

Альтернативный доклад гражданского общества

Россия на полпути к всеобщему доступу:

между властью и эпидемией

2008 - 2010



ITPCru

2010

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ

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

- обеспечение и усиление местной и региональной деятельности по просвещению сообществ в вопросах лечения и по привлечению сообществ к борьбе за доступ к этим препаратам;
- обеспечение и расширение местных, региональных и международных усилий, гарантирующих приверженность взятым на себя обязательствам и политическим изменениям, необходимым для обеспечения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа.

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

В 2006 году для региона Восточной Европы и Центральной Азии был запущен русскоязычный проект ИТРСги. Это проект, возникший в связи с необходимостью объединения активистов на территории Новых независимых государств и стран Балтии, а также развития коалиции в нашем регионе. В его задачи входит:

- Возможность взаимодействия всех организаций, занимающихся данной проблемой в русскоговорящем регионе, и возможность централизованного доступа ко всей имеющейся информации.
- Определение приоритетов в отношении финансирования на местном уровне и принятие решений о финансировании конкретных проектов. Программа по предоставлению грантов.
- Адвокация прав и свобод людей, затронутых эпидемией ВИЧ
- Помощь в создании информационных страниц в Интернете, и включения в общую рассылку.
- Обеспечение и развитие местных, региональных и международных усилий, гарантирующих приверженность взятым на себя обязательствам и политическим изменениям, необходимым для обеспечения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа.

На сегодняшний день количество членов коалиции превысило 2000 человек из более чем 125 стран мира.

СОКРАЩЕНИЯ

ИПС	Международная коалиция по готовности к лечению
ИПСсу	Международная коалиция по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии
АРВ-терапия	Антиретровирусная терапия
ВЕ ЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВО ЛЖВ	Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ
ВССВ	Всероссийская сеть снижения вреда (ныне НП «Эсверо»)
ГО	Гражданское общество
ГФ	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.
ЗТ	Заместительная терапия
КСР	Коммерческие секс-работники
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НГО	Негосударственные организации
НКО	Некоммерческие организации
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
РФ	Российская Федерация
ССГА ООН UNGASS	Специальная сессия генеральной ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
Форум НКО	Национальный Форум некоммерческих организаций, работающих в области ВИЧ и СПИДа в РФ
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

Рекомендуемый формат цитирования: «Россия на полпути к всеобщему доступу. Между властью и эпидемией». Подготовлено Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ИПСсу). 2010 год.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Краткое содержание

Введение

Эпидемиологическая ситуация

Спад политической поддержки по противодействию ВИЧ в России

Доступ к лечению:

1. Перебои с доступом к АРВ терапии
2. Доступ к лечению туберкулеза при ВИЧ
3. Доступ к лечению вирусного гепатита С

Доступ уязвимых групп к профилактике и поддержке при ВИЧ

Дискриминация и стигма в отношении ВИЧ-позитивных людей

Выводы и рекомендации

Заключение

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ

Данный доклад был подготовлен в августе-октябре 2010 г. Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии (ITRCu). Целью доклада является привлечение внимания представителей российской власти и международного сообщества к ключевым барьерам в достижении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в России в 2008-2010 годах. Отправной точкой для подготовки доклада послужил анализ Национального доклада Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2008-2009 годы.

Ознакомившись с Национальным докладом, представители гражданского общества решили, что в нем или не в достаточной мере, или вовсе не отражены четыре ключевые проблемы, которые в настоящее время вызывают большую озабоченность неправительственных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД сервиса и адвокации в России:

- Политическая поддержка российских властей делу противодействия эпидемии ВИЧ;
- Доступ ВИЧ-позитивных людей к АРВ-терапии, лечению туберкулеза и вирусных гепатитов;
- Доступ уязвимых групп к профилактике и поддержке при ВИЧ;
- Дискриминация и стигма в отношении ВИЧ-позитивных людей.

В процессе обсуждения этих проблем среди сообществ людей, живущих с ВИЧ, и тех, кто защищает их интересы, изучения экспертных исследований, официальных документов и публичных высказываний российских чиновников, мы пришли к следующим заключениям:

С 2008 года значительно уменьшилась политическая поддержка российских властей делу противостояния эпидемии. Главная координирующая структура в области ВИЧ в России – Правительственная комиссия по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции – не собиралась ни на одно заседание с начала 2009 года; в стране до сих пор не принята национальная стратегия по борьбе с ВИЧ и отсутствует единая система мониторинга. Политика по ВИЧ, по сути, отдана на откуп Министерству здравоохранения и социального развития - ведомству, которое не проявляет интереса ни к координации усилий, ни к обратной связи от неправительственных организаций, ни к участию в знаковых форумах по ВИЧ.

Государство не выполнило своих обещаний продолжить финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ, которые завершились в связи с постепенным уходом Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией из России. При этом из национального бюджета не выделяется адекватное финансирование на лечение и профилактику ВИЧ, несмотря на то, что темпы роста эпидемии в России остаются одними из самых высоких в мире, а в стране каждый день инфицируется 160 человек. Бюджетные ассигнования, выделенные на закупку антиретровирусных препаратов в 2010 г., смогут покрыть потребности лишь 75 тысяч человек из 120 тысяч, нуждающихся в лечении. На профилактику ВИЧ в 2009 году было запланировано всего 4% от всего государственного бюджета на

ВИЧ, а в 2010 году в федеральном бюджете расходы по статье «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С» вообще не были предусмотрены.

Доступ к бесплатным жизнесохраняющим лекарствам для лечения ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных заболеваний ограничен. Люди, живущие с ВИЧ в России, до сих сталкиваются с хронической нехваткой препаратов лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов. С 2006 года власти не могут наладить бесперебойное снабжение АРВ препаратами, система закупок и поставок которых не ориентирована на нужды пациентов. В результате дефицита лекарств пациентам или отказывают в АРВ терапии на длительные сроки, либо выдают препараты в недостаточном количестве, тем самым провоцируя развитие лекарственной резистентности и ухудшение состояния здоровья. К 2010 году ситуация стала настолько острой, что аналитики российского правительства сделали предположение о коррупционных схемах при проведении тендеров на закупки АРВ препаратов, российские суды стали получать иски в связи с перебоем в терапии, а активисты вышли на улицы с акциями протеста. Тем не менее, чиновники Минздравсоцразвития реагируют на эту проблему только тем, что в публичных выступлениях отрицают сам факт перебоев.

Туберкулез является основным СПИД-индикаторным заболеванием и основной причиной смерти ВИЧ-положительных людей в России. Тем не менее, люди, живущие с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ в России, сталкиваются с недостаточным доступом к ранней диагностике и нехваткой противотуберкулезных препаратов. Так, в 2009 г. правительство закупило препараты второго ряда для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в расчете на шестимесячный срок лечения при длительности курса лечения в 18 месяцев.

Вирусные гепатиты - наиболее распространенная коинфекция у людей, живущих с ВИЧ в России: в 2008-2009 гг. почти половина ВИЧ-положительных людей, прошедших диспансерное обследование, были инфицированы хроническими гепатитами В и С, а среди потребителей наркотиков – самой пораженной ВИЧ-инфекцией группы - распространенность гепатита С достигает 70-85%. Однако доступность бесплатного лечения гепатита С в России остается на крайне низком уровне: в 2009 г. закупленных из федерального бюджета препаратов для лечения гепатита С в России хватило лишь для 5000 нуждающихся.

Политический популизм, нарушения прав и устаревшая система здравоохранения препятствуют доступу к профилактике и лечению ВИЧ для самых уязвимых групп. Эпидемия ВИЧ в России по-прежнему концентрируется среди маргинализированных групп – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческих секс-работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами, заключенных и мигрантов, а также их половых партнеров. Только на долю инъекционного потребления наркотиков в 2009 г. России приходилось 78% всех случаев и 61% новых случаев ВИЧ-инфекции. Тем не менее, с 2009 г. Минздравсоцразвития проводит курс на сворачивание финансирования профилактики ВИЧ среди уязвимых групп в пользу первичной профилактики среди основного населения. В 2008 г.- первой половине 2009 г. в России работало свыше 200 программ профилактики для уязвимых групп, финансируемых из национального бюджета и грантов Глобального Фонда. И в тот период охват уязвимых групп был далек от оптимального: например, только 13% ПИН имели доступ к программами профилактики ВИЧ в 2009 г. вместо рекомендуемых ВОЗ 60%. Однако при сохранении теперешней тенденции на дискредитацию работы с уязвимыми группами и в связи с окончательным уходом ГФ из России в

2012 году через два года в России вся профилактическая работа с уязвимыми группами сведется к нулю.

Помимо сокращения программ профилактики уязвимые группы сталкиваются и с более системными препятствиями в получении услуг здоровья, создаваемых дискриминационным законодательством, преследованиями со стороны правоохранительных органов и стигмой со стороны медицинских работников. В нашем докладе анализируются специфические барьеры в доступе к лечению для ПИН - группы, наиболее пораженной ВИЧ-инфекцией в России. В ситуации хронического дефицита АРВ препаратов ПИН становятся первыми кандидатами на отказ в лечении не по медицинским показаниям. В случае передозировок, на долю которых приходится 15% смертей ВИЧ-инфицированных людей по причинам, не относящимся к критериям СПИДа, «скорая помощь» нередко приезжает вместе с милицией. Некоторые работники аптек отказываются продавать ПИН чистые шприцы. При этом российские программы снижения вреда по-прежнему работают в ситуации правовой неопределенности, несмотря на доказательства влияния данных программ на снижение рискованных практик поведения и уменьшение прироста новых инфекций ВИЧ в России. Учитывая, что стоимость лечения ВИЧ в сотни раз превышает затраты на профилактическую работу среди ПИН, осуществляемую программами снижения вреда, недальновидная политика по дискредитации программ снижения вреда будет приводить к значительному увеличению бремени финансовых расходов российского государства на лечение в ближайшем будущем.

Особенно уязвимы женщины ПИН, которые чаще подвергаются риску инфицирования ВИЧ и менее склонны к участию в профилактических программах вследствие неприспособленности этих программ специфическим потребностям женщин.

При этом наркологическая служба не предоставляет качественное, комплексное, доступное лечение, а заместительная терапия, которая во всем мире используется в качестве инструмента профилактики ВИЧ и поддержки пациентов, получающих АРВ и противотуберкулезную терапию, а также при поддержке беременных женщин, зависимых от опиатов, законодательно запрещена. Особенно страдают ПИН с сочетанной инфекцией ВИЧ и открытой формой туберкулеза: их выписывают из противотуберкулезных стационаров за нарушения больничного режима или они сами убегают оттуда не в силах (при отсутствии ЗТ) справиться с влечением к наркотическим веществам, при этом они не подлежат пребыванию в стационарах для людей с ВИЧ и наркологических клиниках. В результате, они отправляются домой, вырабатывая резистентность, болевая более тяжелыми формами туберкулеза, и на стадии СПИДа – умирают. При этом такие больные ставят под угрозу непреднамеренного заражения и свое окружение, что приводит к дальнейшему росту заболеваемости туберкулезом в России.

Дискриминация и стигматизация ВИЧ-положительных людей в России нарушает их гражданские и социальные права, препятствует доступу к лечению и профилактике, негативно влияет на качество жизни. В России до сих пор сохраняются дискриминирующие нормы законодательства в отношении ВИЧ-положительных людей: запрет на усыновление ребенка ВИЧ-положительными людьми, депортация ВИЧ-положительных иностранцев, административные ограничения доступа к АРВ-терапии для заключенных и мигрантов, уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией. При этом сохраняется высокий уровень

общественной стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ. Так, по данным социологического опроса 2010 г., треть людей с ВИЧ сталкивалась с проявлениями стигмы и дискриминации, а по данным другого исследования 2009 г., 65% опрошенных не отдали бы своего ребенка в детский сад, зная, что там находится ВИЧ-позитивный ребенок. Во многом стигма является следствием недостаточного масштаба и качества профилактических программ, а также результатом попустительства со стороны государственных телевизионных каналов, которые транслируют передачи о СПИД-диссидентстве, тем самым, способствуя отказу определенной части ВИЧ-позитивных людей от жизнесохраняющего лечения. К тому же подобные передачи усугубляют укоренившиеся стереотипы общественного сознания в отношении того, что потребление наркотиков и ВИЧ – это «пороки» а не заболевания.

В итоге, мы пришли к выводу об отсутствии прогресса в продвижении к целям универсального доступа в России на протяжении 2009-2010 годов. С одной стороны, такой ситуации способствуют долговременные системные барьеры, такие как дискриминационное законодательство, нарушения прав людей с ВИЧ и особенно уязвимых групп со стороны правоохранительных органов и медицинских работников, фрагментированность системы российского здравоохранения, которая не ориентирована на комплексное лечение и поддержку людей с ВИЧ. Но с другой стороны, намного более важным фактором стагнации национальных усилий является тот неблагоприятный политический климат в области ВИЧ, который сложился в России на протяжении 2009-2010 годов. Фактическая монополия чиновников Минздравсоцразвития на российскую политику в области ВИЧ, их неподотчетность обществу закономерно привели к политике пренебрежения интересами ВИЧ-позитивных людей. Принципиальная рекомендация ООН по достижению целей всеобщего доступа «знай свою эпидемию, знай свои ответные меры» не находит своего отражения в действиях российских властей. Если в ближайшее время власти не примут адекватные меры в ответ на самые насущные проблемы в области ВИЧ в России, на сегодняшний день – перебои АРВ препаратов и сворачивание программ профилактики для уязвимых групп, - то можно будет говорить о нивелировании всех предыдущих успехов России в продвижении к целям универсального доступа.

Рекомендации:

- Для обеспечения политической приверженности: наладить координацию и обратную связь с гражданским обществом в работе по противодействию ВИЧ, выделить адекватное финансирование на профилактику и лечение.
- В области лечения: обеспечить людей, живущих с ВИЧ, бесперебойным доступом к бесплатным жизнесохраняющим препаратам; усилить интеграцию медицинских служб в лечении ВИЧ-позитивных людей.
- В области профилактики и поддержки: расширить охват уязвимых групп; укрепить правовой статус программ снижения вреда; создать правовые механизмы для интеграции заместительной терапии в профилактику и поддержку при лечении ВИЧ и ТБ; принять меры для обеспечения приверженности к АРВ терапии для людей с длительным стажем употребления наркотиков.
- Для борьбы с дискриминацией и стигмой: привести законодательство и нормативно-правовые акты в соответствие с рекомендациями агентств ООН о соблюдении прав людей, живущих с ВИЧ.

ВВЕДЕНИЕ

Данный доклад был подготовлен в августе-октябре 2010 г. Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии. Целью доклада является привлечение внимания представителей российской власти и международного сообщества к ключевым барьерам в достижении универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции в России в 2008-2010 годах. Отправной точкой для подготовки доклада послужил анализ «Национального доклада Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за период январь 2008 года – декабрь 2009 года» (далее «Национальный доклад»), подготовленного Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека РФ¹. Ознакомившись с Национальным докладом, представители гражданского общества решили, что в нем или не в достаточной мере, или вовсе не отражены четыре ключевые проблемы, которые в настоящее время вызывают большую озабоченность неправительственных организаций, работающих в области ВИЧ/СПИД сервиса и адвокации в России:

- Политическая поддержка российских властей делу противодействию эпидемии ВИЧ;
- Доступ ВИЧ-позитивных людей к АРВ-терапии, лечению туберкулеза и вирусных гепатитов;
- Доступ уязвимых групп к профилактике и поддержке при ВИЧ;
- Дискриминация и стигма в отношении ВИЧ-позитивных людей.

Эксперты и представители гражданского общества не ставили своей задачей критику значений индикаторов Национального доклада, по которым официально сообщается о прогрессе страны в выполнении целей универсального доступа. Очевидно также, что формат и методология Национального доклада накладывает на его составителей определенные ограничения, которые вполне понятны и объяснимы. Более того, мы считаем, что в Национальном докладе, в основном, верно определен круг проблем в национальных мерах реагирования на эпидемию ВИЧ. Однако мы считаем важной задачей привлечь внимание к тому политическому контексту и особенностям системы российского здравоохранения, которые продолжают создавать или усугублять препятствия в доступе ВИЧ-позитивных людей к медицинскому сервису и ухудшают их качество жизни.

Опосредованная задача при подготовке данного доклада включала мобилизацию гражданского сообщества в процессе обсуждения этого документа на сайте ГРС.ru и консолидацию мнений представителей общественных организаций по ключевым проблемам в области ВИЧ в России. Мы также стремились проследить динамику изменений в 13-ти приоритетных проблемах, озвученных в докладе гражданского общества «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе»², подготовленному тремя крупнейшими сетями негосударственных

¹ А.Т.Голиусов, Л.А.Дементьева, Н.Н.Ладная, М.С.Туманова, А.А.Монисов, М.В.Семенченко, Д.В.Годлевский, В.А.Пшеничная. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Отчетный период: январь 2008 года - декабрь 2009 года. Москва: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ЮНЭЙДС, 2010. <http://www.unaids.ru/files/documents/ru369.pdf>

² ВССВ, Форум НКО, ВО ЛЖВ. Доклад гражданского общества: «Россия на пути к всеобщему доступу к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ/СПИДе». Июнь 2008 г., http://www.icaso.org/resources/Shadow_Report_Russia_UNGASS_2008_PYCC.pdf

организаций, вовлеченных в противодействие эпидемии в стране и распространенному на Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН по СПИДу в июне 2008 года.

Отдельно мы бы хотели прокомментировать процесс вовлечения гражданского общества в подготовку Национального доклада 2010 года, который, в целом, был организован на очень высоком уровне. Это произошло благодаря активной позиции ВИЧ-активистов при подготовке предыдущего Национального и Альтернативного докладов в 2008 году, а также благодаря желанию и открытости российского офиса ЮНЭЙДС и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее - Роспотребнадзора) – государственной структуры, ответственной за подготовку Национального доклада 2010 года.

Работа по подготовке Национального доклада 2010 года началась гораздо раньше, чем при подготовке предыдущего. Уже 15 июня 2009 г. в Роспотребнадзоре состоялась встреча, посвященная началу работы над новым докладом, на которую были приглашены представители крупнейший сетевых объединений и организаций сообщества³. После этой встречи через электронные рассылки Роспотребнадзор при поддержке ЮНЭЙДС обратился к региональным некоммерческим организациям (НКО) и инициативным группам с просьбой предоставить любые исследования по теме ВИЧ-инфекции, проводившиеся НКО в 2008-2009 годах. Данная инициатива была проведена в ответ на комментарии о недостатках процесса подготовки предыдущего Национального доклада, когда НКО привлекали к участию только на этапе внесения комментариев к черновой версии. На призыв Роспотребнадзора откликнулись около 15 общественных организаций. Все представленные данные были рассмотрены на встрече расширенной Рабочей группы по мониторингу и оценке, посвященной подготовке Доклада, которая состоялась в Роспотребнадзоре 18 февраля 2010 г. и включала в себя представителей НКО, сотрудников международных организаций и государственных структур.

Однако после того, как предварительный вариант Национального доклада был отправлен на согласование в Минздравсоцразвития, довольно долгое время о нем не было ничего известно, а в финальном варианте Национального доклада не нашли отражения или были отражены в крайне недостаточной степени проблемы, которые представители гражданского общества посчитали приоритетными для включения в доклад, а именно: несовершенство государственной системы закупок и поставок АРВ препаратов, приводящее к возникновению перебоев в лечении ВИЧ, недостаточный охват уязвимых групп комплексными профилактическими программами, а также слабое развитие программ по формированию приверженности к АРВ-терапии и социальному сопровождению инфицированных ВИЧ, особенно ПИН.

Таким образом, с одной стороны, в отличие от аналогичного процесса в 2007-2008 годах подготовка Национального доклада 2010 года, в основном, была организована так, чтобы обеспечить реальное участие и обратную связь от организаций гражданского общества: об этом свидетельствует и более ранние сроки начала работы над Национальным докладом-2010, и заинтересованность в получении данных независимых исследований на стадии сбора информации, и информирование НКО о промежуточных результатах на этапе написания. С другой стороны, закрытость процесса на его финальной стадии не позволила Национальному докладу стать тем документом, в котором проанализирован прогресс России по достижению целей универсального доступа с разных точек зрения. Отсюда и необходимость в настоящем, Альтернативном докладе гражданского общества.

³ [Протокол заседания Рабочей Экспертной Группы \(РЭГ\) по мониторингу и оценке эффективности деятельности в противостоянии эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. 15 июня 2009 г.](#)

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ

Российская Федерация занимает одно из первых мест в мире по темпам распространения ВИЧ-инфекции; каждый день в стране регистрируется, в среднем, 160 новых случаев ВИЧ⁴. На 31 декабря 2009 г. в России было зарегистрировано 529,828 человек, но по оценочным данным, в стране свыше одного миллиона людей живут с ВИЧ⁵. Инъекционное потребление наркотиков продолжает оставаться главным путем передачи ВИЧ-инфекции в России: 78,0% от всех случаев ВИЧ с известными причинами передачи инфекции.

Уровень прироста новых случаев ВИЧ в 2009 году составил 8%: с 54,046 новых случаев ВИЧ-инфекции в 2008 г. до 58,448 новых случаев в 2009 г. Увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции связано, в основном, с распространением ВИЧ-инфекции среди ПИН. Так, в 2009 г. доля новых случаев ВИЧ через инъекционное потребление наркотиков составила 61,3% (в 2008 г. – 62,1%, в 2007 г. – 63,9%, в 2006 г. – 65,0%), через гетеросексуальные контакты - 35,8% (в 2008 г. – 35,7%, в 2007 г. – 34,4%, в 2006 г. – 32,5%). Доля гетеросексуального способа передачи ВИЧ в России увеличивается за счет распространения инфекции в так называемые «смежные группы» - в основном, от мужчин, имеющих опыт употребления инъекционных наркотиков, к женщинам, с которыми они вступают в половые отношения. Это же подтверждается и официальной статистикой: в 2009 г. женщины преимущественно инфицировались ВИЧ при гетеросексуальных контактах (61,8% новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин), а мужчины - при внутривенном введении наркотиков (76,1%).

Основным СПИД-индикаторным заболеванием в России является туберкулез. На конец 2009 г. было зарегистрировано 22, 585 случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, в том числе 16,813 случаев активного туберкулеза. Самой распространенной коинфекцией у ВИЧ-инфицированных являются вирусные гепатиты В и С. Хронические вирусные гепатиты В и С диагностированы у 49,1% больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете⁶.

Увеличивается число смертей среди людей, живущих с ВИЧ. Ежегодно в 2007–2009 гг. умирало 2,7–2,4% всех ВИЧ-инфицированных. Основной причиной летальных исходов, связанной с ВИЧ-инфекцией, остается туберкулез как вторичное заболевание: 61% от всех причин смерти, связанной с ВИЧ-инфекцией в 2009 г. (64,2% в 2007 г.). От ВИЧ-инфекции умерло 38,4% больных в 2009 г. (30,3% в 2007 г.).

Среди причин смерти, не относящихся к критериям СПИДа, существенную долю составляют: несвязанный с ВИЧ-инфекцией туберкулез (в 2009 г. - 15,9%, в 2007 г. - 12,0%), терминальная стадия хронических вирусных поражений печени вследствие инфицирования вирусами гепатитами В и С (в 2009 г. – 15,7%, в 2007 г. - 12,1% в 2007 г.) и передозировки наркотиками (в 2009 г. – 14,8%, в 2007 г. - 19,9%).

Ежегодно увеличивается доля умерших в учреждениях системы ФСИН. В 2009 г. в системе ФСИН зарегистрировано 13,4% всех смертей инфицированных ВИЧ (в 2007 г. – 11,6%). По данным регионов РФ, от ВИЧ-инфекции в учреждениях системы ФСИН умирало 28,8%–33,6% инфицированных ВИЧ в 2007–2009 гг.

⁴ Всемирный день памяти людей, умерших от СПИДа – 2010: «Зажжем огни за права человека»// Ресурсный центр по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа. 16 мая 2010 года. <http://hivpolicy.ru/news/index.php?p=11&id=4051>

⁵ Здесь и далее в данном разделе за исключением специально оговоренных ссылок используются данные справки «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2009 г.», подготовленной Специализированной научно-исследовательской лабораторией по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/HIV_AIDS_center.pdf

⁶ По данным Национального доклада, стр. 58-59.

СПАД ПОЛИТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ В РОССИИ

Чересчур драматический взгляд на проблемы ВИЧ-инфекции в России во многом спровоцирован сомнительными научными исследованиями и безответственными прогнозами сотрудников ряда международных организаций, работающих в нашей стране. Подливают масла в огонь и некоторые отечественные специалисты, преследующие цели, весьма далекие от науки и практической медицины. Уверяю вас, все те, кто утверждает, что в России не борются со СПИДом, лгут.

Из интервью с Алексеем Мазусом, руководителем Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, 3 сентября 2010 г.

Правительственная комиссия по ВИЧ/СПИДу не собиралась полтора года. И это говорит о многом. Во-первых, о том, что есть руководители, которые считают, что не надо никаких обсуждений и заседаний, потому что им все известно и понятно. Но практика показывает, что на сегодняшний день в ряде территорий страны, где регистрируются высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции, нет программ профилактики среди уязвимых групп, и мы получаем отрицательный результат.

Из выступления М. Гришанкова, члена Межфракционной депутатской группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом, 15 апреля 2010 г.

Представители гражданского общества хотели бы прокомментировать итоговую оценку Национального комбинированного индекса политики России⁷, представленную в Национальном докладе РФ. Если с 2005 г. по 2006-2007 гг. Индекс вырос почти на 12% (с 60,4% до 72,2%) , после 2007 г. значение Индекса, практически, не изменилось: 72,2% в 2007 г. в сравнении с 72,9% в 2008-2009 гг. В реальности, стагнация Индекса на уровне 72% означает противоположную динамику в оценках российской политики по ВИЧ с 2006 по 2009 гг. со стороны экспертов правительственных организаций и гражданского общества. Эксперты правительственных организаций увидели прогресс в достижении Россией целей универсального доступа и увеличили рейтинг компонента «Политическая поддержка» (компонент Индекса, который оценивают только эксперты правительственных организаций) с 79,9% в 2007 г. до 82,7% в 2009 г. Однако эксперты гражданского общества видят противоположную тенденцию. Оптимизм гражданского общества в 2007 г., базирующийся на успешной реализации в России программ Глобального Фонда, расширения доступа к АРВ-терапии и профилактике среди уязвимых групп, сменился на более сдержанную оценку в связи с переменной

⁷ Национальный комбинированный индекс политики (НК ИП) - это специальное исследование, которое является одним из инструментов измерения прогресса в разработке и реализации национальной политики, стратегий и законодательства в связи с ВИЧ. Это составная часть перечня ключевых показателей, который должен быть представлен странами в 2010 году для Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН (ССГА ООН).

политического курса в России в области ВИЧ. Озабоченность гражданского общества вызывают следующие тревожные тенденции:

- **В России отсутствует единая стратегия и координация усилий по противодействию эпидемии на национальном уровне.**

В Национальном докладе сообщается о нормативных и законодательных документах, которые определяют политику страны в отношении ВИЧ, отмечается значимость Указа Президента РФ № 537 от 12 мая 2009 г. по утверждению Стратегии национальной безопасности РФ, в который распространение ВИЧ-инфекции признано одной из главных угроз национальной безопасности. Однако до сих пор не принят общенациональный стратегический документ по борьбе с ВИЧ. Национальная концепция противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации, разработанная российским Страновым Координационным Механизмом еще в 2007 г., по существу, не обсуждалась и не была принята, хотя к настоящему времени этот документ уже устарел⁸. В России также отсутствует единая система мониторинга и оценки национальных усилий в области ВИЧ.

Национальный доклад также информирует о наличии в стране пяти структур высокого уровня, созданных для межведомственной и межсекторной координации усилий в области ВИЧ. Подчеркивается ведущая роль одной из этих структур - Правительственной комиссии по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции - как общенационального межведомственного органа для противодействия эпидемии. Однако гражданскому обществу неизвестно о ходе и результатах работы Правительственной комиссии, которую с января 2009 г. возглавила министр здравоохранения Голикова. Ни одно заседание Комиссии не было проведено с декабря 2008 г., хотя в Положении о работе Комиссии указывается, что она должна собираться не реже 2-х раз в году⁹. Если даже предположить, что Комиссия проводила координационную работу без заседаний, в оперативном порядке, тогда это осуществлялось без привлечения всех членов Комиссии, в атмосфере секретности и непрозрачности.

Для сравнения, **Межфракционная депутатская рабочая группа по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями Государственной Думы 5 Созыва – координирующий орган по ВИЧ со стороны законодательной власти - провела уже 6 заседаний в период с 2009 по апрель 2010 гг., большинство из которых проводилось в расширенном составе с привлечением экспертов и представителей НКО.**

Таким образом, в России, по существу, не выполняется рекомендация ООН о триединой стратегии национальных действий: один национальный орган по вопросам СПИДа, одни национальные стратегические рамки и одна национальная система наблюдения и оценки. По мнению организаций гражданского общества, пробуксовывание работы главного координирующего органа исполнительной власти в сфере ВИЧ указывает на то, что для исполнительной власти

⁸ Национальная концепция противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в Российской Федерации.

<http://www.hivrussia.org/skm/concept.shtml>

⁹ Положение о Правительственной Комиссии по вопросам профилактики, диагностики, лечения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека// Интернет-портал Правительства РФ, <http://www.government.ru/gov/agencies/154/base.html>

противостояние эпидемии перестало быть приоритетным направлением работы, а также на то, что чиновники здравоохранения не заинтересованы в межсекторном обсуждении проблем эпидемии.

- **Руководители здравоохранения перестали проявлять интерес к обсуждению эпидемии ВИЧ в России на международном уровне.**

В 2009-2010 гг. представители российской власти проявляли все меньше интереса к крупным международным форумам, на которых обсуждалась ситуация с ВИЧ в России. Примечательно, что в качестве демонстрации политической поддержки борьбе с ВИЧ Национальный доклад приводит факт проведения Московских международных конференций по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии в 2008 и 2009 гг., на подготовку которых было выделено государственное со-финансирование. При этом в московской конференции 2008 г. принял участие ряд высокопоставленных официальных лиц, включая помощника Президента РФ И. Шувалова и министра здравоохранения Т. Голикову. Однако уже в следующем, 2009 году, ту же самую конференцию в Москве ни один российский чиновник высокого ранга за исключением Г. Г. Онищенко, руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, не посетил. Факт того, что ни один представитель российской исполнительной власти официально не принял участие в 18-й Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в июле 2010 г. в Вене, указывает на продолжающуюся негативную тенденцию. Более того, в последнее время высказывания международных экспертов об эпидемии ВИЧ в России зачастую вызывают негативную реакцию российских чиновников здравоохранения¹⁰.

Налицо незаинтересованность российской исполнительной власти в открытом обсуждении проблемы эпидемии ВИЧ в России с международным сообществом.

- **Власти отказываются признать, что объем государственного финансирования на лечение не соответствует масштабам эпидемии в России.**

Национальный доклад РФ утверждает, что в 2008—2009 гг. расширение доступа к лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции было наиболее значимым направлением государственного финансирования в области ВИЧ; сообщается о выполнении национального индикатора по охвату АРВ терапией нуждающихся в лечении: с 80% в 2008 г. до 96% в 2009 г. Однако в связи с хроническими перебоями АРВ-препаратов в России, особенно в 2009-2010 гг., гражданские активисты считают официальные показатели охвата лечением завышенными.

Уже в конце 2009 г. количество нуждающихся в терапии составляло более 120 тыс. человек¹¹, в то время как лечение в 2009 г. получали только 75 тыс. человек¹². В 2010-2011 гг. эксперты

¹⁰ См., например: Заместитель Директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития России Галина Чистякова: Показатели летальности от СПИДа в группе наркозависимых в России не превышают аналогичные показатели в развитых странах // Минздравсоцразвития России, 3 сентября 2010 г., <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/19>; Те, кто утверждают, что в России не борются со СПИДом, лгут: Руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Алексей Мазус рассказал о том, сколько в столице ВИЧ-инфицированных и как ведется их лечение // Интерфакс, 3 сентября 2010 г., http://www.interfax.ru/txt.asp?sec=1483&id=152801&sms_ss=facebook

¹¹ Национальный доклад, рисунок 4, стр. 21.

прогнозируют дальнейшее ухудшение ситуации с доступом к лечению, особенно в связи с завершением программы лечения по 4 Раунду ГФ в России в 2010 г. Даже по прогнозам Национального доклада, в связи с резким подъемом инфицированности ВИЧ в России в 2000-2001 гг. ожидается рост числа нуждающихся в АРВ-терапии¹³. В то же время, государственное финансирование в размере 10,2 миллиарда рублей, выделенное на закупку антиретровирусных препаратов в 2010 г., не сможет покрыть потребности людей, нуждающихся в лечении. На эту сумму можно будет приобрести не более 75 000 полных курсов лечения¹⁴. Это означает что в 2010 -2011 году на лечение не будут браться новые пациенты, нуждающиеся в АРВ терапии по медицинским показаниям, вероятнее всего в первую очередь потребители инъекционных наркотиков.

Тем не менее Минздравсоцразвития отрицает факты перебоев АРВ-терапии в России. Ссылаясь на собственные оценки об удовлетворительной ситуации с лечением в стране, Министерство отказалось поддержать заявку в Глобальный Фонд на продолжение в 2010-2012 гг. программы лечения по 4 Раунду ГФ, которая реализовывалась Фондом «Российское здравоохранение» и завершалась в августе 2010 г. Программа 4 Раунда ГФ обеспечивала бесперебойным лечением 12,258 человек в 24 регионах, а также компенсировала дефицит препаратов в 35 других регионах, лечение в которых финансировалось из средств федерального бюджета. В дополнении, программа 4 Раунда ГФ обеспечивала лечением 4,669 мигрантов и заключенных, доступ которых к терапии затруднен вследствие несовершенства законодательства РФ.

Такая позиция Минздравсоцразвития вызвала протест порядка полутысячи ВИЧ-активистов, экспертов, представителей общественных российских и международных организаций, подписавших петицию в ГФ в июле 2010 г. с просьбой о финансировании заявки на продление Программы 4 Раунда в России. В сентябре 2010 ГФ принял решение о продлении программы 4 Раунда в РФ на 3 месяца до ноября 2010 г. во избежание перерывов в лечении для 12 тыс. пациентов, которых будут переводить в национальную программу. В дополнении, благодаря поддержке Министерства юстиции РФ, Фонд «Российское здравоохранение» продолжит программу лечения для заключенных и мигрантов до августа 2011 г.

Нежелание властей признать реальную ситуацию с лечением и адекватно отреагировать на нее не может не вызвать сомнения гражданского общества в политической приверженности России к расширению доступа к лечению для всех нуждающихся.

- **Заявления правительства о поддержке всех программ ГФ в России и вовлечении некоммерческих организаций в работу по противодействию ВИЧ не выполнены.**

В 2008 году на закрытии Второй московской конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе Центральной Азии в Москве министр здравоохранения Голикова заявила о том, что в связи с новым статусом России для Глобального Фонда (переходом в категорию стран со средним/высоким доходом и сменой статуса со «страны-реципиента» на «страну-донор» ГФ) **все проекты и программы, проводимые Глобальным Фондом, будут продолжены**

¹² Данные о 75 тыс. человек, взятых на лечение в 2009 г., получены из Национального доклада (стр. 20). Однако эти данные являются неверными, по мнению представителей гражданского общества: по национальному финансированию в 2009 г. лечение предоставлялось для 56 тыс. человек, по проектам ГФ – для 14 тыс. человек, соответственно, итоговая цифра должна составлять 70 тысяч человек, не 75 тысяч.

¹³ Национальный доклад, стр. 20.

¹⁴ http://itpcru.org/assets/files/ARV_in_Russia2010.pdf

правительством РФ в рамках обычной плановой работы. Министр сообщила, что в стране есть механизмы финансирования программ ГФ и средства на них. На том же форуме помощник Президента И. Шувалов заверил участников о том, что государство продолжит сотрудничество с НКО, работающими в области ВИЧ, программы которых часто финансировались из средств ГФ.

Свое обещание продолжить все программы по борьбе со СПИДом в России и увеличить их финансирование Министр Голикова подтвердила, по крайней мере, еще один раз на заседании Президиума Правительства РФ 1 декабря 2008 года¹⁵.

На практике, однако, эти обещания не были выполнены. В августе 2009 г. прекратила работу программа 3 Раунда гранта ГФ в России ГЛОБУС по профилактике и лечению ВИЧ в 10 регионах России. В августе 2010 г. завершилась программа лечения по 4 Раунду гранта ГФ в 24 регионах. Государство не нашло средств для продолжения данных программ, а обоснование, по которому было принято решение об отказе в выделении средств – курс на здоровый образ жизни как альтернатива работе с уязвимыми группами в случае ГЛОБУСА или удовлетворительное состояние с лечением ВИЧ в России даже при прекращении программы 4 Раунда ГФ – вызвало возмущение представителей общественных организаций, подписавших открытые письма и петиции к правительству и международной общественности¹⁶. В результате, ГФ принял решение о продолжении финансирования этих программ, однако в усеченном виде и на более короткие сроки.

Вместе с прекращением программ ГФ, которые часто реализовывали некоммерческие организации (например, проект ГЛОБУС на местах был реализован силами 200 российских НКО), государство также прекратило привлекать НКО к участию в конкурсах на реализацию федеральных программ в области ВИЧ. Российский Красный Крест является единственной российской НКО, которая в 2010 г. получила на бесконкурсной основе государственное финансирование в размере 247,8 млн. рублей на программу поддержки и повышения приверженности к лечению для ВИЧ-позитивных людей.

- **Руководители здравоохранения отказываются от профилактики ВИЧ в уязвимых группах в пользу первичной профилактики среди широких слоев населения.**

Недостаточный охват населения и прежде всего уязвимых групп, таких как ПИН, МСМ и КСР, комплексными профилактическими программами выделяется в Национальном докладе как одна из трех основных проблем в области противодействия ВИЧ в России (стр. 74). Доклад указывает на незначительный объем федерального финансирования на профилактику в уязвимых группах, однако не сообщает о том, что сложившаяся ситуация фактически отражает позицию Минздравсоцразвития, которое проводит политику сворачивания профилактических программ в уязвимых группах, начиная с середины 2009 г. после завершения программы ГЛОБУС 3 Раунда ГФ. Эта позиция была четко озвучена в письме заместителя министра здравоохранения и соцразвития Вероники Скворцовой в ответ на просьбу 200 НКО о продолжении государством программы ГЛОБУС; в данном письме сообщалось о новом приоритетном направлении в борьбе с ВИЧ/СПИДом в России: пропаганда

¹⁵ Федеральный бюджет в 2009-2011 годах выделит на борьбу и профилактику СПИДа свыше 30 млрд рублей // Министерства здравоохранения и социального развития РФ, 1 декабря 2008 г., <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/8>

¹⁶ См. Консорциум некоммерческих организаций призвал российские власти продолжить финансирование проектов по профилактике ВИЧ-инфекции. 17 сентября 2009 г., <http://hivpolicy.ru/news/?id=3691>; Люди, живущие с ВИЧ, просят Глобальный фонд не сокращать финансирование программ в России. Под угрозой лечение для 12 000 человек. 21 июля 2010 г., www.itpcorg.ru/assets/files/pressRussian.pdf

здорового образа жизни среди широких слоев населения и формирование ответственного отношения к своему здоровью¹⁷. Иными словами, министерство, по сути, заявило о неприоритетности программ профилактики и поддержки для уязвимых групп, которые доказали свою эффективность за пять лет работы ГЛОБУСА¹⁸ и были высоко оценены даже авторами Национального доклада¹⁹.

Отказ Минздравсоцразвития от поддержки программ профилактики в уязвимых группах противоречит принципам эпидемиологического воздействия на концентрированные эпидемии, такие как в России. Так, согласно последним рекомендациям ВОЗ, интервенции, направленные на наиболее пораженные эпидемией группы населения, должны стать ключевой стратегией в расширении доступа к профилактике, лечению и поддержке при ВИЧ в странах с концентрированной эпидемией ВИЧ²⁰. Несомненно, первичная профилактика и пропаганда здорового образа жизни важны для противодействия эпидемии, и авторы данного доклада всячески поддерживают эту инициативу, но резко критикуют противопоставление таких инициатив программам профилактики в уязвимых группах. Реализация только этих программ без усиления их низкопороговыми программами профилактики оставляет значительную часть граждан Российской Федерации неохваченными программами профилактики и, по существу, брошенными на произвол судьбы. И не позволяет, таким образом, гражданам России, заболевшим наркоманией, получить помощь и реализовать право на здоровье.

Необходимо отметить, что позиция, занятая Минздравсоцразвития, не является единственной существующей позицией российских властей. Так, члены Межфракционной депутатской группы неоднократно заявляли о первостепенном значении профилактики в уязвимых группах для противодействия эпидемии в России, большинство заседаний группы в 2009 г. было посвящено вопросам профилактики, а летом 2009 г. депутатская группа даже инициировала проведение комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда в России, для выполнения которого депутаты привлекли широкий круг экспертов, в том числе и представителей НКО²¹.

Тем не менее, возобладала позиция Минздравсоцразвития, что на практике выразилось в незначительных ассигнованиях федерального бюджета на профилактику, особенно среди уязвимых групп. В 2008 г. в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье» на профилактику ВИЧ-

¹⁷ И. Власова, А. Саргин. Россия осталась со СПИДом один на один//GZT.RU, 21 сентября 2009 г.

<http://inforotor.ru/visit/1063996?url=http://www.gzt.ru/Gazeta/first-page/261249.html>

¹⁸ А. В. Бобрик. «Реалистичные подходы к контролю ВИЧ/СПИД среди уязвимых групп. Опыт ОИЗ в рамках национальных и международных проектов». Презентация на совместном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на тему: "Роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции в Российской Федерации". 9 апреля 2009 г.

http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/Bobrik_09_04_09.pdf; К.М. Ерошина. Роль проектов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в снижении темпов распространения ВИЧ-инфекции в регионах проекта ГЛОБУС.//Информационный бюллетень «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта». Номер 6(1). Июль 2009. Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии.

¹⁹ Национальный доклад, стр. 60-61.

²⁰ Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector//WHO, 2010,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500234_eng.pdf

²¹ О прогрессе в проведении исследования см. Третье заседание экспертной рабочей группы для проведения комплексного анализа и изучения эффективности мер профилактики ВИЧ-инфекции и охраны общественного здоровья на основе подходов снижения вреда.

<http://duma.hivpolicy.ru/events/14.12.09>

инфекции и вирусных гепатитов В и С было потрачено 200 миллионов рублей²², причем 70% этой суммы (140 миллионов рублей) было потрачено на информирование и обучение населения через СМИ; только 25% финансирования (50 миллионов рублей) было потрачено на профилактику ВИЧ в уязвимых группах и оставшиеся 5% (10 миллионов рублей) - на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку. Тем не менее, благодаря финансированию из международных источников, в первую очередь из 3, 4 и 5 раундов Глобального Фонда, общий бюджет на профилактику в 2008 г. составил около 580 миллионов рублей, а в 60 территориях работало свыше 400 программ профилактики и поддержки, из которых 75 финансировалось из национального бюджета.

В 2009-2010 годах ситуация с финансированием профилактики значительно ухудшилась. По времени это совпало с усугублением кризиса в российской экономике, началом ухода из России Глобального Фонда (завершение программы 3 раунда ГФ в августе 2009 г.), а также введением в 2009 году в приоритетный национальный проект «Здоровье» нового направления: «Формирование здорового образа жизни» в соответствии с программой реализации приоритетного нацпроекта «Здоровье» на 2009-2012 годы²³.

Первоначально планировалось, что бюджетные ассигнования на профилактику ВИЧ и вирусных гепатитов В и С в 2009-2010 годах должны были удвоиться по сравнению с 2007-2008 годами и составить по 400 миллионов рублей в год; в 2011-2012 годах на профилактику планировалось выделить по 1 миллиарду рублей в год. Однако в 2009 г. финансирование графы нацпроекта «Проведение мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С» было сокращено: вместо запланированных 400 миллионов рублей (что составляло 4% от всего федерального бюджета в области ВИЧ в размере 9,3 миллиарда долларов в 2009 году) было выделено только 247,8 миллионов рублей. Эта сумма была перечислена в 2010 г. Российскому Красному Кресту на организацию школ пациентов (то есть, фактически, на поддержку людей с ВИЧ). А в 2010 году расходы по статье «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С» в федеральном бюджете были не предусмотрены вообще²⁴.

Между тем, согласно рекомендациям ведущего российского специалиста в области ВИЧ, для того, чтобы остановить рост заболеваемости в России, затраты на профилактику ВИЧ-инфекции следует увеличить до 4–5 млрд. рублей ежегодно²⁵.

Таким образом, принципиальная рекомендация ООН по достижению целей всеобщего доступа «знай свою эпидемию, знай свои ответные меры» не находит отражения в политике, проводимой российскими властями.

²² В Национальном докладе отсутствуют данные по распределению расходов федерального бюджета на профилактику ВИЧ за 2009 г., таким образом, невозможно сравнить государственные расходы на профилактику по отдельным статьям за 2008 и 2009 годы. В связи с этим в данном разделе кроме специально оговоренных ссылок используются данные обзора Ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа о финансировании в области ВИЧ по приоритетному национальному проекту «Здоровье».

<http://www.hivpolicy.ru/topics/?id=102#13>

²³ «Программы реализации приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье», «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» на 2009-2012 годы». К заседанию Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 24 декабря 2008 года. Москва, Кремль.

<http://www.rost.ru/main/docs/Programma.doc>

²⁴ По данным обзора Ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа о финансировании в области ВИЧ по приоритетному национальному проекту «Здоровье», <http://www.hivpolicy.ru/topics/?id=102#13>

²⁵ Россия может стать лидером в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа?//Агентство социальной информации, 29 июля 2010 г., http://www.asi.org.ru/asi3/rws_asi.nsf/va_WebPages/A3D33B57B5445182C325776F00405CBFRus

Подытоживая свой комментарий по данному разделу, представители гражданского общества констатируют возобладание консервативных тенденций в российской политике в области ВИЧ, начиная с 2009 года. Власть, по сути, отдала политику по ВИЧ на откуп ведомству, которое не проявляет интереса ни к координации усилий, ни к обратной связи от НКО, ни к участию в знаковых форумах по ВИЧ. Политический курс на отрицание хронических проблем с доступом к АРВ терапии в России и сворачивание программ профилактики в уязвимых группах в итоге может нивелировать предыдущие успехи России в расширении охвата лечением и профилактикой и подорвать усилия страны в достижении целей универсального доступа.

ДОСТУП К ЛЕЧЕНИЮ

1. Перебои с доступом к АРВ терапии

Мы сейчас находимся совершенно в той же ситуации, что и 6 лет назад: терапии мало, получить ее может не каждый. И что — снова делать акции? Тогда мне было 25 лет, сейчас — 31. И я совершенно не готова начинать все по новой! Но дело в том, что нас по-другому не слышат и не видят. Делают вид, что ничего не происходит. Я пыталась сделать три передачи на телевидении про перебои. Не получилось. Такое ощущение, что кроме нас это вообще никому не надо. Если СПИД-центры нам врут, если государство нам врет, СМИ говорить про это не хотят — кому это надо?! Придется разбираться нам. У всех свои интересы. Но интерес «я хочу жить» есть только у нас.

Из интервью с Сашей Волпиной, директором благотворительного фонда «Свеча»,
5 августа 2010 г.

Все разговоры о десятках тысяч больных, для которых, якобы, не хватает лекарств, абсолютно не обоснованы. Да и разговоры эти идут от людей, искусственно завышающих общую статистику эпидемии в стране. Нам достоверно известно, что в подавляющем большинстве регионов никаких проблем с обеспечением больных лекарствами нет.

Из интервью с Галиной Чистяковой, заместителем директора департамента охраны
здоровья
и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития России,

Хронология перебоев

Начиная с 2006 г., перебои в обеспечении АРВ препаратами – самая главная и обсуждаемая проблема для людей, живущих с ВИЧ в России. Закупки и поставки АРВ-препаратов в России происходят из двух источников: грантов ГФ и национального бюджета (из средств Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения), но перебои были зафиксированы только в программах, финансируемых из национального бюджета. По информации, полученной от ВИЧ-активистов и общественных организаций, работающих в области ВИЧ, перебои происходили летом 2006 г., в октябре 2007 г., июне и октябре 2008 г., но ситуация стала особенно критической с 2009-2010 гг., когда перебои стали происходить с мая. На июль 2010 г., по информации, полученной из Фонда «Российское здравоохранение», с помощью системы пациентского мониторинга «СИМОНА+», с сайта ПЕРЕБОИ.РУ (www.pereboi.ru), а также русскоязычной рассылки Международной коалиции по готовности к лечению, дефицит препаратов наблюдался, по крайней мере, в 20 регионах России, а также почти повсеместно - в местах лишения свободы. Примечательно, что еще в Альтернативном докладе 2008 г. говорилось об озабоченности гражданского общества в отношении того, что перебои с АРВ препаратами станут в России системным, хроническим явлением, что, по сути, и произошло в 2009-2010 гг.

Последствия для пациентов

Перебои с лекарствами в Российской Федерации привели к ситуации, когда пациенты по несколько месяцев получают всего два препарата или только один из предусмотренных схемой лечения или даже не получают терапию совсем. В других ситуациях врачи вынуждены менять сами схемы лечения, руководствуясь не медицинскими показаниями, а наличием препаратов в СПИД-центре. Такие изменения, как правило, не ограничиваются назначением другой (как правило, более неудобной) готовой лекарственной формы препарата или его дозировкой. Известны случаи, когда больным назначались препараты первого поколения, которые отличаются гепатотоксичностью и крайне противопоказаны при гепатитах, потреблении наркотических веществ и других коморбидных состояниях. Кроме того, зафиксированы случаи назначения монотерапии. Такая практика ведет к риску возникновения резистентных штаммов вируса, увеличению токсической нагрузки на печень и, как следствие, ухудшению прогноза лечения. Другим последствием смены схем лечения в условиях дефицита лекарств является снижение приверженности к терапии. А именно, изменение схемы препаратов без медицинских показаний неизбежно приводит к дальнейшему прогрессированию ВИЧ-инфекции и/или нарастанию побочных эффектов, в связи с этим у пациента значительно ухудшается состояние здоровья. Стремясь избежать неприятных физических симптомов, пациенты становятся более склонными к несоблюдению регламента лечения вплоть до полного его прекращения.

Особенно сильно перебои влияют на доступ к терапии для уязвимых групп. По данным пациентского мониторинга СИМОНА+ за декабрь 2009 г.-февраль 2010 г., в 18-ти из 19-ти городов, охваченных исследованием, СПИД-центры при назначении АРВ терапии использовали ограничения, основанные на социальных и поведенческих критериях. Это приводило к дискриминации пациентов, употребляющих наркотики, а также представителей других уязвимых групп, и, тем самым, к нарушению принципа универсального доступа к лечению ВИЧ²⁶. По сути, в 2009-2010 гг. повторяется ситуация 2004-2005 гг., когда пациентам с наркозависимостью отказывали в АРВ терапии по причине их «социальной бесперспективности».

Причины перебоев

Представители гражданского общества считают, что отсутствие политической воли во многом предопределило хронические перебои с АРВ препаратами в России. Ответственные лица не учитывают пятилетний опыт предыдущих закупок АРВ препаратов и не делают выводы из допущенных ошибок. Даже признание ВИЧ угрозой национальной безопасности в 2009 г. не изменило тревожную ситуацию, при которой лекарства по ВИЧ рассматриваются как одни из многих, а не приоритетные.

Одной из главных причин перебоев АРВ препаратов в России является несовершенная система закупок и поставок лекарств. Задержки с поставками АРВ-препаратов могут быть последствием Федерального Закона №94, принятого в 2005 г., о закупках для государственных и муниципальных нужд. Согласно закону, процедура выбора поставщика осуществляется только на конкурсной основе, а каждый этап проведения закупок жестко регламентируется: без определения суммы

²⁶ Евгения Марон. Мониторинг услуг здравоохранения в сфере лечения ВИЧ/СПИДа и наркозависимости. – Презентация на Партнерском форуме ЮНЭЙДС, 7 июля 2010 г., Москва.

бюджета нельзя объявлять аукцион, без поступления финансирования нельзя заключать контракт. В результате, аукционы и, следовательно, поставки лекарств проводятся с опозданием в несколько месяцев. В 2006 г. аукцион на закупку препаратов в марте, в 2007 г. - в апреле, в 2008 и 2009 гг. – в мае, в 2010 г. – в июне. Таким образом, закон, рассчитанный на добросовестную конкурентную среду, в условиях монополизации и централизации принятия решений чиновниками, отсутствием должного контроля и надзора со стороны общества, независимых экспертов и ЛЖВ перестал отражать интересы пациентов.

Сама организация аукционов по закупке препаратов АРВ, заказчиком которых является Министерство здравоохранения и социального развития, вызывает вопросы у экспертов и представителей сообществ людей, живущих с ВИЧ. Так, например, из неофициальных коммуникаций сотрудников российских НКО с представителями западных фармацевтических компаний, производящих препараты АРВ, включая производителя оригинального препарата невирапин Boehringer Ingelheim, стало известно, что независимо от заявленных цен эти компании не могли выиграть тендер на поставку своих препаратов в 2007 году. А в 2009-2010 годах по большинству АРВ препаратов даже не проводился аукцион, поскольку только один дистрибьютор выходил на Минздравсоцразвития с предложением цены.

Возможные нарушения закона о конкуренции со стороны Минздравсоцразвития при проведении аукционов по закупке лекарственных препаратов, включая препараты АРВ, стали предметом, по крайней мере, двух официальных проверок в 2010 году. В марте 2010 г. такую проверку провела Генеральная прокуратура РФ, которая обнаружила многочисленные нарушения в работе министерства, включая лоббирование интересов конкретных коммерческих фирм и закупку лекарств по завышенным ценам; в результате, в адрес министерства было внесено представление²⁷. Пять месяцев спустя, в августе 2010 года на возможные коррупционные схемы при проведении аукционов на госзакупки лекарств, включая препараты АРВ, указали аналитики Правительства РФ²⁸. Самая распространенная схема включала сговор Минздравсоцразвития с крупнейшими поставщиками лекарств и поставщиков между собой, когда на торги являлся только один поставщик из нескольких заявленных, с которым министерство заключало контракт по максимальной цене; по другой схеме от аукционов отстраняли фирмы, не участвующие в согласованных действиях. Но в этот раз официальная проверка по данному запросу в отношении государственных закупок АРВ препаратов, проведенная Федеральной антимонопольной службой, не выявила нарушений²⁹.

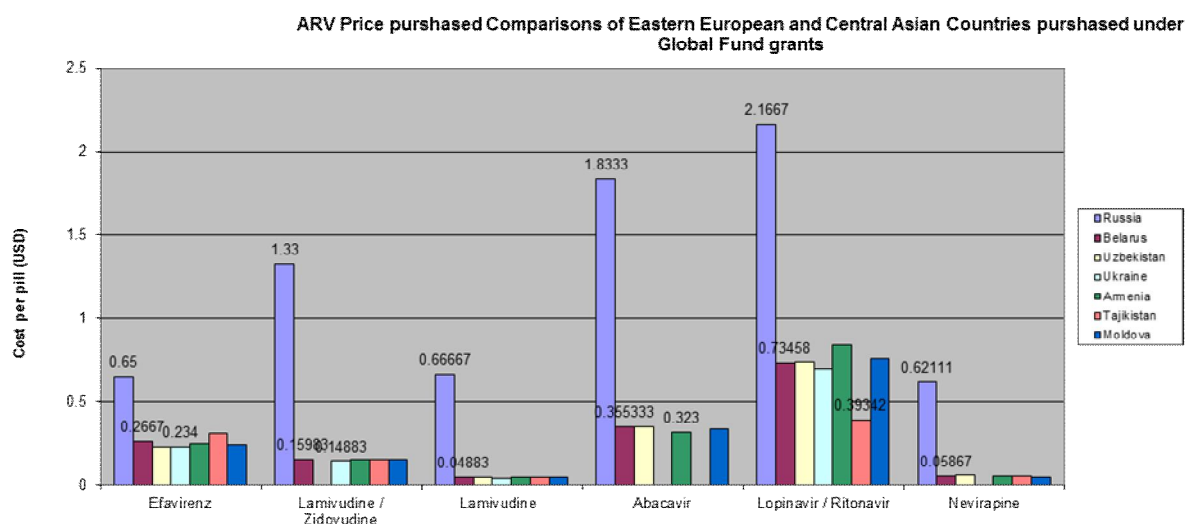
Тем не менее, отсутствие конкурентной среды на аукционах по государственным закупкам препаратов АРВ напрямую сказывается на их высокой стоимости, что препятствует обеспечению большего количества нуждающихся пациентов этими жизнесохраняющими лекарствами. Согласно данным, полученным посредством механизма ценовой отчетности Глобального фонда по 6-ти препаратам АРВ, закупленным на средства грантов Глобального Фонда, закупочные цены

²⁷ Проверка в Минсоцразвития выявила много нарушений при закупке лекарств// Независимая Газета, 16 марта 2010 г., http://www.ng.ru/health/2010-03-16/8_proverka.html

²⁸ Правительство заподозрило Минздравсоцразвития в сговоре с крупнейшими поставщиками лекарств// Газета «Фармацевтический вестник», 23 августа 2010 г., <http://www.pharmvestnik.ru/text/20926.html>

²⁹ О государственных закупках противовирусных препаратов предназначенных для лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (комбинированных и монопрепаратов)// Федеральная Антимонопольная служба, 24 августа 2010 г., http://fas.gov.ru/clarifications/clarifications_30294.html

в России, как минимум, в 2 с половиной раза превышали цены аналогичные препараты по сравнению с другими 6-ю странами Восточной Европы и Средней Азии (график ниже); при этом ГФ сообщил, что цены на АРВ-препараты, приобретенные в рамках Национального приоритетного проекта «Здоровье», были еще выше цен, приведенных в графике³⁰:



По данным исследования Школы общественного здравоохранения Бостонского университета, в котором сравнивались закупочные цены на АРВ препараты, приобретенные 12-ю странами бывшего Советского Союза в рамках грантов Глобального Фонда³¹, Россия систематически закупала препараты АРВ по ценам, значительно превышающим глобальные медианные цены. Так, 83% твердых форм АРВ препаратов, закупленных Россией с 2002 по 2008 годы, были приобретены по самым высоким глобальным ценам. В отчете утверждается, что «в Российской Федерации дополнительный объем лекарств, которые можно было бы приобрести, если бы АРВ закупались по глобальным медианным ценам, соответствовал бы лечению 50 400 – 209 000 человек на протяжении года»³².

Эта тенденция сохранилась и в 2010 году. Анализ закупок 2010 года проведенный Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии³³, показывает, что сочетания препаратов, например, ламивудин/зидовудин были закуплены по цене \$1,93 за таблетку, ламивудин по цене \$0,97 за таблетку, абакавир по цене \$2,50, неврирапин -\$0,66, Лопинавир/ритонавир -\$1,83, эфавиренц (200 мг) – \$0,42 .

Сопоставление цен на препараты по итогам закупок в РФ с ценами на те же препараты, которые можно закупать, участвуя в программе Фонда Клинтон (CHAI - Clinton Health Access Initiative)³⁴,

³⁰ Данные механизма ценовой отчетности Глобального Фонда, www.theglobalfund.org/ru/procurement/pgf/

³¹ Сравнительный анализ цен на антиретровирусные препараты в странах бывшего СССР. Школа общественного здравоохранения Бостонского университета, 2008. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=575>

³² Там же, стр.22.

³³ http://itpcru.org/assets/files/ARV_in_Russia2010.pdf

³⁴ http://www.clintonfoundation.org/files/chai_arv_priceList_april2010_english.pdf

позволяет, примерно, судить о том, какое количество пациентов дополнительно могли бы получать лечение при условии более эффективного и добросовестного расходования уже выделенных государством средств. Конечно, СНАИ - не единственный в мире механизм закупок АРВ препаратов по низким ценам, а приводимая таблица не учитывает многих накладных расходов, включая наценку посредников, цену доставки и др., но тем не менее наглядно демонстрирует различие в порядке цифр.

Название препарата	Общепринятое сокращение препарата	Цена за 1 табл. в USD по закупкам в РФ	Цена за 1 табл. в USD по схеме СНАИ	Дозировка препарата в списке СНАИ	Разница в цене (разы), соотношение РФ/СНАИ
Абакавир +Ламивудин + Зидовудин	ABC+3TC+AZT	11,72	0,617	300/150/300	19,00
Абакавир раствор 240 мл	ABC	87,08	13,53		6,44
Атазанавир капсулы 200 мг	ATV	4,67	0,736	300 mg	6,35
Зидовудин капсулы 100 мг	AZT (ZDV)	0,24	0,048		5,00
Зидовудин раствор 200 мл	AZT (ZDV)	26,67	1,9	240 ml	14,04
Зидовудин таблетки 300 мг	AZT (ZDV)	0,95	0,129		7,36
Ламивудин +Зидовудин таблетки	3TC+AZT	1,93	0,153	300/150 mg	12,61
Ламивудин раствор 240 мл	3TC	45,93	1,65		27,84
Ламивудин таблетки 150 мг	3TC	0,97	0,044		22,05
Лопинавир +Ритонавир таблетки	LPV/r	1,83	0,306		5,98
Невирапин 200 мг	NVP	0,66	0,051		12,94
Невирапин суспензия для 240 мл	NVP	19,64	1,75		11,22
Ритонавир (капсулы) 100мг	RTV	1,86	0,25		7,44
Саквинавир таблетки 500 мг	SQV	3,22	0,736		4,38
Ставудин (капе) 30 мг	d4T	0,32	0,033		9,70
Ставудин порошок 1 мг/мл – 260 мл	d4T	34,71	1,3	200 ml	26,70
Эфавиренз таблетки 200 мг	EFV	0,42	0,119		3,53
Эфавиренз таблетки 600 мг	EFV	0,9	0,208		4,33

В качестве фактора, сопутствующего перебоям в поставках АРВ препаратов, некоторые представители гражданского общества называют некомпетентность руководителей СПИД-центров при составлении заявок в Минздравсоцразвития. Сами руководители СПИД-центров жалуются на длительность сроков согласования заявок с Минздравсоцразвития и отсутствие доступа к оперативной информации о статусе заявки и сроках поставок препаратов, приобретенных в ходе централизованной закупки³⁵.

Представители гражданского общества и эксперты также указывают на связь перебоев с отсутствием российских протоколов лечения ВИЧ, обязательных для исполнения медицинскими работниками. В условиях дефицита лекарств отсутствие протоколов лечения позволяет врачам бесконтрольно назначать препараты и ссылаться на равнозначность новых схем лечения прежним. Помимо того, что принятие протоколов лечения ВИЧ приведет к обеспечению прозрачности в

³⁵ «Пути оптимизации и повышения качества медицинских услуг, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ, в СПИД-центрах Российской Федерации». Отчет о результатах социологического исследования. Фонд развития межсекторного социального партнерства. Москва, 2009.

назначении АРВ терапии, это также поможет СПИД-центрам обосновать количество закупаемых препаратов, чтобы избежать сокращения заявок со стороны Минздравсоцразвития.

Прогноз

Эксперты прогнозируют ухудшение ситуации с обеспечением АРВ-препаратами вследствие ухода программ Глобального Фонда из России. В 2008-2010 гг. перебои с лекарствами покрывались из средств 4 Раунда ГФ: Фонд «Российское здравоохранение» (ФРЗ), который выполняет грант 4 Раунда ГФ в России, обеспечивал препаратами 24 региона по гранту ГФ и дополнительно изыскивал средства для компенсации дефицита лекарств еще в 35 регионах, финансировавшихся их средств национального проекта «Здоровье». Однако основная часть программы 4 Раунда ГФ завершается в России в ноябре 2010 г., лишая пациентов надежды на экстренную помощь с препаратами в случае очередного перебоя.

Реакция власти

Случаи отсутствия лекарств для ВИЧ-позитивных людей освещаются в российской прессе³⁶, задокументированы общественными организациями³⁷ и признаны руководителем Федерального Центра СПИД³⁸. Тем не менее, в Национальном докладе о перебоях косвенно упоминается только один раз (стр. 56), а представители Минздравсоцразвития вообще отрицают факты перебоев³⁹. В 2009-2010 гг. ни одна координационная структура РФ высокого уровня, за исключением Межфракционной депутатской группы, не обсуждала проблему перебоев. Более того, чиновники отказываются поддержать успешную модель противодействия перебоям, которая была апробирована ФРЗ по 4 Раунду ГФ - создание резервного фонда препаратов, который в данное время работает на базе Федерального Центра СПИД для программы лечения по 4 Раунду ГФ.

Вместе с тем, государство выделяет недостаточное финансирование на лечение. По расчетам общественных организаций, вследствие пика инфицирования в 2000-2001 гг., количество людей, нуждающихся в лечении, увеличится, минимум, до 120 тысяч в 2010 г., однако финансирования, выделенного на лечение в 2010 г., может хватить только для 75 тысячи человек⁴⁰.

Реакция пациентов

В условиях отсутствия реагирования на проблему со стороны государства сообщества пациентов вырабатывают стратегии самопомощи. С 2006 г. действует инициатива «Делимся лекарствами»,

³⁶ См., например: У больных СПИДом выявили лекарственную недостаточность. НКО жалуются, что ВИЧ-инфицированных нечем лечить // КоммерсантЪ-ONLINE, 24 июня 2010 г., <http://www.kommersant.ru/doc-y.aspx?DocID=1391726>; ВИЧ-позитивные жители Тулы через суд требуют лекарства у СПИД-центра // Газета.ру, 5 августа 2010 г., http://www.gazeta.ru/news/lenta/2010/08/05/n_1529891.shtml; ВИЧ-инфицированные идут в суд за таблетками // GZT.ru, 27 июля 2010 г., <http://www.gzt.ru/topnews/society/-vich-infitsirovannye-idut-v-sud-za-tabletkami-/317190.html>

³⁷ Евгения Марон. Мониторинг услуг здравоохранения в сфере лечения ВИЧ/СПИДа и наркозависимости. – Презентация на Партнерском форуме ЮНЭЙДС, 7 июля 2010 г., Москва; Колбасин Д.В., Хрунова И.В. Правовое и информационное реагирование на перебои АРВ-терапии. Руководство для правовой защиты людей, живущих с ВИЧ/под ред. Чикова П.В. Казань, 2010.

³⁸ А. Кузина. Достучаться до небес // Московский комсомолец, 5 августа 2010 г., <http://www.mk.ru/social/interview/2010/08/04/521131-dostuchatsya-do-nebes.html>

³⁹ Заместитель Директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздравсоцразвития России Галина Чистякова: Показатели летальности от СПИДа в группе наркозависимых в России не превышают аналогичные показатели в развитых странах // Минздравсоцразвития России, 3 сентября 2010 г., <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/19>; Директор департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Марина Шевырева: Россия, одна из немногих стран мира, где государственное здравоохранение взяло на себя обязательства по бесплатному предоставлению лекарственных препаратов больным ВИЧ-инфекцией // Минздравсоцразвития России, 16 сентября 2010 г., <http://www.minzdravsoc.ru/health/prevention/20>

⁴⁰ http://itpcru.org/assets/files/ARV_in_Russia2010.pdf

организованная Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии, электронная рассылка которой распространяет индивидуальные просьбы занять недостающие препараты, а также предложения от других участников поделиться избытком препаратов. ВИЧ-позитивные люди также обращаются в фармкомпании и получают препараты от производителей АРВ препаратов.

Начиная с 2010 г., когда проблема перебоев стала хронической, некоторые пациенты решили прибегнуть к помощи суда, чтобы отстоять свое право на доступ к лечению. На начало сентября 2010 г. суды России рассмотрели, по крайней мере, 3 иска со стороны пациентов, пострадавших от дефицита АРВ препаратов: от матери ВИЧ-позитивного ребенка в Казани, который два месяца не принимал терапию по причине ее отсутствия, от пяти жителей Тулы, которым меняли схему лечения и не предоставляли вовремя необходимые препараты, и от жительницы Москвы, схема лечения которой была изменена по немедицинским показаниям. Хотя формально пока только одно дело (в Казани) было выиграно в суде, все истцы получили необходимые лекарства от СПИД-центров после того, как обратились в суд.

Таким образом, проблема перебоев в России не решается властями на системном уровне, а государственная система закупок не ориентирована на нужды пациентов. Это способствует развитию эпидемии ВИЧ в Российской Федерации, серьезно подрывает охват терапией и приверженность к лечению, приводит к проблемам в здоровье людей, повышает стоимость последующего лечения и, тем самым, нарушает рекомендации ООН по достижению универсального доступа к лечению. В этой ситуации признание авторами Национального доклада Приоритетного национального проекта «Здоровье», который за 4 года работы не сумел наладить бесперебойное обеспечение АРВ-препаратами, наилучшей практикой в области противодействия ВИЧ в России в 2008-2009 гг. вызывает недоумение представителей гражданского общества. С уходом Глобального Фонда пропадет единственная альтернативная модель успешной организации поставок АРВ терапии в России. Закономерно, что де-факто советская система централизованного планирования закупок АРВ-препаратов неизбежно привела к дефициту жизнесохраняющих лекарств в России.

2. Доступ к лечению туберкулеза при ВИЧ

Итак, мы имеем 500 тысяч зараженных ВИЧ-инфекцией. Большинство из них еще не достигли стадии сильного снижения иммунитета, но есть чрезвычайно большой риск, что в ближайшие годы они этой стадии достигнут. В нашей ситуации, когда достаточно активно распространяется туберкулез, они будут заболеть именно туберкулезом, что значительно испортит ту замечательную статистику с позитивным сдвигом, которая сегодня была представлена фтизиатрами.

Из выступления В. В. Покровского, руководителя Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 15 апреля 2010 г.

Туберкулез остается основной причиной летальных исходов среди людей, живущих с ВИЧ в России: так, если в 2006 г. доля туберкулеза составила 59% всех случаев смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией, то в 2009 г. – 61%⁴¹. В 2009 г. заболеваемость туберкулезом в России снизилась на 2,9% по сравнению с 2008 г., однако доля ВИЧ-инфицированных людей среди больных туберкулезом за те же годы выросла: 5,4% людей, имеющих сочетанную инфекцию ВИЧ и ТБ в 2009 г., что на 0,6% больше, чем в 2008 году⁴². Из этого следует, что, во-первых, риск заболевания туберкулезом для ВИЧ-инфицированных людей в России растет, в то время как для людей с отрицательным ВИЧ-статусом - падает, а во-вторых, что стратегия государства по борьбе с туберкулезом является неэффективной в отношении людей, живущих с ВИЧ.

С 2008 г. по 2009 г. повысилось количество людей, инфицированных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ-МЛУ) с 3,3 на 100 тысяч населения в 2008 г. до 4,0 на 100 тысяч населения в 2009 г.⁴³. Вследствие того, что туберкулез, особенно ТБ-МЛУ, представляет большую угрозу для ВИЧ-инфицированных людей, которые в силу ослабленности иммунитета инфицируются туберкулезом намного быстрее, чем, в среднем, основное население, а эпидемия ВИЧ в России продолжает нарастать, эксперты прогнозируют всплеск инфицирования туберкулезом и сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ в России.

Очень тревожная ситуация по сочетанной инфекции туберкулеза и ВИЧ наблюдается в местах лишения свободы. Если среди гражданского населения 5,4% ВИЧ-инфицированных имеют ко-инфекцию ТБ, то в учреждениях ФСИН этот показатель более чем в два раза выше: 11,8% или 4806 людей с ко-инфекцией ВИЧ и ТБ⁴⁴. Одновременно растет количество ВИЧ-инфицированных заключенных, которое на сегодняшний день составляет 56 тысяч человек - 11% от всех

⁴¹ Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2009 г.». Специализированная НИ лаборатория по профилактике и борьбе со СПИД ФГУН Центрального НИИ эпидемиологии, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом. http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/HIV_AIDS_center.pdf

⁴² «Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации на 31 декабря 2009 года». ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России» Федеральный Центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации. http://duma.hivpolicy.ru/assets/files/15_04_2010/TB.pdf

⁴³ Там же.

⁴⁴ Там же.

зарегистрированных в России случаев ВИЧ и около 6% от числа всех осужденных, находящихся в местах лишения свободы⁴⁵.

Особую озабоченность гражданского общества в отношении доступа к лечению ТБ при ВИЧ вызывают следующие проблемы, недостаточно отраженные в Национальном докладе:

- **Ограниченный доступ к ранней диагностике туберкулеза.**

Для ВИЧ-позитивных людей жизненно важен доступ к ранней диагностике туберкулеза, поскольку наличие ВИЧ-инфекции при низком иммунном статусе ускоряет прогрессирование туберкулеза, а туберкулез способствует переходу ВИЧ-инфекции в стадию СПИДа. В Национальном докладе указывается на высокий уровень охвата людей с ВИЧ обследованием на туберкулез: по официальным данным, в 2009 г. 75% ВИЧ-инфицированных, прошедших диспансерное обследование, были протестированы на туберкулез. Тем не менее, учитывая трудности с доступом к диагностике туберкулеза на местах, представители гражданского общества полагают, что данная цифра может быть завышенной. Тем более, что намного более сдержанные оценки по охвату диагностикой туберкулеза ВИЧ-инфицированных (правда, по данным 2006 г.) приводятся в заявке Российской Федерации по контролю туберкулеза на северо-западе России, которая была представлена на 9 раунд финансирования Глобального Фонда в июне 2009 года⁴⁶. Согласно заявке, в Санкт-Петербурге только 6,2% ВИЧ-инфицированных людей проходили диагностику ТБ, а самый большой процент ВИЧ-инфицированных, протестированных на ТБ был отмечен в Псковской области: 41,7%. В заявке также сообщается, что более чем в 70% случаев туберкулез был обнаружен на поздних стадиях развития ВИЧ-инфекции (стадии 4В, 4V и 5).

В дополнении, о затрудненном доступе к диагностике туберкулеза в России сообщалось в отчете пациентского мониторинга СИМОНА+ за 2007-2008 годы⁴⁷, где были выделены следующие проблемы с диагностикой:

- Платность некоторых видов диагностики туберкулеза или условие наличия определенных документов для прохождения диагностики, что значительно затрудняет доступ к данной услуге для уязвимых групп;
- Недоступность тестирования на туберкулез в СПИД-центрах (зафиксировано в 12-ти из 21 города исследования); в результате, пациентов с ВИЧ направляют для диагностики в противотуберкулезный диспансер, где они подвергаются риску инфицирования от людей с открытой формой туберкулеза (в силу одного общего входа в противотуберкулезный диспансер);

⁴⁵ По материалам выступления А.С. Кузнецовой на расширенном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями на тему: «Комплексный подход к противодействию распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Российской Федерации», 15 апреля 2010 года, <http://duma.hivpolicy.ru/events/15.04.10/77>

⁴⁶ Текст заявки на английском языке доступен по ссылке http://www.theglobalfund.org/documents/rounds/9/notapproved/9SubCCMRUST_1909_0_Full.pdf

⁴⁷ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

- Отсутствие диагностики резистентной, мультирезистентной, латентной и внелегочных форм туберкулеза (невозможность пройти один, несколько или все виды углубленной диагностики туберкулеза была зафиксирована в 12-ти из 21 города исследования).

- **Отсутствие взаимодействия противотуберкулезных служб и служб противодействия ВИЧ/СПИДу**

Интегрированный подход в лечении взаимосвязанных инфекций ВИЧ и туберкулеза является одной из ключевых стратегий в предотвращении смертности ВИЧ-позитивных людей от туберкулеза. Тем не менее вследствие фрагментации российской системы здравоохранения люди с сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулеза часто не могут получить интегрированную помощь. По данным пациентского мониторинга СИМОНА+ за 2007-2008 гг., только в 7-ми из 21 города исследования в лечебных учреждениях имелись специализированные отделения или палаты для людей с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ; СПИД-центры редко имели в своем штате фтизиатра; а в 4-х городах исследования из 21-го ВИЧ-позитивных пациенты противотуберкулезных больниц не могли получить АРВ терапию⁴⁸.

- **Дефицит бесплатных препаратов для лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.**

Если курс лечения обычного туберкулеза в России обходится в 150 тысяч рублей, то лекарственно-устойчивого (препаратами второго ряда)- от 500 тысяч рублей⁴⁹, при том, что только определенные препараты второго ряда (резервные препараты) покупаются за счет средств федерального бюджета. В 2008-2009 гг. в ряде регионов России наблюдался дефицит резервных препаратов второго ряда. По данным пациентского мониторинга «СИМОНА+», в 2008 г. резервных препаратов второго ряда не было, по крайней мере, в 6-ти из 21 города, где проводилось исследование⁵⁰. В 2009 г. препараты второго ряда были закуплены из федерального бюджета в расчете на шестимесячный срок лечения при длительности курса лечения 18 месяцев⁵¹. В результате, например, в Санкт-Петербурге, где в 2008-2009 гг. наблюдалось двукратное увеличение случаев ВИЧ/ТБ и четверть всех случаев туберкулеза представляют ТБ-МЛУ, в 2009 г. имелось в наличии только два бесплатных курса лечения препаратами второй линии⁵². Ограниченный доступ к препаратам второго ряда, учитывая их дороговизну, по оценкам специалистов, может привести к возрастанию случаев туберкулеза с широкой лекарственной

⁴⁸ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

⁴⁹ По материалам выступления А.С. Кузнецовой на расширенном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями на тему: «Комплексный подход к противодействию распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Российской Федерации», 15 апреля 2010 года, <http://duma.hivpolicy.ru/events/15.04.10/77>

⁵⁰ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

⁵¹ По материалам выступления А.С. Кузнецовой на расширенном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями на тему: «Комплексный подход к противодействию распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Российской Федерации», 15 апреля 2010 года, <http://duma.hivpolicy.ru/events/15.04.10/77>

⁵² Marina Smelyansky, "Recommendations on Improving Access to TB an TB/HIV Co-Infection Treatment among Intravenous Drug Users in Eastern Europe and Central Asia." Capstone paper. Hunter College, New York, 2010.

устойчивостью, что, в свою очередь, непосредственно скажется на дальнейшей росте смертности от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в России.

- **Отсутствие программ поддержки пациентов с ТБ, включая отсутствие наркологической помощи в противотуберкулезных диспансерах.**

По многочисленным свидетельствам СПИД-сервисных организаций, подавляющее количество людей, прекративших лечение от туберкулеза, – это потребители наркотиков, многие из которых инфицированы ВИЧ (по оценкам специалистов, 70% людей с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ в России имеют опыт употребления наркотиков⁵³). Тем не менее, в российских противотуберкулезных диспансерах, как правило, невозможно получить базовую наркологическую помощь - то есть услуги детоксикации и реабилитации. Так, по данным пациентского мониторинга СИМОНА+, только в 3-х из 21 города исследования фтизиатрические больницы предоставляли услуги врача-нарколога⁵⁴. Заместительная терапия, которая во многих странах является основной мерой обеспечения приверженности лечению при ВИЧ и ТБ для людей, зависимых от опиатов, законодательно запрещена в России. При этом даже препараты-агонисты, такие как трамадол, которые входят в российские стандарты наркологического лечения, не предоставляются пациентам туберкулезных диспансеров.

Лечение туберкулеза в России практически повсеместно проводится в стационарных условиях. Чтобы избежать наступления тяжелых проявлений абстинентного синдрома, большое количество наркозависимых пациентов вынужденно покидает противотуберкулезный стационар в процессе лечения. Таких пациентов, включая даже больных с открытой формой туберкулеза, часто «наказывают» преждевременной выпиской за нарушение больничного режима: Это провоцирует развитие лекарственно-устойчивого туберкулеза и непреднамеренное инфицирование членов семей таких пациентов. При этом пациенты с открытой формой туберкулеза, как правило, не подлежат пребыванию ни в наркологических больницах, ни в стационарах для ВИЧ-инфицированных людей.

Таким образом, сочетанная инфекция ВИЧ и ТБ для наркозависимых пациентов в России на практике оборачивается невозможностью получения медицинской помощи, высокими шансами развития тяжелых форм туберкулеза, что на стадии СПИДа приводит к летальному исходу от туберкулеза - как правило, полностью излечимой болезни. Официальная статистика по этой проблеме недоступна, однако барьеры доступа наркозависимых людей к лечению ВИЧ и ТБ задокументированы российскими СПИД-сервисными и правозащитными организациями⁵⁵.

⁵³ Н. В. Герасимова, выступление на расширенном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями на тему: «Комплексный подход к противодействию распространения ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Российской Федерации», 15 апреля 2010 года, <http://duma.hivpolicy.ru/events/15.04.10/77>

⁵⁴ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

⁵⁵ См., например, публикации на сайте Фонда содействия защите здоровья и социальной справедливости имени Андрея Рылькова: «Кризис предоставления лечения туберкулеза ЛЖВ Екатеринбурга», <http://rylkov-fond.ru/blog/health-care/health-caretb/ekat-crisis/>), истории пациентов из рубрики «Личные свидетельства»: «Тая», «Костя Пролетарский. Лечение ВИЧ, ТБ, наркозависимости и соблюдение достоинства в местах лишения свободы», <http://rylkov-fond.ru/blog/category/lichnye-svidetelstva/>.

При этом стратегии поддержки больных туберкулезом, в том числе, зависимых от наркотиков, в России или не используются или используются не в достаточных масштабах. Как уже указывалось выше, в силу законодательного запрета невозможно использовать заместительную терапию для поддержки пациентов, зависимых от опиоидов. Возможности амбулаторного лечения туберкулеза в России ограничены, а контролируемое амбулаторное лечение туберкулеза по системе ДОТС, рекомендованное ВОЗ, практически, недоступно. Программа социальной поддержки для 140 тысяч пациентов, инфицированных туберкулезом, успешно реализованная Фондом Российское здравоохранения по 4 Раунду гранта ГФ, пока не стала стандартом поддержки приверженности лечению для российских пациентов с сочетанной инфекцией.

Таким образом, на взгляд представителей гражданского общества, в лечении людей с сочетанной инфекцией ВИЧ и туберкулеза сложилась очень тревожная ситуация, при которой, с одной стороны, ограничен доступ к диагностике и бесплатному лечению, а с другой – сама организация противотуберкулезного лечения не приспособлена к лечению пациентов с коинфекциями и зависимостью от наркотиков. При консервировании сегодняшней системы будет неуклонно увеличиваться заболеваемость и смертность от лекарственно-устойчивого туберкулеза.

3. Доступ к лечению вирусного гепатита С

Министерство здравоохранения официально признало, что в России началась эпидемия вирусного гепатита В и С в 2002 году. На тот момент в России насчитывалось порядка 7 миллионов больных⁵⁶. На сегодняшний день, по экспертным оценкам, только носителей вирусного гепатита С в России насчитывается от 5 до 7 миллионов человек⁵⁷ (официальная статистика по гепатиту С отсутствует). Особо высокой является распространенность гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков - группы, которая также является наиболее пораженной ВИЧ-инфекцией в России. Так, по данным исследования распространенности ВИЧ и поведенческих рисков в 4-х российских городах в 2008-2009 гг., распространенность гепатита С среди ПИН составляла 70-85%⁵⁸.

Особенностью эпидемии вирусных гепатитов в России является то, что наиболее распространенным на территории РФ является вирусный гепатит С генотипа 1 (подтип 1в) который хуже других поддается лечению современными препаратами (то есть комбинированной терапией пегилированным интерфероном и рибавирином) и требует большей длительности лечения - 48 недель, тогда как генотипы 2 и 3 требуют только 24 недели. Наличие генотипа 1 также создает больше неудобств при определении дозы рибавирина: если пациентам с генотипом 2 и 3 дают 800 мг рибавирина в день, то доза рибавирина при генотипе 1 зависит от массы тела пациента⁵⁹.

Согласно информации, предоставленной в Национальном докладе, хронические вирусные гепатиты В и С диагностированы у 49,1% больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на диспансерном учете; среди причин смерти ЛЖВ, не относящихся к критериям СПИДа, терминальная стадия хронических вирусных поражений печени вследствие инфицирования вирусами гепатитами В и С составляла 15,7% в 2009 году. Однако в Национальном докладе отсутствуют данные о количестве ВИЧ-инфицированных людей, нуждающихся в лечении гепатитов. Данный пробел в официальной статистике, несомненно, связан с проблемой отсутствия протоколов для лечения людей с ВИЧ и инфицированных вирусными гепатитами в России: отсутствие однозначных показателей для начала лечения не позволяет рассчитать количество нуждающихся в лечении вирусных гепатитов при ВИЧ-инфекции.

Гепатит не просто является наиболее распространенной коинфекцией у людей, живущих с ВИЧ в России, но, что самое главное, крайне ограничивает возможность безопасного назначения АРВ препаратов для ЛЖВ, что в условиях перебоев с лечением, когда врачи вынуждены назначать гепатотоксичные препараты, является прямой угрозой жизни и здоровью людей, живущих с ВИЧ.

⁵⁶ И. Колесникова. В России эпидемия гепатита // GZT.RU, 19 ноября 2002 г. <http://www.gzt.ru/topnews/health/-v-rossii---epidemiya-gepatita-/21174.html>

⁵⁷ По информации, обнародованной В. Покровским, руководителем Федерального центра СПИД, на пресс-конференции, приуроченной к Международному дню борьбы с гепатитом, 18 мая 2010 г. в Москве: См. М. Алексеев. Гепатит – это надолго//Медновости, 18 мая 2010 г., <http://medportal.ru/mednovosti/main/2010/05/19/hepday/>

⁵⁸ Результаты исследования распространенности ВИЧ-инфекции и поведенческих рисков в группе потребителей инъекционных наркотиков «Вега» в Воронеже, Набережных Челнах, Иркутске и Челябинске// ВОЗ, Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИД, РОО социальных проектов «Стеллит», Москва, 2010.

⁵⁹ http://www.hcv.ru/information/facts/htm/diag_genotip.html

В то же самое время, доступность лечения вирусного гепатита С в России остается на невероятно низком уровне. В таблице ниже приведены сравнительные данные о количестве закупленных в России курсов препаратов лечения гепатита за 2008-2009 гг.⁶⁰:

ВСЕГО Курсов	2009		2008	
	24 недели	48 недель	24 недели	48 недель
Пегинтерферонов	5847	2923	3107	1553
Интерферонов	565	283	415	207
Рибавирин (расчет из средней дозировки 800мг)	7168	3584	4900	2450

Как видно из таблицы, было закуплено несопоставимо малое количество препаратов для лечения гепатита С, при том, что затраченный на эти цели бюджет вырос в 2009 г. по сравнению с 2008 годом на 59%. При этом в 2009 году было закуплено на 89% больше курсов пегинтерферонов и на 36% больше курсов интерферонов, чем в 2008 году.

Столь небольшое количество закупаемых препаратов связано с рядом факторов. Первый – дороговизна лечения. В таблице ниже приведен расчет фактической стоимости курсов препаратов в 2008-2009 годах. Указывается стоимость только пегилированных интерферонов, поскольку их закупается гораздо больше, чем интерферонов обычных, а также, поскольку именно пегилированные формы назначают ЛЖВ для лечения гепатита С.

Вторая причина – на закупку лечения гепатитов не существует отдельных ассигнований федерального бюджета. В Приоритетном национальном проекте "Здоровье", который начался в 2005 году, изначально была заложена статья, по которой и диагностические средства, и противовирусные препараты для лечения ВИЧ-инфекции и гепатитов закупаются за счет федерального бюджета. На практике это означает, что в одной строке расходов находятся и тесты на ВИЧ и гепатиты, и вакцина от гепатита В, и препараты для лечения гепатита В и С. А если посмотреть хронологический порядок прохождения аукционов, то чаще всего сперва закупаются АРВ-препараты и тест-системы. Потом вакцины против гепатита В. И лишь в конце на оставшиеся и сэкономленные за счет проведения аукционов средства закупают препараты для лечения гепатита С. При этом государство не ведет работу по снижению цен на противовирусные препараты для лечения гепатита С.

⁶⁰ Анализ проведен Международной коалицией по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии на основании «Протокола рассмотрения заявок на участие в открытом аукционе...№ 090703/002775/71 от 03.07.2009 г.» и не учитывает результатов дополнительного аукциона, № 091005/002775/96 от 05.10.2009 г., на котором были закуплены дополнительные препараты. Дополнительный аукцион, однако, не сыграл значительной роли в количестве закупленных препаратов, поскольку на закупку пегинтерферонов по этому аукциону было ассигновано не более 218 миллионов рублей, что дало еще максимум 1000 курсов пегинтерферонов при длительности лечения 24 недели (500 при 48 неделях). А на закупку «коротких» интерферонов было выделено чуть больше 3 млн. 800 тыс рублей, что дало не более 100 (50) дополнительных курсов.

Наименование препарата	Цена одного курса, руб.			
	2008		2009	
	24 недели	48 недель	24 недели	48 недель
Пегинтерферон альфа -2а для парентерального введения 0,18 мг	306 733	613 465	259 442	518 884
Пегинтерферон альфа -2b для парентерального введения 0,1 мг	230 289	460 578	193 656	387 926
Пегинтерферон альфа -2b для парентерального введения 0,12 мг	230 364	460 727	193 657	387 315
Пегинтерферон альфа -2b для парентерального введения 0,15 мг	231 192	462 384	194 624	389 248
Пегинтерферон альфа -2b для парентерального введения 50 мкг	230 542	461 084	193 838	387 675
Пегинтерферон альфа -2b для парентерального введения 80 мкг	229 351	460 886	193 796	387 591
Рибавирин капсулы 200 мг	25 281	50 561	19 555	39 110
Рибавирин таблетки 200 мг	16 262	32 525	13 306	26 611

Общего количества закупленных препаратов при длительности лечения в 48 недель (для генотипа 1В, наиболее распространенного в России), хватило в 2009 году лишь не более чем на **5** тысяч человек.

Доступ уязвимых групп к профилактике и поддержке при ВИЧ

Консорциум некоммерческих организаций привлекает внимание к серьезности сложившейся ситуации, когда прямо сейчас прекращается работа десятков профилактических проектов в российских регионах, оставляя без необходимой помощи сотни тысяч россиян из числа самых уязвимых социальных групп. Еще через несколько месяцев подойдет очередь закрытия российских проектов, финансируемых в рамках других раундов Глобального Фонда. При отсутствии немедленной реакции на такое развитие событий, очень скоро будет утеряна существенная часть достижений в борьбе с ВИЧ/СПИД в России, что неизбежно приведет к ухудшению эпидемиологической ситуации и новым человеческим страданиям, которые можно было бы предотвратить.

Из открытого письма Консорциума некоммерческих организаций к власти в связи с закрытием программы ГЛОБУС. 17 сентября 2009 г.

В данном разделе мы бы хотели остановиться на ситуации с доступом групп, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции, к программам профилактики и поддержки при ВИЧ. В Национальном докладе выделяется пять таких групп: потребители инъекционных наркотиков (ПИН), коммерческие секс-работники (КСР), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ), заключенные и мигранты.

Несомненно, что самым очевидным препятствием доступа к программам профилактики и поддержки для уязвимых групп является недостаточное количество этих программ – то есть неудовлетворительный охват уязвимых групп, а в случае России наблюдается еще и тенденция неуклонного сокращения профилактических программ для уязвимых групп, начиная с 2009 года.

Это подтверждается и официальными данными. По информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в 2008 году в Российской Федерации осуществлялось более 400 различных профилактических проектов, финансируемых из средств государства и международных источников; из общего числа проектов 45% были направлены на профилактику ВИЧ среди уязвимых групп и 55% – на оказание различных видов помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, включая поддержку приверженности и паллиативную помощь⁶¹. Распределение проектов профилактики в уязвимых группах в 2008-2009 гг. приводится в Национальном докладе (раздел «Проекты по профилактике в группах риска», стр. 43-47): в 2009 г. в России было реализовано 47 проектов профилактики ВИЧ среди КСР (из них 17 за счет средств Приоритетного национального проекта «Здоровье», остальные – за счет средств 3,4,5 раундов ГФ), 76 проектов среди ПИН (только за счет средств 3, 4, 5 раундов ГФ), в 2008-2009

⁶¹ А.Т. Голиусов. О реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения "Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ" в 2008 г. <http://hivpolicy.net/publications/index.php?id=469>

гг. - 26 проектов профилактики среди MSM (3,4 раунды ГФ), 17 проектов среди заключенных и 41 проект среди мигрантов⁶².

Показательно, что проекты профилактики ВИЧ среди уязвимых групп, осуществленные в России, продемонстрировали значительный потенциал воздействия на эпидемиологическую ситуацию с ВИЧ-инфекцией при малых финансовых затратах (по сравнению с лечебными проектами). Так, например, исследование, проведенное среди около 5,500 ПИН и КСР (клиентов и не-клиентов профилактических программ) в 10 городах ГЛОБУСА в 2006-2008 годах, показало достоверное снижение распространенности рискованных поведенческих практик среди клиентов программ профилактики. Более того, данное исследование продемонстрировало достоверное почти двукратное снижение риска инфицирования ВИЧ-инфекцией среди участников проектов снижения вреда. В результате, в 2006-2008 годах темпы прироста новых случаев в регионах ГЛОБУСА были меньше, чем по стране, а в 2008 г. темпы кумулятивного прироста новых случаев по ГЛОБУСУ были более чем в два раза ниже, чем в среднем по России⁶³. В другом исследовании было определено, что реализация профилактических программ ГЛОБУСа в течение 4-х лет позволила предотвратить, в среднем, на регион 3,672 случая ВИЧ-инфекции, а коэффициент эффективности ГЛОБУСа составляет 57-85 рублей на каждый вложенный в проект рубль⁶⁴.

Однако с уходом Глобального Фонда из России, то есть, начиная с сентября 2009 г., ситуация начала меняться в худшую сторону, количество профилактических и лечебных программ для уязвимых групп значительно сократилось. В сентябре 2009 г. в связи с завершением программы ГЛОБУС по 3 Раунду гранта ГФ остановили свою работу 33 проекта профилактики среди уязвимых групп (22 проекта среди ПИН и 11 проектов среди КСР) в 10 российских регионах. Только благодаря беспрецедентному решению ГФ о частичном продолжении ГЛОБУСА, которое член Межфракционной депутатской группы по ВИЧ М. Гришанков назвал «позором» для государства, не нашедшего финансирования на профилактику в уязвимых группах, в 2010 г. возобновили работу 18 проектов снижения вреда для ПИН, а также начали действовать 4 проекта профилактики ВИЧ среди трудовых мигрантов. Тем не менее, финансирование ГФ на продление ГЛОБУСА рассчитано только до 2012 года.

31 августа 2010 г. прекратили работу 42 проекта по профилактике ВИЧ среди уязвимых групп по программе 4 Раунда ГФ, которую осуществлял Фонд «Российское здравоохранение»: 19 проектов снижения вреда среди ПИН, 18 проектов среди КСР и 5 проектов среди MSM.

⁶² Данные по источникам финансирования профилактических проектов для мигрантов и заключенных в тексте Национального доклада отсутствуют.

⁶³ К.М. Ерошина. Роль проектов профилактики ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в снижении темпов распространения ВИЧ-инфекции в регионах проекта ГЛОБУС//Информационный бюллетень «Профилактика ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп в РФ: обзор регионального опыта». Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, номер 6(1), июль 2009.

⁶⁴ С. Плавинский. Оценка эффективности проекта ГЛОБУС. Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, «Круглый Стол» №1, 2008 / Ссылка по презентации П. Аксенова «Программы снижения вреда: Экономический аспект», Третья Конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии, Москва, 29 октября 2009 г.

В 2011 г. прекратят работу 33 программы снижения вреда среди ПИН, поддерживаемые Глобальным Фондом по 5 Раунду финансирования, а в 2012 году - последние 22 программы, которые были продолжены по ГЛОБУСУ.

При этом из государственного бюджета 2010 г. на профилактику ВИЧ в уязвимых группах не было выделено никакого финансирования – в соответствии с курсом Минздравсоцразвития на приоритет первичной профилактики ВИЧ среди основного населения.

Таким образом, высокий охват тестированием уязвимых групп в 2008-2009 гг. по сравнению с основным населением, как демонстрируется в Национальном докладе, не сопровождался соответствующим ростом программ профилактики и поддержки приверженностью лечению, специально нацеленных для данных групп. Так, по данным Национального доклада, программами профилактики было охвачено только 22% КСР (2008 г.) и еще меньше ПИН -13,6% (2009 г.). Закономерно, что в 2009 г. эпидемия росла во всех уязвимых группах. Так, например, по данным ЮНЭЙДС, в 2009 году доля ВИЧ-инфицированных среди потребителей наркотиков в России составила 16 процентов по сравнению с 12 процентами в 2006 году, тогда как в странах Западной Европы благодаря профилактической работе распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков составляет менее 1 процента⁶⁵.

Тем не менее, недостаточный охват не является единственным барьером доступа уязвимых групп к профилактике и поддержке при ВИЧ. В Национальном докладе не отражены препятствия более системного характера, которые ограничивают доступ уязвимых групп к социально-медицинскому сервису в области ВИЧ в России даже при наличии программ профилактики и поддержки для этих групп. Ниже мы бы особо хотели остановиться на специфических препятствиях в доступе к профилактике и поддержке для ПИН как группы, наиболее пораженной ВИЧ и которая продолжает давать наибольшее число новых инфекций, а также в связи с тем, что все ключевые проблемы доступа к профилактике и лечению для ПИН, живущих с ВИЧ и ко-инфекциями, отмеченные в еще в Альтернативном отчете гражданского общества от 2008 г., сохранили свою актуальность, а некоторые даже усугубились.

- **Программы снижения вреда продолжают работать в ситуации правовой неопределенности.** Отсутствие четкой позиции государства в отношении программ снижения вреда было выделено в числе приоритетных проблем в области профилактики ВИЧ в России еще в Альтернативном докладе гражданского общества 2008 года. На 2010 г. программы снижения вреда продолжали работать в ситуации правового вакуума: нет законодательного запрета на обмен инъекционного инструментария в России, но до сих пор не утвержден и административный регламент работы программ, что на практике позволяет органам ФСКН ограничивать или даже запрещать работу программ в некоторых регионах. В ноябре 2009 г. ФСКН предприняло попытку еще больше ограничить статус программ снижения вреда, включив положение «о необходимости принятия мер по недопущению реализации программ снижения вреда» в проект Стратегии государственной антинаркотической политики

⁶⁵ООН призывает усилить меры по борьбе со СПИДом в России // АМИ-ТАСС, 8 июля 2010 г. <http://www.ami-tass.ru/article/66691/18>

Российской Федерации до 2020 года⁶⁶. Однако благодаря активной позиции представителей гражданского общества⁶⁷ это положение было исключено из окончательного текста документа. Учитывая, что стоимость лечения ВИЧ в сотни раз превышает затраты на профилактическую работу среди ПИН, осуществляемую программами снижения вреда, недальновидная политика по дискредитации программ снижения вреда будет приводить к значительному увеличению бремени финансовых расходов российского государства на лечение в ближайшем будущем.

- **Заместительная терапия запрещена, качественная реабилитация недоступна. Отсутствие полноценной наркологической помощи в России подстегивает эпидемию ВИЧ.** При одном из самых высоких в мире уровней распространенности зависимости от опиоидов в России (1,64% среди населения в возрасте 15 -64 лет⁶⁸), заместительная терапия (ЗТ), которую ООН рекомендует как необходимую меру профилактики и лечения ВИЧ, законодательно запрещена. Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г., утвержденная Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г., включает тезис о «недопущении применения в Российской Федерации заместительных методов лечения наркомании»⁶⁹. Законодательный запрет сопровождается риторикой российских властей, включая представителей ФСКН, Минздравсоцразвития и МИДа, о «продавливании» ЗТ в России со стороны «мирового нарколиберального лобби»⁷⁰.

При этом, в России отсутствует полноценная наркологическая помощь. Неоправданно высоки барьеры доступа к детоксикации, для бесплатного прохождения которой требуют наличие паспорта и постановки пациента на наркологический учет. Кроме того, условием прохождения детоксикации часто является наличие справок о результатах анализов, которые надо сдавать в различных медицинских учреждениях, и это создает большие неудобства для наркозависимых. В отчете о первой фазе пациентского мониторинга СИМОНА+ требование предварительной сдачи одного или нескольких анализов было зафиксировано в 6-ти из 21 города исследования; в список анализов, как правило, входило тестирование на ВИЧ, гепатиты, и справка о флюорографии, но в одном городе также требовались результаты анализов на сифилис и даже сведения о прививке от дифтерии⁷¹.

Доступ ПИН к качественной и бесплатной реабилитации ограничен. По данным директора ФСКН РФ Виктора Иванова, на 2010 г. в России действовало всего три федеральных государственных реабилитационных центра, 27 стационарных наркологических

⁶⁶ Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.

<http://stratgap.ru/pages/strategy/index.shtml>

⁶⁷ Эта кампания включала как письма от российских и международных организаций, так и комментарии активистов для авторов Концепции через публичное обсуждение Концепции в Интернете.

⁶⁸ World Drug Report 2009, <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>

⁶⁹ Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 г.

<http://stratgap.ru/pages/strategy/index.shtml>

⁷⁰ Из заявлений официальных лиц, сделанных в 2010 году, см., например: ФСКН не позволит навязать России метадонную терапию//

Медновости, 30 июня 2010 г., <http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/06/30/metherapy/>;

МИД осудил давление "нарколиберального лобби" на Россию// Медновости, 19 июля 2010 г.,

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/07/19/lobby/>;

В России ВИЧ-инфицированных наркоманов не будут лечить метадонном// Медновости, 3 сентября 2010 г.,

<http://medportal.ru/mednovosti/news/2010/09/03/methru/>

⁷¹ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009.

<http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

реабилитационных отделений и около 50 государственных реабилитационных центров, финансируемых из бюджетов субъектов РФ⁷². При этом в стране работают также сотни коммерческих реабилитационных центров, однако платное лечение наркозависимости многим пациентам не по карману.

Вместе с тем, методы работы таких центров, равно как и эффективность работы каждого из них, включая государственные, невозможно оценить, поскольку отсутствует законодательная база, регламентирующая работу подобных учреждений. На практике это приводит к тому, что в стране наряду с высокоэффективными и прогрессивными реабилитационными центрами, такими как «Дом надежды на горе» (Санкт-Петербург) и «Возвращение» (Санкт-Петербург)⁷³, работают структуры, использующие откровенно неправомерные и бесчеловечные подходы, нарушающие права человека, такие как «Город без наркотиков»⁷⁴.

Отсутствие полноценной наркологической помощи негативно сказывается на приверженности ВИЧ-позитивных наркозависимых людей к АРВ терапии и вкпе с недостаточностью программ снижения вреда способствует росту эпидемий ВИЧ и вирусных гепатитов через рискованные инъекционные практики.

- **Российская система здравоохранения не приспособлена под нужды наркозависимых, инфицированных ВИЧ и ТБ.**

Наркозависимые люди не в состоянии на протяжении длительного времени принимать медицинскую помощь в стационарах вследствие наступления абстинентного синдрома. В туберкулезных больницах и стационарах СПИД-центров часто нет штатных наркологов, а в наркологических стационарах – инфекциониста. В результате, как показал в 2009 г. отчет о первой фазе пациентского мониторинга СИМОНА+, в наркологических клиниках часто невозможно получить АРВ-терапию, а туберкулезные диспансеры и стационары СПИД-центров наркозависимые покидают, не долечиваясь или их выписывают за нарушение больничного режима. Это способствует выработке резистентности и увеличению смертности от туберкулеза для людей, зависимых от наркотиков и живущих с ВИЧ⁷⁵.

- **Дискриминация и стигматизация ПИН подстегивает эпидемию.**

Вследствие возможного преследования со стороны милиции ПИН боятся пользоваться услугами проектов снижения вреда, при этом аптеки зачастую отказываются продавать потребителям наркотиков шприцы. Страх последствий наркологического учета (в первую очередь – повышенное внимание со стороны правоохранительных органов) сказывается на нежелании ПИН обращаться за получением наркологического лечения и медицинской

⁷² Глава ФСКН: в РФ слишком мало центров для реабилитации наркозависимых // РИА Новости, 24 сентября 2010 г.

<http://www.rian.ru/society/20100924/278766460.html>

⁷³ <http://gov.spb.ru/today?newsid=4125>

⁷⁴ У. Скойбеда. Концлагерь назывался «Город без наркотиков?» // Комсомольская правда, 24 ноября 2003 г.,

<http://www.kp.ru/daily/23163/24885/>

⁷⁵ Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009.

<http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>

помощи⁷⁶, таким образом, наркологическое лечение перестает выполнять функцию профилактики ВИЧ. В случае передозировок, на долю которых приходится 15% смертей ВИЧ-инфицированных людей по причинам, не относящимся к критериям СПИДа, «скорая помощь» иногда отказывается приезжать по вызову, а иногда приезжает вместе с милицией. Так, по данным исследования Всероссийской сети снижения вреда, в ходе которого было опрошено более 300 ПИН из трех российских городов, «скорая помощь» приезжала по сообщению о передозировке в 92% случаев, но в каждом пятом случае врачи приезжали вместе с сотрудниками правоохранительных органов⁷⁷.

Особенно уязвимы женщины ПИН. Как показали недавние исследования⁷⁸, женщины-ПИН чаще подвержены риску инфицирования ВИЧ вследствие проведения инъекций совместным инструментарием после своего партнера, менее склонны к использованию программ снижения вреда вследствие ограничений, налагаемых на них партнером или занятости, связанной с семьей. При беременности наркологическая помощь этим женщинам, практически, не предоставляется: на реабилитацию их не берут, детоксикация для них опасна угрозой выкидыша, а заместительная терапия, которая во всех развитых странах предоставляется при ведении беременных женщин, зависимых от опиатов, в России находится под запретом. Постановка на наркологический учет может обернуться для женщины-ПИН лишением родительских прав, они также подвергаются жесткому порицанию со стороны медперсонала в родильных домах. В ситуации отсутствия полноценной наркологической помощи, доступа к программам профилактики и поддержки, ориентированных на женщин ПИН, а также широко распространенной стигмы повышается риск инфицирования ВИЧ для этой группы. Тем не менее, при наличии, примерно, 40-50% женщин среди потребителей наркотиков в России⁷⁹, в стране действует всего 5 программ повышения доступа женщин-ПИН к услугам профилактики и поддержки при ВИЧ, и все они финансируются из международных источников⁸⁰.

- **Охват ПИН АРВ терапией остается минимальным, несмотря на то, что ПИН составляют значительное большинство всех случаев ВИЧ-инфекции в России.**

В Национальном докладе приводятся данные различных эпидрасследований о распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, сообщается о результатах тестирования данной группы на ВИЧ с 1995 по 2009. Однако отсутствуют принципиально важные данные об охвате ПИН – самой пораженной ВИЧ-инфекцией группы в России - АРВ терапией. Между тем, по данным, опубликованным в журнале *Lancet*, в 2008 году доля ПИН среди всех российских пациентов, получающих АРВ терапию, составляла всего 20-30%, несмотря

⁷⁶ Л. Левинсон, М. Торбан. Наркоучет: по закону или по инструкции? Регулирование регистрации потребителей наркотиков в Российской Федерации. Москва, 2009.

⁷⁷ Распространенность и обстоятельства передозировок инъекционными наркотиками. Отчет о проведенном исследовании. Всероссийская сеть снижения вреда, Москва, 2009.

⁷⁸ А. Мейлахс и П. Мейлахс. Женщины, употребление наркотиков и снижение вреда в Грузии, России и Украине. (Исследование российского случая на примере Санкт-Петербурга). Центр независимых социологических исследований при участии Благотворительного фонда «Гуманитарное действие». Санкт-Петербург, 2008; Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine. Open Society Institute, 2009.

⁷⁹ По данным ФСКН за 2008 год, см. ФСКН: женщины составляют почти половину российских наркоманов // NEWSru.com, 8 марта 2008 г., <http://palm.newsru.com/russia/08mar2008/nark.html>

⁸⁰ По данным Евразийской сети снижения вреда.

на то, что в 2008 г. ПИН составляли 83% от всех случаев ВИЧ в России⁸¹. Во многом такая ситуация связана с так называемой «мягкой» дискриминацией ПИН со стороны медицинских работников, особенно в условиях перебоев, когда ПИН становятся первыми кандидатами на ограничения в доступе к терапии. При СПИД-центрах до сих пор действуют комиссии, которые определяют потенциальную приверженность пациентов к лечению, наличие таких комиссий было задокументировано двумя этапами пациентского мониторинга СИМОНА+⁸². В то время как данные комиссии иногда выполняют роль медицинских консилиумов, пациентам там могут задать вопросы, не имеющие отношения к медицине – например, о семье, работе или жилплощади. В результате, ПИН зачастую отказывают в АРВ терапии на основании факторов, не имеющих отношения к состоянию их здоровья и способности принимать терапию.

Таким образом, с точки зрения представителей гражданского общества достижение одной из национальных целей универсального доступа в России по охвату 30% ПИН программами профилактики в контексте реальной ситуации не представляется выполнимой. Основными провалами в профилактике ВИЧ среди ПИН являются: маргинализация программ снижения вреда, отсутствие комплексной наркологической помощи и законодательный запрет на заместительную терапию, отсутствие интегрированной помощи для ПИН с ВИЧ и ТБ, а также стигма и дискриминация ПИН со стороны медицинского персонала и правоохранительных органов.

⁸¹ D. Wolfe, M. P. Carrieri, D. Shapard. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward // The Lancet, July 2010. P.50.

⁸² Точка невозврата: Мониторинг и оценка услуг государственного здравоохранения сообществом пациентов. Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ/СПИДа на территории Восточной Европы и Центральной Азии, 2009. <http://hivpolicy.ru/publications/index.php?id=593>; Евгения Марон. Мониторинг услуг здравоохранения в сфере лечения ВИЧ/СПИДа и наркозависимости. – Презентация на Партнерском форуме ЮНЭЙДС, 7 июля 2010 г., Москва

Дискриминация и стигма в отношении ВИЧ-позитивных людей

У нас в стране более 50 частных компаний радио-, телекомпаний и СМИ объединились в медиапартнерство для информирования населения о ВИЧ/СПИДе. Не участвуют в этом процессе только государственные компании, которые как раз обладают тотальной возможностью разъяснять и доносить до людей необходимую информацию о путях заражения и профилактических мерах.

В.М.Зубов, член Комитета Государственной Думы по экономической политике и предпринимательству, 20 марта 2009 г.

В Национальном докладе России дискриминация в отношении людей, живущих с ВИЧ, не выделена в качестве основной проблемы в противодействии эпидемии ВИЧ в России. Между тем, ВИЧ-активисты и представители сообществ людей, затронутых эпидемией, отмечают, что дискриминация и стигматизация ВИЧ-позитивных людей в России представляет серьезную проблему: нарушает гражданские и социальные права людей с ВИЧ, является препятствием в доступе к лечению и профилактике, негативно влияет на качество жизни.

- **Сохраняются нормы законодательства, которые ущемляют права ВИЧ-инфицированных людей.**

В России до по-прежнему сохраняется запрет на усыновление ребенка из детского дома и оформления опеки над ребенком для людей, живущих с ВИЧ, в соответствии с устаревшим Приказом Минздрава СССР №40 от 31.01.91 г. Согласно Федеральному закону о ВИЧ, права ВИЧ-инфицированных могут быть ограничены только федеральным законом, то есть приказ Минздрава, который является подзаконным актом, должен иметь меньшую юридическую силу, чем федеральный закон. Однако на практике органы опеки и попечительства руководствуются устаревшим приказом Минздрава. Тем не менее, в марте 2010 г. в Казани был выигран иск ВИЧ-позитивной женщины, которая добилась права стать официальным опекуном своего младшего брата⁸³. Это судебное дело вызвало большой резонанс среди сообществ людей, живущих с ВИЧ. Эксперты надеются, что решение суда по этому делу станет прецедентным и изменит неправомерную практику, ущемляющую права ВИЧ-позитивных людей и детей-сирот.

⁸³ Светлана Изамбаева, известная ВИЧ-активистка, выиграла иск у администрации г. Чебоксар в связи с незаконным отказом органа опеки и попечительства назначить ее опекуном ее младшего брата из-за ее положительного ВИЧ-статуса. Это повлекло вынужденное нахождение ребенка в детском доме с кражей его вещей, появлением вшей и избиением. В исковом заявлении Светлана Изамбаева отметила, что ей потребовался целый год, чтобы довести до сведения чиновников различных уровней, что ВИЧ-инфекция не может быть основанием для отказа в оформлении опеки и необходимо учитывать интересы ребенка, который неоднократно говорил о том, что хочет жить со своей родной сестрой, а не с чужими людьми в детском доме. Более подробная информация - см. 11-летний Саша Изамбаев рассказал судье, что такое ВИЧ и как он передается // Права человека в России, 9 сентября 2010 г., <http://www.hro.org/node/8972>

Закон по-прежнему дискриминирует ВИЧ-позитивных иностранцев. Для получения визы на въезд в РФ на срок свыше трех месяцев требуется сертификат об отсутствии ВИЧ (статья 10 ФЗ о ВИЧ-инфекции); в дополнении, согласно Федеральному закону от 2002 г. «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» (статьи 6, 7, 9 13, 18), иностранцы, не представившие сертификат об отсутствии у них ВИЧ-инфекции, не могут получить разрешение на временное проживание и вид на жительство. Более того, в случае выявления у иностранцев ВИЧ они подлежат обязательной и безоговорочная депортации из РФ (статья 11 ФЗ о ВИЧ).

Однако наметились и некоторые позитивные тенденции в правовом положении иностранцев с ВИЧ. Так, в определении Конституционного Суда России от 12 мая 2006 г. № 155-О по жалобе гражданина Украины Х., подготовленной Институтом прав человека, было заявлено, что правоприменительными органами и судами – «исходя из гуманитарных соображений» – должны учитываться «семейное положение, состояние здоровья ВИЧ-инфицированного иностранного гражданина или лица без гражданства (в том числе клиническая стадия заболевания) и иные исключительные, заслуживающие внимания обстоятельства при решении вопроса о том, является ли необходимой депортация данного лица из Российской Федерации, а также при решении вопроса о его временном проживании на территории Российской Федерации»⁸⁴. В дополнении, 3 сентября 2010 г. Комитет Думы по вопросам семьи, женщин и детей внес законопроект, который снимает запрет на пребывание и трудоустройство в РФ ВИЧ-инфицированных иностранцев, у которых есть хотя бы один ребенок, который является гражданином России и постоянно в ней проживает⁸⁵.

Законодательство по-прежнему ограничивают доступ к бесплатной АРВ-терапии для мигрантов и заключенных. Из-за существующих в России административных ограничений несколько групп населения по-прежнему не могут получить или свободный доступ к АРВ препаратам или право на получение терапии за счет государства. К этим группам относятся: внутренние мигранты, не имеющие необходимых документов, иностранные граждане, лица без гражданства, бездомные, а также заключенные, отбывающие наказание не в регионах по месту официальной регистрации. Примечательно, что нормативные ограничения на доступ к АРВ терапии для определенных групп сыграли решающую роль в решении Глобального Фонда продлить программу лечения ВИЧ по 4 Раунду ГФ в России с сентября 2010 г. по август 2011 г. только для двух категорий населения: заключенных и мигрантов⁸⁶.

Сохраняется уголовная ответственность за заражение ВИЧ-инфекцией (Статья 122 Уголовного Кодекса)⁸⁷ и административная ответственность за сокрытие источника заражения

⁸⁴ Цит. по докладу Л. Левинсона «ВИЧ-регулирование в Российских регионах», Москва, 2007.

⁸⁵ Думе предлагают депортировать не всех ВИЧ-инфицированных иностранцев // GZT.RU, 3 сентября 2010 г., <http://www.gzt.ru/topnews/health/-dume-predlagayut-deportirovatj-ne-vseh-vich-/323102.html>

⁸⁶ Глобальный фонд выделил дополнительное финансирование для продления услуг по предоставлению АРВ-препаратов в рамках программы 4 раунда в РФ, 6 сентября 2010 г. <http://hivpolicy.ru/news/index.php?id=4231>

⁸⁷ До 2003 г. статья 122 УК имела репрессивный характер, но в действующей с 16 декабря 2003 года редакции Кодекса статья 122 снабжена примечанием, в соответствии с которым лицо освобождается от уголовной ответственности, если другое лицо, поставленное в опасность заражения либо зараженное ВИЧ-инфекцией, было своевременно предупреждено о наличии у него этого заболевания и добровольно согласилось совершить действия, создавшие опасность заражения. Однако данное примечание не распространяется на часть 3 этой статьи - заражение двух или более лиц, а также заведомо несовершеннолетнего.

ВИЧ-инфекцией и последующих собственных контактов, создающих опасность заражения (Статья 6.1 Кодекса об Административных правонарушениях)⁸⁸.

- **Нарушается запрет на насильственное тестирование на ВИЧ без добровольного информированного согласия и консультирования. Разглашается тайна диагноза.**

Освидетельствование на ВИЧ без согласия происходит в России в массовом порядке. По данным опроса Левада-центра 600 людей с ВИЧ в 11 крупных российских городах в 2010 г., менее одной трети участников опроса (28 %) приняли решение о тестировании на ВИЧ самостоятельно и добровольно. Менее одной пятой опрошенных (19 %) получили и до-, и после-тестовое консультирование, в то время как около половины участников опроса (43 %) не получили никаких консультаций⁸⁹. Это происходит вопреки федеральному закону и на основании региональных постановлений, распоряжений, указов и приказов исполнительной власти - губернаторов, а также руководителей органов здравоохранения субъектов РФ⁹⁰.

В результате незаконного обследования на ВИЧ без согласия и консультирования диагноз часто разглашается, после чего человек может потерять работу или даже будет вынужден менять свое место жительства. По данным того же исследования Левада-центра, более трети опрошенных (41%) столкнулись с тем, что информация об их ВИЧ-статусе была передана кому-либо из их окружения без их на то согласия, более четверти участников опроса (27 %) считают, что медицинские работники рассказывали другим людям об их ВИЧ-статусе без их согласия.

- **Сохраняется высокий уровень стигмы по отношению к ВИЧ-позитивным людям со стороны общества. Этому способствует попустительство государственных телевизионных каналов, которые транслируют передачи, дезинформирующие о ВИЧ.**

В России сохраняется высокий уровень стигмы по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Более трети (35 %) участников опроса Левада-центра – люди, живущие с ВИЧ,- сообщили, что сталкивались с тем или иным видом дискриминации или стигматизации со стороны окружающих по причинам, включающим в себя ВИЧ-статус, в течение последних 12 месяцев⁹¹. По результатам опроса, проведенного в 2009 г. Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в 42 субъектах России, 65 процентов респондентов заявили, что, узнав о ВИЧ-диагнозе близкого друга, изменят свое отношение к нему с дружественного на негативное. 72 процентов сказали, что они не готовы оказывать помощь и поддержку родственникам или друзьям с ВИЧ – инфекцией. 84 процента были не готовы поддержать коллег, инфицированных ВИЧ, 86 процентов

⁸⁸ Данное положение закреплено в Статье 6.1 Кодекса об Административных правонарушениях, правда, данная статья не работает на практике. Согласно Л. Левинсону, «По сути, КоАП устанавливает ни в одном законе не прописанную обязанность лиц, признанных инфицированными, свидетельствовать против самих себя и, возможно, против своих супругов, что не соответствует статьям 21, 23, 51 Конституции РФ. (Л. Левинсон, «ВИЧ-регулирование в Российских регионах», Москва, 2007.)

⁸⁹ «Индекс Стигмы людей, живущих с ВИЧ в Российской Федерации». Отчет по исследованию. Аналитический Центр Юрия Левады. Москва, 2010.

⁹⁰ По данным доклада Л. Левинсона «ВИЧ-регулирование в Российских регионах», Москва, 2007.

⁹¹ Индекс Стигмы людей, живущих с ВИЧ в Российской Федерации. Отчет по исследованию. // Аналитический Центр Юрия Левады, Москва, 2010.

- соседей . 62 процента –не отдали бы своего ребенка в детский сад, зная, что там есть ребенок с диагнозом ВИЧ⁹².

Главной причиной предрассудков и стигматизации людей с ВИЧ является отсутствие прочных и закрепленных знаний о ВИЧ-инфекции вследствие низкого качества профилактики и информирования населения. Согласно Национальному докладу, менее 34% респондентов среди молодежи в возрасте 15-24 лет отвечают правильно на основные вопросы про профилактику и пути передачи ВИЧ-инфекции, среди школьников в возрасте 15-16 лет - только 17%. Так, по данным уже упомянутого опроса, проведенного ВЦИОМ в 2009 г., 20 процентов респондентов были уверены, что заразиться можно, питаясь из одной посуды с ВИЧ-инфицированными⁹³.

Особое место в массовом информировании населения принадлежит телевидению, которое, по результатам опросов ВЦИОМ в 2008-2009 гг., россияне называют самым главным источником информации о ВИЧ-инфекции.

При этом обеспокоенность представителей общественных организаций вызывает тот факт, что в российских СМИ все чаще обсуждается неправильная и даже вредная информация про ВИЧ-инфекцию, включая шарлатанскую теорию СПИД-диссидентства, то есть отрицания существования вируса ВИЧ. Так, 23 апреля 2010 г. на Первом канале российского телевидения вышел выпуск программы «Гордон Кихот» популярного телеведущего Александра Гордона, участники которой обсуждали теории СПИД-диссидентства и утверждали, что лечение ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами вызывает летальный исход. Эта передача вызвала немедленную реакцию всего сообщества людей, живущих с ВИЧ, обеспокоенных тем уроном общественному здоровью, который могла нанести пропаганда СПИД-диссидентства по самому популярному в России телеканалу. Ряд организаций гражданского сектора, включая Всероссийское объединение людей, живущих с ВИЧ, Международную коалицию по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии, а также многие региональные общественные организации, направили в адрес Президента РФ и правительства петиции, в которых призвали ответственных лиц оперативно отреагировать на передачу А. Гордона: оценить информационную политику Первого канала, обязать руководство Первого канала дать опровержение озвученным на нем шарлатанским теориям, выпустить обучающие программы по ВИЧ на государственных каналах телевидения. В петиции Всероссийского объединения людей, живущих с ВИЧ, в частности, говорится: «Учитывая колоссальные финансовые вложения нашего государства в противодействие эпидемии, не будет большим преувеличением сказать, что распространение подобной информации, в том числе и через наиболее массовые и популярные информационные каналы, наносит серьезный урон государственной политике в области ВИЧ и, по сути, противодействует усилиям государства и гражданского сектора по снижению распространения эпидемии»⁹⁴.

⁹² Россияне не готовы поддерживать людей с ВИЧ-инфекцией. Данные социологического опроса ВЦИОМ обнародовали в канун Международного дня памяти жертв СПИДа // ВЦИОМ, 18 мая 2009 г., http://www.u-hiv.ru/news_hivinrussia_vciom-rossijane-ne-gotovy.htm

⁹³ Там же.

⁹⁴ Тексты петиций ВО ЛЖВ и Калининградской общественной организации «ЮЛА» доступны по ссылке <http://aidsinfo.spb.ru/?p=bbs&id=36&cmd=read&ms=94147&page=1>, текст петиции ИТРСги доступен по ссылке <http://www.itpcorg.ru/petitions/531.html>

Под влиянием подобных передач у ВИЧ-положительных людей формируются неправильные поведенческие практики, принимаются решения о прекращении АРВ-терапии и формируется лекарственная резистентность. Особенно пагубный эффект такие программы оказывают на беременных женщин с ВИЧ, которые отказываются от терапии и инфицируют плод, а также на матерей, которые отказываются лечить себя и своих ВИЧ-положительных детей.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

В процессе подготовки и написания данного доклада, обсуждения ключевых проблем в области ВИЧ среди сообществ людей, живущих с ВИЧ, и тех, кто защищает их интересы, сопоставления позиции гражданского общества с официальной позицией РФ, отраженной в Национальном докладе-2010, изучения экспертных исследований, официальных документов и публичных высказываний российских чиновников, мы пришли к следующим заключениям:

- **С 2009 года значительно уменьшилась политическая поддержка российских властей делу противостояния эпидемии.** Политика по ВИЧ, по сути, отдана на откуп Министерству здравоохранения и социального развития - ведомству, которое не проявляет интереса ни к координации усилий, ни к обратной связи от неправительственных организаций, ни к участию в знаковых форумах по ВИЧ. Государство не выполнило своих обещаний продолжить финансирование программ профилактики и лечения ВИЧ, которые завершились в связи с постепенным уходом Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией из России. При этом из национального бюджета не выделяется адекватное финансирование на лечение и профилактику ВИЧ.
- **Доступ к бесплатным жизнесохраняющим лекарствам для лечения ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных заболеваний ограничен.** Люди, живущие с ВИЧ в России, до сих пор сталкиваются с хронической нехваткой препаратов лечения ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов. С 2006 года власти не могут наладить бесперебойное снабжение АРВ препаратами, но и в 2010 году чиновники Минздравсоцразвития реагируют на эту проблему только тем, что в публичных выступлениях отрицают сам факт перебоев. В ситуации хронического дефицита АРВ препаратов ПИН – самая пораженная ВИЧ инфекцией группа – становятся первыми кандидатами на отказ в лечении не по медицинским показаниям. Туберкулез является основной причиной смерти ВИЧ-позитивных людей в России, однако люди, живущие с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ в России, сталкиваются с недостаточным доступом к ранней диагностике и нехваткой противотуберкулезных препаратов. Почти половина ВИЧ-позитивных людей, прошедших диспансерное обследование, инфицирована хроническими гепатитами В и С, однако в 2009 г. закупленных из федерального бюджета препаратов для лечения гепатита С в России хватило лишь для 5000 нуждающихся.
- **Политический популизм, нарушения прав и устаревшая система здравоохранения препятствуют доступу к профилактике и лечению ВИЧ для самых уязвимых групп.** Эпидемия ВИЧ в России по-прежнему концентрируется среди маргинализированных групп – потребителей инъекционных наркотиков, коммерческих секс-работников, мужчин, имеющих секс с мужчинами, заключенных и мигрантов, - а также их половых партнеров. Тем не менее, с 2009 г. Минздравсоцразвития проводит курс на сворачивание финансирования профилактики ВИЧ среди уязвимых групп в пользу первичной профилактики среди основного населения. При сохранении теперешней тенденции к 2012 г. в России вся профилактическая работа с уязвимыми группами сведется к нулю. Дискриминационное законодательство, преследования со стороны правоохранительных органов и стигма со стороны медицинских работников создают системные препятствия в получении услуг лечения и поддержки для уязвимых групп. Особенно страдают ВИЧ-позитивные ПИН с открытой формой туберкулеза, для которых

наличие сочетанной инфекции на практике оборачивается невозможностью получения медицинской помощи, развитием тяжелых форм туберкулеза и летальными исходами от туберкулеза на стадии СПИДа. При этом заместительная терапия, которая во всем мире используется в качестве инструмента профилактики ВИЧ и поддержки пациентов, получающих АРВ и противотуберкулезную терапию, а также при поддержке беременных женщин, зависимых от опиатов, законодательно запрещена.

- **Дискриминация и стигматизация ВИЧ-позитивных людей в России нарушает их гражданские и социальные права, препятствует доступу к лечению и профилактике, негативно влияет на качество жизни.** В России до сих пор сохраняются дискриминирующие нормы федерального законодательства в отношении ВИЧ-положительных людей. Сохраняются и высокие нормы общественной стигмы в отношении людей, живущих с ВИЧ. Средства массовой информации до сих пор обсуждают тему эпидемии с морализаторских позиций, рассматривая ВИЧ как «болезнь греха». Многие СМИ позволяют неполиткорректные, а иногда и откровенно дезинформирующие высказывания при обсуждении проблем, связанных с ВИЧ.

В итоге, мы сделали вывод об отсутствии прогресса в продвижении к целям универсального доступа в России на протяжении 2009-2010 годов. С одной стороны, такой ситуации способствуют долговременные системные барьеры, такие как дискриминационное законодательство, нарушения прав людей с ВИЧ и особенно уязвимых групп со стороны правоохранительных органов и медицинских работников, фрагментированность системы российского здравоохранения, которая не ориентирована на комплексное лечение и поддержку людей с ВИЧ. Но с другой стороны, намного более важным фактором стагнации национальных усилий является тот неблагоприятный политический климат в области ВИЧ, который сложился в России на протяжении 2009-2010 годов. Фактическая монополия чиновников Минздравсоцразвития на российскую политику в области ВИЧ, их неподотчетность обществу закономерно привели к политике пренебрежения интересами ВИЧ-позитивных людей. Принципиальная рекомендация ООН по достижению целей всеобщего доступа «знай свою эпидемию, знай свои ответные меры» не находит своего отражения в действиях российских властей. Если в ближайшее время власти не примут адекватные меры в ответ на самые насущные проблемы в области ВИЧ в России, на сегодняшний день, – перебои АРВ препаратов и сворачивание программ профилактики для уязвимых групп - то можно будет говорить о нивелировании всех предыдущих успехов России в продвижении к целям универсального доступа.

Наши **рекомендации** для российских властей включают следующее:

Для обеспечения политической приверженности: наладить координацию и обратную связь с гражданским обществом в работе по противодействию ВИЧ, выделить адекватное финансирование на профилактику и лечение.

1. Разработать и принять Национальную стратегию борьбы с ВИЧ с привлечением неправительственных организаций и сообществ людей, живущих с ВИЧ; организовать публичное обсуждение Стратегии через Интернет.

2. Наладить регулярную работу Правительственной комиссии по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, своевременно информировать общественность о ходе работы Комиссии через ее веб-сайт.
3. Выделить адекватное государственное финансирование для обеспечения ЛЖВ препаратами диагностики и лечения ВИЧ, туберкулеза и вирусных гепатитов.
4. Признать на политическом уровне необходимость профилактических программ для уязвимых групп, в соответствии с особенностями эпидемии ВИЧ в России. Выделить адекватное финансирование на профилактику ВИЧ в уязвимых группах.
5. Обеспечить преемственность государственного финансирования для программ профилактики и лечения ВИЧ, реализуемых в России при поддержке Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией.

В области лечения: обеспечить людей, живущих с ВИЧ, бесперебойным доступом к бесплатным жизнесохраняющим препаратам; усилить интеграцию медицинских служб в лечении ВИЧ-позитивных людей.

1. Усовершенствовать систему закупок и поставок АРВ препаратов:
 - Разработать единую форму заявки на поставку АРВТ и инструкции по ее составлению; сократить сроки согласования заявки между СПИД-центрами и Минздравсоцразвития; повысить прозрачность всех этапов прохождения заявки – согласования и корректировки, проведения закупок, сроков поставок - через Интернет;
 - Обеспечить прозрачность и открытость конкурсов на закупки АРВ-препаратов; включить представителей сообществ людей, живущих с ВИЧ, и представителей общественных организаций в состав конкурсных комиссий на всех этапах, особенно на момент формирования заявок;
 - Создать резервный фонд АРВ препаратов на федеральном или местном уровнях;
 - Выделить финансирование для СПИД-Центров на экстренную закупку препаратов в случае их несвоевременной поставки из федерального центра;
 - Проводить работу по снижению закупочных цен на АРВ препараты.
2. Разработать и утвердить основанные на рекомендациях ВОЗ протоколы лечения ВИЧ для обязательного их соблюдения в учреждениях здравоохранения, занимающихся вопросами диагностики и лечения ВИЧ-инфекции.
3. Обеспечить бесперебойное обеспечение препаратами диагностики и лечения ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных заболеваний в местах лишения свободы:
 - Создать и внедрить программу по ведению пациентов с ВИЧ для медицинского персонала тюрем;

- Разработать механизмы сотрудничества Центров по профилактике и борьбе со СПИД и системы ФСИН на местном уровне так, чтобы врачи Центров СПИД имели право и были заинтересованы в лечении пациентов в местах лишения свободы.
4. Создать единую систему независимого общенационального мониторинга по обеспечению препаратами АРВТ, лечения туберкулеза и вирусных гепатитов.
 5. Обеспечить интегрированный подход в лечении людей, живущих с ВИЧ: усилить координацию работы СПИД-центров, инфекционных больниц, противотуберкулезных диспансеров, наркологической службы и служб репродуктивного здоровья.
 6. Снять ограничения, основанные на немедицинских показаниях, при назначении АРВ терапии потребителям наркотиков и другим уязвимым группам.
 7. Обеспечить доступность углубленной диагностики ВИЧ-инфекции, туберкулеза и вирусных гепатитов.
 8. Внедрить программы контролируемого амбулаторного лечения туберкулеза по системе ДОТС.
 9. Реструктурировать противотуберкулезные диспансеры с целью исключения инфицирования туберкулезом ВИЧ-позитивных людей.

В области профилактики и поддержки: расширить охват уязвимых групп; укрепить правовой статус программ снижения вреда; создать правовые механизмы для интеграции ЗТ в профилактику и поддержку при лечении ВИЧ и ТБ.

1. Расширить охват уязвимых групп программами профилактики и поддержки.
2. Расширить участие неправительственных организаций в предоставлении низкопорогового доступа к программам лечения и поддержки при ВИЧ и ТБ. Шире использовать потенциал «равного» консультирования, а также медико-социального сопровождения и социальной поддержки для уязвимых групп.
3. Разработать нормативные документы об организации работы программ снижения вреда и других программ низкопорогового доступа к профилактике и лечению ВИЧ на основе рекомендаций ВОЗ и с привлечением неправительственных организаций.
4. Обучить медицинский персонал стратегиям поддержки пациентов, зависимых от наркотиков и принимающих АРВ.

5. Разработать правовые механизмы использования заместительной терапии (ЗТ) в целях профилактики и поддержки при лечении ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных заболеваний для людей, зависимых от опиатов, включая
 - интеграцию ЗТ в работу служб по борьбе с ВИЧ и противотуберкулезных служб в целях поддержки приверженности лечению;
 - интеграцию ЗТ в систему служб охраны репродуктивного здоровья с целью профилактики ВИЧ и поддержки приверженности лечению АРВ для беременных женщин;
 - апробацию внедрения ЗТ систему комплексной наркологической помощи в целях профилактики ВИЧ, вирусных гепатитов, сочетанной инфекции ВИЧ и ТБ.

6. В профилактической работе среди молодежи использовать достоверную и полноценную информацию о способах передачи ВИЧ, а также о сексуальном и репродуктивном здоровье.

Для борьбы с дискриминацией и стигмой: привести законодательство и нормативно-правовые акты в соответствие в рекомендациями агенств ООН о соблюдении прав людей, живущих с ВИЧ.

1. Отменить нормативные запреты на усыновление или опеку детей ВИЧ-позитивными людьми.
2. Отменить законодательство, ограничивающее въезд в РФ иностранных граждан, живущих с ВИЧ, а также требование о немедленной депортации и запрет в получении регистрации и трудоустройства в РФ для ВИЧ-позитивных иностранцев.
3. Отменить законодательство, криминализирующее передачу ВИЧ-инфекции.
4. Урегулировать нормы закона с целью предоставления бесплатной и бесперебойной АРВ-терапии для мигрантов и заключенных, отбывающих наказание и проживающих в регионах не по месту официальной регистрации.
5. Ужесточить ответственность профильных работников за нарушения законодательных норм о конфиденциальности медицинского диагноза, а также о добровольности тестирования при обязательном консультировании в отношении ВИЧ-позитивных людей.
6. Не предоставлять государственные СМИ для пропаганды теорий отрицания ВИЧ-инфекции и СПИДа. Внедрить на журфаках ВУЗов спецкурс по грамотному освещению тематики ВИЧ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В сентябре 2010 г., когда мы писали этот доклад, российские ВИЧ-активисты проводили акции протеста по поводу перебоев АРВ-терапии на улицах Москвы с плакатами «Нам надоел ваш балаган!», а ответственные лица по привычке отвечали: «нам известно, что лекарства в стране есть». Данная тупиковая ситуация лучше всего иллюстрирует краеугольную проблему России в противодействии эпидемии ВИЧ: изоляционизм чиновников здравоохранения, которые не заинтересованы в общенациональной координации усилий в области ВИЧ, отмахиваются от рекомендаций международных агентств и не доверяют компетенции российских СПИД-сервисных организаций, имеющих реальный доступ к ВИЧ-положительным людям на местах.

Всего два года назад, в июне 2008 г., когда общественные организации работали над своим первым альтернативным докладом для UNGASS 2008, эти тревожные тенденции не были заметны на фоне беспрецедентного роста государственного финансирования в области ВИЧ, расширения доступа к профилактике и лечению, успешной работы более 200 неправительственных организаций по программам Глобального Фонда и общего оптимизма по улучшению ситуации с эпидемией в стране. Однако уже меньше чем через год, в ситуации экономического кризиса и почти одновременного ухода Глобального Фонда из России власти расставили свои приоритеты, которые привели к неутешительным итогам 2010 года: нарастание темпов эпидемии при увеличении объема финансирования, 50%-ный дефицит АРВ препаратов, рост числа смертей от сочетанной инфекции ВИЧ и туберкулеза, сворачивание программ профилактики для людей, наиболее уязвимых к ВИЧ-инфекции. И это в то время, когда через государственные СМИ шарлатаны объясняют, что СПИДа нет. Как следствие, ни по одной из 13-ти ключевых проблем, обозначенных в Альтернативном отчете гражданского общества 2008 г., к 2010 г. не был достигнут прогресс.

Несомненно, что определенные шаги, предпринятые Россией в области противодействия эпидемии на протяжении последних двух лет, как, например, почти 100% предотвращение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, получили высокую оценку организаций гражданского сектора. Тем не менее, общий политический курс, когда к эпидемии перестали проявлять интерес ответственные лица на высшем уровне, финансирование на профилактику исчезает, а на протяжении уже 4-х лет наблюдаются перебои жизнесохраняющих лекарств, вызывает сомнения в приверженности России добиваться прогресса в достижении целей универсального доступа.

Традиционно, мы бы закончили свой доклад призывами к руководителям страны обратить внимание на реальную ситуацию с эпидемией ВИЧ, попеняли бы на нерадивых чиновников Минздравсоцразвития или, может, даже зывали бы к их совести. Однако практика последних лет показывает, что это не влияет на тупиковую ситуацию и только цементирует нежелание раздраженных чиновников идти на диалог. Учитывая сентябрьские акции ВИЧ-активистов, можно только надеяться, что руководители страны все-таки не дадут чиновникам продолжать пополнять протестный электорат своим радужным безразличием к людям, живущим с ВИЧ.