезвычайно сложно удержаться в стационарных программах лечения, однако российские туберкулезные службы предоставляют ограниченные опции амбулаторного лечения, включая лечение под непосредственным присмотром врача (по системе ДОТС).

Совместное исследование Фонда Андрея Рылькова и проекта «СИМОНА», проведенное в 2010 году на основе анализа количественных данных из 13 российских городов и данных глубинных интервью с пациентами и врачами из 3-х городов (Курск, Пермь, Санкт-Петербург), показало, что среди пациентов с сочетанным заболеванием ВИЧ/ТБ доля наркозависимых варьировалась от 50% до 86%. В то время, как уровень выпадения пациентов с ВИЧ/ТБ из программ стационарного лечения составлял, в среднем, 30%, среди пациентов с наркозависимостью эта цифра составляла, в среднем, 41% [*43*].

В то же время исследования пилотных программ лечения туберкулеза по системе ДОТС показывает, что и в российских условиях такие программы будут иметь высокую клиническую и экономическую эффективность.

В недавно опубликованном исследовании, анализирующим данные пилотных программ ВОЗа за 2002-2006 годы [*64*], сравнивается стоимость и экономической эффективность лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ), которое проводилось в соответствии и несоответствии с руководством ВОЗ (т. е. по системе ДОТС или в условиях стационара) в двух странах – Эстонии и Российской Федерации (Томской области).

Исследование показало, что затраты на лечение одного пациента по системе ДОТС возрастают в несколько раз по сравнению с лечением в стационаре: эти затраты, соответственно, возросли в Эстонии с $4729 до $8974 и в Томске с $2282 до $10088 (в долларах США 2003 года). Однако по сравнению со стационарным лечением применение системы ДОТС существенно повысило процент излечения пациентов с ТБ-МЛУ: с 51% до 61% в Эстонии и с 15% до 76% в Томске. Исследование также показало, что даже при значительном увеличении финансирования в связи с лечением ТБ-МЛУ по системе ДОТС, такое лечение является экономически высокоэффективным. Так, стоимость лечения по системе ДОТС на одного пациента с учетом предотвращения потерянных лет жизни в связи заболеванием и инвалидностью (т. е. коэффициент DALY), составила $579 в Эстонии и $429 в Томске.

Таким образом, в области туберкулеза отсутствие устойчивой системы поставок лекарств накладывается на неориентированность программ лечения и профилактики ТБ на нужды людей с коинфекцией ВИЧ и туберкулеза, особенно людей, зависимых от наркотиков. Это непосредственно приводит к увеличению инфицирования людей с ВИЧ туберкулезом и преждевременным смертям ЛЖВ от туберкулеза.

«Невидимость» групп риска для программ лечения и скрининга не только снижает экономическую и клиническую эффективность государственного бюджета на ВИЧ, но и искажает общую эпидемиологическую картину, не позволяя адекватно прогнозировать и планировать дальнейшие ассигнования на борьбу с эпидемией в России.

Низкое качество организации и выполнения государственного заказа в области профилактики ВИЧ

Подобно госзакупкам в области лечения ВИЧ, размещение государственного заказа на услуги профилактики ВИЧ сопровождалось практиками ограничения конкуренции, которые имели свои нюансы.

- ***Первичная профилактика***

В 2011 году Минздравсоцразвития объявило открытый конкурс на три лота по мероприятиям первичной профилактики ВИЧ-инфекции. Победителем лота по созданию единой федеральной телефонной справочной службы на сумму в 2,7 млн. рублей стало ООО СРМ-ДИЗАЙН. По двум остальным лотам на общую сумму в 24,3 млн. рублей[18] – на разработку и реализацию Интернет-портала, а также на разработку коммуникационной стратегии, креативной концепции и рекламно-информационных материалов по профилактике ВИЧ – победителем стало креативное агентство ООО «Тушарп», которое правозащитники подозревают в аффилиированности с должностным лицом Минздравсоцразвития [*5*, *15*].

Однако качество реализации данных информационных проектов, на которые были потрачены бюджетные деньги, вызывает критику специалистов в области ВИЧ.

Во-первых, и название официального Интернет-портала Минздрава, созданного в результате данного госзаказа (O-spide.ru), и основной посыл рекламной кампании («СПИД – есть») фокусируют внимание молодежи на узкой теме СПИДа – терминальной стадии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека. Такая стратегия опосредованно усугубляет стигматизацию людей, живущих с ВИЧ, возрождая старые мифы о том, что наличие вируса равнозначно наличию смертельной болезни для инфицированных. Возможно, педалирование на названии «СПИД» связано с тем, что ООО «Тушарп» никогда не занималось темой ВИЧ до победы в данном конкурсе Минздрава [*1*].

Во-вторых, авторы рекламно-информационных материалов по профилактике ВИЧ старательно обходят тему рискованного поведения, способствующего передаче вируса, ограничиваясь общей информацией о ВИЧ. Так, на интернет-портале нет даже раздела, посвященного профилактике ВИЧ среди групп риска, зато в разделе «Профилактика»

---

[18] Оба заказа реализуются в соответствии с ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007—2012 гг.)», более подробную информацию о двух лотах этого открытого конкурса можно найти по ссылке http://tenderguru.ru/companyzakupkinfo_temp.php?org_inn=7707515977&post_inn=7715804002&action=pred

можно встретить статьи, не имеющие никакого отношения даже к теме ВИЧ[19]. Как уже было упомянуто, единственным посылом для рекламной кампании в СМИ, который разработало ООО «Тушарп», является утверждение о том, что «СПИД – есть». По словам авторов, «задачей коммуникационной кампании программы «Профилактика ВИЧ/СПИДа в России», реализуемой Минздравсоцразвития России, стала необходимость обратить внимание людей на существование проблемы ВИЧ/СПИДа, заставить людей всерьез задуматься о ней, и сделать всё возможное, чтобы она не стала твоей собственной»[*1*]. Тем не менее, учитывая, что кампания пока не предлагает молодежи никаких конкретных способов профилактики ВИЧ, кроме как «задуматься» о проблеме СПИДа, у специалистов возникают сомнения в способности такого медийного сообщения поменять установки и практики рискованного поведения молодежи.

Между тем, исследования показывают, что кампании профилактики ВИЧ, проводимые в средствах массовой информации, показывают высокую эффективность, если они вооружают молодых людей ясной и конкретной информацией о способах предупреждения инфицирования.

Примером удачных интервенций в области первичной профилактики ВИЧ являются три локальные кампании в СМИ, направленных на снижение рискованного сексуального поведения среди молодых людей в США. Во всех кампаниях была поставлена конкретная цель: обратить внимание подростков на необходимость использования презерватива для защиты от ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем.

В результате, кампания в средствах массовой информации, направленная на молодых людей в возрасте от 14 до 18 лет в Калифорнии, привела к увеличению на 4,3% людей, использующих презерватив с постоянным партнером [*65*]. Интенсивная телевизионная кампания, направленная на молодых сексуально активных людей в возрасте 14–18 лет в Орегоне [*68*], сопровождавшаяся наличием автоматов, в которых можно было приобрести презервативы, привела к 10%-му увеличению использования презервативов с новыми партнерами; характерно, что этот результат последователен с направленностью посыла кампании на новых сексуальных партнеров. В штате Кентукки телевизионная кампания, направленная на молодых людей, у которых потребность в поиске новых ощущений была выше среднего, привела к увеличению использования презервативов, повышению уверенности в правильном использовании презерватива и к большей готовности использовать презерватив [*88*].

---

[19] Например, статья «Сохраним здоровье – сохраним кожу», помещенная в подразделе «Важно знать каждому» раздела «Профилактика». В статье нет даже формального упоминания о ВИЧ: http://o-spide.ru/prevention/important/detail.php?ID=1196

- ***Вторичная и третичная профилактика***

В 2009 г. финансирование на вторичную и третичную профилактику через организацию Школ пациента было предоставлено Российскому Красному Кресту на основании постановления Правительства РФ [*37*], то есть на бесконкурсной основе. В 2011 г. был объявлен открытый конкурс на вторичную и третичную профилактику. Тем не менее, сам факт проведения конкурса не стал залогом создания добросовестной конкурентной среды на предоставление услуг в области профилактики ВИЧ.

Во-первых, механизм распределения средств по результатам конкурса не соответствовал возможностям НКО. Вместо обещанных целевых грантов [*47*] был объявлен конкурс на заключение коммерческого контракта, предполагающего первоначальный вклад со стороны организации и возмещение расходов со стороны государства по факту выполнения работ. Однако большинство НКО не располагают свободными – то есть не привязанными к целям – средствами. К тому же, по условиям конкурса Минздравсоцразвития имело право заплатить организации в течение 180 дней после выставления счета. Это еще больше отсекало потенциальных участников, так как ни одна НКО не могла ждать столько долго отложенной оплаты за уже произведенные услуги.

Во-вторых, поспешное проведение этого конкурса – его объявление в августе 2011 года, проведение в сентябре и необходимость выполнить работы в последнем квартале года, – чтобы Министерство успело израсходовать заложенные в бюджете средства до конца года, – обернулось малореалистичными сроками выполнения работ. Техническое задание конкурса предполагало охват 124 тысяч представителей групп риска, включая ПИН, всего за 39 рабочих дней для их информирования о графике работы государственных медучреждений и переадресации в эти учреждения. По оценкам, экспертов, на выполнение такой работы должно потребоваться 11 месяцев[*24*].

Антикоррупционный проект «Роспил» и правовая ассоциация «Агора» посчитали сроки работ, сформулированные в техническом задании конкурса 2011 г. на вторичную и третичную профилактику, ограничивающими количество участников и нарушающими федеральный закон №94 о госзакупках. Соответствующие жалобы на Минздравсоцразвития «Роспил» отправил в Федеральную антимонопольную службу (ФАС), ассоциация «Агора» – в Генеральную прокуратуру. Рассмотрев жалобу «Роспила» 13 сентября 2011 г., Комиссия ФАС по контролю в сфере размещения заказов не нашли признаков нарушения ФЗ-94, но обнаружила признаки нарушения ФЗ-135 «О защите конкуренции» в части установления неправомерного срока выполнения работ и передала материалы жалобы в соответствующее подразделение ФАС для рассмотрения вопроса о возбуждении дела по признакам нарушения антимонопольного законодательства [*27*].

В-третьих, конкурс не предполагал полноценного использования экспертизы НКО во вторичной и третичной профилактики: консультирования, социально-медицинского сопровождения, а также предоставления стерильного инъекционного инструментария и

презервативов. НКО были использованы как технические посредники между группами риска и государственными медучреждениями – по сути, как дистрибьюторская сеть для охвата групп риска.

Иными словами, техническое задание лотов на вторичную и третичную профилактику было сформулировано таким образом, что большинство НКО не могли принять участие в конкурсе либо по объективным обстоятельствам, либо по соображениям сохранения репутации. В результате, заявки на участие в конкурсе подали лишь две организации.

Независимая оценка выполнения данной программы, проведенная в 9 городах 5 субъектов РФ силами российских НКО, показала следующее:

«Качество проведенной работы по выполнению госзаказа № 0173100005411000247 не оправдывает вложенных ресурсов, занижает значимость взаимодействия органов управления здравоохранением и некоммерческого сектора. Подход к организации работы в рамках данного госзаказа формирует отрицательный опыт реализации совместных программ, дискредитирует усилия государства в области профилактики ВИЧ-инфекции. […] Дальнейшее использование подобных схем организации работ по профилактике ВИЧ-инфекции является нецелесообразным и неэффективным расходованием бюджетных средств» [*29*].

Таким образом, выполнение федерального бюджета в области профилактики ВИЧ связано с рядом недостатков, подрывающих эффективность государственных инвестиций. Закупки услуг в сфере профилактики ВИЧ осуществляются в условиях ограниченной конкуренции. Информирование широких слоев населения проводится без упоминания о научно доказанных способах профилактики ВИЧ. Низкопороговые программы для групп риска организованы скорее для формальной отчетности по реализации государственного заказа в области вторичной профилактики, чем для достижения качественного результата.

ВЫВОДЫ:

- Выполнение государственного заказа в области лечения и профилактики ВИЧ организовано так, что оптимизация финансирования не происходит в соответствии с интересами налогоплательщиков, что выражается в неэффективно организованной системе государственного заказа по закупкам лекарств для людей с ВИЧ и коинфекцией ВИЧ и ТБ, а также по предоставлению услуг профилактики ВИЧ.

- Как и на этапе планирования, группы риска остаются «невидимой» и неприоритетной категорией на этапе выполнения государственного бюджета в области профилактики и лечения ВИЧ.

- Проблемы выполнения бюджета на ВИЧ отражаются на качестве жизни пациентов и приносят дополнительную финансовую нагрузку на бюджет.
- Система предоставления государственных ресурсов для НКО не отвечает потребностям НКО и недоступна для большинства организаций, нуждающихся в поддержке.

Подотчетность за эффективность бюджетных программ по ВИЧ

К проблемам планирования и выполнения бюджета на ВИЧ добавляется отсутствие подотчетности Минздрава перед обществом за эффективность государственных ассигнований в области ВИЧ.

СПРАВКА

Начиная с 2011 г., Министерство финансов РФ переводит расходы федерального бюджета с ведомственно-сметного принципа, когда расходы планировались в соответствии с ведомственными заявками и сметами, на программно-целевой [*41*], когда бюджетные средства могут расходоваться только в соответствии с целями долгосрочных целевых программ. Данная реформа предполагает бóльшую бюджетную самостоятельность чиновников, а целью нововведения является повышение эффективности госрасходов.

Тем не менее, ряд российских экономистов считает, что в условиях закрытости российской бюрократии реформа приведет к противоположному результату – снижению эффективности госрасходов и росту коррупции, особенно в условиях, когда к оценке эффективности бюджетных учреждений не привлекаются потребители услуг [*45*].

Во-первых, все расходы по ВИЧ рассеяны по разным секторам здравоохранения (гражданский и тюремный), разным службам (инфекционные, центры СПИД, противотуберкулезные, акушерство, наркологические), бюджетам разного уровня (федерального и регионального), а также по нескольким государственным заказчикам[20]. В результате, фрагментированность финансирования по ВИЧ приводит к фрагментированности ответственности за любые исходы профилактики и лечения ВИЧ. К тому же существующее разделение статистики смертности ЛЖВ по причинам, связанным или не связанным со СПИДом (например, туберкулез или пневмония), в некотором роде, выгодно для служб лечения ВИЧ-позитивных людей, так как это снимает с них часть ответственности по летальным исходам, не связанным со СПИДом. Частично восполнить данный пробел могло бы создание единого реестра пациентов с ВИЧ, который позволил бы оценить прогресс всей работы в области лечения.

---

[20] Например, по ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)» Минздрав выступает в роли государственного заказчика-координатора; помимо этого государственными заказчиками данной ФЦП наряду с Минздравом являются Роспотребнадзор, ФСИН и Российская академия медицинских наук.

Во-вторых, мониторинг основных федеральных программ по ВИЧ сфокусирован, в основном, на количественных показателях охвата населения вмешательствами и контроле над целевым расходованием бюджетных средств. Отсутствует оценка качества вмешательств, выполненных за бюджетные деньги. Например, индикаторы ПНП «Здоровье» включают процент охвата ЛЖВ АРВ-терапией от общего числа нуждающихся, но не включают процент пациентов, удержавшихся на лечении.

В-третьих, оценка бюджетных вмешательств по ВИЧ по-прежнему остаются закрытым процессом. Текущий контроль над эффективностью программами трудно назвать беспристрастным.

Например, главным контролером Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», реализованной в 2007-2012 годах, было Минздравосоцразвития, – то есть, государственный заказчик-координатор данной программы. Контроль над нацпроектами, в том числе ПНП «Здоровье», осуществляла Комиссия по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике [*40*]. Однако если ознакомиться с составом этой комиссии, можно заметить, что те же участники были ответственны и за реализацию национальных проектов.

К планированию и оценке программ по ВИЧ не привлекаются организации гражданского общества. До июня 2011 г. Минздравсоцразвития фактически игнорировала любые формы сотрудничества с НКО. Затем это сотрудничество приняло форму периодических встреч, которые скорее имитировали получение «обратной связи» от НКО. Так, ни одно из предложений НКО по работе с группами риска, которые собирались МЗ РФ в ходе подобных встреч, не были учтены при составлении технического задания конкурса 2011 г. на услуги вторичной и третичной профилактики. В итоге, ряд НКО приняли решение провести собственную оценку профилактических программ, финансировавшихся из средств федерального бюджета 2011 г., показавшую неэффективность подобного расходования бюджетных средств [*29*].

ВЫВОДЫ:

На данный момент в РФ не существует системы мониторинга и оценки программ по ВИЧ, позволяющей

- определить ответственность чиновников за исходы в профилактике и лечении ВИЧ;
- проводить независимый анализ эффективности как отдельных вмешательств, так и всей совокупной работы по ВИЧ,
- получить объективные данные и извлечь уроки из прошлого опыта для более взвешенного планирования программ по ВИЧ на последующий бюджетный цикл.

Итоги

С точки зрения рядового налогоплательщика, сложные и фрагментированные критерии эффективности вмешательств, выработанные заказчиками государственных программ в области ВИЧ, не представляют особого интереса. Его также не интересует разделение эпидемиологической статистики по смертности ЛЖВ на причины, связанные или не связанные со СПИДом. Рядового налогоплательщика, потребителя услуг Министерства здравоохранения в области профилактики и лечения ВИЧ, интересуют, по сути, только два индикатора: отсутствие факта инфицирования, а также – в случае, если инфицирование произошло – максимальная продолжительность лет качественной жизни.

Если взять эти два критерия, то мы получаем: на входе – значительные суммы финансирования, которые проходят через «черный ящик» российской политики по ВИЧ, на выходе – эскалацию смертей и новых случаев инфекции. С этих позиций и необходимо производить оценку системы освоения бюджетных средств на ВИЧ.

Эта оценка показала следующее:

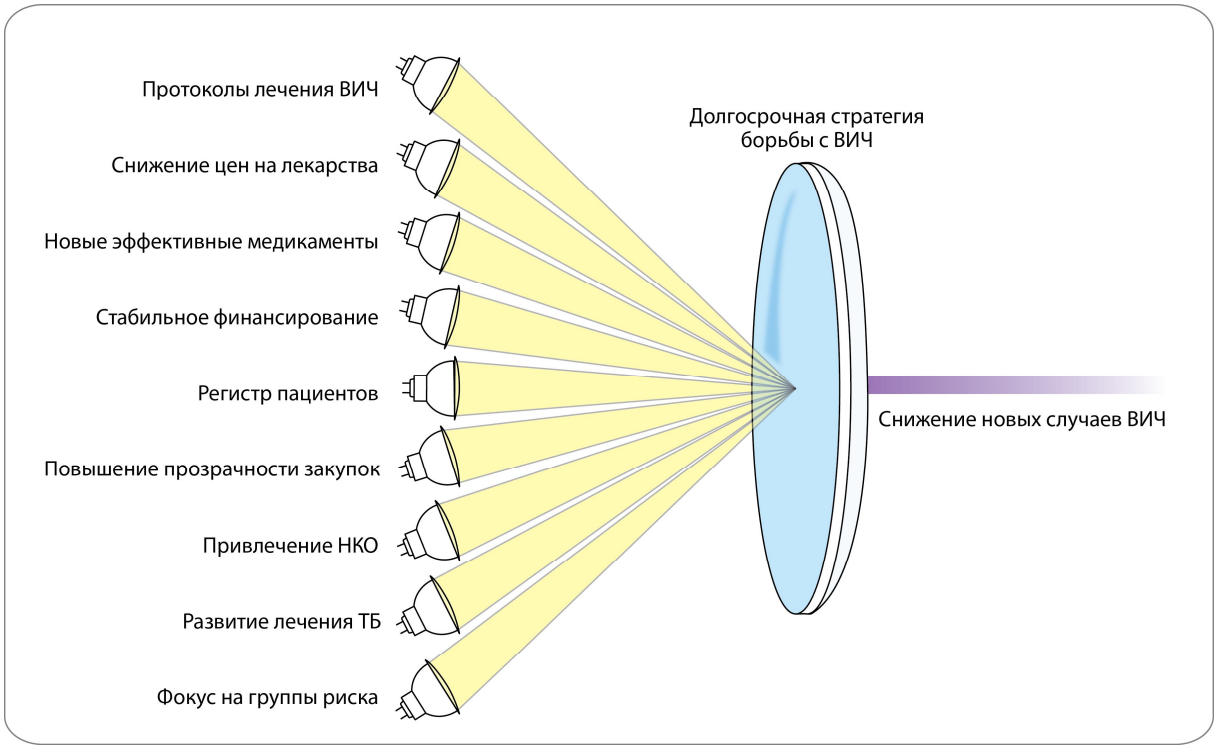
С одной стороны, существуют изъяны в выборе приоритетов на этапе планирования расходов на ВИЧ, в основном связанные с отсутствием долгосрочных стратегических целей и соответствия ассигнований специфике российской эпидемии. Нет понимания того, что эпидемиологически обоснованные вмешательства являются также экономически выгодными. Это порождает спорный выбор программных приоритетов по ВИЧ и приводит к экономическим издержкам и росту эпидемии.

С другой стороны, уже утвержденные деньги на программы расходуются неэффективно: с ограничением конкуренции, вне привязки к индикаторам качества, к тому же без независимого мониторинга и оценки и ответственности за результаты, – то есть происходит нерациональное расходование государственных средств.

Все это приводит к еще большим тратам бюджетных денег на ВИЧ и дальнейшей эскалации летальных исходов среди ВИЧ-позитивных людей.

Рекомендации

Эксперты выделяют 4 способа удовлетворения растущих потребностей в услугах по ВИЧ: увеличение финансирования, уменьшение объема услуг на одного человека, перераспределить финансирования в стороны более эффективных программ, повышение эффективности текущих программ [*66*]. Первый способ – увеличение финансирование на ВИЧ – вряд ли является реалистичным, учитывая реалии кризиса и отсутствие роста в запланированных размерах федерального бюджета на ВИЧ в 2012-2014 гг. Второй способ считается нежелательным с медицинской и этической точек зрения. Поэтому рекомендации данного отчета опираются на два оставшихся способа: возможности для более эффективного перераспределения финансирования и повышение эффективности программ от текущих вложений на ВИЧ.



Наши рекомендации адресованы Правительству Российской Федерации и включают следующие необходимые шаги:

- Для консолидации ресурсов, достижения долговременного результата и высокой эпидемиологической и экономической эффективности диагностических и лечебных мероприятий необходимо разработать общенациональную российскую стратегию борьбы с эпидемией ВИЧ. Данная стратегия должна быть основана на результатах научных данных, передового российского и международного опыта и выработана с участием всех заинтересованных сторон, включая российские некоммерческие

организации, имеющие значительный опыт предоставления услуг по ВИЧ и защиты интересов ВИЧ-позитивных людей;

- Для снижения роста новых случаев инфекции и темпов смертности людей с ВИЧ выбор профилактических и лечебных мер должен опираться на данные их клинической и экономической эффективности и учитывать специфику российской эпидемии ВИЧ. В частности,
    - Учитывая значительную угрозу заболеваемости и смертности людей с ВИЧ от туберкулеза, особенно у наркозависимых пациентов, необходимо расширять систему обследования ЛЖВ на туберкулез, развивать диагностику нетипичных форм туберкулеза, а также развивать возможности амбулаторного лечения ТБ, в том числе, по системе ДОТС,
    - С учетом значительного процента ВИЧ-инфекций, передающихся потребителями инъекционных наркотиков и их сексуальными партнерами, необходимо выделять финансирование на развитие программ снижения вреда.

- Для широкого охвата ВИЧ-позитивных людей современными высокоэффективными препаратами лечения необходимо проводить системную работу сфармацевтическими компаниями по снижению цен на АРВ-препараты и тест-системы, развивать страновое производство АРВ-препаратов и допускать на рынок генерические компании с надлежащим контролем качества. Кроме того, необходимо своевременно регистрировать и включать в список жизненно важных лекарственных препаратов современные медикаменты для лечения ВИЧ и вирусных гепатитов, включая тенофовир и его сочетания с другими лекарственными препаратами. Данная работа должна стать неотъемлемой частью общестрановой стратегии по борьбе с ВИЧ и проводиться в соответствии со «Стратегией развития фармацевтической промышленности в России до 2020 года»;

- Для адекватного планирования закупок препаратов лечения ВИЧ, предотвращения субоптимального лечения и мониторинга эффективности лечения ВИЧ необходимо утвердить клинические протоколы лечения ВИЧ, обязательные для исполнения медицинскими учреждениями, а также создать единый реестр пациентов с ВИЧ, включая сбор и анализ данных по исходам лечения;

- Для повышения эффективности системы государственного заказа на закупки препаратов лечения и диагностики ВИЧ и туберкулеза необходимо повысить прозрачность в организации госзакупок, привлечь независимых экспертов к выработке технического задания, а также повысить ответственность чиновников здравоохранения за всю цепочку лекарственного обеспечения людей с ВИЧ, не ограничиваясь этапом проведения тендера;

- Для повышения эффективности системы государственных закупок в области услуг профилактики ВИЧ необходимо повысить прозрачность этого процесса и широко привлекать НКО к исполнению госзаказов на профилактику ВИЧ в группах риска;

- Для повышения эффективности и качества мероприятий по ВИЧ необходимо ввести процедуру независимой оценки государственных заказов в области профилактики и лечения ВИЧ с участием НКО.

Список использованной литературы

- ***Источники на русском языке***

1. *2sharp сделал ролики о СПИДе по заказу Минздравсоцразвития*. Sostav.ru, 24 мая 2012 г.http://www.sostav.ru/news/2012/05/24/2sharp_spid/

2. Аксенов П. (2012). *Расширение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции путём развития услуг в сфере ВИЧ для потребителей инъекционных наркотиков в Российской Федерации*. Доклад на межведомственном совещании «ВИЧ-инфекция и наркомания: эпидемиологический надзор профилактика, приверженность лечению. Москва, 30 мая – 1 июня 2012 г. http://www.hivpolicy.ru/publications/?id=1312

3. Власова И. *Малость не потянули. Минздрав экономит и обрекает на СПИД 10 000 детей*. Версия, 1 августа 2011 г.http://versia.ru/articles/2011/aug/01/lekarstvo_protiv_spida

4. ВССВ, Форум НКО, ВО ЛЖВ (2008). *Доклад гражданского общества: «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе»*. Издано ЕССВ и ITPC ВЕЦА, июнь 2008. http://itpcru.org/netcat_files/10/196/Russia_Shadow_Report_UNGASS_2008_Rus.pdf

5. *Генпрокуратура проверит Минздрав на аффилированность*. Newsland.ru, 11 ноября 2011 г. http://www.newsland.ru/news/detail/id/820603/

6. Гиль А., Какорина Е. (2010). *Экономическая эффективность службы профилактики ВИЧ-инфекции среди женщин повышенного риска*. Проблемы управления здравоохранением №51, 2010, с. 72-77.

7. Годлевский Д., Волгина А., Головин С., Гирченко П., Скворцов А.(2012). *«Лечить нельзя отказывать»: Отчет по результатам исследований силами сообщества людей, живущих с ВИЧ*. Санкт-Петербург, 2012. http://itpcru.org/files/files_330.html

8. Годлевский Д., Головин С., Скворцов А. (2012). *Закупки АРВ 2009-2012 и менеджмент аукционов*. Презентация на международной конференции 23-25 мая 2012 г.

9. Голиусов А., Дементьева Л., Ладная Н., Туманова М., Монисов А., Семенченко М., Годлевский Д., Пшеничная В. (2010). *Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года*. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2010countries/russia_2010_country_progress_report_en.pdf

10. Злобин А.(2012). *Проблемы соблюдения прав пациентов с ВИЧ в России*. Выступление на парламентских слушаниях Комитета по охране здоровья «Законодательное обеспечение прав пациентов в Российской Федерации» 9 апреля 2012 г.

11. Карпец А., Корень С., Ладная Н., Мусатов В., Петунин Е., Потомова А., Царев С., Хамзина Р. (2011). *Концепция «Комплексная программа по профилактике и лечению социально значимых заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков»*. Москва: НП «ЭСВЕРО», 2011. http://www.esvero.ru/files/Concept.pdf

12. Киржанова В. (2012). *Проблемы инъекционного потребления наркотиков и ВИЧ-инфекции в России*. Доклад на межведомственном совещании «ВИЧ-инфекция и наркомания: эпидемиологический надзор профилактика, приверженность лечению». Москва, 30 мая – 1 июня 2012 г., http://www.hivpolicy.ru/publications/?id=1266

13. *Консорциум некоммерческих организаций призвал российские власти продолжить финансирование проектов по профилактике ВИЧ-инфекции*. Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, 17 сентября 2009 г. http://hivpolicy.ru/news/?id=3691

14. *Коррупционный скандал в правительстве: Минздрав заподозрили в сговоре с крупнейшими поставщиками лекарств*. NEWSru.com, 23 августа 2010 г. http://newsru.com/finance/23aug2010/minzdravsoc.html

15. *Кудяплики отстреливаются. Генпрокуратуре предлагают проверить сотрудников Минздравсоцразвития и его подрядчика*. Фармацевтический вестник, 16 ноября 2011 г. http://test.pharmvestnik.ru/publs/staryj-arxiv-gazety/27831.html

16. Кузина А. *В Санкт-Петербурге нет ряда лекарств для лечения туберкулеза Пациенты начали умирать.* МК.ru, 1 марта 2012 г.,http://www.mk.ru/social/article/2012/03/01/677504-v-sanktpeterburge-net-ryada-lekarstv-dlya-lecheniya-tuberkuleza.html

17. Ладная Н. (2012). Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации в 2011 г. Доклад на межведомственном совещании «ВИЧ-инфекция и наркомания: эпидемиологический надзор профилактика, приверженность лечению». Москва, 30 мая – 1 июня 2012 г., http://www.hivpolicy.ru/publications/?id=1268

18. Марон Е. (2009). *Точка невозврата. Отчет о реализации проекта по мониторингу и оценке доступности, открытости и качества услуг государственного здравоохранения со стороны сообщества людей, затронутых эпидемиями ВИЧ/СПИДа/вирусных гепатитов/ туберкулеза/наркозависимости, с привлечением к участию научного сообщества в 21-ом городе Российской*

Федерации. Под ред. Г. Каминской, Г. Вергуса, В. Осина, А. Зарипова, П. Мейлахса. http://itpcru.org/netcat_files/10/196/Tochka_nevozvrata2009ru.pdf

19. Марон Е., Мейлахс А. (2010). *Доступ к АРВ-терапии в России: проблемы и рекомендации. Отчет о результатах социологического исследования.* Санкт-Петербург, 2010. Под ред. Д. Очерет, Н. Арутюнян, Г. Вергуса, В. Осина, М. Алексеевой, http://itpcru.org/netcat_files/10/196/Simona__Dostup_ARV2010.pdf

20. Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITPCru) (2011). *Россия на полпути к всеобщему доступу. Между властью и эпидемией*.http://itpcru.org/netcat_files/10/196/Alternative_report_2011ru.pdf

21. *Минздрав заподозрили в сговоре с поставщиками лекарств*. Росбалт, 23 августа 2010 г. http://www.rosbalt.ru/business/2010/08/23/764546.html

22. *Минфин опубликовал "Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов"*. Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, 30 августа 2012 г. http://www.hivpolicy.ru/news/index.php?id=5827

23. *Минздрав счел борьбу Глобального фонда с туберкулезом неэффективной*. Medportal.ru, 24 марта 2011 г.http://medportal.ru/mednovosti/news/2011/03/24/glfund/

24. Морозова М. *Профилактический откат? Правозащитники просят ФАС и Генпрокуратуру проверить госзакупки Минздравсоцразвития*. Новые известия, 7 сентября 2011 г. http://www.newizv.ru/politics/2011-09-07/150812-profilakticheskij-otkat.html

25. Общественная палата Российской Федерации (2011). *Рекомендации слушаний Общественной палаты Российской Федерации «Профилактика ВИЧ-инфекции в России: проблемы и перспективы»* . Москва, 24 марта 2011 г. http://www.oprf.ru/files/rekomen24032011ok.doc

26. Онищенко Г. (2012). *Актуальные вопросы надзора за инфекционными заболеваниями на современном этапе*. Доклад на межведомственном совещании «ВИЧ-инфекция и наркомания: эпидемиологический надзор профилактика, приверженность лечению. Москва, 30 мая – 1 июня 2012 г. http://www.hivpolicy.ru/publications/?id=1252

27. Ответ начальника отдела по надзору за исполнением законов в социальной сфере Генеральной прокуратуры РФ Ольги Шамшиной на обращение Ассоциации «Агора» от 16.11.2011. Опубликовано Д. Колбасиным в рассылке ITPCru от 30 ноября 2011 г.

28. Открытый Институт Здоровья. Нацпроект 2006-2009, http://www.ohi.ru/r_nacpr.php

29. *Отчет об общественной оценке мероприятий государственного заказа №0173100005411000247 "Оказание услуг по реализации мероприятий вторичной и третичной профилактики ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения, уязвимых к ВИЧ-инфекции, в субъектах Российской Федерации в рамках реализации Приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году* (2012). Подготовлен рабочей группой экспертов от НКО в составе: АНО «Новая жизнь», Иркутское областное отделение РКК, КООРН «Вера», МРОО «Сообщество ЛЖВ»,Общественный фонд «АнтиСПИД», Фонд «Позитивная волна». Москва, март 2012. http://positivenet.ru/files/public_monitoring_report_prevention_in_2011.pdf

30. Паперная Г. *Предписано не кашлять. Минздравсоцразвития выделяет регионам субсидии на борьбу с туберкулезом*. Московские новости, №199, 18 января 2012 г. http://mn.ru/society_med/20120118/309935307.html

31. Пархомов С. *Аукцион с риском для жизни. Минздравсоцразвития оставило больных рассеянным склерозом без жизненно важного лекарства*. Независимая газета, 20 декабря 2011 г. http://www.ng.ru/regions/2011-12-20/5_auction.html

32. Покровский В. (2012). *Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации*. Доклад на слушаниях Общественной палаты на заседании Общественной Палаты РФ, 30 марта 2012 г. http://www.oprf.ru/ru/press/news/2012/newsitem/17200

33. Покровский В., Ладная Н., Соколова Е., Буравцова Е. (2007). *ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 30*. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2007. http://www.hivrussia.org/stat/bulletin.shtml#30)

34. Покровский В., Ладная Н., Соколова Е., Буравцова Е. (2012). *ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 36.* Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2012. http://www.hivrussia.org/files/bul_36.pdf

35. Покровский В., Ладная Н., Соколова Е., Буравцова Е. (2008). *ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень № 31*. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2008. http://hivrussia.net/files/bul_31/01.pdf;

36. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1 г. Москва «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10

«Профилактика ВИЧ-инфекции». Российская газета, 15 апреля 2011 г. http://www.rg.ru/2011/04/15/sp-spid-dok.html

37. Постановление Правительства РФ от 23 декабря 2009 г. N 1079 «Об утверждении Правил предоставления субсидии из федерального бюджета Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест». http://www.rosfinnadzor.ru/page/index/1231/page/7416

38. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. N 1236 г. "О порядке закупки и передачи в учреждения государственной и муниципальной систем здравоохранения диагностических средств и антивирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С". Российская газета, 14 января 2011 г. http://www.rg.ru/2011/01/14/vich-gepatit-dok.html

39. Правительство Российской Федерации. Распоряжение от 27 февраля 2008 г. N 236-р. http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=98879

40. Президент России. Комиссия по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике. http://state.kremlin.ru/commission/11/news

41. Программа Правительства Российской Федерации по повышению эффективности бюджетных расходов на период до 2012 года, утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2010 г. № 1101-р.

42. Резолюция научно-практической конференции «25 лет борьбы с ВИЧ/СПИД в России» (2010). Суздаль, 9 декабря 2010 г. http://aids-centre.old.nabchelny.ru/

43. Саранг А., Мейлахс А., Марон Е., Иванова Т., Торбан М. (2011). *Обеспечение эффективного лечения туберкулеза у наркозависимых ВИЧ-позитивных пациентов*. Фонд содействия защите здоровья и социальной справедливости им. Андрея Рылькова, 2011, http://rylkov-fond.org/files/2011/06/ITPC-ARF-TB-final.pdf

44. Семенова Л. (2012). *Государственное финансирование деятельности НКО в сфере профилактики ВИЧ-инфекции*. Доклад на межведомственном совещании «ВИЧ-инфекция и наркомания: эпидемиологический надзор профилактика, приверженность лечению». Москва, 30 мая – 1 июня 2012 г. http://www.hivpolicy.ru/publications/?id=1310

45. Сергеев М. *Бюджетная революция Кудрина грозит ростом коррупции. Минфин возвращается к программно-целевому планированию последних лет СССР*. Независимая газета, 26 февраля 2010 г., http://www.ng.ru/economics/2010-02-26/4_budget.html

46. Смердин С., Фролова О. (2012). *Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией в Российской Федерации*. Презентация на пресс-конференции «Контроль над туберкулезом и

ВИЧ инфекцией в период реформирования медицинской службы Уголовно-исполнительной системы». Москва, 16 мая 2012 г.

47. *Состоялось заседание Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. Минздравсоцразвития России выделит некоммерческим организациям гранты в размере 500 млн. рублей на программы профилактики ВИЧ-инфекции*. Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, 2 июня 2011 г. http://www.hivpolicy.ru/news/index.php?p=4&count=100&id=4753

48. Стратегия национальной безопасности Российской Федерации до 2020 г. Утверждена Указом Президента Российской Федерации от 12 мая 2009 г. № 537.http://www.scrf.gov.ru/documents/99.html

49. Ткаченко Е. *Туберкулезный картель. ФАС нашла сговор продавцов лекарств от туберкулеза*. Gazeta.ru, 10 апреля 2012 г. http://www.gazeta.ru/financial/2012/04/10/kz_4341893.shtml

50. *Туберкулез и ВИЧ полечат «на свои». Глобальный фонд не согласовал крупный грант с российским правительством*. Фармацевтический вестник, 13 марта 2012 г. http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/tuberkulez-i-vich-polechat-na-svoi.html#.UJxpdofAdqV

51. *Фармацевтическая компания GlaxoSmithKline готова снизить цены на АРВ-препараты для России*. Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа, 28 октября 2009 г.http://www.hivpolicy.ru/news/?id=3751

52. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителя и прав человека (2012). *О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации*. Постановление № 16 от 13.02.2012, http://rospotrebnadzor.ru/documen/-/journal_content/56_INSTANCE_Zzk8/10156/1183143

53. Федеральный закон № 22-ФЗ от 7.02.03, « О внесении изменений и дополнений в Патентный закон Российской Федерации». Принят Государственной Думой 24 января 2003 г. Одобрен Советом Федерации 29 января 2003 г. Статьи 11 и 13.4.

54. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. *Национальная концепция противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации*. http://www.hivrussia.ru/skm/concept.shtml

55. Фонд развития межсекторного социального партнерства (2011). *Государственное финансирование программ по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С*. 20 ноября 2011 г. http://spdfund.org/news1/fedbudget2012/

56. Фонд развития межсекторного социального партнерства (2009). *Пути оптимизации и повышения качества медицинских услуг, предоставляемых*

людям, живущим с ВИЧ, в СПИД-центрах Российской Федерации. Отчет о результатах социологического исследования. Автор: Д. Бикмухаметов. Москва: Фонд развития межсекторного социального партнерства, 2009. http://www.spdfund.org/files/survey_report2009.pdf

57. Экспертная рабочая группа для проведения комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда при Межфракционной депутатской рабочей группе по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями (2010). *Принципы доказательной медицины и использование программ снижения вреда для профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп*. – Москва, 2010. http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/Report_13_10_2010.pdf

58. ЮНЭЙДС, ВОЗ, UNPD. *Использование гибких положений, содержащихся в Соглашении по ТРИПС, для улучшения доступа к лечению в связи с ВИЧ. Краткий документ по вопросам политики.*http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief-TRIPS_Ru.pdf

59. FrontAIDS (2008). *АРВ терапия в России: препятствия в предоставлении лечения*. Альтернативный отчет FrontAIDS для Специальной сессии по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН (UNGASS) 2008 г. http://www.icaso.org/resources/Shadow_russia1107ru.full%20report.pdf

▪ *Источники на английском языке*

60. Alistar, S.S., Owens, D.K., Brandeau, M.L. (2011). Effectiveness and Cost Effectiveness of Expanding Harm Reduction and Antiretroviral Therapy in a Mixed HIV Epidemic: A Modeling Analysis for Ukraine. *PLoS Med8(3)*: e1000423. doi:10.1371/journal.pmed.1000423, http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000423

61. AVERT. *AIDS, Drug prices and Generic Drugs*, http://www.avert.org/generic.htm

62. AVERT. *HIV & AIDS in Brazil*, http://www.avert.org/aids-brazil.htm#contentTable3

63. Bender, M.A., *et al.* (2010). Cost-effectiveness of tenofovir as first-line antiretroviral therapy in India. *Clinical Infectious Diseases*, *50*, 416–25.

64. Floyd, K., Hutubessy,K., Kliiman,K., Centis,K., Khurieva, N., Jakobowiak,W., Danilovits, M., Keshavjee, S., Migliori, G.B. (2012). Cost and cost-effectiveness of MDR-TB treatment in Estonia and Russian Federation. *European Respiratory Journal, February*

23, 2012, doi: 10.1183/09031936.00169411, http://erj.ersjournals.com/content/early/2012/02/22/09031936.00169411.abstract

65. Kennedy, M.G., Mizuno, Y., Seals, B.F., Myllyluoma, J., Weeks-Norton, K. (2000). Increasing condom use among adolescents with coalition-based social marketing. *AIDS, 14*, 1809–1818.

66. Linnemayr, S., Ryan, G.W., Liu, J. and Palar, K. (2011). *Value for Money in Donor HIV Funding*. Santa Monica, CA: RAND Corporation. http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1158

67. Long, E.F., Brandeau, M.L., Galvin, C.M., Vinichenko, T., Tole, S.P., Schwartz, A., Sanders, G.D., Owens, D.K. (2006).Effectiveness and cost-effectiveness of strategies to expand antiretroviral therapy in St. Petersburg, Russia.*AIDS,20*, 2207-15.

68. Polen, M.R. (1995). *Outcome Evaluation of Project Action*. Portland, OR: Oregon Health Division. Cited in: Romer, D., et al (2009). Mass Media as an HIV-Prevention Strategy: Using Culturally Sensitive Messages to Reduce HIV-Associated Sexual Behavior of At-Risk African American Youth. *American Journal of Public Health, 99(12)*, 2150-2159. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2775758/pdf/2150.pdf

69. Schwartländer, B., Stover, J., Hallett, T., *et al*; Investment Framework Study Group (2011). Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS.*Lancet,377(9782)*, 2031-41, http://icssupport.org/wp-content/uploads/2012/02/1-Investment-Framework-Lancet-Paper.pdf

70. The World Bank. *Russian Federation*. http://data.worldbank.org/country/russian-federation

71. The World Bank. *GDP per capita (current US$)*. http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD

72. Tole, S.P., Sanders, G.D., Bayoumi, A.M., Galvin, C.M., Vinichenko, T.N., Brandeau, M.L., Owens, D.K. (2009). Cost- effectiveness of voluntary HIV screening in Russia. *International Journal of STD & AIDS, 20*, 46-51.

73. UNAIDS (2002). *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2002/brglobal_aids_report_en_pdf_red_en.pdf

74. UNAIDS (2007). *Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care, and support. Interventions for HIV prevention, treatment and care among people who inject drug: methods and assumptions recommended by the working group.* Methodological Annex – IX, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_annex_ix_idu_interventions_en.pdf

75. UNAIDS (2010). *Report on the Global AIDS Epidemic*. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm

76. UNAIDS (2011). *Groundbreaking trial results confirm HIV treatment prevents transmission of HIV*. Press release, 12 May 2011. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/may/20110512pstrialresults/

77. UNAIDS (2011).*UNAIDS World AIDS Day Report 2011*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf

78. UNAIDS (2012). *Meeting the investment challenge. Tipping the dependency balance*. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/20120718_investmentchallengesupplement_en.pdf

79. Walensky, R.P. (2009). Cost-Effectiveness of HIV Interventions: From Cohort Studies and Clinical Trials to Policy. *International AIDS Society–USA, Topics in HIV Medicine, 17(4)*, 130-134.

80. Walensky, R.P., Paltiel, A.D., Losina, E., *et al* (2006). The survival benefits of AIDS treatment in the United States. *J Infect Dis*, *194*, 11-19.

81. Wang, S., Moss, J.R., Hiller, J.E. (2011). The Cost-Effectiveness of HIV Voluntary Counseling and Testing in China. *Asia Pac J Public Health, 23(4)*, 620-33. Epub 2011 Jul 3.

82. Wilson, D.P., Kwon, A., Anderson, J., Thein, R., Law, M., Maher, L., *et al*. (2009). *Return on investment 2: evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia.* Sydney: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales.http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C562D0E860733E9FCA257648000215C5/$File/return2.pdf

83. Wolfe, D., Carrieri, M.P., Shapard, D. (2010). Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *The Lancet, 376(9738)*, 355-366.

84. World Health Organization (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, 2001.

85. World Health Organization (2011). *HIV Drug resistance fact sheet*. http://www.who.int/hiv/facts/drug_resistance/en/index.html

86. World Health Organization. *Treatment 2.0.*http://www.who.int/hiv/topics/treatment2/en/index.html

87. Zhang, L., Yap, L., Zhuang Xun, Z., Wu, Z., Wilson, D.P. (2011). Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return.*BMC Public Health*, *11*, 250.

88. Zimmerman, R.S., Palmgreen, P.M, Noar, S.M., Lustria, M.L., Lu, H.Y., Lee Horosewski, M. (2007). Effects of a televised two-city safer sex mass media campaign targeting high-sensation-seeking and impulsive-decision-making young adults. *Health Educ Behav, 34(5)*, 810–826.

Список сокращений

АРВ – антиретровирусный
БРИКС (англ. BRICS) — группа из пяти быстроразвивающихся стран: Бразилия, Россия, Индия, Китай и Южно-Африканская Республика
ВВП – валовой внутренний продукт
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВТО – Всемирная торговая организация
ГФ / Глобальный Фонд – Глобальный Фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДОТС (англ. DirectlyObservedTreatment, Short-course, сокращенно DOTS) – краткий курс лечения туберкулеза под непосредственным наблюдением медиков
ЖНВЛП – Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов РФ
ЗППП – заболевания, передающиеся половым путем
ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ
НДС – налог на добавленную стоимость
НКО – некоммерческая организация
ПИН – потребители инъекционных наркотиков
ПОШ – программа обмена шприцев
ПНП – приоритетный национальный проект
Роспотребнадзор –Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека
ТБ – туберкулез
ТРИПС (англ. *AgreementonTrade-RelatedAspectsofIntellectualPropertyRights*, сокращенно *TRIPS)* –Соглашение по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности, входящее в пакет документов о создании ВТО
ФАС – Федеральная антимонопольная служба РФ
ФСИН – Федеральная служба исполнения наказаний РФ
ФТС – Федеральная таможенная служба РФ
ФЦП – Федеральная целевая программа
ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
DALY (англ. *Disability Adjusted Life Years*) –индекс, используемый для оценки бремени болезней и позволяющий вычислить количество утраченных лет жизни с поправкой на заболеваемость и инвалидность
ITPCru–Международная коалиция по готовности в лечению в Восточной Европе и Центральной Азии
QALY (англ. *QualityAdjustedLifeYears*) – индекс, используемый для оценки здоровья пациентов и позволяющий вычислить количество продленных лет жизни с поправкой на ее качество