

Информационный бюллетень

Номер 3(5)

Декабрь 2006



# **ПРАВО НА ЗДОРОВЬЕ:**

## **Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп**



ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ  
**ПРОТИВ СПИДА**

ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ  
ПРОТИВ СПИДА



Данный информационный бюллетень подготовлен к печати организацией «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС) при участии сотрудников Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) в России, программы Всемирной организации здравоохранения по борьбе с ВИЧ/СПИД в России и регионального представительства в России и Беларуси Управления ООН по наркотикам и преступности.

Публикация разработана и издана ТППС при финансовой поддержке голландской неправительственной гуманитарной организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW) в рамках проекта ГЛОБУС и проекта «Адвокация и сетевая работа на уровне сообщества с целью расширения программ профилактики ВИЧ в эпоху расширенного доступа к лечению», осуществляемого Всероссийской сетью снижения вреда совместно с Международным советом СПИД-сервисных организаций (ICASO), Европейским действием по СПИДу (AIDS Action Europe) и Сетью снижения вреда Центральной и Восточной Европы.

Точки зрения, изложенные в данной публикации, являются мнениями авторов и экспертов и могут не совпадать с позицией ТППС, руководства организации, ее сотрудников, партнерских или финансирующих организаций.

В подготовке текста информационного бюллетеня принимали участие:

**Институт государства и права Российской академии наук:**

**С. Полубинская**, старший научный сотрудник, к.ю.н., доцент

**Трансатлантические партнеры против СПИДа:**

**С. Вотягов**, руководитель программы поддержки стратегических инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа

**Л. Семенова**, координатор ресурсного центра по изучению политики в сфере ВИЧ/СПИДа

**О. Сеницына**, зам. руководителя программы поддержки стратегических инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа

**Д. Торхов**, специалист программы поддержки стратегических инициатив в сфере ВИЧ/СПИДа

**А. Хачатрян**, директор программ в Российской Федерации

**Всероссийская сеть снижения вреда:**

**А. Саранг**, программный директор

**Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу:**

**А. Бидординова**, советник по работе с гражданским обществом

**М. Семенченко**, советник по программам

**Канадская правовая сеть по ВИЧ/СПИДу:**

**Л. Утяшева**, ведущий аналитик по стратегическим вопросам

**Всемирная организация здравоохранения:**

**П. Аксенов**, программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России, специалист по правовым вопросам

**М. Мунц**, программа по ИППП/ВИЧ/СПИДу, Европейское региональное бюро

**В. Шухов**, программа по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России, специалист по вопросам лечения и ухода (2004–2006 гг.)

**Управление ООН по наркотикам и преступности:**

**И. Екабсоне**, региональный координатор проекта

**С. Ротберга**, региональный координатор проекта

**Е. Петунин**, директор Новороссийского фонда по борьбе со СПИДом «СПИД-СТОП»

ТППС и эксперты, принимавшие участие в подготовке бюллетеня, выражают благодарность за информационную и экспертную поддержку, а также за ценные комментарии, предложенные в ходе обсуждения данной публикации: **В. Жумагалиеву**, исполнительному директору Всероссийской сети снижения вреда, **В. Менделевичу**, профессору, заведующему кафедрой медицинской и общей психологии Казанского государственного медицинского университета, **М. Рукавишникову**, председателю правления региональной общественной организации «Сообщество людей, живущих с ВИЧ», **А. Элтому**, руководителю программы ВОЗ по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России (2004–2006 гг.).

© Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС), 2006.

Редакция текста: Л. Семенова, О. Сеницына, Е. Смирнова.

Верстка: ООО «Гала-Графикс».

# СОДЕРЖАНИЕ

|   |    |
|---|----|
| <b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....  | 2  |
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....   | 3  |
| <b>1. ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ<br/>СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....                                     | 4  |
| <b>2. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИДА<br/>СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП: МИРОВОЙ ОПЫТ</b> .....   | 7  |
| 2.1. Профилактические программы среди потребителей наркотиков .....   | 7  |
| 2.2. Краткий обзор исследований эффективности программ профилактики и лечения<br>ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков .....                         | 10 |
| 2.3. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков: примеры<br>национальной политики .....  | 12 |
| <b>3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИДА СРЕДИ<br/>УЯЗВИМЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> .....                                      | 14 |
| 3.1. Международное право и обязательства Российской Федерации по соблюдению<br>права на профилактику и лечение .....                                      | 14 |
| 3.2. Право на здоровье и доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции<br>в российском законодательстве .....  | 15 |
| 3.3. Обзор существующих проектов в сфере профилактики и лечения<br>ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп .....  | 17 |
| <b>4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ<br/>И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП</b> .....                                       | 20 |
| <b>ПРИЛОЖЕНИЕ. РОЛЬ НЕКОММЕРЧЕСКИХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ<br/>ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ<br/>ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ</b> ..... | 22 |

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**АРВТ** – антиретровирусная терапия  
**ВВП** – валовой внутренний продукт  
**ВИЧ** – вирус иммунодефицита человека  
**ВОЗ (WHO)** – Всемирная организация здравоохранения  
**ВССВ** – Всероссийская сеть снижения вреда  
**ЗТ** – заместительная терапия  
**ЛЖВ** – люди, живущие с ВИЧ  
**МЗСР РФ** – Министерство здравоохранения и социального развития РФ  
**МККН (INCB)** – Международный комитет по контролю за наркотиками  
**ОИЗ** – Фонд «Открытый Институт Здоровья»  
**ПИН** – потребители инъекционных наркотиков  
**ПОШ** – программа обмена игл и шприцев  
**СПИД** – синдром приобретенного иммунодефицита  
**СР** – секс-работник (-ца)  
**УИС** – уголовно-исполнительная система  
**УК РФ** – Уголовный кодекс Российской Федерации  
**УНП ООН (UNODC)** – Управление ООН по наркотикам и преступности  
**ФСКН** – Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков  
**ЮНЭЙДС (UNAIDS)** – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу  
**AFEW** – «СПИД Фонд Восток-Запад»  
**GFATM** – Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

# ВВЕДЕНИЕ

Право на охрану здоровья и медицинскую помощь – одно из основных неотъемлемых прав человека и гражданина, гарантированных Конституцией Российской Федерации<sup>1</sup>. Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп, таких как потребители инъекционных наркотиков (ПИН), секс-работники (СР), осужденные, отбывающие наказание в местах лишения свободы и др., направлены на укрепление общественного здоровья. В соответствии с законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» всем гражданам РФ независимо от принадлежности к той или иной социальной группе гарантирован доступ к профилактическим услугам, медицинской помощи, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции<sup>2</sup>.

Статистические данные убедительно демонстрируют взаимосвязь эпидемии ВИЧ/СПИДа с инъекционным употреблением наркотиков, в частности, использованием нестерильного инъекционного инструментария и распространением других рискованных практик. Поэтому эффективность мер по предотвращению распространения эпидемии ВИЧ-инфекции во многом зависит от усилий, направленных на снижение риска передачи ВИЧ среди ПИН. Именно на достижение этой цели и воздействие на поведение ПИН направлены программы снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков. Целью таких программ является привлечение ПИН к медицинским и социальным службам, повышение их мотивации к сохранению и защите своего здоровья, а также к изменению поведения, повышающего риск инфицирования. Практика реализации программ снижения вреда во многих странах (и в ряде российских регионов) доказала эффективность такого подхода в сдерживании эпидемии ВИЧ/СПИДа.

При выработке стратегии по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа государство может избрать консервативные или более прогрессивные, инновационные методы. Как свидетельствует мировой опыт, государства, обеспечивающие необходимый баланс действенных традиционных методов и инновационных научно обоснованных подходов, таких как программы снижения вреда, добиваются успеха и высокой эффективности в области профилактики ВИЧ-инфекции.

Для успешной борьбы с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков необходимо сочетать профилактические мероприятия с обеспечением широкого доступа уязвимых групп к антиретровирусной терапии – в комплексе с медико-социальной поддержкой, программами по снижению вреда и формированию приверженности лечению.

Обеспечение универсального доступа к профилактике, антиретровирусной терапии, уходу и поддержке для всех нуждающихся – приоритетные направления противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции на национальном уровне. От эффективности деятельности, направленной на обеспечение универсального доступа, зависит снижение количества новых случаев ВИЧ-инфекции и показателей смертности в России на ближайшие годы.

# 1. ЗНАЧЕНИЕ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В настоящее время Россия относится к странам с самыми высокими темпами распространения ВИЧ-инфекции в Центральной, Восточной Европе и Центральной Азии. Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции неуклонно растет<sup>3</sup>.

Так, по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, на 31 декабря 2006 года в стране официально зарегистрировано 369 998 случаев ВИЧ-инфекции<sup>4</sup>. Однако по оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), число людей, живущих с ВИЧ, в России достигает примерно 940 тысяч человек (данные варьируются в пределах от 560 тысяч до 1,6 миллионов человек), что составляет более 1% взрослого населения страны<sup>3</sup>. По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД, на 31 декабря 2006 года в России умерли 12 938 ВИЧ-инфицированных<sup>5</sup>.

Так как распространение ВИЧ-инфекции в России стало приобретать характер эпидемии только с конца 90-х годов, демографические, экономические и иные последствия распространения ВИЧ/СПИДа в России пока не проявились в полной мере. По прогнозам, не учитывающим фактор ВИЧ/СПИДа, к 2050 году население России может сократиться до 110 миллионов человек<sup>6</sup>. Эпидемия ВИЧ/СПИДа приведет к еще более значительному демографическому спаду и потерям рабочей силы, которые, согласно оценкам экспертов Всемирного банка, к 2020 году могут составить от 1,16% до 11,45% – в зависимости от скорости развития эпидемии. Сокращение ВВП вследствие эпидемии СПИДа может составить 6% и более к 2015 году<sup>7</sup>.

Начиная с середины 90-х годов основным путем передачи ВИЧ является инфицирование через нестерильные иглы и шприцы, используемые при инъекционном употреблении наркотиков<sup>8,9</sup>. По данным ВОЗ на август 2005 года 87% зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в России связаны с инъекционным употреблением наркотиков<sup>10</sup>.

Число потребителей наркотиков также остается очень высоким<sup>11</sup>. По данным Международного комитета по контролю за наркотиками (МККН), в 2005 году в России официально было зарегистрировано 500 тысяч потребителей наркотиков, при этом их реальное количество достигало шести миллионов человек, то есть около 4% населения страны<sup>12</sup>. Согласно оценкам ВОЗ, в 2005 году число инъекционных наркопотребителей в России составляло от 1,5 до 3,5 миллионов человек<sup>10</sup>. По результатам исследований, проведенных в некоторых российских городах, инъекционные наркотики употребляют от 1% и менее до 2% населения, хотя некоторые эксперты приводят более высокий процент – до 3–5,4%<sup>11</sup>.

Сочетанные эпидемии инъекционного употребления наркотиков и ВИЧ-инфекции связаны с развитием «концентрированной» эпидемии ВИЧ в группах ПИН. В дальнейшем через сексуальные контакты ВИЧ-инфекция распространяется в других слоях населения и создаются предпосылки для перехода эпидемии в генерализованную стадию. Опыт многих стран показывает, что распространение ВИЧ-инфекции, связанное с употреблением инъекционных наркотиков, может носить взрывной характер<sup>13</sup>. В ряде стран Южной и Юго-Восточной Азии распространенность ВИЧ в группах ПИН возросла за один год от 0 до более 50%, в отдельных случаях достигая 80%<sup>14</sup>. Аналогичная ситуация сложилась в восточноевропейских странах, когда новые эпидемии ВИЧ-инфекции были зарегистрированы среди ПИН в Украине, Беларуси и Казахстане – здесь распространение эпидемии проходило также стремительно и за один-два года были инфицированы большие группы ПИН<sup>15</sup>. Международный опыт показывает, что как только распространенность ВИЧ-инфекции в группе ПИН достигает 10%–20%, эпидемию становится очень трудно контролировать<sup>16</sup>.

В России и в других странах региона вспышки ВИЧ-инфекции были зарегистрированы в ряде городов. О высокой распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН свидетельствуют результаты исследований, проведенных в нескольких городах России: уровень инфицирования

ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков составляет от 29% в Самаре и 34% в Екатеринбурге до 65% в Иркутске и 74% в г. Бийске Алтайского края<sup>17</sup>. Обследование 426 ПИН в г.Тольятти (Самарская область) показало, что эпидемия стремительно распространилась буквально за один год, когда в сентябре 2001 было обнаружено, что распространенность ВИЧ среди ПИН достигает 56%. В предыдущем году 41% ВИЧ-положительных ПИН, участвовавших в данном исследовании, еще имели отрицательный ВИЧ-статус, что свидетельствует о быстром развитии эпидемии<sup>18</sup>.

Распространение ВИЧ среди ПИН в России началось в середине 1990-х годов, и сегодня значительное число ВИЧ-инфицированных ПИН нуждаются в современном качественном лечении ВИЧ и вирусных гепатитов. Ситуация осложняется тем, что система здравоохранения в России на данный момент не готова в необходимом масштабе предоставлять специальное лечение и медицинские услуги потребителям наркотиков. Это во многом происходит из-за сложности медицинских проблем, с которыми сталкиваются люди, потребляющие наркотики: необходимости предоставления лечения вирусных гепатитов (которое в отличие от лечения при ВИЧ-инфекции не является бесплатным), недостатков наркологической помощи (в том числе отсутствия возможности предоставлять заместительную терапию), необходимости консультирования, психологической и моральной подготовки к приему антиретровирусной терапии (АРВТ), в том числе обязательному соблюдению режима приема препаратов и регулярному обследованию в центре СПИД. Также имеются свидетельства дискриминации и отказа в предоставлении медицинской помощи потребителям наркотиков, особенно если известно, что они ВИЧ-инфицированы<sup>19</sup>. Таким образом, потребители наркотиков являются уязвимой группой, которой не обеспечен широкий доступ к лечению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

Следует особо отметить острую ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) России, где содержится большое число осужденных, отбывающих наказание за преступления, связанные с хранением или сбытом наркотиков. По данным Министерства юстиции РФ, по состоянию на сентябрь 2005 года в учреждениях УИС отбывали наказание 808 тысяч человек, из которых более 37 тысяч человек являлись ВИЧ-инфицированными<sup>20</sup>. Данные исследований, проведенных в России, свидетельствуют о том, что большое количество осужденных употребляет наркотики, находясь в местах лишения свободы, а также о том, что распространенность рискованных практик, таких как совместное использование игл и шприцев, гораздо выше в условиях исправительных учреждений, чем за их пределами<sup>21</sup>. По статистике, доля заключенных среди общего числа ВИЧ-положительных в России возросла с 2% в 1994 году до около 20% к 2001 году и к 2003 году все еще оставалась на высоком уровне в 13%<sup>22</sup>. По оценкам ВОЗ, распространенность ВИЧ среди заключенных УИС РФ в 2005 году приближалась к 5%<sup>10</sup>. Задokumentирована по крайней мере одна вспышка ВИЧ, связанная с инъекционным наркопотреблением в УИС: в 2001 году в исправительной колонии в Татарстане были инфицированы 260 осужденных<sup>23</sup>. Высокий уровень распространенности ВИЧ-инфекции и рискованных практик – важный фактор развития эпидемии не только в местах лишения свободы, но и за пределами УИС: по некоторым оценкам, ежегодно в России из мест заключения на свободу выходят 350 тысяч человек<sup>21</sup>.

До недавнего времени в России основным путем передачи ВИЧ было совместное использование шприцев во время употребления наркотиков. Сегодня наблюдается рост полового гетеросексуального пути передачи ВИЧ. В частности, среди выявляемых случаев ВИЧ-инфекции с установленным путем передачи число случаев передачи ВИЧ в результате незащищенного гетеросексуального контакта выросло в процентном соотношении с 6% в 2002 году до 40% в 2005 году<sup>24</sup>. Рост полового пути передачи ВИЧ также тесно связан с инъекционным употреблением наркотиков – распространение происходит от ПИН к их половым партнерам. В частности, повышение темпов распространения ВИЧ через сексуальные контакты тесно связано с вовлеченностью многих ПИН в секс-работу<sup>25</sup>. Исследования в разных городах России показали, что от 15% до 80% женщин-ПИН практикуют секс-работу<sup>17</sup>. Распространенность ВИЧ среди СР в Екатеринбурге и Москве достигает 14%–15%. При проведении тестирования на ВИЧ-инфекцию среди уличных секс-работниц в Санкт-Петербурге, где большинство СР являются ПИН, 48% тестов дали положительный результат<sup>26</sup>. Также высокий уровень распространения ВИЧ среди СР-ПИН был зарегистрирован в Калининграде (65%) и в Тольятти (62%)<sup>27</sup>.

Международный опыт показывает, что на стадии «концентрированной» эпидемии возможно контролировать распространение ВИЧ-инфекции среди ПИН и снижать темпы распространения ВИЧ-инфекции в группе. Этого значительно сложнее добиться на генерализованной стадии, когда ВИЧ-инфекция выходит за рамки одной группы и эпидемия затрагивает широ-

кие слои населения.

Таким образом, эффективность национальной политики по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа напрямую зависит от эффективности мер по профилактике ВИЧ-инфекции среди ПИН и требует усиления профилактических и лечебных мероприятий, направленных на предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ внутри группы ПИН и развития эпидемии среди широких масс населения.

## 2. ЭФФЕКТИВНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИДА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП: МИРОВОЙ ОПЫТ

### 2.1. Профилактические программы среди потребителей наркотиков

Основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН были сформулированы ВОЗ, ЮНЭЙДС и Советом Европы в 1998 году<sup>28</sup>. Они определяют пять необходимых компонентов этой деятельности:

1. информационно-просветительская работа;
2. обеспечение доступности социальных служб и услуг здравоохранения для всех нуждающихся;
3. активная работа среди ПИН;
4. обеспечение ПИН стерильными инъекционными инструментами;
5. предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию.

Эксперты ВОЗ, ЮНЭЙДС рекомендуют государствам учитывать данные принципы при разработке национальных программ контроля и регулирования оборота наркотических средств и программ борьбы с ВИЧ/СПИДом. В рекомендациях подчеркивается, что стратегии и программы в этих областях должны учитывать специфическую задачу – снижение уровня распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН.

Программы, направленные на профилактику вредных последствий, связанных с употреблением наркотиков, таких как инфицирование ВИЧ, получили название программ «снижения вреда». Снижение вреда – общепринятый термин, характеризующий определенный медицинский, социальный и политический подход к проблеме злоупотребления наркотическими веществами – как законными, так и незаконными.

#### Снижение вреда, связанного с наркотиками

Подход снижения вреда основан на признании факта, что употребление тех или иных наркотических веществ имело и имеет место в любой культуре и общественной формации и, несмотря на многолетние усилия, до сих пор ни в одной стране, городе или сообществе не было разработано эффективного метода полного искоренения наркотиков и проблем, связанных с их употреблением. Основная идея концепции снижения вреда возникла в середине 80-х годов и напрямую связана с распространением ВИЧ-инфекции. Признавая всю важность усилий, направленных на помощь человеку, желающему полностью отказаться от наркотиков, и воздержание от наркотиков как конечной цели, подход снижения вреда тем не менее не ставит задачи добиться немедленного прекращения употребления наркотиков среди ПИН. Для большинства потребителей наркотиков процесс полного отказа от употребления наркотиков может занять весьма продолжительное время, при этом риск инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами и другими инфекциями очень высок. Стратегии снижения вреда включают программы обмена шприцев и игл, заместительную терапию, консультирование и информационную работу, медицинскую помощь, комнаты безопасного инъекционного употребления наркотиков и др. Работа наркологических и других служб должна быть направлена на снижение риска, связанного с употреблением наркотиков, что позволит предотвратить негативные последствия этого явления для человека и общества<sup>29</sup>.

Одна из основных задач в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ПИН состоит в том, чтобы привлечь ПИН в программы здравоохранения и стимулировать их добровольное обращение в медицинские и социальные учреждения. В силу того, что приобретение и употребление наркотиков являются противоправными действиями и порицаются обществом, ПИН неохотно идут на контакт с медицинскими службами. Цель программ снижения вреда состоит как раз в том, чтобы наладить контакт между людьми, потребляющими наркотики, и медицинскими и социальными службами. Заботясь о потребителях инъекционных наркотиков,

государства тем самым не только проявляют гуманность, оказывая помощь людям, попавшим в трудное положение, но и эффективно решают такие практические задачи, как сохранение общественного здоровья, снижение уровня преступности, смертности и распространения ВИЧ-инфекции в обществе. Для достижения таких труднодоступных социальных групп, как ПИН, в рамках программ снижения вреда проводятся различные мероприятия: информирование и консультирование ПИН, в том числе по принципу «равный обучает равного» (когда консультирование проводится самими ПИН, ставшими участниками программы снижения вреда, или бывшими ПИН), бесплатное предоставление презервативов, обмен использованных инъекционных принадлежностей на стерильные иглы и шприцы, а также обеспечение облегченного доступа к медицинским услугам и социальному сервису.

Работа по охвату ПИН обычно проводится специалистами учреждений здравоохранения и общественными организациями с привлечением «равных консультантов», которые обеспечивают непосредственные контакты с целевой группой в процессе уличной социальной работы (*аутрич-работы*<sup>30</sup>). Эта работа способствует привлечению клиентов в программы снижения вреда, а также обеспечивает донесение информации о безопасных практиках до тех, кто таких программ не посещает<sup>31</sup>.

Для обеспечения всех нуждающихся ПИН необходимой помощью в проектах снижения вреда медицинские и социальные услуги для этой категории предоставляются низкопороговыми, то есть легко доступными, службами: клиент получает помощь в максимально удобной форме в зависимости от его нужд. В основе организации низкопороговых служб лежат такие принципы, как анонимность, удобный график работы, удобное расположение, бесплатное оказание услуг, уважение и доброжелательное отношение к клиенту со стороны персонала и т.д.

Важным пунктом в рекомендациях ВОЗ, Совета Европы и ЮНЭЙДС является обеспечение ПИН стерильными инъекционными инструментами с целью снижения риска совместного их использования. *Программы обеспечения доступа к инъекционному инструментарию* называются «программами игл и шприцев» либо «программами обмена игл и шприцев» (ПОШ).

Такие программы появились в середине 1980-х годов в Великобритании, Германии, Нидерландах и других европейских странах. С тех пор ПОШ были открыты по всему миру – в странах, где стояла проблема распространения ВИЧ среди ПИН. Сегодня эти программы действуют в более чем 40 странах мира<sup>32</sup>. Предоставление доступа к стерильному инструментарию считается фундаментальным компонентом любой комплексной эффективной программы профилактики ВИЧ и лежит в основе стратегии профилактики ВИЧ среди ПИН Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу<sup>33</sup>. Страны, подписавшие в 2001 году «Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (в том числе и Российская Федерация), также признали первоочередную важность расширения программ обмена игл и шприцев для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН<sup>34</sup>.

На практике эффективность ПОШ зависит от целого ряда факторов, таких как внедрение программ на ранних этапах развития эпидемии, доступность лечения от наркотической зависимости, степень охвата ПОШ в той или иной местности, доступ ПИН к качественной информации о менее рискованном инъекционном и сексуальном поведении, наличие возможностей добровольного тестирования на ВИЧ и получения соответствующего консультирования.

## **Предоставление ПИН эффективного лечения ВИЧ-инфекции**

На сегодняшний день важным компонентом работы по снижению вреда во всем мире становится *предоставление ВИЧ-положительным ПИН современной антиретровирусной терапии (АРВТ)* для лечения ВИЧ-инфекции. Как известно, при отсутствии лечения ВИЧ-инфекция прогрессирует и может перейти в терминальную стадию заболевания – СПИД. Появившаяся в конце 90-х годов высокоактивная комбинированная антиретровирусная терапия хотя и не приводит к выводу вируса ВИЧ из организма, но позволяет предотвратить прогрессирование заболевания. При этом резко снижается смертность, обусловленная ВИЧ-инфекцией, а люди, живущие с ВИЧ, сохраняют трудоспособность и ведут социально активный образ жизни в течение многих лет. Обеспечение доступа к лечению также важно с точки зрения профилактики дальнейшего распространения заболевания: знание о возможности лечения повышает мотивацию людей проверить свой ВИЧ-статус и пройти тестирование на ВИЧ, что в свою очередь дает учреждениям здравоохранения возможность проводить профилактическую работу, в частности, предоставлять консуль-

тирование с целью изменения поведения и отказа от практик, представляющих опасность в плане инфицирования ВИЧ. Кроме того, в результате лечения происходит значительное снижение концентрации вируса в крови и других биологических жидкостях, что существенно уменьшает вероятность передачи вируса другим людям. Применение АРВ-препаратов во время беременности и родов позволяет значительно увеличить вероятность рождения неинфицированных детей у ВИЧ-положительных женщин.

Предоставление антиретровирусной терапии – сложный процесс как для системы здравоохранения, так и для пациентов. Основная трудность состоит в том, что для эффективного лечения необходимо строго соблюдать установленный режим приема препаратов на протяжении всей жизни. Несоблюдение режима лечения не только делает его бесполезным, но и приводит к развитию резистентности (устойчивости) вируса к лекарственным препаратам. Формирование приверженности лечению у пациентов абсолютно необходимо и должно осуществляться сотрудниками лечебных учреждений (например, центров по борьбе и профилактике СПИД) при участии и содействии со стороны «равных консультантов».

Предоставление АРВТ потребителям наркотиков имеет свою специфику. При организации лечения необходимо учитывать ряд проблем – как медицинских (например, вероятность сочетанных инфекций, таких как туберкулез или вирусные гепатиты, проблемы сочетаемости АРВ-препаратов с наркотиками и др.), так и социальных (например, менее стабильный образ жизни ПИН). Для решения этих проблем требуется применение комплексного подхода, начиная с низкопороговых программ, обеспечивающих доступ к специалистам, информации, стерильному инструментарию, программам лечения наркозависимости и реабилитации, и заканчивая усилением компонента равного консультирования, когда сами ВИЧ-положительные обучают и поддерживают друг друга, делясь опытом, навыками и знаниями в области эффективного лечения. Также необходимо проводить работу с медицинским персоналом, направленную на разъяснение необходимости предоставления АРВ-терапии (АРВТ) потребителям наркотиков и особенностей работы с ними. В большинстве стран, где существует проблема обеспечения приверженности АРВТ среди потребителей наркотиков, этот вопрос решается посредством интеграции заместительной терапии и других программ, направленных на поддержание приверженности АРВТ, в программы лечения ВИЧ-инфекции<sup>35</sup>.

## **Медикаментозная поддерживающая терапия как метод профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ПИН**

По данным международных исследований, одним из наиболее эффективных методов профилактики ВИЧ-инфекции и поддержания приверженности АРВТ среди наркозависимых является предоставление доступа к медикаментозной поддерживающей терапии (также известной под названием *заместительной терапии*, далее – ЗТ).

ЗТ подразумевает предоставление под медицинским наблюдением назначенного лекарственного средства, по своему действию схожего со средством, от которого наблюдается зависимость, или того же средства, от которого есть зависимость, но под медицинским контролем. Например, заместительная терапия часто используется для лечения табакозависимых (заместительная терапия никотином с помощью пластырей или таблеток). Существуют подобные программы и для лечения опиоидной зависимости.

Как показывает международный опыт, программы ЗТ в значительной степени снижают или прекращают инъекционное употребление наркотиков среди ПИН, участвующих в них<sup>36</sup>. Препараты ЗТ выдаются в форме, непригодной для инъекционного употребления (в сиропе или в таблетках), под строгим контролем медицинского персонала. Это позволяет клиентам программ значительно снизить или полностью избавиться от инъекционного употребления наркотиков. Кроме того, для служб здравоохранения программы ЗТ являются «точкой доступа» к потребителям наркотиков, что позволяет проводить обучение ПИН методам снижения вреда, таким как профилактика инфицирования ВИЧ и гепатитами, а также предупреждение других проблем со здоровьем, связанных с употреблением наркотиков.

Стабилизация состояния здоровья людей, потребляющих наркотики, важна для достижения долгосрочных целей лечения – в первую очередь, полного отказа от употребления нелегальных наркотиков. В Совместной позиции ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС «Заместительная поддерживаю-

щая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа» подчеркивается, что участие в программах заместительной терапии дает возможность ранней диагностики других заболеваний, выявления ВИЧ-инфекции, а также обеспечения консультирования и направления на дополнительное лечение. Поскольку пациенты программ ЗТ сокращают или полностью прекращают употребление наркотических средств, их вовлеченность в незаконный оборот наркотиков также снижается или прекращается. Кроме того, участие в этих программах позволяет снизить количество других преступлений, связанных с необходимостью покупки наркотиков. Прием наркотическими пациентами препаратов ЗТ помогает стабилизировать их состояние, что дает возможность трудоустройства, обучения, улучшения ситуации в семье и позволяет обеспечить ряд других преимуществ<sup>36</sup>.

В обзоре данных исследований о предоставлении АРВ-препаратов потребителям наркотиков ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС говорят о том, что поскольку ЗТ позволяет стабилизировать состояние ПИН и является неотъемлемой частью стратегии, направленной на удержание активных ПИН в программах лечения ВИЧ-инфекции, она предоставляет дополнительные возможности для расширения АРВ-терапии, повышает приверженность лечению и увеличивает доступность медицинской помощи<sup>35</sup>.

Из этого документа следует, что в результате комплексной работы с потребителями наркотиков снижается уровень распространения ВИЧ в других группах населения, поскольку смежные с ПИН сообщества (например, половые партнеры потребителей наркотиков, в том числе клиенты секс-работниц, употребляющих наркотики) подвергаются меньшему риску инфицирования.

В настоящее время программы ЗТ широко применяются во многих странах, где существует проблема опиоидной наркомании. В их число входят большинство стран Америки и Западной Европы. В регионе Восточной Европы и бывшего Советского Союза реализация этих программ началась в конце 1980-х годов в Польше, Словении, Чехии и Югославии. Несколькими годами позже программы ЗТ начали работать в Венгрии, Словакии, странах Балтии и ряде других стран региона. Из стран Содружества Независимых Государств первыми программы ЗТ начал проводить Кыргызстан (в 2001 году), и на сегодняшний день они осуществляются или готовятся к реализации во всех странах СНГ, кроме России, Таджикистана и Туркменистана, где они запрещены на законодательном уровне<sup>37</sup>.

Программы ЗТ были рекомендованы ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС как один из самых эффективных способов лечения наркозависимости и предотвращения распространения ВИЧ среди ПИН<sup>38</sup>. Основными лекарственными препаратами, которые используются для заместительной терапии опиоидной зависимости в международной практике, являются бупренорфин и метадон. В марте 2005 года Всемирная организация здравоохранения внесла бупренорфин и метадон в свой «Примерный перечень основных лекарственных средств» (дополнительный список), тем самым признав эти препараты эффективными и безопасными и рекомендовав странам включить их в списки основных лекарственных средств и сделать доступными для пациентов, нуждающихся в лечении наркозависимости<sup>39</sup>.

## **2.2. Краткий обзор исследований эффективности программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков**

Все вышеупомянутые программы были тщательно изучены и проанализированы экспертами в многочисленных практических и теоретических исследованиях. В этой главе приводятся краткие результаты основных исследований эффективности лечебных и профилактических программ среди ПИН.

### **Эффективность программ обмена игл и шприцев**

Оценка эффективности и безопасности ПОШ началась вскоре после их применения в странах Европы. На сегодняшний день получены достоверные доказательства того, что эти программы не способствуют распространению употребления наркотиков (в т.ч. инъекционного), но высоко эффективны в плане профилактики инъекционного распространения ВИЧ среди ПИН<sup>32</sup>.

В обзоре 2002 года представлены сравнительные данные о распространенности ВИЧ по 103 городам в 24 странах мира. В 36 городах, где проводились ПОШ, наблюдалось ежегодное снижение заболеваемости в среднем на 18,6%, в то время как в 67 городах, где такие программы не проводились, наблюдалось ежегодное увеличение заболеваемости в среднем на 8,1%<sup>32</sup>.

В 1991 году была проведена оценка эффективности австралийских программ обмена игл и шприцев. Исследование продемонстрировало, что на протяжении одного года с помощью этих программ удалось предотвратить 3000 случаев инфицирования, что обошлось в 200 долларов США за каждый случай. Экономия на лечении ВИЧ-инфекции была оценена в 150 миллионов американских долларов ежегодно<sup>29</sup>.

Результаты исследований эффективности ПОШ показывают, что такие программы позволяют значительно снизить количество новых случаев инфицирования ВИЧ среди ПИН. Так, благодаря комплексным мерам профилактики ВИЧ среди ПИН в Бразилии, которые включали в себя широкое внедрение ПОШ, произошло снижение заболеваемости ВИЧ с 25,5% в 1991 году до 12,1% в 2000 году<sup>40</sup>.

Исследования, проведенные в России, свидетельствуют об экономической эффективности программ снижения вреда. При средней стоимости проекта профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН 40 662 доллара США и охвате им 1734 ПИН средние затраты на проведение профилактической деятельности в указанной целевой группе составляли 234 доллара США на одного клиента программ в год<sup>41</sup>. По сравнению с затратами на лечение ВИЧ-инфекции, которые государство обязано предоставлять гражданам, эта сумма представляется чрезвычайно незначительной.

С целью оценки эффективности программ обмена шприцев в трех регионах Российской Федерации (Нижегородской, Псковской и Томской областях) в течение 12 месяцев проводилось специальное исследование. Его результаты показали, что наркопотребители-участники программ меняют рискованное поведение, вследствие чего существенно снижается вероятность инфицирования ВИЧ. В то же время в группе ПИН, не являющихся участниками программ, уровень распространения ВИЧ-инфекции по-прежнему остается высоким<sup>42</sup>.

## **Эффективность программ медикаментозной поддерживающей терапии**

Недавнее исследование, проведенное в Швейцарии, где стратегии снижения вреда являются ключевым компонентом наркополитики на протяжении последних 20 лет, показало, что в последние годы потребление героина в этой стране значительно снизилось<sup>43</sup>. Информация о более чем 7 тысячах пациентов, получающих заместительную терапию, была получена из реестра в Цюрихе. Данные показали, что количество новых потребителей героина в Цюрихе снизилось с 850 в 1990 году до 150 в 2002 году (снижение составило 82%). Общее количество потребителей наркотиков также уменьшилось, хотя и в меньшей степени – приблизительно на 4% в год.

Согласно данным, полученным в начале 90-х годов в ходе 18-месячного исследования среди 255 наркопотребителей в Филадельфии (США), лишь 3,5% наркопотребителей, проходивших постоянное лечение метадонном, были инфицированы ВИЧ. Аналогичный показатель среди людей, не получавших этого лечения, составлял 22%<sup>44</sup>.

Исследование, проведенное в 2005 году среди 5049 пациентов программ ЗТ в Испании, выявило, что участие в метадоновых программах способствовало снижению распространенности ВИЧ и уровня смертности (в том числе от СПИДа) среди ПИН. В результате внедрения программ продолжительность жизни ПИН увеличилась за пятилетний период на 21 год<sup>45</sup>.

Программы ЗТ являются экономически выгодными. Так, по данным Центра лечения наркотической зависимости (Center for Substance Abuse Treatment) и Национального института изучения наркотической зависимости США (National Institute for Drug Addiction), ежегодные затраты на лечение одного наркозависимого в метадоновой программе составляли 2400 долларов США, что значительно меньше, чем затраты на наркозависимого, находящегося в исправительном учреждении (43 000 долларов) или участвующего в программе стационарно-го лечения абстиненции (11 000 долларов)<sup>46</sup>.

Поскольку наркозависимые пациенты нуждаются в медицинской помощи также по поводу различных сопутствующих заболеваний, оценку экономической эффективности необходимо проводить в сопоставлении с возможными затратами пациентов и государства на решение целого комплекса проблем со здоровьем ПИН при отсутствии ЗТ. Анализ стоимости программ ЗТ указывает на то, что каждый доллар, вложенный в программы медикаментозной поддерживающей терапии, экономит 4–7 долларов только благодаря таким факторам, как снижение убытков, вызванных преступностью, связанной с наркотиками (кражи, грабежи), а также сокращение расходов на уголовное судопроизводство. Если учесть еще и экономию на медицинской помощи, суммарная экономия может превысить затраты в соотношении 12:1<sup>38</sup>

По данным Министерства здравоохранения Китая, участие в метадоновых программах и отказ от употребления уличного героина экономит государству до 438 миллионов долларов в год (при лечении 200 тысяч пациентов)<sup>47</sup>.

## **Предоставление ПИН антиретровирусной терапии**

Как уже отмечалось ранее, наиболее важными задачами в плане лечения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков является обеспечение равноправного, недискриминационного доступа к лечению и формирование у ПИН приверженности к АРВ-терапии. В формировании приверженности к лечению важнейшую роль играют профессиональное консультирование, в ходе которого медицинские работники объясняют потребителям инъекционных наркотиков необходимость строгого соблюдения режима приема лекарств, а также участие ПИН в программах снижения вреда, особенно медикаментозной поддерживающей терапии.

В исследовании среди 72 ВИЧ-инфицированных клиентов пункта обмена шприцев в Нью-Хейвене (США) уровень приверженности лечению у пациентов, получавших АРВТ и пользовавшихся услугами программы поддержки «равных равными», достигал 85 процентов. При этом необходимо учесть, что 35% потребителей, принимавших участие в исследовании, были бездомными, а 74% принадлежали к экономически неблагополучным группам населения<sup>48</sup>.

Мультивариантный анализ в рамках исследования в Сан-Паулу (Бразилия), проводившегося в 2001 году среди 673 малоимущих пациентов с ВИЧ-инфекцией, показал, что употребление наркотиков при условии участия ПИН в программах снижения вреда не влияет на соблюдение режима АРВ-терапии. Общий уровень приверженности, согласно данному исследованию, составил 69%<sup>49</sup>.

## **2.3 Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков: примеры национальной политики**

Государства используют различные подходы к выработке национальных стратегий по снижению вреда, связанного с употреблением наркотиков, в контексте ВИЧ/СПИДа. Эти подходы в целом определяются общей государственной политикой в сфере контроля за оборотом наркотических средств. Все чаще при разработке государственной наркополитики медицинские аспекты злоупотребления наркотиками учитываются в контексте предупреждения распространения ВИЧ. Ниже приводятся несколько примеров эффективной государственной политики в сфере ВИЧ/СПИДа среди ПИН.

Подход снижения вреда является официальным подходом к проблеме профилактики ВИЧ и наркопотребления в *Австралии*. В 1993 году здесь был принят закон «О мерах по предупреждению ВИЧ/СПИДа», который установил правовые рамки для программ снижения вреда, включая предоставление стерильных шприцев и игл с гарантией сохранения конфиденциальности и при сотрудничестве с местными правоохранительными органами<sup>50</sup>. Благодаря тому, что ПОШ начали работать на ранних этапах эпидемии ВИЧ, а также благодаря внедрению программ заместительной терапии, в стране удалось предотвратить эпидемию ВИЧ среди ПИН<sup>51</sup>.

После проведения в *Великобритании* в 1986 году национальной оценки эффективности пилотных программ обмена и распространения игл и шприцев, ПОШ наряду с программами ЗТ и социальными службами были широко внедрены по всей стране. Только в 1997 году в

стране общий оборот обмена и продажи шприцев составил более 27 миллионов штук (в рамках более 2000 ПОШ). Как и в Австралии, в большинстве городов Великобритании удалось сдержать распространение ВИЧ среди ПИН.

В *Китае* инъекционное употребление наркотиков также является доминирующим путем распространения ВИЧ, с ним связано 44,3% общего количества случаев инфицирования. В настоящее время правительство Китая выделило финансирование для открытия 300 программ обмена игл и шприцев в дополнение к уже действующей 91 программе<sup>52</sup>. В стране была сформирована Национальная рабочая группа по программам заместительной терапии с использованием метадона, в которую вошли представители Министерства здравоохранения, Министерства государственной безопасности и Управления по вопросам продовольствия и лекарственных средств. В начале 2004 года были приняты национальные руководства по метадоновой терапии и ПОШ и в настоящее время в Китае открыты уже 307 метадоновых клиник<sup>53</sup>, в которых на 1 июля 2006 года проходили лечение 10 754 человека. Согласно национальному Положению о профилактике и противодействии распространению СПИДа, действующему с марта 2006 года, органы государственной власти КНР на всех уровнях в обязательном порядке должны внедрять программы заместительной терапии с целью борьбы с наркоманией и предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции<sup>54</sup>. Планируется, что к концу 2009 года метадоновая терапия будет предоставляться более чем в 1000 клиник, которые откроются во всех населенных пунктах страны; в каждой из них смогут наблюдаться до 500 пациентов. По сообщениям Китайского национального центра по контролю и профилактике ВИЧ и ИППП, лишь 9% наркозависимых, прошедших лечение в клиниках ЗТ в течение одного года, в дальнейшем возобновляют прием нелегальных наркотиков<sup>55</sup>.

В *Канаде* первые программы по обмену шприцев, финансируемые из государственных средств, были открыты в 1989 году в Торонто и Ванкувере, а к 2004 году пунктов обмена насчитывалось уже более 200 – в дополнение к сети мобильных ПОШ, аптек и аутрич-работников<sup>56</sup>.

Основой политики *Бразилии* в области ВИЧ/СПИДа является свободный доступ к профилактике и лечению, в том числе программам обмена игл и шприцев, заместительной терапии и антиретровирусной терапии. Универсальный доступ к услугам здравоохранения гарантирован Конституцией 1988 года и подкреплен федеральным законом, в соответствии с которым государство гарантирует лечение ВИЧ-инфекции всем пациентам. Со времени принятия этого закона бразильское правительство добилось от фармацевтических компаний снижения стоимости антиретровирусных препаратов и обеспечило производство отечественных препаратов-генериков, что привело к кардинальному снижению цен на лекарства, которые сегодня доступны всем, кто в них нуждается. Первая ПОШ начала работать в 1989 году, а в январе 2002 года в соответствии с поправкой к бразильскому законодательству о наркотиках Министерство здравоохранения получило полномочия расширять программы снижения вреда в общенациональном масштабе. По данным 2004 года в Бразилии действовало 279 программ снижения вреда – в основном ПОШ, финансирувавшиеся Министерством здравоохранения и, по оценкам, охватывавшие 40% всех потребителей инъекционных наркотиков в стране. Федеральное постановление о программах снижения вреда также гарантирует доступность ЗТ любому потребителю наркотиков, желающему получить это лечение<sup>57</sup>. В результате проводимой в Бразилии политики значительно снизилось число вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции, в том числе среди ПИН.

В *Кыргызстане* реализация программ снижения вреда началась в 1998 году, еще до того как был зарегистрирован первый случай ВИЧ-инфекции. Помимо сети программ обмена шприцев, действующих в разных городах страны, обмен игл и шприцев начиная с 2002 года осуществляется также в местах лишения свободы. К апрелю 2004 года такие программы действовали во всех 11 тюрьмах страны<sup>58</sup>. Министерство юстиции дало согласие охватить такими программами все исправительные учреждения, а также организовать предоставление заключенным метадоновой терапии. Программы метадоновой терапии начали работать в стране в 2001 году и в настоящее время продолжают расширяться; к 2005 году метадон получали около 100 пациентов<sup>59</sup>.

Программы обмена шприцев реализуются также в УИС *Беларуси*, *Молдовы* и ряда европейских стран, таких как *Германия*, *Испания*, *Швейцария* и др. В Испании программы обмена шприцев действуют во всех тюрьмах страны. В других странах, например в *Великобритании* и *Нидерландах*, политика направлена на снижение уровня инъекционного употребления наркотиков в тюрьмах путем включения заключенных в программы заместительной терапии<sup>60</sup>.

### **3. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ/СПИДА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

#### **3.1. Международное право и обязательства Российской Федерации по соблюдению права на профилактику и лечение**

Доступ к эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции – важный компонент осуществления права каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, закрепленного в ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, страной-участницей которого является Россия<sup>61</sup>. Среди мер, которые должны быть приняты участвующими в Пакте государствами для полного осуществления этого права, в ч. 2 этой статьи упомянуты меры по предупреждению и лечению эпидемических, эндемических, профессиональных и других заболеваний и борьбе с ними, а также по созданию условий, которые обеспечивали бы всем нуждающимся медицинскую помощь и медицинский уход в случае болезни.

Право на здоровье как основное право человека закреплено также и в других международно-правовых документах<sup>62</sup>. В 2000 году для конкретизации общих положений Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах Комитет по экономическим и социальным правам ООН принял Замечание общего порядка 14. Согласно этому документу, право на здоровье включает в себя несколько взаимосвязанных и существенных компонентов, среди которых: достижимость услуг здравоохранения, которая обеспечивается достаточным количеством действующих на территории страны учреждений здравоохранения и наличием необходимых товаров и услуг; доступность – физическая, экономическая и информационная; приемлемость, подразумевающая, что все медицинские учреждения, товары и услуги учитывают медицинскую этику, культурные и демографические характеристики отдельных групп граждан; хорошее качество, подразумевающее материальную и научную оснащенность учреждений здравоохранения, наличие в них квалифицированного персонала и необходимых санитарно-гигиенических условий, а также «научную и медицинскую обоснованность». Пациенты имеют право участвовать в процессе принятия решений по предоставлению услуг здравоохранения<sup>63</sup>.

Право на здоровье должно быть гарантировано всем независимо от расы, пола, религии, нарушений физического или психического здоровья, приведших к ограничению жизнедеятельности, состояния здоровья, включая наличие ВИЧ/СПИДа и других заболеваний, сексуальной ориентации и иных причин. Отсутствие дискриминации и равное обращение как важнейшие компоненты права на здоровье указываются и в докладе Специального докладчика Комиссии ООН по правам человека, назначенного в 2002 году для изучения реализации права на наивысший достижимый стандарт физического и психического здоровья в государствах–членах ООН<sup>64</sup>.

В 2001 году Генеральная Ассамблея ООН приняла Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом<sup>34</sup>, призванную стать программным документом в этой области для всего международного сообщества. Государства, подписавшие декларацию, взяли на себя обязательства обеспечить разработку и принятие широкого круга профилактических программ, учитывающих местные особенности, этические нормы и культурные ценности и охватывающих такие сферы, как информация, просвещение и связь, расширение доступа к презервативам и стерильным шприцам, принятие мер по снижению вреда, связанного с наркотиками (п. 52). Также государства обязались разработать национальные стратегии в целях укрепления систем здравоохранения и взять под контроль распространение лекарств, необходимых для лечения ВИЧ-инфекции. В частности, государства приняли обязательства рассмотреть факторы доступности и стоимости лекарственных средств, включая дифференцированное ценообразование, а также в срочном порядке приложить все усилия к тому, чтобы

постепенным и устойчивым образом обеспечить наивысший достижимый стандарт лечения ВИЧ-инфекции и СПИДа, в том числе эффективное использование АРВ-терапии и формирование приверженности лечению (п. 55).

Специальное внимание реализации права на здоровье в целом и доступу к профилактике и лечению в контексте ВИЧ/СПИДа было уделено на Третьей международной консультации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, проходившей в Женеве 25–26 июля 2002 года, результатом которой стал пересмотр формулировки руководящего принципа 6 «Международных руководящих принципов по правам человека в связи с ВИЧ/СПИДом» – совместного документа, изданного в 1998 году Управлением Верховного комиссара по правам человека и Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу. Новая редакция принципа 6 «Доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке» требует от государств принять законодательство с целью регулирования вопросов, связанных с товарами, услугами и информацией в области ВИЧ/СПИДа. Государствам также следует принять меры, необходимые для обеспечения наличия и доступности для всех людей на устойчивой и равноправной основе качественных товаров, услуг и информации для профилактики, лечения, ухода и поддержки при ВИЧ/СПИДе, включая антиретровирусную терапию. Такие меры должны быть приняты как на государственном, так и на международном уровнях – и направлены в особенности на уязвимые группы населения<sup>65</sup>.

## **3.2. Право на здоровье и доступ к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в российском законодательстве**

Право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь закреплено в ст. 41 Конституции Российской Федерации. Там же содержится и положение о том, что такая помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Реализацией этой конституционной нормы являются нормы Федерального закона «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»<sup>66</sup>.

Соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий также названы среди принципов охраны здоровья граждан в статье 2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года<sup>67</sup>. В части 2 статьи 17 Основ установлено, что государство обеспечивает своим гражданам охрану здоровья «независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств». Право граждан на медико-социальную помощь при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях регламентируется ст. 20 Основ.

Таким образом, действующее российское законодательство признает право каждого гражданина России на охрану здоровья и медицинскую помощь и содержит гарантии реализации такого права как в целом, так и применительно к ВИЧ/СПИДу.

В законодательстве отсутствуют специальные положения, устанавливающие дополнительные гарантии реализации этого права для представителей уязвимых групп, поскольку и на уровне Конституции РФ (ст. 19), и в других федеральных законах провозглашается равенство прав и свобод человека и гражданина независимо от его демографических, социальных и иных характеристик. В Уголовном кодексе Российской Федерации существует статья 136, предусматривающая ответственность за дискриминацию, то есть нарушение прав, свобод и законных интересов человека и гражданина в зависимости от неотъемлемых характеристик (в том числе принадлежности к каким-либо социальным группам или объединениям)<sup>68</sup>. К сожалению, данная статья практически не применяется.

Что касается доступности лечения ВИЧ-инфекции, в России специализированное лечение гарантируется ВИЧ-инфицированным гражданам и предоставляется в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (п. 5 ч. 1 ст. 4 Федерального закона «О предупреждении распро-

странения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» от 30 марта 1995 года)<sup>69</sup>. Во исполнение данного положения Федерального закона постановлением Правительства РФ от 27 декабря 2004 г. № 856 были утверждены Правила обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях. Контроль за своевременностью и полнотой обеспечения пациентов бесплатными медикаментами осуществляется федеральными органами исполнительной власти, в ведении которых находятся федеральные специализированные медицинские учреждения.

Законом №122 от 22 августа 2004 года<sup>70</sup> обязанность обеспечения социальной помощи людям, живущим с ВИЧ, перешла к субъектам федерации. Одновременно сократилась сфера бесплатного обеспечения медикаментами (только при лечении в федеральных специализированных учреждениях), отменено бесплатное обеспечение медикаментами для лечения ВИЧ-инфицированных от прочих заболеваний. В ежегодном докладе «О деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 2005 году» отмечается: в результате введения в действие Федерального закона №122-ФЗ<sup>70</sup> наблюдаются нарушения социально-экономических прав граждан. Большая часть населения не может ни воспользоваться услугами платного здравоохранения ввиду его дороговизны, ни получить квалифицированную медицинскую помощь в системе государственного здравоохранения. Уполномоченный особо отмечает низкий уровень профилактических мероприятий: «Настоящим национальным бедствием становится распространение, в первую очередь среди молодого поколения россиян в возрасте от 18 до 24 лет, таких заболеваний, как алкоголизм и наркомания, а также ВИЧ и гепатит»<sup>71</sup>. В такой ситуации отдельные категории ВИЧ-инфицированных, прежде всего потребители инъекционных наркотиков, могут подвергаться дискриминации при получении необходимого лечения, назначаемого на определенных стадиях развития заболевания, вызываемого ВИЧ.

По данным исследований, в России дискриминация людей, живущих с ВИЧ, не является редкостью<sup>19</sup>. Важно отметить, что дискриминация людей, живущих с ВИЧ, при получении лечения по сути является не только незаконной практикой, противоречащей российскому законодательству, но и нарушением международно-правовых обязательств Российской Федерации.

В силу ряда положений действующего законодательства внедрение программ медикаментозной поддерживающей терапии на территории РФ в настоящее время невозможно. Так, метадон – наиболее часто используемый в мировой практике препарат для проведения заместительной терапии опиоидной зависимости – находится в Списке I «Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации»<sup>72</sup>. Список I включает в себя средства, оборот которых в России полностью запрещен. Бупренорфин, также рекомендованный ВОЗ/ УНП ООН/ЮНЭЙДС для проведения программ ЗТ, входит в список II этого же Перечня («Список наркотических средств и психотропных веществ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля»). Применение бупренорфина для лечения наркомании невозможно: федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах»<sup>73</sup> запрещает лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Список II. Однако закон допускает использование препаратов из списка II в медицинских целях по назначению врача и в ряде случаев в научных и учебных целях (ст. 14 п. 2, ст. 34. п. 1).

При этом проведение программ обмена и распространения игл и шприцев не является нарушением действующего российского законодательства. Ранее высказывавшиеся сомнения о том, не являются ли эти программы склонением к употреблению наркотических средств, за что в ст. 230 Уголовного кодекса РФ установлена уголовная ответственность, теперь сняты примечанием к этой статье, введенным в силу в декабре 2003 года<sup>74</sup>. В соответствии с данным примечанием «действие ст. 230 УК РФ не распространяется на случаи пропаганды применения в целях профилактики ВИЧ-инфекции и других опасных инфекционных заболеваний соответствующих инструментов и оборудования, используемых для потребления наркотических средств и психотропных веществ, если эти действия осуществлялись по согласованию с органами исполнительной власти в области здравоохранения и органами по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ». В настоящее время Министерство здравоохранения и социального развития РФ и Федеральная служба РФ по контролю за оборотом наркотиков ведут разработку нормативно-правового акта, регламентирующего порядок согласования деятельности программ профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в соответствии со ст. 230 УК РФ.

### **3.3. Обзор существующих проектов в сфере профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп**

Первые программы профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН в России начали осуществляться в 1996 году. Ключевое значение в развитии профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН в России имело формирование сети проектов снижения вреда, начавшееся в 1997 году с подписания «Меморандума о взаимопонимании» между организацией «Врачи без границ» – Голландия (MSF-H) и Министерством здравоохранения РФ, предусматривавшего запуск обучающего цикла для специалистов наркологических служб, СПИД-центров и некоммерческих организаций (НКО). К концу 2000 года курс по снижению вреда был также включен в программу последипломного обучения наркологов Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения РФ<sup>17</sup>.

С 1999 года в отдельных регионах России активно ведется профилактическая работа среди заключенных, а с 2001 года началось осуществление проектов, направленных на СР–ПИН.

Важную роль в подготовке и обучении кадров для проектов снижения вреда играют тренинговые центры по снижению вреда в Балаково, Казани и Санкт-Петербурге. Два тренинговых центра в Нижнем Новгороде и Томске готовят специалистов для работы в местах лишения свободы.

В 2004 году с целью объединения и координации усилий проектов профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и снижения вреда от немедицинского употребления психоактивных веществ была создана «Всероссийская сеть снижения вреда»<sup>75</sup>.

К 2005 году в России насчитывалось более 60 проектов профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН и других уязвимых групп (СР, заключенных, уличных детей), осуществлявшихся на базе государственных и негосударственных организаций<sup>76</sup>.

В настоящее время программы снижения вреда находят все больше понимания и поддержки со стороны государственных структур, в первую очередь Министерства здравоохранения и социального развития РФ, а также руководства субъектов РФ. В ряде субъектов Российской Федерации (в Республике Татарстан, в Бурятии, Воронежской, Липецкой, Псковской, Свердловской и других областях) благодаря скоординированным действиям и взаимной поддержке проектов снижения вреда, региональных и местных администраций, ведомств, отвечающих за вопросы здравоохранения и контроля за оборотом наркотических и психотропных веществ, деятельность по снижению вреда была включена в региональные программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Из региональных бюджетов было выделено финансирование на поддержку и расширение деятельности по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп. Специалисты, реализующие проекты снижения вреда, были включены в региональные межведомственные комиссии по вопросам ВИЧ/СПИДа.

Работа по снижению вреда получила поддержку не только на региональном уровне. Так, в 1999 и 2002 годах были выпущены два постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, указывающие на необходимость повсеместного ведения работы по снижению вреда, направленной на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в стране<sup>77</sup>.

Дополнительным стимулом для участия органов власти в соответствующих программах являются крупные проекты, осуществляемые на грантовые или заемные средства международных организаций, которые, как правило, реализуются в партнерстве с государственными и общественными некоммерческими организациями. Краткий обзор проектов, осуществляемых в настоящее время в Российской Федерации, приведен в Приложении.

#### **Ситуация с обеспечением лечения при ВИЧ-инфекции**

По оценкам Роспотребнадзора РФ, по состоянию на ноябрь 2006 года в лечении ВИЧ-инфекции нуждалось 19 тысяч пациентов, а получало его 8502 человека<sup>78</sup>. По данным Федерального научно-методического центра СПИД, количество нуждающихся в АРВ-терапии

составляет 58 тысяч человек, а по оценкам ВОЗ уже в 2005 году в специальном лечении антиретровирусными препаратами нуждалось 99 тысяч человек. При этом, несмотря на то что 87% случаев ВИЧ в России связано с инъекционным употреблением наркотиков, ПИН составляют менее 10% людей, получающих АРВТ<sup>10</sup>. В учреждениях системы исполнения наказаний из 37 тысяч ВИЧ-положительных заключенных более пяти тысяч<sup>79</sup> нуждаются в лечении и лишь крайне незначительное число этих людей получают антиретровирусную терапию. Из числа больных сочетанными формами туберкулеза и ВИЧ-инфекции 2500 человек получают лечение только от туберкулеза<sup>80</sup>.

В различных регионах России ситуация в отношении доступности терапии, а также комплекса медицинских услуг для ЛЖВ в целом существенно различается. Степень обеспечения лечением не в последнюю очередь зависит от возможностей региональных бюджетов. В Москве на сегодняшний день терапию получают сотни человек, тогда как в ряде других регионов объем выделяемого на лечение финансирования может ограничивать количество пациентов, получающих АРВ-препараты, до десятков и даже единиц<sup>81</sup>.

Низкая доступность эффективного АРВ-лечения в России объясняется рядом факторов. Основным барьером для расширения АРВТ в стране до последнего времени были одни из самых высоких в мире цены на АРВ-препараты. На начало 2005 года стоимость комбинированного антиретровирусного лечения в России составляла от 5 000 до 12 000 долларов США на человека в год. Однако в течение 2005 года Министерство здравоохранения и социального развития РФ в результате прямых переговоров с фирмами-производителями оригинальных препаратов достигло конкретных договоренностей по снижению цен на основные АРВ-препараты. В рамках проекта ГЛОБУС и приоритетного национального проекта «Здоровье» удалось снизить стоимость курса первой фазы трехкомпонентной терапии для людей, инфицированных ВИЧ, примерно до уровня 1 200–1 300 долларов<sup>82</sup>.

С начала 2006 года в связи с выделением значительных средств на борьбу с ВИЧ/СПИДом в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» появилась возможность резко увеличить количество людей, получающих качественную диагностику, диспансеризацию, полноценное лечение и наблюдение специалистов. Из 3,1 миллиарда рублей (что почти в 20 раз превышало объемы госбюджетного финансирования 2005 года) на лечение было выделено 1 миллиард 700 миллионов рублей, на диагностику – 1 миллиард 200 миллионов рублей и лишь 200 миллионов рублей – на профилактические мероприятия<sup>83</sup>. Непропорциональное распределение средств показывает, что такому важному компоненту как профилактика уделяется недостаточное внимание.

Однако далеко не во всех регионах учреждения здравоохранения оказались подготовлены к резкому увеличению финансирования мероприятий по ВИЧ/СПИДу. Несмотря на очевидные положительные сдвиги, полноценному обеспечению лечением ВИЧ-положительных сегодня препятствуют следующие факторы:

- Около 50%–60% нуждающихся в лечении находятся вне поля зрения медиков. В основном это ПИН, для которых доступ к медицинским услугам затруднен. Работа по формированию и поддержанию приверженности у таких людей и привлечению их к специализированному лечению в подавляющем большинстве регионов не налажена в должной степени.
- Отсутствует эффективная координация между различными структурами при осуществлении закупок лекарственных препаратов в регионах; не всегда обеспечивается стабильность поставок.
- Развитие инфраструктуры (в первую очередь специализированных медицинских учреждений – центров по профилактике и борьбе со СПИД) происходит с отставанием от возросших потребностей и возможностей в предоставлении лечения.
- Не отлажены механизмы взаимодействия между различными медицинскими и социальными программами, такими как центры по профилактике и борьбе со СПИД, наркологические диспансеры, туберкулезные диспансеры, программы снижения вреда и др.

Как отмечалось выше, проблемы с обеспечением полноценного доступа к АРВТ для ПИН усугубляются отсутствием программ обучения по формированию приверженности лечению как для специалистов (медиков, психологов), так и для ЛЖВ, а также ограниченностью программ поддержки АРВТ-пациентов, действующих по принципу «равный – равному». В большинстве регионов функцию реализации таких программ взяли на себя общественные некоммерческие организации. Кроме того, существует тенденция к росту численности и

потенциала групп взаимопомощи людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), созданию новых организаций и мобилизации сообществ ЛЖВ. В России уже имеется опыт эффективной совместной работы учреждений здравоохранения и НКО, включая организации людей, живущих с ВИЧ. Например, в Санкт-Петербурге в течение ряда лет развивается успешное сотрудничество в области профилактики ВИЧ-инфекции и предоставления антиретровирусного лечения между городской инфекционной больницей № 30 им. С. П. Боткина, Санкт-Петербургским центром по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербургским благотворительным общественным фондом медико-социальных программ «Гуманитарное действие» и благотворительным фондом «Свеча».

## 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗРАБОТКЕ ПОЛИТИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП

В свете изложенных выше фактов необходимо сосредоточить усилия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в следующих областях:

*В области координации усилий и партнерства:*

- Повысить координацию усилий федеральных, региональных органов власти и органов местного самоуправления в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.
- Развивать и укреплять партнерство общественных и государственных структур, особенно в области работы с уязвимыми группами, а также привлекать СПИД-сервисные организации к реализации федеральных и региональных целевых программ (через такие механизмы как социальный заказ, гранты, целевое финансирование, совместная реализация проектов и другие формы поддержки).
- Включить представителей Всероссийской сети снижения вреда и сообществ ПИН и ЛЖВ в действующие на сегодняшний день координационные механизмы федерального и регионального уровней (в первую очередь в Правительственную комиссию по вопросам профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции) для обеспечения участия специалистов и представителей групп, затронутых эпидемией, в разработке государственной политики и повышения эффективности программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.
- Учитывая научную базу и опыт работы по профилактике ВИЧ среди ПИН в России, выработать и опубликовать совместную позицию Минздравсоцразвития РФ, ФСКН и Министерства внутренних дел РФ по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции среди ПИН.
- Разработать комплекс нормативных правовых актов, регулирующих работу по профилактике ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп на федеральном уровне.

*В области финансирования:*

- С учетом того, что в настоящее время большинство проектов в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп финансируется международными донорами и объем этой поддержки существенно сократится к 2010 году, когда закончатся текущие крупные проекты, финансирование государственной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, в особенности профилактической (с учетом принципов снижения вреда) и лечебной работы с уязвимыми группами, должно стать стабильным и устойчивым в долгосрочной перспективе и осуществляться в полном объеме как на федеральном, так и на региональном уровнях.
- Предусмотреть увеличение финансирования в части проведения профилактических программ для уязвимых групп и молодежи, а также организации комплекса мер по предоставлению лечения, ухода и поддержки людям, живущим с ВИЧ, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2007–2008 годы, а также в подпрограмме «Анти-ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» на 2007–2011 годы.
- Увеличить объем финансирования профилактических и лечебных программ в субъектах Российской Федерации. Инициировать дискуссию о необходимости включения принципов снижения вреда и недискриминации в региональные целевые программы по ВИЧ/СПИДу.
- Увеличить бюджетные ассигнования на проведение исследований в области ВИЧ/СПИДа (эпидемиологических, поведенческих и др.), необходимых для принятия научно обоснованных, эффективных и учитывающих международный опыт политических и программных решений.
- Обеспечить надлежащий, в том числе независимый общественный контроль за расходованием выделяемых финансовых средств.

*В области повышения доступности и качества АРВТ:*

- Разработать комплексную национальную стратегию по улучшению доступности АРВТ как части общенациональной стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом в России.

- Правительству РФ продолжить работу по снижению стоимости АРВТ, включая отмену налогов и пошлин на АРВ-препараты, а также по расширению отечественного производства соответствующих препаратов-генериков.
- Развивать программы по обеспечению приверженности АРВТ параллельно с укреплением инфраструктуры, кадрового состава и программ подготовки медицинских учреждений и социальных служб.
- Привлекать программы снижения вреда и сообщества ПИН и ЛЖВ к организации программ поддержки приверженности АРВТ. Вовлекать в подобную деятельность социальных работников из этих организаций, имеющих доступ в целевые группы, личный опыт приема терапии и способных по принципу «равного обучения» убедить ПИН или СР в необходимости обращения к врачу, рассказать в доступной форме об обследовании, лечении, а также дать практические рекомендации по соблюдению режима приема АРВ-препаратов.
- Организовать научную дискуссию с целью обсуждения международного опыта в области применения медикаментозной поддерживающей терапии для поддержки усилий по профилактике ВИЧ и повышению приверженности АРВТ среди ПИН.
- Повысить координацию усилий Министерства здравоохранения и социального развития РФ и Управления исполнения наказаний в вопросе предоставления качественной, своевременной и бесперебойной АРВТ в системе ФСИН. Также разработать порядок предоставления и контроля за предоставлением АРВТ в государственных наркологических учреждениях.

*В области прав человека:*

- Соблюдать нормы федерального законодательства, в первую очередь в отношении права уязвимых групп на доступ к эффективной профилактике и лечению ВИЧ-инфекции, защиты от дискриминации, а также в отношении добровольного тестирования на ВИЧ.
- Включить информацию о правовом статусе и правах людей, живущих с ВИЧ, и уязвимых групп в программы обучения медицинских, социальных работников, юристов. Включить необходимую информацию о профилактике, лечении и правовом статусе людей, живущих с ВИЧ, в программы повышения квалификации работников здравоохранения, правоохранительных структур и других учреждений, работающих в сфере ВИЧ/СПИДа.
- Обратить особое внимание Уполномоченного по правам человека в РФ на положение с соблюдением прав человека в отношении представителей уязвимых групп и людей, живущих с ВИЧ. Анализ нарушений прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа, включая обеспечение конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, должен стать не только частью ежегодного доклада о состоянии прав человека в России, но и предметом специального доклада Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации. Привлечь внимание Совета при Президенте Российской Федерации по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека и Общественной палаты РФ к нарушению прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа.
- Разработать меры профилактики ВИЧ-инфекции в системе ФСИН. Провести исследование международного опыта в этой области, изучить возможности проведения пилотных ПОШ в системе ФСИН РФ.

# ПРИЛОЖЕНИЕ. РОЛЬ НЕКОММЕРЧЕСКИХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В настоящее время в Российской Федерации растет число проектов, связанных с организацией профилактики, лечения, помощи и поддержки при ВИЧ/СПИДе, финансируемых из международных источников и реализуемых при участии организаций гражданского общества в сотрудничестве с органами государственной власти.

*Проекты, софинансируемые Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд):*

- **Проект ГЛОБУС**

На сегодняшний день одним из наиболее масштабных проектов в Российской Федерации, направленных на расширение доступа к профилактике и лечению для уязвимых групп, является проект ГЛОБУС (Глобальное объединение усилий против СПИДа)<sup>84</sup>, цель которого – стимулирование эффективного национального ответа на эпидемию ВИЧ/СПИДа и реализация принципов данной стратегии в десяти регионах РФ.

Проект осуществляется консорциумом некоммерческих организаций, в который входят российские негосударственные организации, имеющие многолетний опыт противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа: фонд «Открытый Институт Здоровья», ФОКУС-МЕДИА, «СПИД-инфосвязь», а также международные негосударственные организации «СПИД Фонд Восток-Запад» (AFEW) и «Центр социального развития и информации» (PSI).

Реализация проекта ведется с 15 августа 2004 года и предусматривает предоставление технической поддержки (обучение, консультации, программное обеспечение) и гуманитарной помощи (товары медицинского назначения, оборудование, лекарства) регионам, участвующим в проекте.

В число 10 регионов, где реализуется проект ГЛОБУС, входят г. Санкт-Петербург, Вологодская, Нижегородская, Оренбургская, Псковская, Тверская и Томская области, Красноярский край, Республика Бурятия и Республика Татарстан.

В целях реализации поставленных задач по предоставлению лечения экспертами проекта подготовлено Программное руководство «Предоставление помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе в рамках проекта ГЛОБУС», в котором отражены вопросы организации оказания медицинской помощи, работа мультидисциплинарной команды, критерии отбора пациентов для получения АРВТ и тактика ведения пациента.

Лечебный компонент ГЛОБУСа включает организацию программы предоставления АРВТ в регионах, участвующих в проекте. В задачи проекта входит развитие соответствующей инфраструктуры, разработка системы поставок и распределения медикаментов, отработка реалистичной модели предоставления лечения пациентам из уязвимых групп, включая привлечение пациентов, клинико-лабораторный мониторинг, медико-социальное сопровождение и формирование приверженности лечению. В 2005 году произведены закупки АРВ-препаратов для 1200 пациентов, а к концу пятого года проекта (2009) планируется увеличение числа пациентов до 4500 человек.

- **Фонд «Российское здравоохранение»**

Другая важная программа – «Развитие стратегии лечения населения РФ, уязвимого к ВИЧ/СПИД»<sup>85</sup>, также поддерживаемая Глобальным фондом. Сумма поддержки составляет

120,5 миллионов долларов на пять лет (без учета софинансирования из федерального бюджета). Программу осуществляет фонд «Российское здравоохранение».

Цель программы – снижение заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией, путем повышения доступности профилактики, лечения, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ, в частности для потребителей инъекционных наркотиков, секс-работников и других уязвимых групп.

*Программа решает шесть основных задач:*

- повышение уровня выявляемости людей, живущих с ВИЧ, которым необходимо лечение и поддержка, особенно среди уязвимых групп населения;
- расширение доступности комплексной АРВТ для людей, живущих с ВИЧ, особенно для уязвимых групп населения;
- расширение паллиативной помощи и психосоциальной поддержки для людей, живущих с ВИЧ, и для их близких и родных, особенно среди уязвимых групп населения, включая сирот;
- укрепление возможностей российской системы здравоохранения на федеральном и региональном уровнях по проведению эффективного лечения, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ;
- создание благоприятных условий для реализации программ и предоставления услуг по лечению и поддержке уязвимых групп населения;
- укрепление возможности проведения на национальном и региональном уровнях мониторинга, контроля и практических исследований по ключевым аспектам, касающимся лечения и поддержки, предоставляемых людям, живущим с ВИЧ.

Программа действует на федеральном и региональном уровнях и осуществляется в сотрудничестве с Минздравсоцразвития России, Федеральным научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, другими российскими и международными организациями. К концу проекта в нем должны участвовать 59 регионов. На сегодня их девять: Алтайский край, Волгоградская, Иркутская, Калининградская, Ленинградская, Саратовская, Свердловская и Челябинская области, Краснодарский край.

Деятельность в рамках программы включает расширение охвата лечением ВИЧ-положительных пациентов, совершенствование нормативной и методической базы в области борьбы с ВИЧ/СПИДом, укрепление системы подготовки медицинских и немедицинских кадров по вопросам ВИЧ/СПИДа, поставку лабораторного оборудования, предоставление методических и учебных материалов для специалистов, поддержку профилактических мероприятий, усиление или распространение аутрич-сервиса для уязвимых групп, поддержку программ оказания паллиативной помощи и ряд других мероприятий, в том числе в области борьбы со стигмой и дискриминацией.

Ожидается, что по итогам пяти лет программы более 7 тысяч специалистов смогут повысить квалификацию, 74 тысячи ВИЧ-инфицированных получат АРВТ и психологическую поддержку, включая обеспечение приверженности лечению, в 20 учреждениях пенитенциарной системы будут созданы условия для получения лечения и ухода, около 100 тысяч представителей уязвимых групп населения будут охвачены профилактическими программами в 59 регионах России.

Помимо работы в области ВИЧ/СПИДа программа предусматривает реализацию компонента по борьбе с туберкулезом: пациентов с туберкулезом и ВИЧ направляют в соответствующие службы, а люди с ВИЧ получают возможность пройти скрининг на туберкулез, лечиться и иметь доступ к профилактическим материалам.

### • **Всероссийская сеть снижения вреда**

К числу программ, финансируемых Глобальным фондом, относится также проект «Повышение доступа к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции через совершенствование услуг для потребителей инъекционных наркотиков в РФ»<sup>86</sup> (начат в сентябре 2006 года). Основным исполнителем проекта является Всероссийская сеть снижения вреда. Стоимость программы составляет более 12 миллионов долларов США, без учета софинансирования.

Необходимость программы вызвана тем, что, несмотря на увеличение бюджета на борьбу со СПИДом, стабильное финансирование профилактических программ для ПИН до сих пор не налажено. Цели программы состоят в значительном увеличении масштаба и повышении качес-

тва услуг, предоставляемых ПИН, в том числе живущих с ВИЧ, а также в повышении спроса со стороны ПИН на услуги по профилактике ВИЧ-инфекции путем создания и укрепления системы специально ориентированных служб. Задачи программы: увеличение охвата и числа услуг, предоставляемых 33 проектами снижения вреда; предоставление технической помощи проектам; содействие включению уязвимых сообществ в работу по предотвращению эпидемии и лечению ВИЧ-инфекции; а также продвижение подхода снижения вреда на национальном и региональном уровнях. Отдельное внимание будет уделяться укреплению взаимодействия проектов снижения вреда, лечебных программ по ВИЧ/СПИДу и сообществ ПИН и ЛЖВ с целью усовершенствования системы привлечения пациентов, налаживания работы по подготовке к лечению и поддержанию приверженности АРВТ среди ВИЧ-положительных ПИН и вовлечения уязвимых групп в деятельность по адвокации, выработке и принятию решений в области ВИЧ/СПИДа.

Ожидается, что к концу пятого года проекта число ПИН, имеющих доступ к услугам, возрастет с 38 200 до 167 800 человек, при этом количество чистых шприцев, которые они получают, увеличится с 3,8 до 16,8 миллиона штук.

## **Всемирный банк**

В 2003 году Всемирный банк одобрил предоставление Российской Федерации займа в размере 150 миллионов долларов США на реализацию проекта «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа» на период до 2008 года<sup>87</sup>. На компонент, направленный на профилактику и борьбу со СПИДом, предусмотрено выделение 46,8 миллиона долларов.

Проект должен обеспечить повышение эффективности политики и стратегий борьбы с ВИЧ/СПИДом; поддержку в проведении просветительских кампаний; укрепление систем эпидемиологического надзора, мониторинга и лабораторной диагностики; создание возможностей для осуществления эффективного контроля за использованием антиретровирусных препаратов и безопасностью процедуры переливания крови; а также поддержку на начальных этапах работы по созданию вакцин против ВИЧ в России. Важнейшее значение имеет то, что в рамках проекта будут проводиться профилактические мероприятия среди населения, относящегося к группам повышенного риска. Эти мероприятия разработаны на основе результатов серологического анализа и поведенческих исследований (изучения зависимостей между передачей инфекции и поведением людей в связи с распространением ВИЧ).

## **Европейская комиссия**

В июне 2005 года Европейская комиссия подписала соглашение с Всемирной организацией здравоохранения о реализации второй фазы проекта по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Российской Федерации<sup>88</sup>. На финансирование программы Европейская комиссия выделяет 4 миллиона евро.

Основная цель проекта – оказать поддержку Министерству здравоохранения и социального развития РФ в определении стратегии борьбы с ВИЧ/СПИДом, уделяя особое внимание применению антиретровирусных препаратов и контролю за безопасностью процедур переливания крови. Проект предназначен в первую очередь для ЛЖВ, медицинских работников и научных исследователей в области здравоохранения, а также сотрудников региональных и федеральных органов государственной власти.

Планируется создать систему обучения персонала и контроля за соблюдением необходимых стандартов в медицинских учреждениях, применяющих антиретровирусные препараты, а также обеспечить безопасность процедур переливания крови. Предполагается, что после завершения проекта российские медицинские учреждения получат необходимые методики и программы обучения, системы клинических исследований, сертификации и контроля за качеством услуг. Это позволит медицинским работникам осуществлять лечение с применением антиретровирусных препаратов и обеспечит безопасность процедур переливания крови на самом высоком уровне в соответствии с международными стандартами. Данная программа также расширит возможности Министерства здравоохранения и социального развития РФ по формированию и реализации политики, стратегии и плана борьбы с ВИЧ/СПИДом. Активное участие в осуществлении данного проекта примут различные российские и международные организации.

- <sup>1</sup> Конституция Российской Федерации. Статья 41. Российская газета. 25.12.1993.
- <sup>2</sup> Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, № 14). Статьи 4-5.
- <sup>3</sup> UNAIDS (2006). Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. Женева. Доступно в Интернете: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/2006-GR\\_ru.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_ru.asp).
- <sup>4</sup> По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, предоставленным Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. См. также <http://www.hivpolicy.ru/statistic/national/>.
- <sup>5</sup> СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW). «Официально зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в РФ: 1 января 1987—31 декабря 2006 гг. (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ)». Доступно в Интернете: <http://afew.org/russian/statistics/HIVdata-RF.htm>.
- <sup>6</sup> Population Reference Bureau (2005). 2005 World Population Data Sheet. Доступно в Интернете: [http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet\\_Eng.pdf](http://www.prb.org/pdf05/05WorldDataSheet_Eng.pdf).
- <sup>7</sup> Ruhl, C., Pokrovsky, V. and Vinogradov V. (2002). The economic consequences of HIV in Russia. The World Bank Group in Russia. Moscow.
- <sup>8</sup> Atlani L., Carael M., Burne J-B., Fasca T., Chaika N. (2000), Social change and HIV in the former USSR: the making of a new epidemic. *Social Science & Medicine*. 50:1547–1546.
- <sup>9</sup> Hamers F., Downs A. (2003). HIV in Central and Eastern Europe. *Lancet*. Mar22; 361(9362): 1035–1044. Review.
- <sup>10</sup> WHO (2005). Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale up. Russian Federation. Доступно в Интернете: [http://www.who.int/hiv/HIVCP\\_RUS.pdf](http://www.who.int/hiv/HIVCP_RUS.pdf)
- <sup>11</sup> Platt, L., Hickman M., Rhodes T., Mikhailova L., Karavashkin V., Vlasov A., Tilling K., Hope V., Khutorksoy M., Renton A. (2004). The prevalence of injecting drug use in a Russian city: implications for harm reduction and coverage. *Addiction*, 99, 1430–1438.
- <sup>12</sup> МККН (2006). Доклад за 2005 г. (E/INCB/2005/1). ООН, Нью-Йорк. Доступно в Интернете: [http://www.incb.org/pdf/e/ar/2005/incb\\_report\\_2005\\_ru.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/ar/2005/incb_report_2005_ru.pdf)
- <sup>13</sup> Rhodes. T., Stimson, G.V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K., Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread and the 'risk environment'. *AIDS*, 13 (Suppl. A): S259–S269.
- <sup>14</sup> Crofts, N., Reid, G. and Deany, P. (1998). Injecting drug use and HIV infection in Asia. *AIDS* 12 (suppl. B): S69–78.
- <sup>15</sup> Dehne, K., Grund, G-P., Khodakevich, L., Kobyschka, Y. (1999). The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: patterns, trends and determinants. *Journal of Drug Issues*, 29(4), 729–776.
- <sup>16</sup> Lowndes, C.M., Renton, A., Alary, M., Rhodes, T., Garnett, G., Stimson, G. (2003). Conditions for widespread heterosexual spread of HIV in the Russian Federation: implications for research, monitoring and prevention. *International Journal of Drug Policy* 14: 45–62.
- <sup>17</sup> Rhodes T., Sarang A., Bobrik A., Bobkov E., Platt L. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15:1–16.
- <sup>18</sup> Rhodes, T., Lowndes, C., Judd, A., Mikhailova, L., Sarang, A., Rylkov, A. et al (2002). Explosive spread and high prevalence among injecting drug users in Togliatti City, Russian Federation. *AIDS*, 16 (13): F25–F32.
- <sup>19</sup> Московская Хельсинкская группа. «Право на жизнь среди людей». Доклад по результатам мониторинга, проведенного в рамках проекта Московской Хельсинкской группы «Предотвращение распространения ВИЧ/СПИДа: мониторинг ситуации с соблюдением прав лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом». Доступно в Интернете по адресу <http://www.mhg.ru/publications>.
- <sup>20</sup> Расширенное заседание коллегии по вопросу «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2005 году и задачах на 2006 год в свете реализации Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 годы)». Москва, 5 апреля 2006 года. Менеджер здравоохранения. 2006. № 5.
- <sup>21</sup> Sarang A., Rhodes T., Platt L., Koshkina E., Shelkovnikova O., Volnov V., Blagovo D., Rylkov A. (2006). Drug injecting and syringe use in the HIV risk environment of Russian penitentiary institutions: Qualitative study. *Addiction*. В печати.
- <sup>22</sup> Центр содействия реформе уголовного правосудия «Тюрьма и воля» (2006). О положении в Федеральной службе исполнения наказания на 2005 год: общие данные, здоровье заключенных, сотрудники уголовно-исполнительной системы, производственно-финансовая деятельность, уголовно-исполнительные инспекции. Доступно в Интернете: <http://www.prison.org/penal/stat/doc019.shtml>.
- <sup>23</sup> Bobrik A., Danishevski K., Eroshina K., McKee M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy*: 26: 30–59.
- <sup>24</sup> Рабочая группа по подготовке расширенного заседания президиума Государственного Совета Российской Федерации «О неотложных мерах по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» (2006). Доклад.
- <sup>25</sup> UNODC (2004). *World Drug Report*. Vol. 1. P. 47–51.
- <sup>26</sup> Смольская Т. и др. (2005). Характеристика эпидемического процесса и дальнейшее развитие системы над-

- зора за ВИЧ-инфекцией на территориях Северо-Западного федерального округа Российской Федерации: аналитический обзор. Северо-Западный окружной центр по профилактике и борьбе со СПИДом. Санкт-Петербург.
- 27 ССВ-ЦВЕ (2005). Секс-бизнес, ВИЧ/СПИД и права человека в Центральной и Восточной Европе и Центральной Азии. Вильнюс. Доступно в Интернете: [http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/report%20all\\_RU.pdf](http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/report%20all_RU.pdf).
  - 28 Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Совет Европы. «Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем». 1998.
  - 29 AFEW (2002). Работа программ профилактики: лоббирование интересов проектов снижения вреда, связи с общественностью и работа со средствами массовой информации. Пособие для журналистов. Москва.
  - 30 Аутрич (от англ. *outreach* – «работа с населением», «распространение информации») – деятельность по предоставлению потребителям инъекционных наркотиков информации, консультаций и профилактических средств за пределами медицинских учреждений. Эта работа проводится обученными сотрудниками (зачастую бывшими ПИН) в условиях, привычных для целевой группы, что позволяет наладить с ней тесный контакт и обеспечить эффективное донесение информации. Основная цель аутрич-работы – изменение рискованного (повышающего риск инфицирования) поведения ПИН и положительное воздействие на эту целевую группу, обычно не охваченную другими службами, с целью охраны здоровья.
  - 31 Лаврова К., Бидординова А. (2003). Управление персоналом программ профилактики ВИЧ-инфекции в закрытых целевых группах. Информационно-методические материалы. Министерство здравоохранения РФ. Москва.
  - 32 ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН (2004). Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков. Женева. Доступно в Интернете: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/pb03ru.pdf>.
  - 33 UNAIDS (2005). Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper (UNAIDS/05.18E). Geneva. Доступно в Интернете: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif\\_hiv-newstyle\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf).
  - 34 Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 года. Доступно в Интернете: <http://www.un.org/russian/documen/declarat/aidsdecl.htm>.
  - 35 ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН (2005). Краткая информация для выработки политики: антиретровирусная терапия и потребители инъекционных наркотиков. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу. Доступно в Интернете: [http://www.who.int/hiv/pub/arv/arvidu\\_rus.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/arv/arvidu_rus.pdf).
  - 36 ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН (2005). Краткая информация для выработки политики: сокращение ВИЧ-инфицирования путем лечения наркотической зависимости. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу. Доступно в Интернете: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/en/pb04ru.pdf>.
  - 37 Sarang, A., Stuijckte R., Bykov R. (2007). Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy*. In press.
  - 38 Совместная позиция ВОЗ/УООННП/ЮНЭЙДС/ (2004). Заместительная поддерживающая терапия в ведении пациентов с опиоидной зависимостью и в профилактике ВИЧ-инфекции и СПИДа. Доступно в Интернете: [http://www.drugpolicy.ru/publications/report\\_2004-03-15\\_1\\_ru.pdf](http://www.drugpolicy.ru/publications/report_2004-03-15_1_ru.pdf)
  - 39 ВОЗ (2005). Основные лекарственные средства. Примерный перечень ВОЗ (пересмотрен в марте 2005 г.). Доступно в Интернете: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_rus.pdf).
  - 40 UNODC (2004). *World Drug Report*. p. 52.
  - 41 Бобрик А.В. (2002). Профилактика ВИЧ среди потребителей наркотиков в Российских городах. Анализ экономической эффективности. «Российский семейный врач». Том 6. № 4: 30–36.
  - 42 Ерошина К.М., Бобрик А.В., Васильева Н.В., Сивачева И.Л. Предварительные результаты когортного исследования по оценке эффективности проектов снижения вреда от внутривенного употребления наркотиков в Российской Федерации. Материалы международной научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Суздаль. 2004.
  - 43 Nordt C & Stohler R (2006) Incidence of heroin use in Zurich, Switzerland: A treatment case register analysis. *Lancet*, 367, 1830-1834.
  - 44 ССВ-ЦВЕ (2002). Программы заместительной терапии. Вильнюс. Доступно в Интернете: [http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/subst\\_therapy\\_rus.pdf](http://www.ceehrn.org/EasyCEE/sys/files/subst_therapy_rus.pdf).
  - 45 Brugal M.T., Domingo-Salvany A., Puig R., Barrio G., Garcia de Olalla P., de la Fuente L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction*. Jul;100(7):981–9.
  - 46 Верстер А., Бунинг Э. (2003). Ключевые аспекты заместительного лечения опиатной зависимости. Учебное пособие.
  - 47 Менделевич В.Д. (2006). Наркомания и наркология в России в зеркале общественного мнения и профессионального анализа. Казань: «Медицина».
  - 48 Altice F., Mezger J., Hodges J., Bruce R., Marinovich A., Walton M. et al. (2004). Developing a directly administered antiretroviral therapy intervention for HIV-infected drug users: implications for program replication. *Clinical Infectious Disease* 2004;1(38 Suppl 5):S376–87. Цитируется по: Коалиция ARV4IDUs (2004). АРВ-терапия для потребителей инъекционных наркотиков: ключевые факты об эффективности лечения ВИЧ-инфекции. Доступно в

- Интернете: [http://www.ceehrn.org/ARV4IDUs/info%20medziaga/for\\_download/fact\\_sheet\\_tx\\_efficacy\\_RUS.doc](http://www.ceehrn.org/ARV4IDUs/info%20medziaga/for_download/fact_sheet_tx_efficacy_RUS.doc).
- <sup>49</sup> Nemes M. (2000). Aderencia ao Tratamento por Anti-retrovirais em Servicos Publicos no Estado de Sao Paulo, Brasilia, DF Ministerio da Saude do Brasil. Цитируется по: Коалиция ARV4IDUs (2004). APB-терапия для потребителей инъекционных наркотиков: ключевые факты об эффективности лечения ВИЧ-инфекции. Доступно в Интернете: [http://www.ceehrn.org/ARV4IDUs/info%20medziaga/for\\_download/fact\\_sheet\\_tx\\_efficacy\\_RUS.doc](http://www.ceehrn.org/ARV4IDUs/info%20medziaga/for_download/fact_sheet_tx_efficacy_RUS.doc).
- <sup>50</sup> The Australian National Drug Strategy, 2004–2009. Доступно в Интернете: <http://www.nationaldrugstrategy.gov.au>.
- <sup>51</sup> Strathdee S., Vlahov, D. (2001). The effectiveness of needle exchange programs: A review of the science and policy. *AIDScience* Vol. 1, No. 16, December 13.
- <sup>52</sup> International Herald Tribune. Asia-Pacific (2006). China to open 300 needle-exchange centers in anti-AIDS effort. September 28. Доступно в Интернете: [http://www.iht.com/articles/ap/2006/09/29/asia/AS\\_MED\\_China\\_AIDS\\_Needle\\_Exchange.php](http://www.iht.com/articles/ap/2006/09/29/asia/AS_MED_China_AIDS_Needle_Exchange.php).
- <sup>53</sup> Drug Access (2006). Methadone Clinics in Chinese Province Treat 3,000 IDUs as Part of HIV Prevention Efforts. Nov 02, 2006. Доступно в Интернете: [http://www.kaisernetwork.org/daily\\_reports/rep\\_index.cfm?DR\\_ID=40807](http://www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=40807).
- <sup>54</sup> China Daily (2006). Methadone therapy, needle exchanges leading HIV battle. 10-23. Доступно в Интернете: [http://www.chinadaily.com.cn/china/2006-10/23/content\\_714500.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2006-10/23/content_714500.htm).
- <sup>55</sup> Qian H., Schumacher J., Chen H., Ruan Y. (2006). Injection drug use and HIV/AIDS in China: Review of current situation, prevention and policy implications. *Harm Reduction Journal*, 3:4. Доступно в Интернете: <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/4>.
- <sup>56</sup> Canadian Ministerial Council on HIV/AIDS (2004). Annual Report.
- <sup>57</sup> Mesquita F. (2004). Brazil: Giving Injecting Drug Users Access to Highly Active Antiretroviral Therapy as a Response to the HIV/AIDS Epidemic. В книге: *Breaking Down Barriers. Lessons on Providing HIV Treatment to Injection Drug Users*. Open Society Institute. International Harm Reduction Development. New York.
- <sup>58</sup> Lines R., Jürgens, R., Betteridge, G., Stöver, H., Laticevschi, D., Nelles, J. (2004) Prison Needle Exchange: Lessons from A Comprehensive Review of International Evidence and Experience, Canadian HIV/AIDS Legal Network. Доступно в Интернете: <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons/pnep/toc.htm>.
- <sup>59</sup> IHRD (2006). Тенденции и события в области снижения вреда в 2005 г. Страны с преимущественно инъекционным распространением ВИЧ-эпидемии. Нью-Йорк: Международная программа снижения вреда (IHRD) Института «Открытое общество».
- <sup>60</sup> WHO (2005). Status paper on prisons, drugs and harm reduction. EUR/05/5049062.
- <sup>61</sup> Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах Принят резолюцией 2200 А (XXI) Генеральной Ассамблеи от 16 декабря 1966 года. Вступил в силу 3 января 1976 года. Ратифицирован Указом Президиума Верховного Совета СССР от 18 сентября 1973 г. // Ведомости Верховного Совета СССР. 1976. № 17. Ст. 291.
- <sup>62</sup> Всеобщая декларация прав человека, (1948) ст. 25.1; Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (1978), ст. 11.1 и 12.1. Европейская Социальная Хартия, (1961) ст. 11.
- <sup>63</sup> Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14 (2000). E/C.12/2000/4. Para. 9.
- <sup>64</sup> Hunt P. (2003). The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Report of the Special Rapporteur, submitted in accordance with Commission resolution 2002/31. E/CN.4/2003/5. 13 February.
- <sup>65</sup> ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы (2003). Третья Международная консультация по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Женева. 25–26 июля 2002 г. ООН. Нью-Йорк и Женева. UNAIDS/03.01R. С. 15.
- <sup>66</sup> Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» № 38-ФЗ от 30.03.1995 (в ред. Федеральных законов от 12.08.1996 № 112-ФЗ, от 09.01.1997 № 8-ФЗ, от 07.08.2000 № 122-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ).
- <sup>67</sup> Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.
- <sup>68</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации от 13 июня 1996 года, № 63-ФЗ, Статья 136.
- <sup>69</sup> Собрание Законодательства РФ (1995). № 14. Ст. 1212. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 г., утверждена постановлением Правительства РФ от 26 ноября 2004 г. № 690. Собрание Законодательства РФ. 2004. № 48. Ст. 4809.
- <sup>70</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 22 августа 2004 года № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"». Российская газета. 31.08.2004.
- <sup>71</sup> Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации (2006). Доклад о деятельности Уполномоченного по правам человека в Российской Федерации в 2005 г. Доступно в Интернете: <http://ombudsman.gov.ru/doc/ezdoc/05.shtml#e>.
- <sup>72</sup> Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации. Утвержден Постановлением Правительства РФ от 30 июня 1998 г. Собрание Законо-

дательства РФ. 1998. № 27. Ст. 3198. Доступно в Интернете: [http://www.mzsrrf.ru/prav\\_postan/18.html](http://www.mzsrrf.ru/prav_postan/18.html)

<sup>73</sup> Собрание Законодательства РФ (1998). № 2. Ст. 219.

<sup>74</sup> Собрание Законодательства РФ (2003). № 50. Ст. 4848.

<sup>75</sup> Всероссийская сеть снижения вреда (2005). История ВССВ. Доступно в Интернете: [http://harmreduction.ru/vssv\\_story.shtml](http://harmreduction.ru/vssv_story.shtml).

<sup>76</sup> Moshkova A., Zhumagaliev V. (2005) «Harm reduction in the Russian Federation». International Harm Reduction Development program, Open Society Institute, New York, USA, Open Health Institute, Moscow, Russia.

<sup>77</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 28 от 29.08.2002 «Об активизации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации»; Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации № 19 от 29.12.1999 «О неотложных мерах по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции».

<sup>78</sup> О закупке и поставке в субъекты РФ диагностических средств и антиретровирусных препаратов. Материалы Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию к парламентским слушаниям на тему «О ходе реализации приоритетного национального проекта “Здоровье” и законодательном обеспечении государственной демографической политики» (21.11.2006, Москва, Государственная Дума ФС РФ). Доступно в Интернете: <http://www.hivpolicy.ru/news/?id=785>.

<sup>79</sup> Голиусов А.Т., Дементьева Л.А., Смоленский В.Ю. О состоянии и мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Социальная профилактика и здоровье. Научно-практический журнал. № 6, 2005.

<sup>80</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача РФ № 16 от 25.04.2005 «О дополнительных мерах по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации».

<sup>81</sup> Открытый Институт здоровья населения (2005). Оценка исходной ситуации в регионах проекта ГЛОБУС, РФ.

<sup>82</sup> Хабриев Р. (2006). О чем болит голова. Российская газета. 04.05.2006.

<sup>83</sup> РИА Новости (2005). На профилактику ВИЧ в РФ в 2006 году будет направлено 200 млн рублей. 9.12.2005. Доступно в Интернете: [http://www.rian.ru/society/health\\_services/20051209/42408459.html](http://www.rian.ru/society/health_services/20051209/42408459.html).

<sup>84</sup> Проект ГЛОБУС: Глобальное объединение усилий против СПИДа. Описание проекта доступно в Интернете: [www.ohi.ru/globe/short.html](http://www.ohi.ru/globe/short.html).

<sup>85</sup> Программа «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИД». Доступно в Интернете: <http://srhiv.mednet.ru>

<sup>86</sup> GFATM (2006). Scaling up access to HIV prevention and treatment by strengthening HIV services for injecting drug users in the Russian Federation. Описание программы. Доступно в Интернете: <http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=RUS>.

<sup>87</sup> Проект “Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа” ID (P064237). Базовая информация. Доступно в Интернете: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/RUSSIANFEDERATIONEXTN/0,,contentMDK:20440954~menuPK:952988~pagePK:141137~piPK:217854~theSitePK:305600,00.html?1=1&l=r&id=37>.

<sup>88</sup> Проект Европейской Комиссии и ВОЗ по вопросам ВИЧ/СПИДа. Информационный бюллетень, август 2005. Доступно в Интернете: [http://eu-visibility.ru/newsletter/nlaugru\\_002.html](http://eu-visibility.ru/newsletter/nlaugru_002.html).



ТРАНСАТЛАНТИЧЕСКИЕ ПАРТНЕРЫ  
**ПРОТИВ СПИДА**

**Трансатлантические партнеры  
против СПИДа (ТППС)**

Газетный переулок, д. 5, 3 этаж  
125993 Москва, Россия

Тел.: +7 (495) 510 5370

Факс: +7 (495) 510 5371

<http://www.tpaа.ru>

<http://www.hivpolicy.ru>

**Transatlantic Partners Against  
AIDS (TPAA)**

One Liberty Plaza  
165 Broadway, 36th Floor  
New York, NY 10006

Phone: +1 (212) 584 1680

Fax: +1 (212) 584 1699

<http://www.tpaа.net>

**Трансатлантические партнеры  
против СПИДа (ТППС)**

ул. Кудрявская 13-19, 2-й подъезд  
04053 Киев, Украина

Тел.: +38 (044) 238 6424

Факс: +38 (044) 238 6462

<http://www.tpaа.net>

Трансатлантические партнеры против СПИДа (ТППС) — независимая неправительственная организация, которая мобилизует политические, гражданские, научные и экономические ресурсы североамериканских, европейских и евразийских партнеров в борьбе против быстрого и разрушительного распространения ВИЧ/СПИДа в России, Украине и в соседних странах.