



Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ

Доклад об осуществлении Инициативы “3 к 5” и дальнейшей деятельности

Март 2006 г.

ПОД ЭМБАРГО
ДО ВТОРНИКА, 28 МАРТА 2006,
12.00 по Гринвичу



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС

UNAIDS
UNITED NATIONS
PROGRAMME ON
HIV/AIDS

Ход работы по обеспечению глобального доступа к антиретровирусной терапии против ВИЧ

Доклад об осуществлении Инициативы
“3 к 5” и дальнейшей деятельности

Март 2006 г.

Резюме



Всемирная
организация здравоохранения



ЮНЭЙДС

УНИК-ООН
ФОНД
МПП
ДРОСА
ЮНАТА
ЮНКОК
МСП
ЕНЕСОЮ
ВОС
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

Резюме

1. Расширение масштабов доступа к лечению ВИЧ

Стратегия “3 к 5” была объявлена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Совместной программой Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в декабре 2003 г. и единодушно одобрена всеми 192 государствами – членами ВОЗ на Пятьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2004 года.

Исходя из основы, составляющей приблизительно 400 000 человек, проходивших курс антиретровирусной терапии в странах с низким и средним уровнем дохода в декабре 2003 г., к декабрю 2005 г. курс лечения проходили более 1,3 миллиона человек. Охват антиретровирусной терапией в странах с низким и средним уровнем дохода расширился с 7% в конце 2003 г. до 12% в конце 2004 г. и до 20% в конце 2005 года. В течение прошлого года глобальный уровень увеличения числа людей, проходящих курс лечения, возрастал приблизительно на 300 000 человек каждые шесть месяцев. Расширение масштабов обеспечения лечением в Африке к югу от Сахары было самым значительным со 100 000 в конце 2003 г. до 310 000 в конце 2004 г. и 810 000 в конце 2005 года. Более половины всех людей, проходящих курс лечения в странах с низким и средним уровнем дохода, в настоящее время живут в данном регионе по сравнению с одной четвертью людей, проживавших здесь два года тому назад.

К концу 2005 г. данные, поступившие из 18 стран¹, указывают, что они достигли цели “3 к 5” обеспечения лечением по меньшей мере половины всех нуждающихся.

В Африке к югу от Сахары число людей, прошедших курс лечения за двухгодичный отчетный период, увеличилось более чем в восемь раз со 100 000 до 810 000 человек и более чем в два раза за прошлый год. Охват лечением увеличился с 2% в 2003 г. до 17% в конце 2005 года. В настоящее время курс антиретровирусной терапии проходит приблизительно один из шести человек среди 4,7 миллионов людей, нуждающихся в ней в данном регионе. Однако прогресс не является равномерным, достигая 50% охвата или выше в таких странах, как Ботсвана и Уганда, но оставаясь ниже 10% в других странах. Среди более 200 000 человек, проходящих в настоящее время курс лечения, на Южную Африку приходится четверть всех людей, проходящих курс антиретровирусной терапии в данном регионе.

Число людей, проходящих курс антиретровирусной терапии в Восточной, Южной и Юго-Восточной Азии, увеличилось с 70 000 в 2003 г. до 180 000 человек (приблизительный охват составляет 16%) в конце 2005 года. Таиланд в наиболее значительной степени способствовал этому увеличению. При более 70% всех нуждающихся в лечении в этом регионе охват антиретровирусной терапией в Индии по-прежнему остается гораздо ниже 10%.

В странах Латинской Америки и Карибского бассейна число людей, проходящих курс лечения, постепенно увеличилось с 210 000 человек в конце 2003 г. до 315 000 человек (приблизительный охват составляет 68%). В данном регионе 13 стран с более 1000 человек, нуждающихся в антиретровирусной терапии, предоставляют лечение по меньшей мере половине нуждающихся.

Прогресс был менее значительным в странах с низким и средним уровнем дохода в Европе, Центральной Азии, Северной Африке и на Ближнем Востоке, причем курс лечения в настоящее время проходят 21 000 человек в Европе и Центральной Азии и 4000 человек в Северной Африке и на Ближнем Востоке по сравнению с 15 000 и 1000 человек, соответственно, в конце 2003 года.

В конце 2005 г. финансирование, предоставляемое Чрезвычайным планом Президента Соединенных Штатов по оказанию помощи при СПИДе, использовалось для поддержки программ, осуществляющих лечение 471 000 человек. Программы, финансируемые Глобальным фондом для борьбы со

¹ Страны, имеющие минимум 1000 человек, нуждающихся в антиретровирусной терапии, которые предоставляют лечение по крайней мере половине нуждающихся. Этими странами являются Аргентина, Ботсвана, Бразилия, Чили, Коста-Рика, Куба, Сальвадор, Гайана, Ямайка, Мексика, Намибия, Панама, Перу, Польша, Таиланд, Уганда, Уругвай и Венесуэла.

СПИДом, туберкулезом и малярией, обеспечивали лечением 384 000 человек. Более того, в соответствии с методикой, разработанной Чрезвычайным планом и Глобальным фондом, приблизительно 214 000 человек проходили курс лечения в рамках программ, совместно финансируемых этими двумя инициативами. Поэтому эти две вместе взятые инициативы оказывали поддержку 641 000 отдельных людей, получающих лечение.

Оценки, основанные на расходах, связанных с лекарственными средствами, показывают, что 716 000 человек в странах с низким и средним уровнем дохода проходили курс лечения с применением по меньшей мере одного антиретровирусного препарата, предоставляемого фармацевтической промышленностью, использующей результаты научных исследований, в рамках Инициативы по ускорению доступа.

Иммунная и вирусная реакция была благоприятной, и уровень сокращения смертности в районах с низким уровнем дохода был аналогичен уровню, достигнутому в странах с высоким уровнем дохода. Расширенный доступ к антиретровирусной терапии способствовал предотвращению от 250 000 до 350 000 случаев смерти в 2005 году. Окончательные результаты расширения масштабов доступа, особенно в течение 2005 г., будут видны в 2006 г. и в последующие годы.

В настоящее время отсутствуют фактические данные, свидетельствующие о проявлении систематической необъективности по гендерным причинам в подходе к антиретровирусной терапии. Однако некоторые исследования показывают, что женщины испытывают особые трудности в соблюдении режима антиретровирусной терапии, включая страх, связанный с обнаружением и бытовым насилием.

В 2005 г. лечение было необходимо для приблизительно 660 000 детей в возрасте до 15 лет, что представляет немного менее 10% от общего числа нуждающихся. Подавляющее большинство из 570 000 детей в возрасте до 15 лет, которые ежегодно умирают от заболеваний, связанных со СПИДом, заражаются этой болезнью в результате передачи инфекции от матери ребенку. Согласно оценкам, менее 10% беременных женщин с ВИЧ/СПИДом проходят курс антиретровирусного профилактического лечения, в результате чего ежедневно ВИЧ-инфицируются 1800 детей грудного возраста. В октябре 2005 г. Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ) и ЮНЭЙДС начали проведение кампании, цель которой заключается в том, чтобы к 2010 г. предоставить 80% нуждающихся женщин доступ к услугам по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции их детям.

К концу 2004 г. курс антиретровирусной терапии проходили приблизительно 36 000 потребителей инъекционных наркотиков, из которых 30 000 человек находились в Бразилии, а остальные 6000 человек распределялись между 45 другими странами. В Восточной Европе и Центральной Азии на потребителей инъекционных наркотиков приходится более 70% случаев ВИЧ-инфицирования, но они представляют лишь около 24% людей, проходящих курс антиретровирусной терапии.

Число лечебных учреждений возросло приблизительно с 500 лечебных учреждений, предоставляющих антиретровирусную терапию в странах с низким и средним уровнем дохода в июне 2004 г., не считая частных медицинских учреждений, до более 5100 пунктов предоставления антиретровирусных терапевтических услуг к концу 2005 года. Среднее число пациентов на лечебное учреждение по меньшей мере в два раза выше в Африке к югу от Сахары (399 человек на лечебное учреждение), чем в большинстве других районов мира.

Хотя клеймение и отсутствие ощутимых преимуществ лечения могут замедлить получение антиретровирусной терапии, спрос, по-видимому, не является ограничивающим фактором при расширении масштабов лечения. Уровень увеличения скорее определяется в основном факторами, связанными с обеспечением, такими как поставка лекарственных препаратов, финансирование, определение ВИЧ-статуса людей и потенциал кадровых ресурсов. Бесплатному предоставлению лечения в случаях с низким уровнем дохода сопутствовало улучшение соблюдения режима лечения и его результатов.

Снабжение лекарственными средствами и цены

Системы здравоохранения должны обеспечивать бесперебойную поставку антиретровирусных лекарственных средств для максимального увеличения возможностей получения хороших результатов лечения и предотвращения возникновения резистентности к лекарственным средствам. В конце 2005 г. приблизительно половина суммы в размере 3,5 млрд. долл. США, выделенной Глобальным

фондом, например, была предназначена для снабжения лекарственными препаратами и медико-санитарными средствами в области ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. Однако во многих странах системы снабжения и распределения основных лекарственных средств любого вида на районном уровне и на уровне отдельных лечебных учреждений были хронически слабыми, а в некоторых случаях фактически отсутствовали. ВОЗ учредила Службу лекарственных препаратов и средств диагностики при СПИДе (AMDS) – сеть учреждений, занимающихся вопросами снабжения и управления цепью поставок – для оказания помощи странам в получении наиболее конкурентоспособных цен на основные лекарственные средства и другие поставки и проведении обоснованного выбора при закупке лекарственных препаратов и средств диагностики. AMDS помогает в обеспечении того, чтобы инвестиции в системы снабжения и распределения антиретровирусных препаратов также создавали местный потенциал для снабжения и поставок других основных лекарственных средств.

В период с 2003 г. по 2005 г. цена на лекарственные средства первого ряда сократилась на 37-53% в зависимости от схемы лечения. Тем не менее в некоторых странах цены остаются неприемлемо высокими, особенно в отношении схем лечения второго ряда. В 2005 г. цена лечения первого ряда на человека в год, предварительно сертифицированная ВОЗ в странах с низким уровнем дохода, варьировалась от 148 долл. США (наиболее широко используемая комбинация: ставудин + ламивудин + невирапин) до 549 долл. США (в отношении комбинации: зидовудин + ламивудин + эфавирен). Средняя цена этих двух комбинаций в 2005 г. была 268 долл. США на человека в год. Снижение цен на лекарственные средства было вызвано происходящим увеличением масштабов антиретровирусной терапии, конкуренцией среди растущего числа предварительно сертифицированных ВОЗ препаратов и в результате переговоров между Фондом Вильяма Дж. Клинтона и производителями непатентованных лекарственных средств. В странах со средним уровнем дохода цена лечения первого ряда была значительно выше и оставалась почти стабильной в период с 2004 г. по 2005 год.

Лечение второго ряда является значительно более дорогостоящим. В 2005 г. лечебная схема «тенофовир + абакавир + лопинавир или ритонавир» стоила в среднем 1888 долл. США на человека в год в странах с низким уровнем дохода и 4126 долл. США в странах со средним уровнем дохода. Цены в отношении лечебных схем второго ряда имели значительные различия между странами. Например, Кот-д’Ивуар платит в среднем 1700 долл. США за эту лечебную схему на человека в год, в то время как Сальвадор платит 6788 долл. США.

Необходимо дальнейшее понижение цен на поставки диагностических и лабораторных средств.

Укрепление систем здравоохранения

ВОЗ определяет укрепление систем здравоохранения в виде создания потенциала в основных компонентах систем здравоохранения (политика, финансирование, кадровые ресурсы, системы управления службами, информации и мониторинга) в целях достижения более равного и устойчивого улучшения во всех службах здравоохранения и улучшения результатов медико-санитарной помощи. Инициатива “3 к 5” помогает правительствам, донорам и техническим учреждениям устанавливать более высокий приоритет в отношении укрепления систем здравоохранения с обнадеживающими результатами в отношении реализации всех Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем. Стратегия “3 к 5” также поставила под сомнение убеждение в том, что антиретровирусную терапию невозможно предоставлять в тех случаях, когда существуют лишь основные системы здравоохранения.

Стратегии по максимальному увеличению потенциала кадровых ресурсов и по подготовке медицинских работников для предоставления антиретровирусной терапии имеют существенное значение для расширения масштабов доступа к антиретровирусной терапии в странах с низким уровнем дохода. Они включают новаторские методики подготовки кадров и подходы к расширению круга людей, которые могут предоставлять услуги в отношении ВИЧ/СПИДа, такие как подход к подготовке кадров по Комплексному ведению заболеваний взрослых и подростков (КВЗВП), разработанный ВОЗ и ее партнерами, который был принят приблизительно в 29 странах.

В Инициативе “3 к 5” также выделяется значение использования существующей инфраструктуры и служб здравоохранения (часто называемых отправными пунктами) в областях туберкулеза, сексуаль-

ного и репродуктивного здоровья, а также предупреждения передачи инфекции от матери ребенку в целях предоставления антиретровирусной терапии и расширения масштабов профилактики ВИЧ-инфекции. В настоящее время также уделяется большее внимание связи между ВИЧ и малярией.

Расширяются масштабы предоставления комплексных услуг для обеспечения потребностей пользователей инъекционных наркотиков. Программы по сокращению вреда, такие как пункты по обмену иглами и шприцами и службы по лечению наркотической зависимости предоставляют неоценимые возможности для проведения тестов и консультаций в отношении ВИЧ-инфекции, направления на лечение и получения медицинской помощи, а также для предоставления и мониторинга антиретровирусной терапии. Метадон и бупренорфин, наиболее эффективные формы лечения наркотической зависимости пользователей героина и других наркотиков, в 2005 г. включены в Примерный перечень ВОЗ основных лекарственных средств.

Политические и финансовые обязательства

Основываясь на многолетнем опыте пропагандистско-просветительской работы, проведенной активными сторонниками лечения и группами гражданского общества, Инициатива “3 к 5” способствовала значительному увеличению обязательств по расширению масштабов антиретровирусной терапии как на глобальном, так и на национальном уровнях за последние два года. Число стран, в которых особый акцент ставится на Инициативе “3 к 5”, обладающих или разрабатывающих национальные планы по обеспечению доступа к антиретровирусной терапии, резко возросло с трех в декабре 2003 г. до 46 к декабрю 2005 года.

Страны демонстрируют свои обязательства по обеспечению не только внедрения программ по лечению, но также их устойчивости в течение длительного периода. Российская Федерация в 18 раз увеличила свой федеральный бюджет, выделенный на борьбу со СПИДом в 2006 г., и довела его почти до 107 млн. долл. США, а также в два раза увеличила свой взнос в Глобальный фонд. Центральное правительство Китая продолжало увеличивать свои инвестиции в области профилактики и медицинской помощи, доведя свой бюджет, выделенный на борьбу с ВИЧ/СПИДом, приблизительно с 49 млн. долл. США в 2003 г. до 100 млн. долл. США в 2005 году.

Африканские страны к югу от Сахары также увеличивают внутренние бюджетные ассигнования. В период с 2003 г. по 2004 г. Сенегал увеличил свой бюджет, выделенный на борьбу с ВИЧ/СПИДом, с 12 млн. долл. США до 19 млн. долл. США, а Буркина-Фасо увеличила бюджет с 24 млн. долл. США до 35 млн. долл. США. Южная Африка взяла на себя обязательство по использованию почти 1 млрд. долл. США из своих собственных ресурсов для борьбы с ВИЧ/СПИДом в течение трехлетнего периода.

За последние годы заметно возросли обязательства международных доноров, причем глобальные расходы на борьбу с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем дохода возросли с 4,7 млрд. долл. США в 2003 г. приблизительно до 8,3 млрд. долл. США в 2005 году. Значительная часть финансирования в настоящее время предоставляется Чрезвычайным планом Президента Соединенных Штатов по оказанию помощи при СПИДе и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также Многонациональной программой Всемирного банка по борьбе с ВИЧ/СПИДом в странах Африки и его Многонациональной адаптируемой программой кредитования в области профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом в странах Карибского бассейна. Однако, по оценкам ЮНЭЙДС, к 2008 г. потребуются до 22 млрд. долл. США в год для финансирования всеобъемлющих ответных мер.

Партнерства

В период с 2003 г. по 2005 г. более 200 организаций заявили о своем намерении в сотрудничестве с ВОЗ или иными путями способствовать достижению цели “3 к 5”.

Инициатива “3 к 5” способствовала укреплению нового сотрудничества между профсоюзами, ассоциациями предпринимателей и техническими учреждениями по решению проблемы ВИЧ/СПИДа. Она также привела к возникновению новых связей между организациями, основанными на вере, донорами и техническими учреждениями. Согласно оценкам, организации, основанные на вере, предоставляют до 40% средств на медицинскую инфраструктуру в африканских странах к югу от Сахары.

Совместный фонд по подготовке к лечению ВИЧ, совместное объединение 20 международных доноров, ВОЗ, Международная коалиция по подготовке к лечению и Фонд Тайдс оказывали техническую и финансовую поддержку более 200 группам населения во всем мире в осуществлении деятельности по повышению грамотности в отношении лечения в 2005 году. Эти ресурсы используются для подготовки тысяч людей с ВИЧ/СПИДом по оказанию помощи и для предоставления тысячам других людей знаний, необходимых для пропаганды лечения и профилактики ВИЧ.

Все соучредители ЮНЭЙДС принимали участие в усилиях по расширению масштабов лечения, а Секретариат ЮНЭЙДС играл ведущую роль во всех аспектах разработки и осуществления политики “3 к 5” на глобальном и национальном уровнях. Глобальная целевая группа по улучшению координации деятельности в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами, созданная в 2005 г., рекомендовала Организации Объединенных Наций принять дальнейшие меры по оказанию помощи странам в оптимальном использовании своих ресурсов.

2. Ко всеобщему доступу

В июле 2005 г. руководители Группы восьми стран (Большой восьмерки) объявили о своем намерении “сотрудничать... с ВОЗ, ЮНЭЙДС и другими международными организациями по разработке и осуществлению пакета мер по предупреждению, лечению и оказанию помощи при ВИЧ в целях максимально возможного приближения ко всеобщему доступу к лечению всех нуждающихся в нем людей к 2010 году”. Затем все государства – члены Организации Объединенных Наций одобрили эту цель на пленарном заседании высокого уровня 60-й сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в сентябре 2005 года.

Инициатива “3 к 5” и опыт, приобретенный за эти первые годы в проведении лечения ВИЧ в странах с низким и средним уровнем дохода, предоставляют неоценимый материал для будущих усилий по расширению масштабов лечения.

Цели лечения и реформы политики в максимальной степени повышают эффективность программ

Посредством установления глобального ориентира Инициатива “3 к 5” поощряет страны к постановке грандиозных национальных целей лечения, демонстрируя, что цели могут играть жизненно важную роль в поддержке национальной собственности и в мобилизации основных участников, фондов, технических учреждений и доноров.

Инициатива “3 к 5” также поощряет страны осуществлять ряд политических реформ по расширению доступа и повышению потенциала систем здравоохранения. Серьезная нехватка специалистов здравоохранения в большинстве стран с низким уровнем дохода потребовала переосмысления моделей предоставления услуг и привела к принятию подхода общественного здравоохранения к вопросам лечения ВИЧ. В подходе общественного здравоохранения акцент ставится на упрощении руководств по лечению, методиках, основанных на создании групп, и передаче функций по проведению регулярного последующего наблюдения подготовленным медицинским сестрам и работникам в общине, мобилизации населения и медико-санитарном просвещении, снабжении общественным сектором для обеспечения высокого качества и рационального использования лекарственных средств и предметов медицинского назначения, стандартизированном наблюдении за пациентами, контроле за резистентностью к лекарственным средствам, расширении добровольного тестирования и консультирования, а также на улучшении интеграции мер по профилактике и лечению.

Полученные в последнее время фактические данные указывают, что оплата услуг пользователем в пункте предоставления услуг по лечению ВИЧ, которая широко практикуется в странах с низким и средним уровнем дохода, препятствует доступу к лечению и обостряет последствия для здоровья. Оплата услуг пользователем, даже если она является относительно низкой, налагает значительное финансовое бремя на людей, проходящих курс антиретровирусной терапии и их семьи, нарушает соблюдение режима лечения, а в результате приносит незначительные доходы на национальном уровне, поскольку сбор оплачиваемых сумм требует расширения государственного бюрократическо-

го аппарата. Ботсвана, Бразилия, Эфиопия, Сенегал, Таиланд, Объединенная Республика Танзания и Замбия недавно отрегулировали свою финансовую политику и отменили оплату пользователями лечения ВИЧ в пунктах предоставления услуг.

Менее 10% населения в Африке к югу от Сахары знают свой ВИЧ-статус. Расширение доступа к профилактике, лечению и помощи потребует увеличения числа людей, у которых будут проведены тесты на ВИЧ и которые определяют свой статус. Начиная с 2004 г. ВОЗ и ЮНЭЙДС рекомендуют в установленном порядке предлагать тесты на ВИЧ каждому человеку в клинических и общинных учреждениях, в которых распространена ВИЧ-инфекция и предоставляется антиретровирусная терапия. Люди должны всегда сохранять право на то, чтобы отказаться от теста, а также необходимо сохранять конфиденциальность результатов тестирования. Растущее число стран принимают политику консультирования и тестирования, соответствующую данной модели.

В настоящее время существует широкий консенсус в отношении того, что уделение особого внимания вопросам лишь одного лечения или лишь одной профилактики не является эффективным подходом и что необходимо одновременно расширять оба направления. Эпидемиологическое моделирование, использующее различные сценарии вмешательств, постоянно показывает, что можно предотвратить большее число случаев смерти с помощью всеобъемлющих ответных мер, включающих как лечение, так и профилактику, а не с помощью ответных мер, в которых делается акцент лишь на лечении или профилактике.

Стоящие впереди проблемы

Несмотря на достигнутый к настоящему времени прогресс, некоторые все еще существующие проблемы продолжают препятствовать расширению масштабов антиретровирусной терапии и профилактики ВИЧ. К ним относятся плохо согласованные партнерства, трудности в снабжении и поставке лекарственных препаратов, средств диагностики и других предметов медицинского назначения, ограниченный потенциал кадровых ресурсов и другие серьезные недостатки в системах здравоохранения, трудности в обеспечении равного доступа и отсутствие стандартизированных систем управления программами и мониторинга достигнутого прогресса.

Хотя были сделаны важные шаги по укреплению эффективно действующих партнерств между техническими учреждениями и по содействию в согласовании мер по расширению масштабов программ, необходимо предпринять дополнительные усилия по устранению недостатков на уровне стран. В выводах, сделанных на основании работы Глобальной целевой группы по улучшению координации деятельности в области СПИДа между многосторонними учреждениями и международными донорами и Глобальной совместной группы по решению проблем и поддержке осуществления (GIST), особо выделяется необходимость повышения координации деятельности учреждений Организации Объединенных Наций, основных доноров и партнеров по осуществлению программ на страновом уровне. Также важное значение имеет укрепление потенциала национальных координационных механизмов в области ВИЧ/СПИДа и повышение регионального и национального технического потенциала, а также региональных и субрегиональных “центров знаний”.

Хотя в период с 2003 г. по 2005 г. существенно возросла международная поддержка, дефицит финансирования на 2005-2007 гг., по расчетам, увеличится до общей суммы в 18 млрд. долл. США. Для полного финансирования глобальных ответных мер к 2008 г. ежегодно будут требоваться по меньшей мере 22 млрд. долл. США. Неопределенность будущего финансирования увеличивает обеспокоенность в отношении устойчивости лечения и потенциально служит в качестве тормоза при расширении масштабов всеобщего доступа. Новаторские механизмы финансирования, такие как налог во Франции на авиабилеты и Международный финансовый механизм Соединенного Королевства, являются средствами, с помощью которых страны-доноры могут дополнять традиционные усилия по финансированию сотрудничества в области развития.

Больше внимания также требуется уделять вопросам предоставления ресурсов. Недостатки в управлении снабжением и поставками вызывали существенные задержки в предоставлении ресурсов Глобального фонда. Предложения Глобального фонда, подготовленные при технической помощи ВОЗ и ЮНЭЙДС, оказались более успешными, чем предложения, которые не получили такой помощи. Страны срочно нуждаются в более эффективном прогнозировании на национальном уровне потребностей в технической поддержке, адекватных системах мониторинга и оценки, а также технические учреждения

должны обеспечиваться достаточным финансированием для продолжения оказания этой помощи. Предстоящий шестой раунд Глобального фонда в апреле 2006 г. предоставляет важную возможность обеспечить поступление в страны достаточных ресурсов для достижения всеобщего доступа.

Поставка основных лекарственных средств и других предметов медицинского назначения продолжает сдерживать расширение масштабов антиретровирусной терапии. Основные проблемы повышения эффективности систем снабжения и поставок связаны с установлением цен, финансированием, производством и с некомпетентным управлением цепью поставок. Отсутствие гарантированного финансирования на период после 2008 г. представляет серьезное препятствие, и в настоящее время отсутствуют гибкие механизмы финансирования или достаточные резервные запасы, с тем чтобы осуществлять резервные поставки в течение периода времени до возобновления поступления средств, которые часто затягиваются.

Стоимость лечебных схем антиретровирусной терапии первого ряда остается высокой, а стоимость лечебных схем второго ряда является недоступной для большинства стран. Последняя попытка Фонда Вильяма Дж. Клинтона установить минимальные импортные цены для групп стран потенциально может улучшить предсказуемость спроса и создать устойчивый рынок для лекарственных средств второго ряда и предметов медицинского назначения в странах с низким и средним уровнем дохода.

Другие неотложные потребности снабжения включают быстрое проведение качественных тестов для диагностики ВИЧ-инфекции у детей до полутора лет, улучшение снабжения антибиотиками для лечения оппортунистических инфекций и предоставление заместительной терапии для программ по сокращению вреда, получаемого потребителями инъекционных наркотиков.

Укрепление систем здравоохранения является неотложной проблемой. В Африке к югу от Сахары нехватка работников здравоохранения достигла 1 миллиона человек, а из-за эмиграции ежегодные дополнительные потери составляют 20 000 работников здравоохранения. По расчетам Всемирного банка, страна с коэффициентом распространенности СПИДа на уровне 15% ежегодно также предположительно может терять от 1,6% до 3,3% своих работников здравоохранения из-за СПИДа. Кроме передачи регулярно выполняемых функций подготовленным работникам здравоохранения, не являющимся специалистами, основные потребности включают набор и подготовку большого числа дополнительных работников здравоохранения, улучшение системы сохранения существующего персонала и защиты работников здравоохранения от воздействия ВИЧ/СПИДа посредством предоставления им доступа к профилактике, лечению и оказанию помощи при ВИЧ/СПИДе.

Планирование и осуществление программ требуют более всеобъемлющего разрешения вопроса о препятствиях к равному доступу к профилактике, лечению и оказанию помощи при ВИЧ для женщин, детей, сельских жителей и представителей маргинализированных групп населения. Клеймение и дискриминация по-прежнему остаются серьезными препятствиями, и кроме отмены оплаты услуг пользователями и применения подхода общественного здравоохранения необходимо разработать политику, предоставляющую больше прав женщинам и девочкам-подросткам, а также разрешающую проблемы, связанные с бытовым насилием.

Происходит постепенное улучшение систем, осуществляющих мониторинг расширения масштабов антиретровирусной терапии и других мероприятий. Тем не менее, лишь немногие страны имеют стандартизированные системы мониторинга результатов в целях предоставления данных о выживании, состоянии здоровья и качестве жизни для людей, проходящих курс лечения. Мониторинг токсичности лекарственных средств и резистентности к ним с помощью таких механизмов, как Глобальная сеть контроля резистентности к лекарственным средствам против ВИЧ, разработанная ВОЗ, также будет приобретать все большее значение по мере перехода людей к лечению в течение всей жизни. Требуется совершенствование сотрудничества и координации в отношении технической поддержки, и необходимо уделять повышенное внимание вопросам мониторинга состояния здоровья населения и воздействия расширения масштабов антиретровирусной терапии на системы здравоохранения. Расширение оперативных исследований в целях распространения наилучших видов практики и расширение базовых и клинических исследований имеют существенное значение для предоставления упрощенных лекарственных препаратов, средств диагностики, вакцин и бактерицидных средств.

Осуществление плана по обеспечению всеобщего доступа

В первом квартале 2006 г. ЮНЭЙДС оказывает содействие в разработке согласованных в национальном масштабе дорожных карт для продвижения вперед ко всеобщему доступу к услугам по профилактике, лечению, оказанию помощи и поддержке в области ВИЧ/СПИДа, включая постановку конкретных для стран промежуточных показателей и целей, которые предстоит достичь к 2010 г. К февралю 2006 г. более 30 стран провели национальные консультативные совещания по вопросам всеобщего доступа, и почти 100 других стран начали процесс планирования.

По возможности цели расширения масштабов и механизмы для осуществления всеобщего доступа будут основываться на существующих национальных планах в области развития и борьбы с ВИЧ/СПИДом, и будут использоваться существующие процессы обновления этих планов. Этим структурам необходимо использовать данные, поступающие от широкого круга основных участников, в том числе правительственных министерств, частного сектора, организаций, основанных на вере, гражданского общества, людей с ВИЧ/СПИДом и многосторонних партнеров. Многосторонний партнер, Глобальный руководящий комитет по вопросам всеобщего доступа, деятельность которого координируется ЮНЭЙДС, осуществляет контроль за данным процессом и разработает рекомендации для представления их в 2006 г. на Совещании высокого уровня по вопросам СПИДа на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций.

ВОЗ будет продолжать уделить особое внимание вопросам расширения масштабов антиретровирусной терапии и предоставления руководства для оказания помощи странам в решении текущих задач, связанных с лечением. Однако всеобщий доступ также потребует принятия сектором здравоохранения решительных ответных мер, которые включают всеобъемлющий пакет приоритетных мер в области ВИЧ/СПИДа, включая профилактику. В октябре 2005 г. ВОЗ провела консультативное совещание по обеспечению того, чтобы страны располагали руководством и технической поддержкой для предоставления "основного пакета" услуг сектора здравоохранения. Данное совещание пыталось разработать общее определение всеобщего доступа и достичь соглашения в отношении предлагаемого технического механизма профилактики, лечения, оказания помощи и поддержки при ВИЧ, который будет положен в основу технических и стратегических рекомендаций ВОЗ в отношении всеобщего доступа для представления их на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2006 г.

Хотя цель обеспечения лечением 3 миллионов людей к концу 2005 г. не была достигнута, декларация, представленная ВОЗ и ЮНЭЙДС о неотложных мерах глобального здравоохранения по обеспечению доступа к лечению, и внедрение стратегии "3 к 5" способствовали мобилизации стран, общин и отдельных людей на решение проблемы всеобъемлющей и неотложной необходимости предоставления антиретровирусной терапии. Выводы, сделанные в результате расширения масштабов доступа к лечению коренным образом, изменили характер общественного здравоохранения и будут продолжать оказывать влияние на выбор стратегических подходов и действий по мере того, как мир в настоящее время движется к достижению цели всеобщего доступа к 2010 году.

За дополнительной информацией
обращайтесь по адресу:

World Health Organization
Department of HIV/AIDS
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 259413 X

