**Отчет по проведению оценки готовности к переходу на национальное финансирование программ ВИЧ и ТБ в Кыргызской Республике**

1. **Вводная информация**

Мировой экономический кризис существенно повлиял на объемы средств, предоставляемых стране на борьбу с эпидемиями ВИЧ и туберкулеза. Кроме этого, в 2014 году Кыргызская Республика приобрела статус страны с уровнем доходов ниже среднего, что также оказало влияние на объемы поступающей в страну помощи от международных организаций, и в первую очередь, со стороны Глобального Фонда. Так, финансирование со стороны ГФ на программы ВИЧ уже в 2016 году сократилось вдвое по сравнению с 2013 годом и составляет около 5-ти миллионов долларов в год до конца 2017 года. В декабре 2016 года ГФ уведомил Кыргызскую Республику о возможности предоставления 23 млн.долларов на трехлетний период для борьбы с двумя заболеваниям, что в годовом пересчете составляет 7,7 млн.долларов и на 3 млн.долларов меньше чем текущее финансирование. При этом рост эпидемии ВИЧ и ТБ продолжается, количество нуждающихся в лечении ВИЧ и ТБ значительно увеличивается. На данном фоне необходимость увеличения государственного вклада и повышение ответственности государства в борьбе с эпидемиями ВИЧ и ТБ становится неизбежным.

Одновременно, ряд исследований и оценок, показывает, что существуют системные проблемы в сфере управления, финансирования, предоставления услуг для уязвимых групп, которые могут стать серьезным барьером для эффективной борьбы с эпидемиями и безболезненного перехода на национальное управление программ в сфере ВИЧ и ТБ.

При этом, за период, прошедший после создания Глобального фонда в 2001 году, 24 страны уже прекратили получать финансирование с его стороны. Опыт свидетельствует о том, что выявление стратегических и оперативных препятствий способствует сглаживанию процесса перехода и обеспечению устойчивости поддерживаемых извне программ.

С этой целью в октябре 2016 года решением СКК КР по борьбе с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом при Правительстве КР (Приказ МЗ КР № 787, от 24.10.16 г.) было принято решение о проведении оценки готовности страны к переходу от внешней поддержки к национальному финансированию. Для проведения оценки была сформирована рабочая группа из 19 человек (Приложение №1 к Приказу № 787) и, при поддержке ГФ, были привлечены эксперты международного фонда Курацио. Была также сформирована группа местных экспертов, которые во взаимодействии с консультантами Курацио и, опираясь на руководство по проведению оценки, провели все этапы оценки, включая предварительный анализ литературы, сбор количественных данных из находящихся в отрытом доступе баз данных, интервьюирование респондентов, анализ данных, совершенствование системы, подготовку выводов и рекомендаций.

Цель оценки готовности к переходу заключается в выявлении основных элементов, учет которых необходим при планировании успешного перехода на финансирование без участия Глобального фонда и предназначена, прежде всего, для оказания помощи в понимании степени готовности страны к переходу, существующих пробелов и действий, необходимых для устранения пробелов.

Оценка была проведена в период с ноября по декабрь 2016 г. Для проведения оценки, эксперт совместно с технической группой разработали календарный план и провели оценку готовности страны к переходу на национальное финансирование.

**План по проведению оценки осуществимости перехода**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Мероприятия** | **Сроки исполнения** | **Ответственные** |
|  | Сбор информации, включая национальные программы, НПА, исследования, отчеты | 18-20 ноября | Султангазиев А. |
|  | Кабинетный анализ и заполнение матрицы на основании анализа | 20-29 ноября | Султангазиев А. |
|  | Определение вопросов и интервьюируемых лиц | 30 ноября | Султангазиев А. |
|  | Проведение встречи с интервьюерами, инструктаж по вопросам, собираемым документам, определению ключевых лиц и сроков | 30 ноября | Эстебесова Б., Батырбекова А., Мааткеримова Ч.  Султангазиев А. |
|  | Проведение полевой части интервью, периодическое уточнение процесса интервьюирования | 30 ноября- 6 декабря | Эстебесова Б., Батырбекова А., Мааткеримова Ч. |
|  | Проведение встречи с интервьюерами для получения результатов и заполнения недостающих компонентов матрицы | 8 декабря | Эстебесова Б., Батырбекова А., Мааткеримова Ч.  Султангазиев А. |
|  | Заполнение матрицы на основании результатов интервью | 8-10 декабря | Султангазиев А. |
|  | Проведение встречи с рабочей группой по обсуждению первичных результатов оценки | 11 декабря | Эстебесова Б., Батырбекова А., Мааткеримова Ч.  Султангазиев А.  Члены РГ |
|  | Доработка матрицы на основании комментариев РГ, рассылка матрицы членам РГ на согласование | 12-13 декабря | Султангазиев А. |
|  | Подготовка отчета по оценке перехода | 14-15 декабря | Султангазиев А. |
|  | Согласование матрицы с Курацио и СКК | Не определено |  |

1. **Методика**

В соответствии с руководством по ОГПФ был проведен сбор информации, доступный в открытых источниках и имеющийся в распоряжении экспертов, включая национальные документы в сфере здравоохранения, ВИЧ, туберкулеза, результаты исследований за последние пять лет, нормативно-правовые документы.

**Нормативно-правовые документы КР, затрагивающие вопросы оценки готовности перехода:**

1. Конституция КР
2. Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» (09.01.05 г.)
3. Закон «Об общественном здравоохранении» (24.07.09 г.)
4. Закон КР «Об организациях здравоохранения в КР»
5. Закон «О ВИЧ/СПИДе в КР»
6. Закон «О защите населения от туберкулеза» (26.04.11 г.)
7. Закон «О лекарственных средствах» (30.04.03 г.)
8. Закон КР «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»
9. Закон КР «О государственном социальном заказе»
10. Закон КР «О республиканском бюджете на 2014 г. и СПБ на 2015-2016 гг.»
11. Закон КР «о республиканском бюджете на 2015 г. и СПБ на 2016-2017 гг.»
12. Закон КР «о республиканском бюджете на 2016 г. и СПБ на 2017-2018 гг.»
13. Закон КР «О государственных закупках» (№ 72, 03.04.2015 г.)
14. Проект закона КР «О республиканском бюджете на 2017 г. и СПБ на 2018-2019 гг»
15. Стратегия устойчивого развития КР на период 2013-2017 годы (Указ Президента КР от 21.01.2013 г. №11)
16. Национальная программа реформирования здравоохранения «Ден Соолук» (2012-2016 г.)
17. Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ/СПИДа в КР на 2012-2016 гг.
18. Программа Правительства КР «Туберкулез-4»
19. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью
20. Антинаркотическая программа Правительства Кыргызской Республики (Постановление Правительства КР от 27.01.14 г. N 54)
21. Программы Правительства Кыргызской Республики по развитию сферы обращения лекарственных средств в Кыргызской Республике на 2014-2020 годы (8.07.2014 г № 376)
22. Постановление Правительства КР «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах, подлежащих контролю в КР» от 9.11.2007 года №543.
23. Приказы МЗ КР «Рекомендации по организации обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу для потребителей инъекционных наркотиков в связи с ВИЧ в Кыргызской Республике» (Приказ МЗ КР № 532 от 22.09.14 г.) и «Стандарты реализации программ снижения вреда и оказания услуг потребителям инъекционных наркотиков» (Приказ МЗ КР № 482 от 22.08.14 г.)
24. Совместный приказ МЗ и Агентства КР по контролю наркотиков «О дальнейшем развитии программ заместительной терапии при опиоидной зависимости в КР». (№227/60 от 03.05.06 и 13.05.06 гг.), а также совместный приказ «О расширении программ заместительной поддерживающей терапии метадоном при опиоидной зависимости на территории г.Бишкек и Чуйской области» (№ 56/15 от 08.02.07 и 14.02.07 г.), совместный приказ МЮ и МЗ КР (№ 13/7 от 17.01.05 г.).
25. Положение СКК КР
26. Постановление Правительства КР о КСОЗ при Правительстве КР

Отчеты и результаты исследований, затрагивающие вопросы оценки готовности:

1. Отчет ВБ № 88979 Обзор государственных расходов (Здравоохранение) в КР (май, 2014 г.)
2. Доклад о состоянии экономики Кыргызской Республики №6 (ВБ, 2014 г)
3. Страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию в 2014 году (ЮНЭЙДС)
4. Оптимизация инвестиций в ответ на ВИЧ в Кыргызстане (ЮНЭЙДС, 2015)
5. Исследование в сфере ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике (ЮНЭЙДС, 2015)
6. Результаты ДЭН среди ЛУИН, РС, МСМ, осужденных (2013 г.)
7. Обзор национального законодательства по соблюдению прав лиц с наркотической зависимостью в КР (AFEW, 2014)
8. Резюме совместного ежегодного обзора по реализации национальной программы реформирования здравоохранения «Ден Соолук» (23-27 ноября 2015 года)
9. Оценка программы опиоидной заместительной терапии в КР (ICAP, 2012)
10. Анализ законодательства Кыргызской Республики в сфере соблюдения прав потребителей наркотиков (ОФ «Кыргыз индиго» 2015 г.)
11. Обзор системы здравоохранения в КР (ВОЗ, 2011 г.)
12. Страновая заявка КР в ГФ (2015 г.)

Пакет нормативных документов и отчеты по исследованиям были проанализированы в контексте инструмента ОГПФ. После чего, следуя руководству, был заполнен инструмент ОГПФ в формате Excel. В процессе заполнения инструмента появлялись дополнительные вопросы, на которые не могли ответить имеющиеся в распоряжении документы. Соответственно, формировался список вопросов и предполагаемые учреждения и лица, которые обладают необходимой информацией. Вопросы были как количественного, так и качественного характера. Анализ проводился в периоде 5 лет, начиная с 2011 года. По части вопросов, количественная информация была недоступна, например, о размерах затрат здравоохранения на мероприятия по туберкулезу.

В итоге, инструмент ОГПФ был заполнен на основании доступных данных, сформулированы вопросы по недостающей информации или информации, которая требует подтверждения и может быть противоречивой. Определены учреждения и лица, которые будут источниками для получения недостающей информации, и определены наиболее подходящие интервьюеры.

После первичного заполнения инструмента были проведены скайп-консультации с представителями «Курацио» и получены комментарии по драфту документа. Данные рекомендации позволили внести корректировки в данные.

Для проведения глубинного интервью были подготовлены вопросы для проведения интервьюирования, определен круг лиц, которые могут иметь доступ к информации. Для проведения данной части оценки были привлечены интервьюеры (3 человека) и для них проведен инструктаж.

Углубленное интервью ставило перед собой задачи: узнать точку зрения заинтересованной стороны по основным вопросам оценки, подтвердить результаты кабинетного анализа и собрать данные и прочие факты в поддержку анализа.

В состав респондентов входили ключевые лица нескольких ведомств и учреждений: руководители РЦ «СПИД» и НЦФ, специалисты управлений МЗ, курирующие вопросы ВИЧ и ТБ и финансирования системы здравоохранения, специалисты министерства финансов, министерства труда и социальной защиты, национального статистического комитета, КГМИПК, представители международных партнеров USAID, ICAP, CDC, PSI, фонда «Сорос-Кыргызстан», ПРООН, а также представители неправительственных организаций.

В течение 2-х недель интервьюеры проводили встречи и опрос ключевых респондентов. Осложнения возникали в связи с отсутствием нужных респондентов, их болезнью и некоторыми опасениями о целях исследования.

В процессе проведения интервью проходили встречи эксперта с интервьюерами, что позволяло корректировать и уточнять вопросы, вносить дополнения в заполненную информацию. Результаты интервью вносились в инструмент ОГПФ. (Приложение- сводный отчет по проведенным интервью)

4-го декабря первичный вариант заполненного инструмента был направлен членам технической группы для получения дополнений и комментариев.

9-го декабря первый вариант заполненного документа Excel был представлен на круглом столе, организованном при поддержке ЮНЭЙДС, где присутствовали все заинтересованные лица и члены технической группы.

После получения комментариев и завершения заполнения инструмента, данный документ направлен всем членам технической группы.

1. **Страновой контекст**

Население Кыргызской Республики по последним данным Нацстаткома составляет 6,03 млн.человек и средняя продолжительность жизни составила 70,6 лет[[1]](#footnote-1). Среди населения репродуктивного возраста (15-49), есть несколько основных причин болезней, в том числе травмы, неинфекционные заболевания и ВИЧ/ТБ. На ВИЧ и ТБ приходится 4,6% утраченных лет жизни (УЛЖ) для всех возрастных групп и 11,1% УЛЖ в группе 15-49 лет. Только ВИЧ составляет 6,1% УЛЖ в возрастной группе 15-49[[2]](#footnote-2). При этом, отмечается стабилизация числа зарегистрированных новых случаев и рецидивов туберкулеза (101,1 на 100 000 человек), а смертность снизилась с 27 случаев на 100 000 человек в 2001 году до 7,0 случаев на 100 000 человек в 2014 году. В то же время, рост количества больных с МЛУ ТБ продолжается. Одновременно, национальная программа засвидетельствовала стабилизацию распространения ВИЧ за период с 2012 по 2014 гг. (заболеваемость сократилась с 12,6 до 10,5 случаев на 100 000 человек), но количество зарегистрированных случаев ВИЧ увеличилось почти в два раза (с 3317 случаев в 2011 до 6 402 – на конец 2015 года) и за весь период наблюдения за ВИЧ с 1987 по 2015 год умерло 1 343 ЛЖВ.

Система здравоохранения Кыргызской Республики состоит из – Министерства здравоохранения, к полномочиям которого относятся разработка государственной политики здравоохранения, администрирование программ высоких технологий, непосредственное руководство организаций третичного уровня, а также психиатрической, туберкулезной, онкологической службами, не вошедшими в систему единого плательщика. В результате реформирования системы здравоохранения единым плательщиком за услуги выступил фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС). К его полномочиям относится аккумулирование средств здравоохранения и закупка медицинских услуг. С 2009 года ФОМС отделен от министерства здравоохранения и подчиняется напрямую Правительству КР. ФОМС администрирует Программу государственных гарантий и программу дополнительного лекарственного обеспечения для населения. Кроме того, ФОМС несет ответственность за управление качеством медицинских услуг и развитие информационных систем в здравоохранении. В соответствии с законом «Об охране здоровья граждан КР» местные администрации в целом ответственны за систему здравоохранения на их территориях. Министерство здравоохранения координирует их деятельность через координационные комиссии по управлению здравоохранением. Тремя основными источниками финансирования системы здравоохранения Кыргызской Республики являются: государственные средства (бюджет и обязательное медицинское страхование), частные расходы домохозяйств (главным образом в форме личных платежей) и внешние средства, поступающие от международных организаций по развитию. В результате реформирования системы финансирования здравоохранения были разделены функции поставщика и покупателя и создан Фонда обязательного медицинского страхования, выполняющий роль "единого плательщика" за медицинские услуги, оказываемые в рамках ПГГ. Ответственность за закупку медицинских услуг закреплена за ФОМС, который выступает в качестве единого плательщика в государственной системе здравоохранения и объединяет как бюджетные средства, так и средства ОМС. Введение определенного бюджета выполнения ПГГ вместе с ФОМС позволило улучшить доступ к медицинским услугам для наиболее уязвимых категорий населения и повысить эффективность и прозрачность оказания медицинской помощи. Была изменена система оплаты медицинских учреждений и осуществлен переход от их финансирования в зависимости от имеющихся ресурсов к финансированию по результатам деятельности. Для амбулаторных учреждений была введена подушевая оплата, для стационарных - оплата по пролеченному больному.

**Эпидемиологическая ситуация в сфере ВИЧ инфекции**

Несмотря на невысокую заболеваемость, в Кыргызстане, как и других странах Восточной Европы и Центральной Азии, отмечаются высокие темпы распространения ВИЧ. За период с 2011 года общее число официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось почти в два раза (с 3317 случаев в 2011 до 6 402 – на конец 2015 года). По оценкам ВОЗ /ЮНЭЙДС, в 2015 году стране было 8 100 человек с ВИЧ без учета умерших и выбывших лиц, т.е. 1,7 раза выше официальных данных (4767). Число женщин с ВИЧ с 2010 года увеличилось в 3 раза (с 656 в 2011 г. до 2 049 человек в 2015 г. кумулятивно). По данным Республиканского Центра «СПИД», на 1 января 2016 года в Кыргызской Республике всего зарегистрировано 6 402 случая ВИЧ-инфекции за период с 1987 г., включая 292 иностранных граждан.

ВИЧ-инфекция распространяется среди лиц трудоспособного и репродуктивного возраста. Так 85% ЛЖВ зарегистрированы в возрасте 20-49 лет. За весь период зарегистрировано 554 ребенка в возрасте до 15 лет. Большинство этих детей были инфицированы в результате внутрибольничной передачи ВИЧ на юге страны в 2007-2008 годах. Передача ВИЧ от ВИЧ-позитивной матери ребенку имеет тенденцию к снижению с 8,3% от числа родившихся детей и обследованных на ВИЧ в 2010 г. до 2,4% – в 2015 году.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах страны. Наиболее высокая распространенность ВИЧ отмечается в городе Ош и составляет 2,6 на 1000 населения; в Чуйской области – 1,5; в целом по стране – 0,8 на 1000 населения. В четырех областях – Нарынской, Иссык-Кульской, Таласской и Баткенской – отмечается низкий уровень распространенности ВИЧ (0,3 на 1000 населения).

За весь период наблюдения за ВИЧ с 1987 по 2015 год умерло 1 343 ЛЖВ, включая 60 детей. Из них на стадии СПИД – 416 человек. Основной причиной смертности является сочетанная инфекция ВИЧ и туберкулез. Так 487 ЛЖВ умерли от туберкулеза (36,3% от всех умерших), в том числе 76 человек – в 2015 году.

Несмотря на снижение доли лиц, потребляющих наркотики (ЛУИН), среди впервые зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции с 66% в 2010 до 24,5% – в 2015 году, они все еще определяют характер эпидемии в стране – 51,1% от общего числа случаев ВИЧ-инфекции (3123 из 6110) относится к этой ключевой группе. Заболеваемость ВИЧ среди ЛУИН в 33 раза выше, чем среди общего населения и составила в 2015 году 5,3 на 1000 ЛУИН, против 0,08 на 1000 общего населения. Одновременно половой путь передачи ВИЧ существенно увеличился среди вновь выявленных лиц с 33% в 2010 до 66,0% – в 2015 году.

**Эпидемилогическая ситуация в сфере ТБ**

Кыргызская Республика входит в число 18 стран Европейского региона ВОЗ, где проблема туберкулеза имеет высокий приоритет, а также является одной из 27 стран мира с высоким бременем мульти-лекарственного устойчивого туберкулезом (МЛУ ТБ). По данным Европейского бюро ВОЗ заболеваемость туберкулеза в Кыргызстане оценивается на уровне 131, распространенность – 132,7 и смертность – 8,2 на 100 000 населения; распространенность МЛУ ТБ среди новых случаев туберкулеза составляет 26%, а среди ранее леченных случаев ТБ – 68%.

В 2013 году в Кыргызской Республике зарегистрировано 5710 впервые выявленных больных туберкулезом, против 5434 в 2009 году. Показатель заболеваемости в республике в 2013 году по сравнению с 2009 годом незначительно снизился со 100,9 до 99,8 на 100 тыс. населения.

За последние 5 лет наиболее высоким остается показатель заболеваемости в г. Бишкек и Чуйской области и составляет 121,6 и 132,3 на 100 тыс. населения соответственно, что связано с большой миграцией населения из других регионов страны.

Несмотря на существенное снижение заболеваемости туберкулезом среди детей (с 82,2 в 2002 году до 34,7 на 100 000 населения в 2013 г. или в 2,4 раза), заболеваемость остается высокой и имеет тенденцию роста в последние 2 года с 30,1 на 100 000 населения в 2011 г. до 38,2 в 2012 и 34,7 – в 2013 г..

Отмечается тенденция к росту числа случаев туберкулеза с лекарственно-устойчивым туберкулезом (МЛУ, ШЛУ ТБ). Так за последние 5 лет выявление случаев МЛУ ТБ увеличилось почти в 1,5 раза с 835 случаев в 2009 г. до 1223 в 2013 г.. Особенно тревожна тенденция распространения резистентных форм туберкулеза среди впервые выявленных больных. Доля МЛУ больных среди новых случаев туберкулеза и ранее леченных больных туберкулезом в 2011 г. составила 26% и 54,3% соответственно.

В 2013 году смертность составила 7,7 на 100 тыс. населения против 8,7 на 100 тыс. населения в 2009 году. В 2 раза увеличился показатель смертности в Баткенской области с 4,2 в 2009 г. до 8,4 на 100 000 населения в 2013 г.. Превышение республиканского показателя, хоть и без роста данного показателя, отмечено и в Чуйской (13,6 на 100 тыс. населения), в Нарынской (10,4 на 100 тыс. населения) и Таласской области (9,5 на 100 тыс. населения), а также в гг. Бишкек и Ош (10,4 и 8,8 на 100 тыс. населения соответственно).

**Внешнее финансирование**

Общие расходы на здравоохранение в Кыргызстане в течении длительного периода стабильно увеличивались и между 2000 и 2012гг. выросли в семь раз. Уровень государственных расходов на здравоохранение в Кыргызстане варьировался между 10 и 15% от общих государственных расходов в течение периода 1995-2012. После достижения пикового уровня в 2006 году, расходы на здравоохранение государства составляли около 12% от общих государственных расходов, начиная с 2010 года и далее.

В то же время, большая часть финансирования программ ВИЧ и значительная часть средств на борьбу с ТБ обеспечивается международными партнерами. Так 71% от всех расходов на ВИЧ/СПИД в 2012 году покрывались за счет средств международных партнеров. И хотя, с 2015 года государство стало обеспечивать все потребности в противотуберкулезных препаратах первого ряда, они составляют незначительную долю в общих потребностях лекарственных средств на лечение ТБ с учетом значительного роста МЛУ и ШЛУ ТБ. Весь объем противотуберкулезных препаратов второго ряда приобретается за счет средств ГФ. Это означает, что по сравнению с общим финансированием программ в области здравоохранения в Кыргызстане, которые на 60% финансируются государством, относительно большая доля ВИЧ и ТБ расходов финансируется помощью извне. Глобальный фонд является основным партнером внешнего финансирования для Кыргызстана в ответе на ВИЧ и ТБ, который составляет свыше 80% внешней поддержки. В 2012 году 83,7% были предоставлены Глобальным фондом, еще 4,6% были предоставлены правительством США и 11,7% другими партнерами.

1. **Результаты оценки**

**4.1. Внешние условия**

**4.1.1. Политические условия**

Уровень государственных расходов на здравоохранение в Кыргызстане варьировался между 10 и 15% от общих государственных расходов в течение периода 1995-2012. После достижения пикового уровня в 2006 году, расходы на здравоохранение государства составляли около 12% от общих государственных расходов, начиная с 2010 года и далее. При этом 60,1% расходов на здравоохранение в 2012 году были понесены государством. 34,8% расходов составили частные расходы из собственного кармана. Вклад некоммерческих организаций увеличился с начала 2000-х годов и достиг 5,1% общих расходов на здравоохранение в 2012 году. Расходы на здравоохранение существенно возросли в абсолютном выражении с 89 до 462 миллионов долларов между 1995-2012. Кроме этого наблюдалось умеренное увеличение в процентах от ВВП от 6,0% в 1995 году до 7,1% в 2012 году.

Внешняя помощь Кыргызстану увеличилась с начала 2000-х и достигла пика в 2011г, составив 477 миллионов долларов США. Здравоохранение, политика в области народонаселения и ВИЧ/СПИД вместе насчитывали около одной десятой от всей внешней помощи за последнее десятилетие, что достигло 8,7% в 2012 году.

Законодательство Кыргызской Республики в области ВИЧ-инфекции и ТБ в целом соответствует нормам международного права и создает условия для осуществления программ профилактики, лечения и ухода. Однако зафиксированы инициативы по пересмотру законодательства, касающиеся ключевых групп населения. Ряд исследований о соблюдении норм национального законодательства и регулярное документирование нарушений прав человека ключевых групп свидетельствуют о существенном уровне неправомерных правоприменительных практик со стороны органов внутренних дел, в числе которых незаконные задержания, угрозы, унижающее обращение и насилие. За последние годы Кыргызстан получил ряд рекомендаций Уставных и Договорных Органов ООН по Правам Человека, направленных на улучшение правового положения ключевых групп. При этом, высокий уровень стигмы и дискриминации является одним из основных препятствий к доступу к услугам профилактики, лечения и поддержки для людей, живущих с ВИЧ, больных туберкулезом и ключевых групп населения. Отказ представителей ключевых групп от тестирования на ВИЧ и ТБ; от участия в программах профилактики и лечения приводит к позднему обращению за лечением, росту смертности от СПИДа и туберкулеза. Так, в 2015 году 22,8% ЛЖВ были зарегистрированы в продвинутой (3-4) клинической стадии ВИЧ-инфекции; отмечаются трудности с удержанием на АРТ, сохраняется высокий уровень прерывания лечения ТБ, особенно МЛУ ТБ, а также низкие показатели приверженности к терапии. По данным РЦ «СПИД», только 42% ЛУИН/ЛЖВ, из числа зарегистрированных, находились под наблюдением в 2015 году, из них 76% получали АРТ, из которых менее половины имели неопределяемую вирусную нагрузку.

Значимое участие в реализации программ профилактики, лечения и ухода, и в первую очередь, в связи с ВИЧ-инфекций, принимают неправительственные организации и организации-сообществ. Так на базе 20 НПО предоставляются услуги экспресс-тестирования на ВИЧ для ключевых групп, НПО охватывают более 10 тыс. представителей групп ЛУИН, РС, МСМ программами обмена шприцев и выдачи презервативов. В то же время, их деятельность в полном объеме финансируется из средств доноров, включая ГФ и программ PEPFAR. И хотя, участие НПО предусмотрено в государственных программах по ВИЧ и ТБ, механизмов интеграции услуг НПО в общую систему медико-санитарной помощи, включая механизмы финансирования из государственных источников, не предусмотрено. При этом, в стране действует закон «О государственном социальном заказе» и в министерстве социального обеспечения данные механизмы применяются с 2011 года.

**4.1.2. Экономические условия**

В период 2012- 2014 года в Кыргызской Республике отмечался устойчивый рост ВВП, достигая 10,9% в 2013 году, но уже с 2014 года, в связи с мировым кризисом, изменившейся политической ситуацией, девальвацией национальной валюты и рядом других факторов, рост ВВП замедлился до 3,5% по итогам 2015 года, а в первой половине 2016 года рост ВВП сократился на 2,3%. Одновременно, доля расходов Правительства росла, с одной стороны за счет привлечения заемных средств в инвестиционные проекты, с другой стороны за счет увеличения дефицита бюджета. Учитывая параллельное сокращение доходов, отражающее общую слабость экономики, а также сокращение неналоговых поступлений, по состоянию на июль 2016 года, дефицит бюджета составлял 8,6 процента ВВП. Тем не менее, по состоянию на конец июня, соотношение государственного долга к ВВП сократилось до 64,1 процента (с 68,3 процента в конце 2015 года), благодаря повышению курса национальной валюты – кыргызского сома. В то же время, Всемирный банк прогнозирует, что общий баланс бюджета в 2016 году ухудшится по отношению к 2015 году, при этом дефицит бюджета достигнет 7,4 процента к ВВП. По прогнозам, увеличение дефицита произойдет в результате сокращения неналоговых поступлений и увеличения инвестиционных затрат. Соотношение текущих расходов и ВВП сохранит стабильность, оставаясь на уровне чуть более 30 процентов. В подтверждение прогнозов ВБ, увеличившийся дефицит бюджета по результатам 2016 года привел к тому, что Правительство было вынуждено пойти на значительное сокращение расходов при подготовке бюджета на 2017 год. В результате в утвержденном бюджете на 2017 год объем финансирования программ здравоохранения был сокращен на 370 млн.сом (5 млн.долларов) по сравнению с бюджетом 2016 года.

* 1. **Внутренние условия**

**4.2.1 Вклады**

**4.2.1.1 Финансовые ресурсы**

**ВИЧ**

Общая расчетная стоимость Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ-инфекции на 2012-2016 гг. составляет 96,5 млн. долларов США. При этом, большая часть финансирования программ в сфере ВИЧ обеспечивается международными партнерами. Исходя из оценки NASA, международная финансовая помощь программам по ВИЧ-инфекции составила 66% от общей суммы финансирования в 2013-2014 гг. ГФСТМ, являясь основным донором в сфере ВИЧ и ТБ, покрывал более половины объема внешнего финансирования (66,8%) или 43,8% от общего объема финансирования программ по СПИДу в стране. Государственный вклад составлял 33% финансовых средств и, соответственно, вклад других доноров в программы по ВИЧ составлял 23,2 % в 2013 году. В то же время, на 2013-2014 гг. пришелся пик инвестиций в ВИЧ со стороны ГФ, и уже в 2016 году они уменьшились с 7,6 млн.долларов в 2015 году до 5,5 млн. долларов в2016 году. Предложенная сумма со стороны ГФ на период 2018-2020 гг. составляет 3,7 млн.долларов в год, что практически в 2 раза меньше чем в 2014-2015 гг. При этом, государственное финансирование программ было увеличено, начиная с 2015 года, только на 300 тысяч долларов ежегодно. Средства расходуются на закупку тестов, реагентов и частично на лечение оппортунистических инфекций. Средства на профилактические программы для ключевых групп и закупку АРВ препаратов в полном объеме предоставляет ГФ.

Бюджет служб «СПИДа» предусмотрен в общем бюджете министерства здравоохранения и не выделяется в отдельные строки при планировании республиканского бюджета, в связи с чем достаточно сложно определить отдельные расходы здравоохранения на борьбу с ВИЧ-инфекцией. По оценкам, проведенным неправительственными организациями и по прогнозу бюджета новой государственной программы, в связи с сокращением финансирования доноров, дефицит необходимых затрат составляет около 5 млн.долларов в год. Усилия, направленные на увеличение финансирования из государственного бюджета, пока не дали результатов и в республиканском бюджете на 2017 год дополнительных средств не предусмотрено.

При этом, результаты оценки инвестиций в ВИЧ, проведенной при поддержке ЮНЭЙДС в 2015 году, показывают что из фактического распределения средств менее чем 10% расходов из общих расходов ВИЧ идут на АРТ, что ставит под сомнение эффективность программ лечения. Доля расходов, классифицированных как расходы на управление и другие расходы составляет 56%, что является высоким на фоне ограниченного объема ресурсов.

**ТБ**

По данным ФОМС, ответственного за финансирование служб ТБ, финансирование ТБ из государственного бюджета составляет около 10 млн.долларов ежегодно, при этом финансирование со стороны доноров составила 2013 г- около 12 млн.долларов, 2014 г.- 8 млн.долларов, 2015- около 14 млн.долларов. В среднем государство финансирует 49% затрат по ТБ и доноры окло 51% затрат. При этом, если государственные расходы покрывают в основном заработные платы специалистов, содержание стационаров, частично диагностику и закупку противотуберкулезных препаратов 1-го ряда, то доноры поддерживают в полном объеме закупку препаратов 2-го ряда, реагентов, мотивационную поддержку пациентов с ТБ и повышение потенциала специалистов ТБ служб. Одновременно, уже в 2016 году средства от ГФ стали сокращаться, а на период 2018-2020 гг. ГФ предоставит 4 млн.долларов ежегодно, что практически в 2 раза меньше уровня 2014 года.

С 2015 года финансирование противотуберкулезных мероприятий осуществляется через ФОМС и в республиканском бюджете расходы по туберкулезу не отражаются отдельной строкой. И если при обсуждении бюджета на 2017 год и среднесрочный прогноз бюджета на 2018-2019 гг. предусматривал отдельную строку по закупке противотуберкулезных препаратов на сумму в 1,5 млн.долларов, в итоге данная сумма была сокращена.

**4.2.1.2 Людские ресурсы**

В соответствии с отчетом ВОЗ общее количество специалистов, работающих в структурах СПИД службы, составило 73 (включая тех.персонал, администрация). Данный отчет оценивает, что общее количество специалистов даже превышает необходимое. В то же время, количество специалистов, непосредственно задействованных в оказании услуг остается недостаточным. Рядом исследований отмечена нехватка лабораторных специалистов, врачей-инфекционистов и врачей-эпидемиологов, в системе отмечается высокая текучесть кадров, связанная с низким уровнем заработных плат, отсутствием мотивации для работы. Например, сложно найти и удержать врачей диспансерного отделов Чуйского, Жалал-Абадского, Баткенского ОЦПБС Данные тенденции приводят к тому, что в структуре национальной службы СПИДа ограничено количество в полной мере подготовленных специалистов. Отмечены случаи, когда из-за ухода или болезни лабораторного специалиста была парализована вся лаборатория. При этом, по данным ПРООН и PSI, 24 НПО предоставляют услуги для ключевых групп ЛЖВ, ЛУИН, РС, МСМ, заключенных. В то же время, в случае прекращения финансирования данный потенциал может быть утрачен в короткое время. В службе туберкулеза имеется недостаточное количество медицинских работников, а основная их часть (составляющая около 45% от общего числа сотрудников) - предпенсионного и пенсионного возраста. На 2012 год по стране работало 245 фтизиатров, из них 109 пенсионного возраста. В то же время, в связи с низким уровнем оплаты труда, непрестижностью специальности, которая не дает дополнительных доходов, высоким риском для собственного здоровья, в систему ТБ не идут молодые специалисты, что приводит к старению штата, оттоку кадров из службы и служба испытывает дефицит кадров, особенно в регионах.

КГМА, КГМИПК в рамках свое деятельности осуществляют подготовку и переподготовку специалистов, имеют разработанные актуальные программы и выделенные часы по тематике диагностики, лечения ВИЧ. В то же время, значительная часть обучения специалистов проводится за счет средств доноров и при прекращении финансирования со стороны доноров, объемы обучения будут значительно сокращены.

**4.2.1.3. Информационные системы**

С 2012 года в стране внедрена и функционирует система электронного слежения за случаями ВИЧ-инфекции во всех центрах СПИД, пилотных ЦСМ районного уровня. Социально-демографические, эпидемиологические, лабораторные данные, также данные о лечении и наблюдении вносятся в систему. С 2016 года прием годовых статистических отчетов будет проводится по системе электронного слежения. С конца 2015 года внедрена база по всем протестированным лицам на ВИЧ-инфекцию, база не совершенна, требует доработки, данные аккумулируются в РЦ СПИД.

По аналогии с системой электронного слежения за ВИЧ в системе ТБ службы разработана электронная база данных, но она не внедрена повсеместно и не интегрирована с системой отчетности Нацстаткома.

Методология ДЭН разрабатывается при поддержке ICAP и проходит согласование с экспертами ЮНЭЙДС и МЗ. Для ЛУИН и МСМ в ДЭН используется методика выборки, построенная самими респондентами, то есть метод RDS. Для формирования выборки среди СР в 2013 году был применен метод кластерной выборки с фиксированным количеством респондентов, опрашиваемых в одной точке. Этот метод основан на включении в исследование определенного числа СР на всех выбранных кластерах. В популяции осужденных в 2013 году была применена систематическая выборка.

Финансирование эпидемиологических исследований из государственных средств не осуществляется и поддерживается из средств гранта ГФ. В среднесрочном прогнозе бюджета на 2017-2019 гг. средства не предусмотрены. В то же время, мероприятия включены в текущую гос.программу и проект новой гос.программы на 2017-2021 гг.

**4.2.2. Управление**

**4.2.2.1. Управление**

Меры по борьбе с ВИЧ и ТБ входят в приоритеты национальной программы по реформированию здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг и в стране реализуются государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ на 2012-2016 гг и программа Правительства КР «Туберкулез-4» на 2012-2017 гг.. Кроме этого, в связи с завершением программ уже разработана новая гос.программа по борьбе с эпидемией ВИЧ на 2017-2021 гг., которая рассматривается в МЗ КР и в ближайшее время будет передана на согласование в Правительство КР. Одновременно, сформирована рабочая группа по подготовке следующей программы в сфере ТБ.

В структуре МЗ ответственным за ВИЧ/СПИД и ТБ является один из заместителей министра и МЗ несет консолидированную ответственность за реализацию мероприятий в сфере ВИЧ. Кроме того, координацию деятельности государственных, неправительственных и международных организаций осуществляет страновой координационный комитет (СКК), который является общественным органом и не несет юридическую ответственность. Одновременно уполномоченным органом по борьбе с ВИЧ/СПИДом является РЦ "СПИД". Данная ситуация отражает раздробленность управления. В соответствии с гос.программой координирующим органом определен СКК, который в то же время является общественным органом и в основном занимался грантами ГФ. Лидируют эксперты МЗ и гражданское общество.

В структуре системы здравоохранения вопросы управления программой по борьбе с ТБ делегированы Национальному центру фтизиатрии.

**4.2.2.2 Подотчетность**

Данные по ситуации в сфере ВИЧ регулярно обновляются на сайте РЦ "СПИД", представляются на различного рода встречах, предоставляются по запросу заинтересованных сторон. В то же время, данные не содержат разбивки по ключевым группам, их количеству, регионам, количества находящихся на лечении. Одновременно, при поддержке международных организаций, проводится оценка исполнения государственных программ и в 2015 году была проведена оценка инвестиций в ВИЧ. Данные по расходам ВИЧ предоставляются в национальном отчете GARP и национальных счетах ВИЧ и в 2013 году составили 12,59 млн.долларов США. В то же время данные по расходам не отражаются отдельной строкой в расходах государственного бюджета.

Данные по ситуации в сфере ТБ недоступны, НЦФ не имеет собственного сайта, и хотя данные по эпид.ситуации представляются на различных встречах и включены в отчеты по исполнению нац.программ, верифицировать данные сложно. Данные по расходам в сфере ТБ недоступны в открытых источниках и предоставляются по запросу.

Неправительственные организации активно участвуют в программах ВИЧ и в частности, в мониторинге программ. Так, в 2016 году были проведены исследования по оценке стигмы и дискриминации, результаты которых вошли в проект новой государственной программы, запущен сайт pereboi.kg, где ЛЖВ и больные ТБ могут оставлять информацию с обеспечением лекарствами, гражданский сектор представлен 44% в СКК КР и входит в состав общественного наблюдательного совета МЗ. В 2016 году был проведен детальный анализ закупок в службах ТБ и ВИЧ по результатам которого были представлены публичные результаты.

**4.2.3 Программа**

**4.2.3.1. Предоставление услуг**

Лечение ВИЧ и ТБ предоставляется через структуры служб СПИДа, национального центра фтизиатрии и их областные подразделения, а также на первичном уровне в ЦСМ и ГСВ. Профилактические программы по ВИЧ осуществляются через государственные и неправительственные организации. Так программы ОЗТ и часть программ обмена шприцев осуществляется через республиканский центр наркологии на базе ЦСМ. Более 50% охвата программами обмена шприцев и все программы среди РС, МСМ осуществляются неправительственными организациями в 7-и областях республики.

По данным РЦ "СПИД" за период с 2012 по сентябрь 2016 года количество ЛЖВ на АРТ увеличилось с 691 до 2548 человек. Из них в 2014 году начали лечение 891 ЛЖВ, 2015-615, 2016 -514.. В то же время в процентном соотношении отмечается снижение охвата ЛЖВ на АРТ с 85 до 75, что скорее всего связано с изменением знаменателя. В 2012 году в знаменателе указывалось количество зарегистрированных ЛЖВ, а в 2015 году стали указывать оценочное количество ЛЖВ. Кроме этого, увеличение охвата связано с тем, что в 2015 году был утвержден новый клинический протокол и на лечении стали включать ЛЖВ с CD более 500 клеток.

Компонент лечения ВИЧ и ТБ можно определить как полностью интегрированным на первичный уровень, но профилактические программы в большей части осуществляются обособленно через НПО, которые не являются частью интегрированных услуг на уровень первичной медико-санитарной помощи населению. Механизмы предоставления услуг через госсоцзаказ в системе здравоохранения до сих пор не внедрены.

При этом в 2013 году охват ПОШ составлял более 13000 ЛУИН, а в 2014 году охват снизился до 10000 ЛУИН. Начиная с 2015 года охват вырос и достиг 13000 ЛУИН. Охват составляет 60% от оценочного количества ЛУИН. В соответствии с отчетом ПРООН охват программами ОЗТ вырос с 1200 в 2013 году до 1500 в 2016 году.. В то же время охват от оценочного количества ЛУИН колеблется в районе 5% от (25000 ЛУИН), что показывает стабильно невысокое количество ЛУИН на ОЗТ.

**4.2.3.2. Организационный потенциал**

Оценка управленческого потенциала в системах ВИЧ и ТБ не проводилась, но результаты оценок национальной программы по реформированию здравоохранения и государственных программ свидетельствуют о наличии значимых проблем в управлении и координации программ. В 2010 году в связи с отчетом Генеральной инспекции ГФ были сменены два основных получателя РЦ «СПИД» и НЦФ и управление грантами передано в ПРООН. Одним из факторов явились завышенные стоимости закупок, финансовые нарушения при управлении грантами ГФ. Одновременно, с 2010 года все закупки осуществляются по механизмам ПРООН на международном рынке и данные механизмы не соответствуют национальным механизмам. В то же время систему снабжения и обеспечения ЛС и ИМН ПРООН осуществляет самостоятельно до областного уровня. За 2016 год была сформирована команда, которая в последующем должна принять управление грантами ГФ, но ряд проблем пока не решен. Многие АРВ препараты и противотуберкулезные средства не зарегистрированы, не входят в ПЖВЛС и, соответственно, отсутствуют на местном рынке и их закупки физически невозможны. Отсутствуют механизмы закупок через GDF и ЮНИСЭФ. В 2016 году был выявлен факт списания из-за истечения сроков годности противотуберкулезного препарата циклосерин на сумму 300 тыс.долларов.

Разработка национальных стратегий, страновых заявок и протоколов исследований ДЭН, а также другие системные документы разрабатываются чаще всего с привлечением международных и местных экспертов. Высокая загруженность рутинной деятельностью, отсутствие мотивации снижает возможности штатных сотрудников системы здравоохранения осуществлять аналитическую работу.

**4.2.3.3 Планирование процесса перехода**

В 2015 году была создана рабочая группа по переходу на национальное финансирование и, был разработан проект плана перехода. На момент проведения оценки данный план перехода находился в стадии обсуждения и не был утвержден. По результатам данной оценки в план будут внесены изменения и, он войдет составной частью новых государственных программ по ВИЧ и ТБ.

**5. Выводы и рекомендации**

В результате проведенной оценки и заполнения инструмента ОГПФ были сделаны выводы и подготовлены рекомендации. На основании рекомендаций был разработан проект плана перехода на государственное финансирование. (См.ниже) Данный план после согласования будет включен в проект новой государственной программы по ВИЧ и, далее, при разработке мероприятий по ТБ, будет также адаптирован и включен в программу по ТБ.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Проблемы** | **Общие рекомендации** | **Рекомендации на основании ОГПФ** | **Мероприятия** | | **Ответственные** | **Срок исполнения** | **Примечание** |
|  | **Политические и экономические условия** | | | | | | | |
|  | Доступ к услугам, связанных с ВИЧ и ТБ, ограничен барьерами законодательства и НПА. | Обеспечение благоприятной законодательной среды через совершенствование НПА | Исключить клиентов ОЗТ из общей системы наркологического учета с переводом на учет по заболеванию. | В «Положении о порядке выявления и постановки на учет лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ в государственных учреждениях здравоохранения КР» в разделе 3., п 7. Анонимность учета прекращается в следующих случаях: - необходимо исключить п.7.4 при участии пациента в программах заместительной терапии. | | МЗ КР, Республиканский центр наркологии, МВД | 2017 г. | Не предусмотрено гос.программой |
| Предусмотреть возможности выдачи метадона на 5 дней для приверженных клиентов. | В клиническом руководстве, Положении «Об условиях и порядке проведения заместительной терапии…» внести изменения, позволяющие предоставлять препараты ОЗТ на срок до 5-ти дней для ЛУИН, подтверждающих приверженность к терапии. | | МЗ КР, Республиканский центр наркологии | 2017 г. | Не предусмотрено гос.программой |
| Предоставление ОЗТ как одного из видов наркологического лечения по принципу сооплаты | При пересмотре программы государственных гарантий по обеспечению граждан КР медико-санитарной помощью необходимо включить:   1. В разделе 2, параграфе §1. Первичная медико-санитарная помощь, о предоставлении приписанным к группе семейных врачей гражданам бесплатной помощи - предоставление ОЗТ для ЛУИН 2. В раздел 3. Бесплатное и льготное лекарственное обеспечение граждан КР на амбулаторном уровне при отдельных заболеваниях, включить зависимость от инъекционных наркотиков в категории, имеющих право на бесплатное получение метадона. 3. Сохранить метадон и бупринорфин в ПЖВЛС при его обновлении | | ФОМС, МЗ КР, РЦН | 2017 г. | Не предусмотрено гос.программой |
| Необходимо исключить действия, связанные с приобретением и хранением наркотических средств и психотропных веществ без цели сбыта в размерах, реально отражающих потребности лиц, страдающих наркотической зависимостью, из области административного и уголовного права | Исключить из УК КР статью 246 УК КР, предусматривающую уголовную ответственность за хранение наркотиков. | | МЗ КР, МЮ КР, ЖК КР | 2017 г. | Предусмотрено проектом нового УК КР |
| Внести изменения/дополнения в НПА по сохранению рабочих мест и заработных плат для лиц, находящихся на лечении ТБ. | 1. Провести анализ законодательства, связанного с лечением ТБ для определения возможностей социальной поддержки больных ТБ и сохранения приверженности к лечению. 2. На основе рекомендаций внести изменения в законы «О защите населения от ТБ», Трудовой кодекс КР, обеспечивающие поддержку больных ТБ | | МЗ КР, МЮ КР | 2018 г. |  |
|  | Обеспечение благоприятной законодательной среды для программ ВИЧ и ТБ через улучшение правоприменительной практики: | Ликвидация дискриминационной правоприменительной практики в отношении ключевых групп населения. Привести существующие практики в соответствие с законодательством КР | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 3.2) | |  | Постоянно |  |
|  | Снижение стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВ | Повышение информированности населения, работников здравоохранения, образования и дошкольных учреждений | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 3.2) | |  | Постоянно |  |
| Вовлечение сообществ в социальное сопровождение ЛЖВ при получении услуг. | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 3.2) | |  | Постоянно |  |
| Повышение потенциала сообществ ЛЖВ по снижению стигмы и дискриминации со стороны населения. | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 3.4) | |  | Ежегодно |  |
|  | **Финансовые ресурсы** | | | | | | |  |
|  | Государственные расходы на финансирование ВИЧ и ТБ ограничены. | Расширение и повышение эффективности государственного финансирования программ ВИЧ и ТБ | Предусмотреть в СПБ на 2018-2020 гг. увеличение расходов на ВИЧ и ТБ. | 1. Провести расчет дефицита потребностей для финансирования программ ВИЧ и ТБ с учетом выделенных сумм со стороны ГФ 2. МЗ и МФ включить дополнительное финансирование в проект бюджета на 2018 г. и СПБ 2019-2020 гг. | | МФ КР, МЗ КР | Апрель 2017 г. |  |
|  | Увеличить долю финансирования ВИЧ и ТБ в структуре расходов здравоохранения с учетом эпид.ситуации и страновыми приоритетами. | 1. Провести анализ реальных затрат на ВИЧ и ТБ в структуре расходов на здравоохранение. 2. Провести расчет потребностей в ресурсах на эффективное противодействие эпидемиям ВИЧ и ТБ 3. На основании анализа потребностей, доли покрытия ресурсами из внешних источников оптимизировать расходы здравоохранения и перераспределить освободившиеся средства на ВИЧ и ТБ | | МЗ КР, ФОМС | 2017 г. |  |
|  | Выделить отдельные строки в республиканском бюджете для программ ВИЧ и ТБ. | 1. На основании государственных программ по ВИЧ и ТБ на 2017-2021 гг. выделить финансирование мероприятий в программный бюджет 2. В республиканском бюджете на 2018 г. средства на ВИЧ и ТБ выделить в отдельные программные бюджеты | | МЗ КР, ФОМС, МФ КР | Апрель-май 2017 г. |  |
|  | Обеспечить использование средств на основе анализа эффективного распределения средств и экономической эффективности мероприятий. | 1. Провести анализ эффективности распределения средств в сфере ВИЧ и ТБ 2. Провести анализ экономической эффективности мероприятий в сфере ВИЧ и ТБ 3. Обоснование для включения средств на ВИЧ и ТБ в республиканский бюджет в 2019 году провести на основании вышеуказанных анализов | | МЗ КР, ФОМС, ЮНЭЙДС, ВОЗ | 2017 г. |  |
|  | Обеспечить выделение достаточного объема средств на профилактические программы, включая госсоцзаказ, среди КГ. | 1. Провести анализ экономической эффективности финансовых затрат на проведение мероприятий по ВИЧ и ТБ 2. Провести расчет потребностей в финансовых ресурсах на профилактические программы в сфере ВИЧ и ТБ 3. Предусмотреть средства в достаточном объеме на исполнение госсоцзаказа в проекте бюджета на 2018 г. и СПБ 2019-2020 гг | | МЗ КР, ФОМС, НПО (по согласованию) |  |  |
|  |  | Разработать и внедрить механизм финансирования предоставления услуг для ЛЖВ, больных ТБ и УГ через ФОМС | 1. Определение объемов и видов медицинских услуг на уровне ПМСП в области выявления, диагностики и лечения ВИЧ; 2. Определение потребности для ОЗТ и механизма его покрытия бюджетным финансированием ПГГ; 3. Определение ключевых ЦСМ функции которых будут расширены. 4. Рассмотрение вопроса перевода в систему Единого плательщика Центров СПИД и их реструктуризации. 5. Определение потребности для финансового обеспечения расширенных функций ЦСМ и специализированных организаций здравоохранения в рамках финансирования ПГГ. 6. Внести дополнения в действующую программу государственных социальных гарантий, обеспечивающие гарантированное 100% лечение ВИЧ, ТБ, оппортунистических инфекций при ВИЧ и предоставления заместительной терапии для потребителей наркотиков | | ФОМС | 2017 г. |  |
|  |  | Внедрение механизмов государственного социального заказа в министерстве здравоохранения | 1. Утвердить Положение о порядке проведения конкурса (постановление Правительства) 2. Утвердить Положение о порядке проведения оценки потребностей в медико-социальных услугах (постановление Правительства) 3. Утвердить Положение об условиях и порядке предоставления грантов 4. Утвердить Приказы- о проведении конкурса, об утверждении договора, технического задания, инструкции по оценке качества, бланков и т.д. 5. Пересмотреть стандарты услуг для уязвимых групп с акцентом на измеримость и улучшение отчетности за использованные средства 6. Определить объем средств необходимых для деятельности профилактических программ среди уязвимых групп 7. Предусмотреть средства в республиканском бюджете на исполнение госсоцзаказа 8. Включить в перечень должностей финансируемых из государственных средств позиции консультантов «равный-равному», аут-рич работников | | МЗ КР, НПО (по согласованию) | Май 2017 г. |  |
|  |  | Внедрение механизмов софинансирования программ через местные бюджеты | 1. Провести анализ возможностей по ключевым регионам с высоким уровнем распространенности ВИЧ по расширению участия местных органов власти в финансировании программ. 2. Предусмотреть механизм, позволяющий финансировать мероприятия в сфере ВИЧ и ТБ 3. С участием представителей ключевых регионов разработать детализированный план по вкладу местных органов власти в финансировании программ. 4. Принять Постановление Правительства о вкладе местных органов власти в борьбу с ВИЧ | | Государственное агентство по делам местных самоуправлений и межэтнических отношений при Правительстве КР | 2017-2018 гг. |  |
|  | **Человеческие ресурсы** | | | | | | | |
|  | Острая нехватка и несоответствующее распределение персонала. |  | Обеспечить адекватное наличие и соответствующее распределение медицинского персонала в сфере ВИЧ и ТБ | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 2.3, п.61-65, п.76-80) | |  |  |  |
|  | Обеспечить адекватное участие и соответствующее распределение немедицинских сотрудников в сфере ВИЧ и ТБ | Мероприятия предусмотрены гос.программой (раздел 2.3, п.61-65, п.76-80) | |  |  |  |
|  | **Информационные системы (ВИЧ И ТБ)** | | | | | | | |
|  | Поддержка жизнедеятельности ЭС, ДЭН и другие исследования зависят от донорского финансирования, система сбора данных нуждается в детализации (разбивка по КГ), включая учет расходов по КГ и типам услуг, информационная система ВИЧ и ТБ не интегрирована в электронную национальную систему НСК. |  | Обеспечить выделение бюджетных средств на функционирование ЭС, ДЭН, проведения оценки численности популяции КГ и оценки расходов. | 1. Провести расчеты затрат по содержанию ЭС, ДЭН и оценки численности популяций УГ 2. Включить затраты в программный бюджет по ВИЧ | | РЦ СПИД, НЦФ,  МЗ КР | 2019 | Не включено в гос.программу |
|  | Совершенствовать базы ЭС с учетом детализации показателей. | 1. Внести предложения по расширенной дезагрегации данных в ЭС, включая разбивку по видам УГ (ЛУИН, РС, МСМ) и другие 2. Повсеместно внедрить ЭС по слежению случаев ТБ с детальной дезагрегацией данных ( назначаемые схемы, продолжительность лечения, завершенность курса и другое) 3. Внести изменения в ЭС с учетом разработанных рекомендаций | | РЦ СПИД, НЦФ | 2017-2018 гг. | Не включено в гос.программу |
|  | Усовершенствовать регулярный сбор и анализ расходов на ВИЧ и ТБ с разбивкой затрат по КГ и типам услуг | 1. Внедрить субсчета ТБ и ВИЧ в системе национальных счетов, включая здравоохранение. 2. РЦ СПИД и НЦФ на ежегодной основе предоставляют отчет по детализированным расходам национальных программ, включая расходы по закупкам, лечению, профилактическим программам | | МЗ КР, РЦ СПИД, НЦФ | 2017-2019 гг. |  |
|  | Наращивание потенциала для анализа данных в системе здравоохранения на центральном и местных уровнях | 1. Провести обучение специалистов МиО в РЦ «СПИД», НЦФ и 7-и областях по анализу данных 2. Провести обучение 7-и специалистов центрального аппарата МЗ и ФОМС по проведению анализа данных | | ВОЗ, ЮНЭЙДС | ежегодно |  |
|  | **Управление** | | | | | | | |
|  | Слабая координация национальных программ в сфере ВИЧ и ТБ со стороны государства и отсутствие устойчивости существующих страновых механизмов координации. | Рассмотреть возможности создания или разработать варианты устойчивости координационных функций в стране. | Провести реформирование КСОЗ и СКК КР по борьбе с ВИЧ, ТБ | 1. Внести изменения в Положение КСОЗ при Правительстве КР в соответствии с рекомендациями экспертов, ГФ и решений СКК. 2. Сформировать новый состав КСОЗ и комитета по ВИЧ и ТБ при КСОЗ в соответствии с новым Положением КСОЗ | Аппарат Правительства КР | | Май 2017 г. |  |
|  | Обеспечить устойчивость Секретариата через четкое определение функциональных обязанностей, механизмов отчетности и финансирования. | 1. Разработать и утвердить положение по секретариату КСОЗ с функциями взаимодействия и обеспечения работы комитета по ВИЧ и ТБ. 2. Обеспечить 2 штатные единицы в Секретариат КСОЗ | Аппарат Правительства КР | | Май 2017 г. |  |
|  | Обеспечить эффективную межсекторальную координация программ ВИЧ и ТБ | 1. Объединить координационные механизмы по реализации программ «Ден Соолук», государственных программ по ВИЧ и ТБ и программ международных организаций | Правительство КР | | 2017 г. |  |
|  | **Закупки и снабжение** | | | | | | | |
|  | Система закупок и снабжения не интегрирована в национальную систему | Формирование механизмов определения потребностей и закупок ЛС и ИМН на средства республиканского бюджета и системы снабжения | Своевременный пересмотр клинического протокола лечения ВИЧ и ТБ | На основании рекомендаций ВОЗ от 2016 года необходимо в 2017 году обновить действующий клинический протокол по ВИЧ | МЗ КР | | Апрель 2017 г. |  |
| Повышение потенциала служб по формированию потребностей в ЛС. | Провести обучение специалистов служб ВИЧ и ТБ, включая отдел закупок МЗ, РЦ СПИД, НЦФ и областных уровней по расчету потребностей в лекарственных средствах с учетом прогнозирования роста охвата лечением, разнообразием схем назначения и формирования запасов ЛС, обеспечивающих непрерывное лечение | МЗ КР | | 2017-2018 гг. |  |
| Допуск на рынок (регистрация) АРВ-препаратов и ИМН, включая экспресс-тесты, не менее 2-х наименований | На основании Положения о перечне ЛС включить в Перечень ЛС все предусмотренные национальными клиническими протоколами наименования АРВ препаратов и противотуберкулезных препаратов | МЗ КР, ДЛОиМТ, ОНС МЗ КР | | Февраль 2017 г. |  |
| Расширение ПЖВЛС в соответствии с клиническими протоколами | Пересмотреть ПЖВЛС с включением всех ЛС отраженных в НКП, связанных с ВИЧ, ТБ, лечением наркотической зависимости, включая интраназальный налоксон | МЗ КР, ФОМС, ОНС МЗ КР | | Март 2017 г. |  |
| Организация закупок ЛС для лечения ВИЧ, ТБ | 1. Внесение изменений в закон «О государственных закупках» для расширения возможностей закупок на международных платформах, включая использование опробированных механизмов ЮНИСЭФ, GDF. 2. Внедрение наиболее оптимальных механизмов закупок, позволяющих эффективно использовать средства 3. Разработка тендерных пакетов документов, в соответствии с законом «О гос.закупках», включая определение состава комиссии, технических спецификаций лекарств | МЗ КР, Департамент по государственным закупкам при МФ КР | | 2017 г. |  |
| Организация распределения ЛС и ИМН | 1. Провести анализ логистической цепи хранения и распределения лекарств, и подготовить рекомендации по улучшению. 2. На основании рекомендаций обеспечить соответствие условиям хранения и распределения лекарств, включая наличие достаточных площадей для хранения, своевременную транспортировку, формирование запасов, соблюдения требованиям качества и безопасности 3. Разработать механизм передачи и отчетности за ИМН (шприцы, презервативы, спиртовые салфетки, экспресс-тесты на ВИЧ по слюне и др.) в неправительственные организации. | РЦ СПИД, НЦФ, международные партнеры | | 2017 г. |  |
|  | **Лечение** | | | | | | | |
|  | Недостаточный охват профилактическими программами, лечением ВИЧ и низкая эффективность лечения ВИЧ и МЛУ ТБ. Слабое межсекторальное взаимодействие при организации каскада услуг. | Обеспечить развитие системы оказания медицинской и медико-социально помощи в области профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и ТБ. | Актуализировать и обеспечить реализацию механизмов взаимодействия между разными уровнями системы здравоохранения, между разными структурами в системе здр авоохранения, между ведомствами, вовлеченными в предоставление услуг в связи с ВИЧ и ТБ, между медицинскими учреждениями и НПО, вовлеченными в предоставление услуг. | 1. Обеспечить эффективную работу координационного комитета по ВИЧ и туберкулезу при Правительстве Кыргызской Республики, направленную на эффективное и непрерывное предоставление услуг (Гос.программа, разд.2.1, п.40) 2. Разработать положение о взаимодействии организаций здравоохранения с НПО и другими министерствами и ведомствами по вопросам ВИЧ-инфекции и ТБ. (Гос.програм. раздел 2.1, п.43) 3. Разработать нормативно-правовые акты, по формированию социального заказа, интегрированию услуг НПО в государственные организации здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ и ТБ (Гос.програм. раздел 2.1, п.43) | Правительство КР | | 2017 |  |
| Повысить эффективность системы лабораторных услуг, включая сокращение сроков подтверждения результатов, передачи в аутсорсинг части лабораторных услуг. | 1. Актуализировать действие приказа МЗ № 87 по переходу на сокращенные алгоритмы постановки диагноза ВИЧ 2. Провести обучение специалистов, вовлеченных в предоставление услуг в связи с ВИЧ по новым алгоритмам постановки диагноза ВИЧ (врачи-инфекционисты, лабораторные специалисты, специалисты служб «СПИДа») 3. Внедрить механизмы экспресс-тестирования в полевых условиях 4. Разработать механизмы передачи в аутсорсинг, с использованием государственно-частного партнерства, части диагностических услуг в связи с ВИЧ | МЗ КР, РЦ «СПИД» | | 2017 |  |
| Создать благоприятные условия для раннего выявления ЛУИН и расширения охвата программами СВ, включая ОЗТ. | 1. Внедрить прогрессивные подходы для повышения эффективности программ СВ, включая финансовую мотивацию организаций, нацеленную на результат при раннем выявлении ЛУИН и сопровождении вдоль каскада услуг. | МЗ КР, международные организации, НПО | | 2018 |  |
| Скрининг на ТБ всех представителей КГ. | 1. Обеспечить финансирование и доступность прохождения скрининга на ТБ всех представителей КГ. 2. Включить индикаторы по скринингу на ТБ всех представителей КГ в национальные программы | МЗ КР, НЦФ, РЦ «СПИД» | | 2017-2018 |  |
| Исполнение действующего законодательства в части обеспечения социальной поддержки для ЛЖВ и ТБ больных. | 1. Провести расчеты финансовых потребностей в социальной поддержке ЛЖВ и больных ТБ 2. Предусмотреть в республиканском и местных бюджетах средства для социальной поддержки ЛЖВ и больных ТБ 3. Включить в отчетность МЗ КР, местных органов самоуправления вопросы оказания социальной поддержки для ЛЖВ и больных ТБ | МЗ КР, министерство финансов КР, органы местного самоуправления | | 2018 |  |
| Сформировать устойчивую систему социального сопровождения ЛЖВ, ТБ больных для своевременной диагностики, лечения и поддержки приверженности к лечению со значимым участием сообществ. | 1. Разработать и утвердить механизмы (положение) по социальному сопровождению ЛЖВ и ТБ больных, нацеленных на результат. 2. Разработать механизмы мониторинга предоставления услуг социального сопровождения и оплаты по результатам предоставления качественных услуг социального сопровождения. | МЗ КР, ФОМС, международные организации | | 2018 |  |
|  | **Руководство национальной программой** | | | | | | |  |
|  | Фрагментированное управление национальной программой, отсутствие единой структуры ответственной за реализацию нац.программы, отсутствие интеграции между основным получателем средств ГФ и МЗ | Обеспечить эффективную координацию и управление национальными программами в сфере ВИЧ и ТБ | Определить единую структуру и ответственного за руководство реализации национальной программы | 1. Провести реформирование КСОЗ и СКК КР по борьбе с ВИЧ, ТБ 2. Проводить комплексную регулярную оценку реализации национальных программ (раз в 2 года) и принимать меры по снижению барьеров для реализации | Правительство КР | | 2017 и постоянно |  |
|  | Провести оценку потенциала органа, ответственного за управление нац.программой и разработать и внедрить план по повышению потенциала с привлечением ОР | 1. Провести оценку потенциала МЗ КР в контексте управления нац.программами и разработать рекомендации по повышению потенциала | Правительство КР, международные партнеры | | 2017 |  |

1. Уровень жизни населения Кыргызской Республики 2011-2015 (Нацстатком, 2015), http://www.stat.kg/media/publicationarchive/e4686c2a-28be-49d8-b522-613ea96efd81.pdf [↑](#footnote-ref-1)
2. Университет штата Вашингтон, Института показателей и оценки (2014): 2010 исследование

   глобального бремени болезней. Визуализация данных. http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/ [↑](#footnote-ref-2)