

Медведская Д.Р.¹, Турков С.Б.¹, Подымова А.С.², Ножкина Н.В.³

Основные направления оптимизации организационного и финансового обеспечения лечебных и профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции (на примере опыта Свердловской области)

1 - Министерство здравоохранения Свердловской области, г. Екатеринбург, 2 - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Екатеринбург, ЗФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург

Medvedskaya D.R., Turkov S.B., Podymova A.S., Nozhkina N.V.

The main directions in the organizational and financial optimization of preventive and therapeutic measures for HIV infection (based on the Sverdlovsk region experience)

Резюме

Россия относится к числу стран, где проблема распространения ВИЧ/СПИДа представляет серьезную угрозу национальному, демографическому и социально-экономическому развитию, затрагивая все слои общества, и требует расширения масштаба принимаемых мер, мобилизации различных ресурсов и межсекторального сотрудничества для достижения результатов в противодействии эпидемии. Анализ тенденций изменения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции, организационного развития межведомственной системы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа на региональном и муниципальном уровнях, а также результативности комплекса мероприятий, реализованных в Свердловской области позволили разработать основные направления совершенствования организационного и финансового обеспечения лечебных и профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции с учетом необходимости изменения действующей нормативно-правовой базы.

Ключевые слова. ВИЧ-инфекция, организация лечебных и профилактических мероприятий, эпидемиологические и медико-социальные индикаторные показатели, нормативно-правовая база

Summary

Russia is among the countries where the problem of HIV / AIDS poses a serious threat to national, demographic and socio-economic development, affecting all sectors of society. To achieve results in combating the HIV / AIDS epidemic, the problem requires an expansion of scale of action, mobilization of various resources, and intersectoral collaboration. Analysis of trends in the epidemiological situation of HIV infection, as well as trends in organizational development, in interagency system to counter the spread of HIV / AIDS at the regional and municipal levels, including the impact of a set of measures implemented in the Sverdlovsk region, allowed to develop the main recommendations for improvement of organizational and financial support of therapeutic and preventive measures on HIV-infections taking into account the need of changing the existing legal framework on HIV.

Keywords. HIV; organization of therapeutic and preventive measures; epidemiological, medical and social indicators; the legal framework

Введение

В последние годы в большинстве стран мира достигнут прогресс в сдерживании эпидемии ВИЧ-инфекции, благодаря комплексным лечебно-профилактическим мерам удалось добиться снижения числа новых случаев инфицирования ВИЧ. Нарастание эпидемии продолжается

в странах Восточной Европы, в том числе, в Российской Федерации. Генеральная Ассамблея ООН в 2016 году приняла новую Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу, в которой признает, что ВИЧ и СПИД продолжают создавать чрезвычайную ситуацию глобального масштаба и принимает обязательства покончить с эпидемией к 2030 году [1].

Сложившаяся в России эпидемическая ситуация свидетельствует о необходимости наращивать усилия по укреплению национальной и региональных систем противодействия распространению ВИЧ/СПИДа и расширять сферы профилактических вмешательств с учетом национальных и региональных особенностей развития эпидемии. Президентом Российской Федерации в декабре 2015 года ВИЧ-инфекция определена как одна из угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан, наряду с массовым распространением таких заболеваний, как онкологические, сердечно-сосудистые, туберкулез, наркомания и алкоголизм [2].

Среди целей государственной политики определены профилактика и предотвращение роста заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в том числе ВИЧ-инфекции. Отмечена потребность в совершенствовании нормативно-правовой базы для обеспечения более эффективной реализации государственной политики в сфере охраны здоровья граждан [2].

Свердловская область занимает одно из лидирующих мест среди регионов России по пораженности и первичной заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией. Распространение ВИЧ-инфекции, согласно критериям ВОЗ, соответствует генерализованной стадии эпидемии с 2002 года, при которой доля ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин превышает 1%. Нарастание распространения ВИЧ-инфекции на территории области потребовало разработки и применения адекватных мер противодействия с учетом региональных особенностей эпидемической ситуации.

В настоящий период основными нормативными документами, регламентирующими меры по ограничению распространения ВИЧ-инфекции, являются Федеральный закон от 30.05.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826 - 10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», Методические указания МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией», Методические рекомендации МР 3.1.0087-14 «Профилактика заражения ВИЧ», приказы Министерства здравоохранения РФ. Наряду с этим, неблагоприятная динамика развития эпидемической ситуации требует внесения корректив в нормативную базу, а также совершенствования организации лечебных и профилактических мероприятий, особенно в регионах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции.

Цель настоящего исследования - на основе анализа опыта функционирования межведомственной системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области определить основные направления нормативно-правового совершенствования организационного и финансового обеспечения мер противодействия распространению ВИЧ-инфекции на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Материалы и методы

Выполнена оценка тенденций изменения эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и результативность комплекса мероприятий по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа в Свердловской области. Проведен анализ действующей нормативно-правовой базы: Федерального закона от 30.05.1995 № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)», Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.5.2826 - 10 «Профилактика ВИЧ-инфекции», Государственной программы «Развитие здравоохранения» на период до 2020 года, утвержденного постановлением Правительства РФ от 14.04.2014 г № 294, проекта Государственной стратегии противодействия распространению заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека в Российской Федерации на период до 2020 года.

Результаты и обсуждение

Глобальные масштабы распространения ВИЧ-инфекции, уязвимость активных социальных групп населения, влияние поведенческих факторов риска, прогрессирующий характер заболевания при дорогостоящем лечении требуют мобилизации больших финансовых, материальных и людских ресурсов и межсекторального сотрудничества для достижения результатов в противодействии эпидемии.

Сформированная к настоящему времени в Свердловской области межведомственная система противодействия распространению ВИЧ-инфекции, включает вовлечение всех субъектов профилактики как на региональном, так и на муниципальном уровнях, что позволяет более эффективно обеспечивать реализацию комплекса мер первичной, вторичной и третичной профилактики с привлечением в профилактический процесс различных групп населения. Функционирование сформированной межведомственной системы способствовало достижению в последние годы положительной динамики по ряду индикаторных показателей. Так, наблюдается увеличение доли ВИЧ-инфицированных, поставленных на диспансерный учет с определением вирусной нагрузки и иммунного статуса до 84,5%; увеличение охвата ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией (АРВТ) до 43,5%; увеличение пациентов с неопределяемой вирусной нагрузкой до 83,6%; снижение летальности от СПИДа до 1,7%; снижение удельного веса таких причин инфицирования детей от ВИЧ-инфицированных женщин, как некачественная химиопрофилактика (до 90%) и наблюдение беременных только в женских консультациях без посещения ими центра СПИД (с 2,6% до 0).

Повышение результативности региональной системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции стало возможным благодаря совершенствованию нормативно-правового и организационно-методического обеспечения, развитию координации, унифицированного

межведомственного подхода при планировании, разработке и реализации профилактических мероприятий на региональном и муниципальном уровнях.

Опыт организационного развития и функционирования системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области позволяет рекомендовать основные направления совершенствования в этой сфере с учетом необходимости изменения действующей нормативно-правовой базы по ВИЧ-инфекции. Данные направления в виде предложений были представлены Свердловским центром СПИД в Государственную стратегию противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу, утвержденную Распоряжением Правительства Российской Федерации № 2203-р от 20 октября 2016 г.

Прежде всего, считаем целесообразным изменить подход к профилактике ВИЧ-инфекции, которая должна рассматриваться как комплекс мероприятий, осуществляемых органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными учреждениями, общественными объединениями, путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения ВИЧ-инфекции, а также раннее ее выявление и лечение.

Принципиально важное значение имеет финансовое обеспечение, которое должно быть предусмотрено в расходных обязательствах Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований. Важно сохранение субсидий из средств федерального бюджета на профилактику ВИЧ-инфекции в зависимости от численности группы населения в возрасте 15-49 лет, однако необходимо рассмотреть вопрос о переводе данных средств в раздел субсидий для обеспечения обязанности софинансирования профилактики в регионах Российской Федерации. В случае выделения регионам единой субсидии на все субсидируемые в 2016 году разделы сферы здравоохранения, необходимо указать пропорции внутрисубсидийной суммы, отдельно выделяя средства на профилактику (ранее – трансферты). Объем регионального софинансирования следует определять в зависимости от бюджетной обеспеченности региона.

Для обеспечения скоординированной работы в муниципальных образованиях целесообразно использовать разработанные по единой форме программы по ограничению распространения ВИЧ-инфекции для органов местного самоуправления муниципальных образований с межведомственным планом мероприятий в соответствии с МУ 3.1.3342-16 «Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией». Необходим мониторинг эффективности деятельности муниципальных образований. В Свердловской области оценка деятельности муниципальных образований проводится в ежегодном режиме с 2011 г. в соответствии с утвержденными критериями и регламентируется распоряжениями Правительства Свердловской области (№ 44-ПП, № 629-ПП, № 860-ПП). По результатам анализа

вносятся коррективы в организационную работу муниципальных образований.

В целях развития мер первичной профилактики предлагается совершенствовать различные формы превентивного обучения. Существует потребность в разработке федеральной программы «Первичная профилактика ВИЧ-инфекции в образовательных организациях» для обучающихся старших классов общеобразовательных организаций, студентов средних и высших учебных заведений. В Свердловской области обучающие программы по профилактике ВИЧ-инфекции внедрены во всех образовательных учреждениях, проводится ежегодный мониторинг эффективности данных программ в соответствии с межведомственным приказом Министерства здравоохранения и Министерства общего и профессионального образования Свердловской области.

Специальных подходов требует решение проблемы охвата профилактическими программами по ВИЧ-инфекции работающего населения. В Свердловской области в 2011 г. Департаментом по труду и занятости населения подготовлен проект коллективного договора для бюджетных и внебюджетных организаций, в который включены обязательства по проведению мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди работающих. Проведение системной межведомственной работы по профилактике ВИЧ-инфекции в сфере труда было бы эффективнее, если бы был разработан и утвержден на федеральном уровне единый макет соглашения о межведомственном взаимодействии учреждений. В Свердловской области в 2013 г. заключено трехстороннее соглашение об организации взаимодействия Министерства здравоохранения, Департамента по труду и занятости населения и Федерации профсоюзов по внедрению на предприятиях профилактической программы по ВИЧ/СПИДу. Реализация модуля «Профилактика ВИЧ-инфекции в сфере труда» на предприятиях всех форм собственности возможна только при наличии контроля и мониторинга со стороны государственных органов исполнительной власти, трехсторонних комиссий по регулированию социально-трудовых отношений на уровне региона.

Предлагается разработать на федеральном уровне информационную стратегию по ВИЧ-инфекции, которая должна предусматривать создание экспертного совета с привлечением региональных специалистов и представителей общественных организаций, разработку стандартов, системы мониторинга и оценки эффективности информационной стратегии, создание системы обучения журналистов.

В сфере вторичной профилактики важнейшим направлением работы, которое позволяет не только обеспечить раннее выявление заболевания, но и предотвратить новые случаи инфицирования посредством индивидуальной работы с пациентами с впервые установленным диагнозом, является тестирование на ВИЧ-инфекцию. В целях выполнения решения Правительственной Комиссии РФ по охране здоровья граждан РФ (Правительственной Комиссии РФ) от 23.10.2015г. [3] в части расширения объемов тестирования следует предусмотреть внесение

изменений в действующие документы, регламентирующие работу как учреждений системы здравоохранения, так и других служб и ведомств.

С учетом международных рекомендаций и особенностей развития эпидемической ситуации в России, необходимо внести изменения в Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» в части расширения перечня контингентов, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемых для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию. В частности, предлагается в перечень контингентов, подлежащих обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию, включить больных с подозрением или подтвержденным диагнозом «наркомания», употребляющих наркотики с вредными последствиями, потребителей инъекционных наркотиков, лиц, находящихся в учреждениях исполнения наказания, в том числе в следственных изоляторах, исправительных колониях, колониях-поселениях.

В перечень контингентов, рекомендуемых для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию, следует дополнительно внести внутренних трудовых мигрантов, включая работающих вахтовым методом, лиц, помещенных в спецприемники и изоляторы временного содержания (ИВС) системы МВД России, а также лиц, доставленных в медицинские организации для освидетельствования алкогольного и наркотического опьянения. В Свердловской области обследование на ВИЧ-инфекцию лиц, находящихся в ИВС, проводится с 2013 года, выявляемость составила 9,4 %.

В регионах с генерализованной эпидемией необходимо предлагать добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию всем гражданам в возрасте 18-49 лет, обращающимся за медицинской помощью, включая лиц, проходящих диспансеризацию отдельных групп взрослого населения, предварительные и периодические медицинские осмотры. С целью исключения серонегативного периода как причины заражения женщин и детей необходимо включить дополнительный пункт о тестировании половых партнеров беременных женщин (ППБЖ). Анализ, проведенный в Свердловской области, показал, что обследование ППБЖ является эпидемиологически и экономически обоснованным, позволяет активно выявлять ВИЧ-инфекцию среди ППБЖ, своевременно назначать комплекс мероприятий для снижения риска перинатального инфицирования [4]. В настоящее время в «Порядке оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовый период» нет указаний на необходимость обследования ППБЖ при постановке женщины на учет в женской консультации, не определен порядок действий при наличии эпидемиологических показаний (включая грудное вскармливание и применение антиретровирусных препаратов) в учреждениях родовспоможения. Для реализации данного направления работы региональных служб акушерства, гинекологии и родовспоможения, необходимо внесение дополнений в указанный Порядок и

решение вопроса оплаты оказанных медицинских услуг по тестированию и консультированию за счет региональных средств ОМС.

С целью расширения объемов тестирования на ВИЧ-инфекцию и приближения данной услуги к группам населения, для которых обследование в лечебных учреждениях труднодоступно по времени и месту, следует рассмотреть возможность внесения изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» в части расширения области применения быстрых тестов. Опыт Свердловской области свидетельствует о востребованности быстрого тестирования среди населения в целом, в том числе в уязвимых группах, и о более раннем выявлении ВИЧ-инфекции в сравнении с рутинным скринингом [5]. На сегодняшний день санитарные правила регламентируют применение тестирования с помощью быстрых тестов только для постконтактной профилактики при риске профессионального заражения у медицинских работников и беременным женщинам в родильном доме, ранее не обследованным в женских консультациях.

В целях совершенствования мер по расширению доступа населения к тестированию на ВИЧ-инфекцию (в том числе низкороговому), целесообразно рассмотреть сохранение услуги «Исследования на ВИЧ-инфекцию» в федеральном перечне ведомственных государственных услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения.

С целью своевременного выявления ВИЧ-инфекции среди доноров необходимо определить метод ПЦР-диагностики (который в действующих нормативных документах федерального уровня отнесен к дополнительным методам обследования) как обязательный при обследовании доноров и заготовке крови и ее компонентов.

Выполнение решений Правительственной комиссии РФ требует целевого регионального финансирования в части увеличения объемов скрининга, поскольку федеральный уровень субсидирования регионов для приобретения диагностических средств является дефицитным, что, в свою очередь, требует увеличения объемов и финансирования государственного задания на проведение исследований. Частичное решение данного вопроса возможно при внедрении отдельного тарифа ОМС на медицинскую услугу: «Освидетельствование на ВИЧ-инфекцию с проведением до- и послетестового консультирования».

Проведенный анализ имеющихся утвержденных учетно-отчетных форм, показывает, что необходима доработка статистической отчетной формы 4 «Сведения о результатах исследований крови на антитела к ВИЧ» в части расширения учитываемых контингентов обследования. Так, в Свердловской области, в форму 4 дополнительно включены коды: 126 (обследованные добровольно), 111 (лица, призываемые на военную службу, абитуриенты, учащиеся военных учебных заведений), 102.1 (лица, употребляющие ПАВ с немедицинской целью (не инъекционные), 118.1 (лица, обследованные при диспансеризации), 118.9 (ППБЖ), 125.1 (пациенты, в случае аварийной ситуации у медработника), что позволяет осуществлять мониторинг показателей скрининга.

Для эффективной реализации мероприятий по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции считаем целесообразным включить отдельную медицинскую услугу «Планирование семьи и контрацепция» в «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» и в перечень услуг, оказываемых за счет средств ОМС. В целях минимизации рисков заражения при грудном вскармливании считаем необходимым учесть в данном стандарте обеспечение препаратами для прекращения лактации и заменителями грудного молока.

Одной из мер, предотвращающей заражение ВИЧ матери и ребенка, является назначение АРВП ВИЧ-инфицированному половому партнеру ВИЧ-серонегативной беременной, независимо от наличия у него показаний к началу терапии, на протяжении всей ее беременности и грудного вскармливания ребенка. Целесообразно рассмотреть возможность внесения дополнения показаний для назначения АРВП в родах при наличии эпидемиологических показаний у беременной и ее полового партнера (при отрицательном, сомнительном/неопределенном результате обследования на ВИЧ и наличии риска заражения ВИЧ).

При обеспечении доступности и обязательности медикаментозной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду, необходимо уделять особое внимание женщинам из социально неблагополучной среды, разрабатывать программы индивидуального сопровождения беременных с

ВИЧ-инфекцией с высоким риском передачи ВИЧ от матери ребенку, в том числе с использованием мультидисциплинарного и межведомственного подхода. Учитывая низкую приверженность ВИЧ-инфицированных женщин профилактике, мы должны констатировать необходимость введения понятия «обязательности» контроля за ППМР у ребенка, например, на 3-м этапе ППМР, в том числе, в отделении патологии новорожденных. В свою очередь, потребуется выделение данной медицинской услуги (в стандарте и расчете стоимости) в рамках системы ОМС, нормирования юридического и клинического обоснования, маршрутизации и показаний.

Учитывая негативные последствия для ребенка при отсутствии проведения медикаментозной профилактики по решению женщины в период беременности, принимая во внимание угрозу для жизни ребенка, необходимо рассмотреть вопрос о разработке пренатального права и оценке СПИД-диссидентского движения.

В сфере третичной профилактики для обеспечения доступности качественного лечения больных ВИЧ-инфекцией необходимо создание и укрепление пациент-ориентированной системы непрерывного диспансерного наблюдения, что позволит расширить охват антиретровирусной терапией за счет повышения приверженности, улучшить прогноз заболевания, увеличить долю лиц с неопределяемой вирусной нагрузкой (ВН), и, как следствие, обусловит снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции и регресс эпидемиологических показателей заболеваемости.

Следует принять индикаторный показатель «доля пациентов с неопределяемой ВН, получающих АРВТ более 6 месяцев - не менее 90%», а также единый стандарт для учета показателя «неопределяемой» ВН. Этот показатель может быть рассчитан как доля в 2-х группах пациентов: все пациенты, получающие АРВТ, независимо от давности терапии, и пациенты, получающие АРВТ не менее 1/2 года. На наш взгляд, целесообразно приводить оба показателя и рассчитывать на уровне регионов по единой методике [6].

Оценка доступности оказания помощи при анализе соответствующих показателей во многом зависит от решения вопроса учета диспансерных больных по месту постоянного проживания или адресу медицинской организации, оказывающей помощь, без учета наличия или отсутствия регистрации.

Необходимо создать нормативную базу, прописывающую потребность в специализированных койках (инфекционных и паллиативных) для больных ВИЧ-инфекцией на 1000 больных всех стадий в каждом регионе, с соответствующей маршрутизацией пациентов и финансированием. С целью обеспечения стационарного этапа оказания помощи ВИЧ-инфицированным при лечении соматической патологии (в том числе, не связанной с ВИЧ-инфекцией), необходимо включить оплату данной услуги в систему ОМС, для чего требуется расчет тарифа стоимости 1 койко-дня для пациентов с ВИЧ-инфекцией (или клинико-статистической группы).

При сочетании ВИЧ-инфекции и туберкулеза предлагается рассмотреть вопрос о принудительном лечении пациентов, употребляющих психоактивные вещества с немедицинской целью, не приверженных наблюдению и лечению, как представляющих опасность для окружающих.

Необходима единая методика подсчета количества больных, нуждающихся в химиопрофилактике туберкулеза (ХП ТВС) с учетом следующих факторов: наличие ХП ТВС в предыдущие 1/2 года, факт диспансерного учета пациента с получением им ХП ТВС в противотуберкулезной службе (ПТС). На уровне региона требуется формирование системы обмена персонализированной информацией между инфекционистами и фтизиатрами о лицах, уже получающих лечение или профилактику в ПТС, для этого необходимо учитывать имеющиеся или разработать новые информационные системы с учетом требований по защите персональных данных.

Для решения проблемы эффективной химиопрофилактики туберкулеза, низкой приверженности пациентов в условиях полипрагмазии целесообразно закупать изониазид-содержащие препараты в комбинации с пиридоксином. Учитывая социальную значимость проблемы и ее эпидемиологическую составляющую, для подтверждения приверженности пациента к лечению (профилактике), действующий Стандарт следует дополнить обследованием мочи на содержание метаболитов изониазида.

Понимая, что успех диспансерного наблюдения и терапии ВИЧ-инфекции, а также профилактики заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией, во многом за-

висит от уровня приверженности пациентов, необходимо рассмотреть возможность принятия дополнительных мер социальной поддержки, особенно в ключевых группах социального риска. Дополнительное мотивирование (повышение приверженности к приему препаратов в течение 6 месяцев) пациентов из групп риска по распространению ВИЧ-инфекции и туберкулеза необходимо решать на уровне регионов (выдача продуктовых и гигиенических наборов, гелатопротекторов, оплата проезда и т.д.), а на федеральном уровне - рассмотреть вопрос о вовлечении данной категории пациентов в систему социальной помощи.

Требуется правовое регулирование вопросов медико-социального сопровождения и повышения приверженности пациентов, для чего предлагается внесение изменений и дополнений в Федеральный закон от 23.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» в части дополнения списка граждан, нуждающихся в социальном обслуживании в случае наличия у него ВИЧ-инфекции. Кроме этого, требуется разработка федерального нормативного акта, регламентирующего взаимодействие системы органов социальной защиты населения с органами и учреждениями здравоохранения по противодействию распространению ВИЧ-инфекции, а также разработка регламента обмена информацией между учреждениями ФСИН, МВД России и здравоохранения.

Для реализации мультипрофессионального подхода в учреждениях здравоохранения и обеспечения доступа ВИЧ-инфицированных к немедицинскому сервису, уходу и поддержке целесообразно рассмотреть вопрос включения услуги «Психо-социальное консультирование» в федеральный перечень ведомственных государственных услуг, оказываемых учреждениями здравоохранения, а также дополнить «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» услугами: прием специалиста по социальной работе (первичный, повторный, профилактический); социально-медицинский патронаж специалиста по социальной работе (первичный, повторный, профилактический), прием врача-инфекциониста (профилактический).

В целях ранней и качественной дифференциальной диагностики, профилактики туберкулеза, необходимо использовать современные методы обследования на туберкулез (SPOT-тест, квантифероновый тест), что требует внесения соответствующих дополнений в действующий Стандарт.

В целях повышения достоверности данных и оптимизации работы по профилактическим осмотрам на туберкулез, необходимо использование единых информационных подходов при отслеживании рентгенологических осмотров путем сверки данных флюороотек и базы пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Учитывая нарастание полового пути передачи ВИЧ-инфекции, а также сочетание ВИЧ-инфекции и ИППП, необходимо внесение дополнений в действующий Стандарт в части: обследования на сифилис при постановке

на диспансерный учет и далее 1 раз в год с использованием комплекса нетрепонеменных и трепонеменных тестов. Кроме этого, в Стандарте необходимо уточнить методы определения антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови в нетрепонеменных тестах (RPR, РМП), в иммуноферментном исследовании (ИФА) и в реакции пассивной гемагглютинации (РПГА). Проведенные в Свердловской области исследования свидетельствуют о том, что существующий перечень лекарственных препаратов для медицинского применения в Стандарте требует дополнения в части расширения препаратами системного действия; раздела исследований - дополнением молекулярно-биологическими исследованиями на вирус простого герпеса 1, 2 типов. Следует предусмотреть презервативы для дискордантных пар и групп высокого риска.

С 1 января 2017 г. будет формироваться федеральный регистр пациентов, больных ВИЧ-инфекцией. Во избежание занижения объемов планируемого закупа АРВП, необходимо помимо регистра, формирующегося исходя из наличия диагноза ВИЧ-инфекции, предусмотреть планирование закупа АРВП с целью профилактики (беременные, новорожденные, медицинские и бытовые аварии), по жизненным показаниям (выявление ВИЧ на стационарном этапе), впервые взятых на терапию пациентов, при изменении схемы терапии (вирусологическая неэффективность АРВТ, выявление сочетанной патологии, осложнения терапии), а также определить гибкий механизм «включения-исключения» из регистра (ФСИН, ФМБА, жители других территорий, временно находящиеся в реабилитационных центрах или работающих вахтовым методом, иностранные граждане, которым разрешено находится на территории РФ). В целях предотвращения перебоев в лекарственном обеспечении, необходимо предусмотреть формирование федерального резервного фонда АРВП с механизмом передачи АРВП между регионами и ФСИН, ФМБА.

На федеральном уровне необходимо ускорить процедуру сбора заявок, а на региональном уровне выделить финансовые средства для обеспечения расходного обязательства региона в части лекарственного обеспечения социально-значимых заболеваний.

Снижение стоимости курсов АРВТ недопустимо за счет замены фиксированных комбинаций препаратов монокомпонентами на фоне полипрагмазии и низкой приверженности пациентов. Необходимо федеральное административное регулирование цены на АРВП производителями (прежде всего, на дженерические препараты) с учетом имеющихся потребностей в регионах, утвержденных Минздравом РФ индикаторов ИПЗ, а также планируемого и выделенного Минфином РФ финансирования.

При формировании заявок и централизованном заказе диагностических средств на уровне Минздрава России с 2018 г., необходимо рассмотреть вопрос расширения перечня закупаемых тест-систем в части диагностики вторичных и оппортунистических заболеваний (методами ИФА и ПЦР), гиперчувствительности к абакавирсодержащим АРВП и экспресс-тестов.

Отдельно нами выделены вопросы по выполнению поручений Правительственной комиссии РФ в части материально-технического и кадрового обеспечения центров СПИД, решение которых должно быть предусмотрено в региональных программах развития здравоохранения.

Для обеспечения требований федерального Порядка оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и выполнения решения о повышении охвата АРВТ с 29,5% до 60%, на региональном уровне необходимо минимизировать кадровый дефицит с учетом возрастания нагрузки за счет посещений контактных, родственников и семей ВИЧ-инфицированных, а также психосоциального консультирования на амбулаторном этапе и при посещении пациента на дому.

Необходимо пересмотреть тариф приема врача-инфекциониста в центре СПИД, так как он будет значительно выше, чем в общей медицинской сети. Следует сохранить бюджетное финансирование в рамках государственных работ и услуг по ВИЧ-инфекции: первичной медико-санитарной и специализированной помощи, не включенной в базовую программу ОМС, организации и проведения консультативных, методических, профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции, исследований на ВИЧ-инфекцию (включая низкопороговое обследование на ВИЧ-инфекцию в ключевых группах населения).

Подписанная в марте 2016 г. новая инструкция по проведению ХП ТБС у взрослых требует увеличения ресурсов (в первую очередь кадровых) в 2 раза. Необходимо рассмотреть вопрос целевого регионального финансирования контролируемой физизатрами химиопрофилактики и их работы в очагах туберкулезной инфекции.

Таким образом, указанный выше Порядок, а также увеличение пациентов, получающих ХП ТБС, предполагает в 2 раза большее количество врачей-инфекционистов, оказывающих помощь больным ВИЧ-инфекцией, чем имеется в настоящее время.

Для улучшения подготовки кадрового состава кабинетов инфекционных заболеваний учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией, в регионах необходимо организовать циклы профессиональной переподготовки по специальности «Инфекционные болезни» в соответствии с приказом Минздрава России от 8 октября 2015 № 707н.

В условиях недостатка кадров на фоне необходимости увеличения объемов оказываемой помощи, на региональном уровне необходимо рассмотреть вопрос разрешения и оплаты доврачебного (фельдшерского приема). Целесообразно предусмотреть выплату надбавки к зарплате за вредные условия труда сверх рассчитываемой в среднем по отрасли зарплаты врачей.

Необходима программа модернизации служб СПИД, поскольку данная служба ни разу не была задействована в организации и финансировании таких программ (обеспечения внедрения Стандартов, ремонтов, закупа оборудования и др.). Решение кадровых и мате-

риально-технических проблем должно быть расходным полномочием регионального бюджета, а на федеральном уровне целесообразно рассмотреть вопрос выделения целевых трансфертов регионам с высокой пораженностью ВИЧ в рамках ПРЗ (строительство, ремонты, оборудование, транспорт).

Следует осторожно подходить к принятию решения о переходе на одноканальное финансирование службы через систему ОМС, учитывая ряд особенностей: большая доля социально неадаптированных лиц (в том числе без документов), необходимость проведения эпидемиологических и профилактических мероприятий, потребность в патронаже, паллиативной помощи, психосоциальном сопровождении, законодательно закрепленное право на анонимность обследования и др. Поскольку есть риск, что фактически оплата будет проводиться только за диспансерный прием – данные разделы окажутся вне сферы финансирования. Профилактическая работа и эпиднадзор не должны быть связаны с финансированием диспансерного наблюдения и лечения больных.

Согласно п.1, ст.19 Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» операторы учреждений здравоохранения при обработке персональных данных обязаны принимать необходимые правовые, организационные и технические меры. Целесообразно организовать защищенную учрежденческую (или ведомственную) сеть, установив серверное оборудование и программное обеспечение в головной организации (определенной Минздравом России совместно с Роспотребнадзором) и подключить подведомственные учреждения и учреждения регионов (центров СПИД) к организованной виртуальной сети путем приобретения клиентского оборудования и программного обеспечения. Внутри сети возможен обмен файлами, обмен почтовыми сообщениями и совместная работа с базами данных, без доступа в защищенную сеть сторонними пользователями сети Интернет. В Свердловской области указанная система передачи информации по защищенным каналам связи создана между доверенными специалистами, осуществляющими курацию больных ВИЧ-инфекцией, и центром СПИД.

В регионах, имеющих развитую систему электронного учета показателей диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией, необходимо провести мероприятия по созданию протоколов обмена информацией с региональной медицинской информационной системой (РМИС). В противном случае при переходе на работу в РМИС большая часть важной информации может стать недоступной для врачей, что может привести к существенно снижению качества диспансерного наблюдения.

В целях сохранения непрерывного диспансерного наблюдения и недопущения прерывания терапии в УИН и после освобождения, разработать алгоритм обмена персонализированной информацией по ВИЧ-инфицированным пациентам, освобождающимся из учреждений УИС с использованием опыта работы Свердловской области, в том числе, в части организации медико-социального сопровождения [7].

С целью исключения двойного учета случаев необходима оптимизация системы регистрации новых случаев строго по месту выявления и корреляция данных по ф. 61 Минздрава России «Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» о числе впервые зарегистрированных больных ВИЧ и ф. 2 Роспотребнадзора «Сведения о инфекционных и паразитарных заболеваниях» по строке 55 «болезнь вызванная вирусом иммунодефицита (ВИЧ-инфекция)».

Представляется целесообразным создание федерального центра мониторинга с едиными подходами к формированию и анализу учетно-отчетной документации, необходимой руководителям органов управления здравоохранения и центрам СПИД.

Важнейшим элементом в комплексе мер, направленных на борьбу с ВИЧ-инфекцией, является работа в уязвимых группах населения, поскольку она обеспечивает возможность проведения диагностики, постановки на учет, формирования приверженности к лечению среди потребителей наркотиков и лиц с рискованным поведением. По итогам заседания Президиума Госсовета от 17.06.2015 г. Президентом Российской Федерации поручено организовать межведомственное взаимодействие, направленное на создание специализированных реабилитационных центров и поддержку негосударственных организаций, реализующих программы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества. При этом необходимо использование реабилитационных технологий с точки зрения оптимизации тестирования на наличие ВИЧ-инфекции, формирования приверженности к диспансерному наблюдению и лечению пациентов с ВИЧ-инфекцией. Предлагается в программы реабилитации для наркозависимых включить вопросы профилактики и приверженности диспансерному наблюдению и лечению ВИЧ-инфекции. Опыт Свердловской области показал, что организация взаимодействия по профилактике, выявлению ВИЧ-инфекции и оказанию медико-социальной помощи в реабилитационных центрах позволила увеличить число клиентов, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию (в 12 раз) и увеличить охват диспансерным наблюдением (в 2,5 раза).

В целях обеспечения раннего выявления заболевания и своевременного взятия на учет представителей уязвимых групп населения, необходимо создание механизмов для их мотивации и обеспечения низкого порога доступа к тестированию на ВИЧ-инфекцию, в том числе с использованием ресурсов общественных организаций. Требуется увеличивать государственную поддержку общественным организациям и предоставляющим услуги по поддержке людей, живущих с ВИЧ.

Считаем целесообразным регулирование вопроса полномочий муниципальных образований субъектов Российской Федерации в части финансирования мероприятий по вторичной и третичной профилактике ВИЧ-инфекции. На сегодняшний день в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

органы местного самоуправления вправе обеспечить только информирование населения по вопросам распространения социально-значимых заболеваний. Между тем, крайне важно финансирование и реализация таких профилактических направлений как создание пунктов низкого порога доступа к обследованию, профилактике и медико-социальным услугам для уязвимых групп населения, приобретение профилактических материалов, вовлечение в работу «равных» консультантов, приобретение продуктовых наборов и гигиенических средств для привлечения лиц с низким уровнем приверженности к диспансерному наблюдению, приему антиретровирусных препаратов, химиопрофилактике и лечению туберкулеза. В соответствии с п. 4 ст. 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, из муниципального бюджета возможно выделение бюджетных ассигнований на предоставление грантов в форме субсидий как некоммерческим организациям, так и государственным и муниципальным учреждениям, работающим в сфере профилактики ВИЧ-инфекции.

Назрела потребность в разработке единых подходов к мониторингу и оценке проводимых мероприятий на федеральном и региональном уровнях, с учетом особенностей работы с различными ключевыми группами населения.

Исходя из предложенных направлений совершенствования организации лечебных и профилактических мероприятий можно сформулировать следующие задачи в противодействии распространению ВИЧ-инфекции в регионах с высокой пораженностью ВИЧ-инфекцией и ожидаемые результаты на период до 2020 года:

1. Повышение информированности граждан Российской Федерации о мерах по профилактике, предупреждению и распространению ВИЧ-инфекции и ассоциированных с ней заболеваний, а также формирование социальной среды, исключая дискриминацию и стигматизацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ-инфекцией:

- увеличение числа населения 15-49 лет, вовлеченных в информационную кампанию по профилактике ВИЧ-инфекции до 95%;

- увеличение числа программ по профилактике ВИЧ-инфекции в сфере ВИЧ/СПИДа, в том числе получающих государственную поддержку на федеральном и региональном уровнях, на 30%.

2. Совершенствование системы выявления ВИЧ-инфекции среди населения РФ, с акцентом на ключевые группы населения:

- охват скрининговым обследованием на ВИЧ-инфекцию взрослого населения в возрасте 18-49 лет населения - не менее 30%;

- увеличение охвата тестированием на ВИЧ-инфекцию среди ключевых групп населения, исходя из особенностей регионов, на 25%.

3. Обеспечение комплексного и междисциплинарного подхода при оказании медицинской и социальной помощи лицам, страдающим ВИЧ-инфекцией и ассоциированными с ним заболеваниями, включая увеличение

охвата антиретровирусной терапией лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе на ранних стадиях заболевания»:

- увеличение доли пациентов, получавших АРВТ в отчетном году, не менее 60% от числа лиц, состоящих на диспансерном наблюдении в отчетном году;

- снижение цен на применяемые в РФ антиретровирусные препараты, поставляемые централизованно в регионы РФ на 15%;

- организация отечественного производства определенного процента АРВП;

- достижение неопределяемой вирусной нагрузки у 80% пациентов, получающих антиретровирусную терапию в течение года;

- сокращение числа вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения, на 20%;

- выполнение Стандартов и Порядков оказания помощи в сфере ВИЧ/СПИД не менее 90%;

- снижение смертности от СПИДа среди лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией на 20%.

4. Дальнейшее снижение риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку:

- доля беременных с подавленной вирусной нагрузкой ВИЧ к моменту родов (после 34 недели) не менее 80%;

- снижение уровня перинатальной передачи ВИЧ от матери ребенку до 1-2% от числа ВИЧ-инфицированных женщин, состоящих на диспансерном наблюдении в отчетном году;

5. Применение эффективных технологий социальной адаптации и реабилитации, а также правовой поддержки лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе в ключевых группах населения:

- увеличение числа программ НКО в сфере ВИЧ/СПИДа, в том числе получающих государственную поддержку, на 30%.

Заключение

Нормативно-правовая база в сфере противодействия распространению ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации требует дальнейшего совершенствования на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в соответствии с тенденциями изменения эпидемической ситуации и стратегическими задачами по ограничению распространения ВИЧ-инфекции.

Опыт организационного развития и функционирования системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Свердловской области позволяют разработать направления совершенствования организации профилактики ВИЧ-инфекции в рамках подготовки Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу.

Комплексный подход по совершенствованию организации профилактики распространения ВИЧ-инфекции может быть обеспечен путем формирования системы межсекторального взаимодействия при реализации как общезначимых для всего населения профилактических мероприятий, так и дифференцированных для различных целевых групп населения, с учетом региональных социально-экономических, демографических, административно-управленческих факторов.

На региональном уровне необходимо принять меры по обеспечению организационной и финансовой поддержки мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике (до внесения изменений в Порядок и Стандарты и др.), в том числе, в рамках программ развития здравоохранения. ■

Медведская Диляра Рашидовна, Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области, к.м.н., Турков Сергей Борисович, Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области, д.м.н., Подымова Анжелика Сергеевна, главный врач, государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», к.м.н., Ножикина Наталья Владимировна, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, д.м.н., профессор, Автор, ответственный за переписку - Подымова Анжелика Сергеевна, главный врач, государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», к.м.н., 620102 г. Екатеринбург, ул. Ясная, д.46, тел.: 240 12 54, glvrach@livehiv.ru

Литература:

1. Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: уско-ренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. - Сайт UNAIDS. - Режим доступа: <http://www.unaids.org>. - 24.10.2016.
2. Указ Президента РФ от 31.12.2015г № 683 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации».- 2015г. - Электронный ресурс.- Официальные сетевые ресурсы Президента России, 2016г.- Режим доступа: <http://www.kremlin.ru>.
3. Протокол заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан от 30 октября 2015 г. № 4. - Электр. ресурс. - Правительства Российской Федерации, 2015. - Режим доступа: <http://government.ru> (дата обращения 08.02.2016).
4. А.С.Подымова. Результаты обследования паловых партнеров беременных женщин на наличие ВИЧ-инфекции (опыт Свердловской области). Эпидеми-

- ология и инфекционные болезни №4, 2016г. с.45-51.
5. А.С.Подымова. Развитие низкого порога доступа к обследованию на ВИЧ-инфекцию в Свердловской области // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2016. - №3. - С.23-26.
6. А.С.Подымова. Использование определения уровня ВИЧ в крови для мониторинга качества антиретровирусной терапии в Свердловской области // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия.- 2016.- №2.- с.17-23
7. Коньшова Т.В. Научное обоснование межведомственной организационной модели медико-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных лиц из пенитенциарных учреждений : автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03 / Т.В.Коньшова. - Екатеринбург, 2013. - 24 с.