

ШАГИ

№ 4/2010

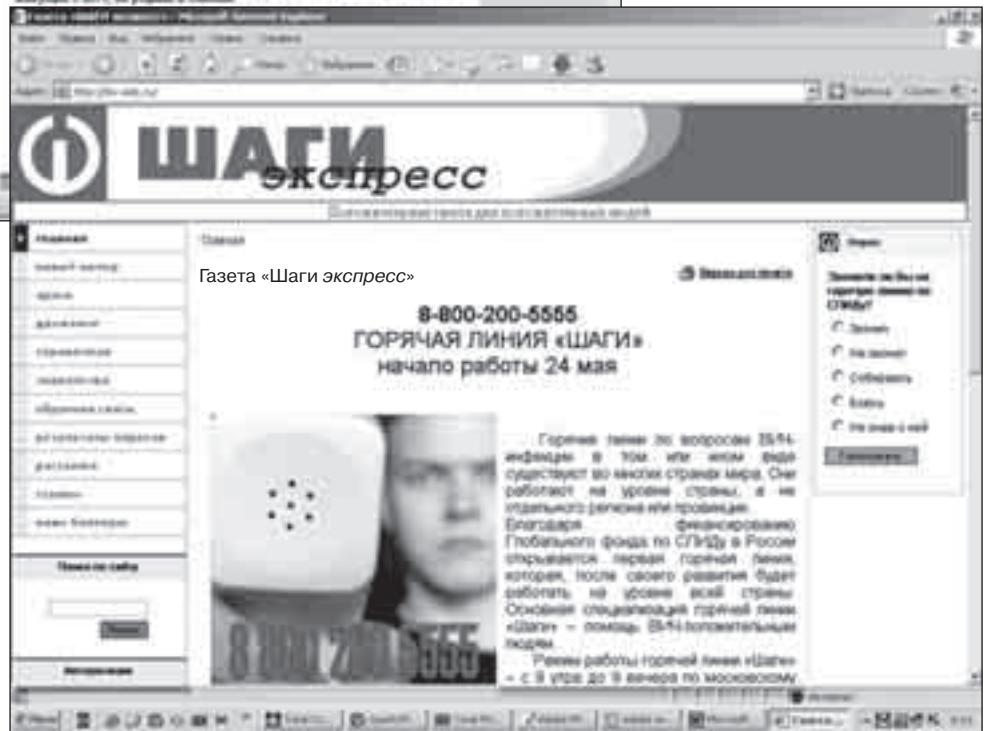
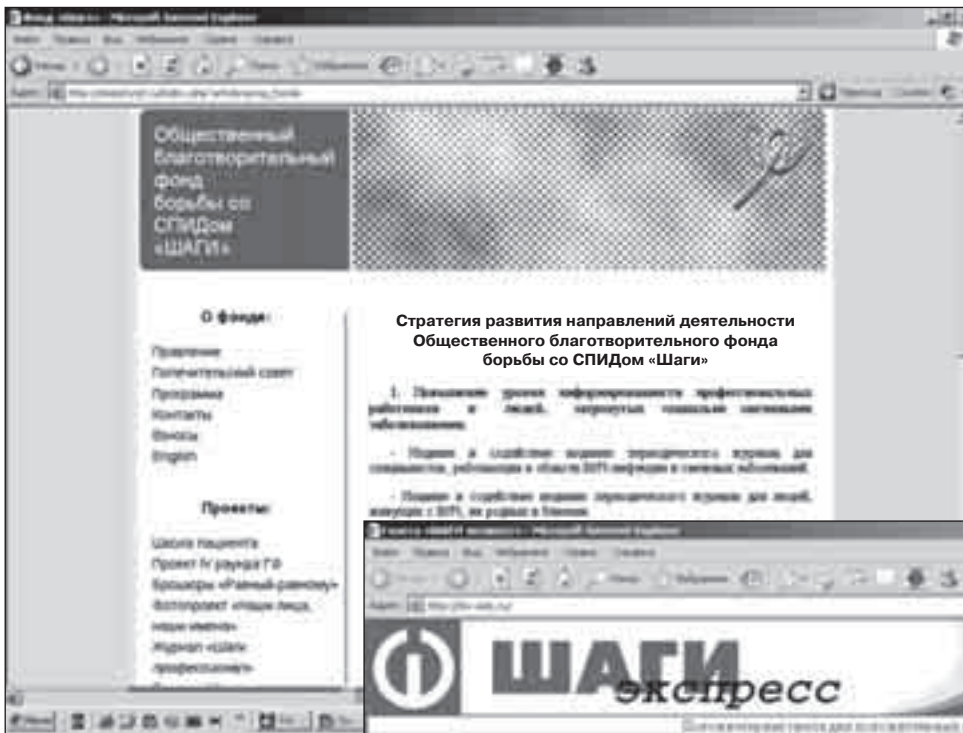
профессионал

*«Каждый ребенок
мечтает о том,
чтобы у него была семья».*

Стр. 4



Евгений Воронин



Сайты фонда «Шаги» и газеты «Шаги экспресс»

www.stepsfund.ru

www.hiv-aids.ru

СОДЕРЖАНИЕ

Лица

Евгений Воронин: «Каждый ребенок мечтает о том, чтобы у него была семья» 4

Нормативы

Указ Президента Российской Федерации от 9 июня 2010 г. № 690
«Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики
Российской Федерации до 2020 года» 16

ВИЧ и право

ВИЧ. Приговор вирусу. Общественное здоровье, права человека и уголовное право
(окончание) 28

Руководство Aidsplan к приему заявок на финансирование 10-го раунда
Глобального фонда (окончание)

Дэвид Гармейз, Мэтью Гринхол 46

Актуально

Свободное общество на фоне эпидемии. Сумеет ли человечество противодействовать СПИДу?
Андрей Сельцовский, Алексей Мазус 62

В помощь лечащему врачу

Краткий справочник по антиретровирусным препаратам 72

ВИЧ-инфекция у детей 80

Хроника

Первый Всероссийский конгресс пациентов и пациентских обществ 84

На злобу дня

Клуб самоубийц
Татьяна Смолякова 92

Вести отовсюду 27, 44, 61, 71, 82, 91

«ШАГИ профессионал» № 4 (25) 2010 г.

Издается Общественным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» при финансовой поддержке фонда «Российское здравоохранение» в рамках Программы IV раунда Глобального фонда.

Главный редактор: В.А. Пчелин.

Редакционный совет: В.В. Покровский, А.В. Кравченко, И.Г. Сидорович, Г.О. Гудима, Э.В. Карамов, Н.А. Должанская, Т.А. Логинова, М.М. Шегай, И.В. Пчелин, Е.А. Шуманский, А.Д. Денисов.

Адрес редакции: 105062 Москва, а/я 302, «ШАГИ профессионал».
Телефон/факс: (495) 917-8068.

Электронная почта: editor@hiv-aids.ru

Интернет-версия по адресу: www.stepsfund.ru, www.hiv-aids.ru

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия РФ. Регистрационное удостоверение ПИ № ФС77-24534, ISSN 1990-4606.

Верстка и компьютерное обеспечение: РОФ «Шаги».

Тираж 1000 экз. Распространяется бесплатно.

Редакция приветствует перепечатку материалов журнала. При перепечатке ссылка на «ШАГИ профессионал» обязательна. © Все права защищены.



Первое июня —





День защиты детей





ЕВГЕНИЙ ВОРОНИН:

«КАЖДЫЙ РЕБЕНОК МЕЧТАЕТ О ТОМ, ЧТОБЫ У НЕГО БЫЛА СЕМЬЯ»

Сегодня наш рассказ о человеке, который вот уже более двух десятилетий не только спасает детям жизнь, но и борется за их счастье. Речь пойдет о главном враче Усть-Ижорской детской инфекционной больницы Евгении Евгеньевиче Воронине.

«...В Ижоре находится одна из самых лучших клиник. Там собираются со всей России все, или почти все, ВИЧ-инфицированные дети. И врач там — замечательный парень такой. Он до того мне нравится, Воронин Женя. Евгений Евгеньевич. Вот он очень долго боролся с чиновниками и пробивал свой центр».

Из интервью с академиком А.А. Краевским (1998 г.)*

ВИЧ — это всегда беда. Не важно, кого он коснулся и в какой группе риска человек находится. Но есть люди, к которым нельзя прикрепить ярлык «группа риска» или обвинить в недостаточной осторожности. Это дети с ВИЧ-инфекцией, чьи родители были носителями вируса. От этих детей отказываются детдома, их годами держат в изоляторах и лишают возможности нормального человеческого общения.

До сих пор первый совет, который часто дают гинекологи будущим мамам с ВИЧ, — сделать аборт. Многие врачи считают, что у этих детей нет будущего. Многие, но не доктор Воронин. Евгений Евгеньевич Воронин — главный врач усть-ижорского Центра по лечению детей с вирусом иммунодефицита человека — видит свою задачу в том, чтобы дать этим детям шанс на нормальную жизнь.

Доктор Воронин

Когда 13 лет назад открывали это отделение, люди смотрели на него как на СПИДозный лепрозорий. А на главврача Евгения Воронина —

как на врага народа. Пресса нагнетала обстановку. То и дело мелькали глупые статьи о том, что можно заразиться СПИДом от укуса комара и при рукопожатии. На самом деле это полнейшая ерунда. Путей передачи вируса не так много, и контактный путь заражения ВИЧ-инфекцией практически невозможен. Воронин наблюдал более 500 больных детей, ни одного случая заражения их родственников нет. Опасность инфицированных ребят для окружающих — всего лишь виртуальный миф. В сотни раз легче заразиться гепатитом В или С.

ВИЧ-детей не хотят усыновлять. «Не может быть, чтобы они долго жили!» — говорят потенциальные родители. Не видят эти люди перспективы. Цинично никто не хочет вкладывать силы и средства в того, кто не сегодня-завтра умрет. Большинство так рассуждающих не знает, что медицина уже стремительно продвинулась в этой области и люди с этим диагнозом могут жить до 40–50 лет, а если организм нормально принимает лечение, то и обычную долгую жизнь. При грамотной терапии они никогда не дойдут до стадии СПИДа. И не знают усыновители, что лечение ВИЧ-детей полностью оплачивается государством. Так что свои средства на детишек тратить не придется.

...Наверное, такая любовь к малышне у Воронина от мамы. Она всю жизнь проработала медсестрой в доме ребенка. Часто, приходя домой, рассказывала о проблемах своих маленьких пациентов. Женя слушал и уже в старших классах решил стать врачом. Но сложилось так, что

* Александр Антонович Краевский (1932–1999) — выдающийся ученый, замечательные научные достижения которого отражены в его многочисленных отечественных и зарубежных публикациях и ряде патентов. Под руководством А.А. Краевского был открыт фосфазид — препарат против СПИДа, и организовано его производство. Краевский был избран академиком Российской академии наук, его работы удостоены Государственной премии. Оставаясь увлеченным ученым, в последние годы своей жизни он посвятил немало времени организации науки как активный участник ряда научных и государственных Советов.

поступил он не на лечебный факультет, а на эпидемиологический. О чем пожалел уже на первых курсах. Однако перевестись у него не получилось. И по распределению уехал в Архангельскую область, где отработал по специальности три года.

Вернулся. Поступил в аспирантуру. И устроился в областную инфекционную больницу в Усть-Ижоре. Незадолго до 30-летия Воронин стал и.о. главного врача. И поднимал на ноги тяжелых больных со всей Ленинградской области.

Первый ребенок с ВИЧ появился у Воронина в клинике в 1989 году. Аза Гасановна Рахманова, главный инфекционист города, попросила за маму-медработника, трехлетнюю дочку которой заразили в больнице в Элисте. Воронин не имел права ее брать, потому что к Ленобласти ребенок не относился. Но ему стало жалко изможденную борьбой за жизнь единственного чада женщину. И он взял малышку к себе.

Вскоре Воронин понял, что ВИЧ-инфицированные дети — серьезная проблема для России. После вспышки в Элисте и Волгограде их стало не просто много, а очень много. И их родителям негде получить помощь. Евгений поехал в Минздрав в Москву и выступил с предложением: сделать в своей больнице отделение для таких ребят. В Питере ведь очень мощная научная база, да и опыта здешним врачам не занимать.

С 1990 года клиника стала работать и как детский центр по СПИДу. Конечно, о ВИЧ-инфекции старались не говорить публично. В тот момент вся клиника испытала на себе прессинг общества: в поселке Металлострой местные депутаты напугали население тем, что скоро все заболеют.

И началось! СМИ захлебывались статьями и репортажами. Детей предлагали вывезти в тайгу и забрасывать туда партии врачей на вертолете. А Воронина объявили диверсантом, распространяющим «чуму XX века». Дошло до того, что протестующие собрали 3,5 тысячи подписей под петицией закрыть отделение и отправили их Президенту Ельцину. Областная СЭС закрыла их на день. Воронин дрался за детей, как лев. Позвонил министру здравоохранения. Эпидемиологи под нажимом из Москвы признались, что их ангажировали местные депутаты, и пообещали больше так не делать... На этом инцидент был исчерпан. Но местное население, взбодраженное в начале девяностых, до сих пор косяк смотрит на клинику.

Вначале, несмотря на рвение людей к работе, Воронину приходилось тяжело. Лекарств, дающих ощутимый эффект, не было. Смотреть, как на глазах гибнут малыши, невыносимо. Когда чуда с детьми не происходило, родители начинали ненавидеть врачей. Если учесть, что заразились ребята в больнице, матери порой доводили медиков из Усть-Ижоры до слез. Почти год ушел на то, чтобы они поняли, как Воронин борется за каждого пациента. И отношение изме-

нилось. Больница поддерживала семьи и материально: ведь помощь ВИЧ-инфицированным от государства составляла на тот момент 10 долларов, а Воронин для многих нашел спонсоров.

«Умиравший взрослый отличается от умирающего ребенка, — признался врач, — первый никого не хочет видеть и замыкается в себе. Ребенок до последней минуты познает мир. Он радуется даже маленькой игрушке и обычному цветному карандашу. Он счастлив, когда его погладят по голове или скажут доброе слово».

Все радости материального мира ребята получают за счет добровольных жертвователей, спонсоров и меценатов. Воронин (первый в мире) организовал для ВИЧ-инфицированных детей лагеря отдыха. На две новогодние недели такие детишки со всей страны собираются вместе. Водят хороводы, получают подарки, ставят спектакли, веселятся, поют, играют, ходят на дискотеки... Многие медики ругали матерей, тащивших «тяжелых» детей через всю страну. Но Воронин понимал: они хотят дать ребенку хотя бы последние дни счастья. Это и психотерапия для родителей, которые начинают верить в лучшее, собираясь вместе.

Когда однажды Воронина спросили: «Как он сам переносит такую психологическую нагрузку?», он ответил: «Меня мама поддерживает, всегда можно поговорить, отвести душу. Жена у меня тоже врач, так что и она понимает специфику. Знает по именам всех моих детей. Но порой боль невыносима. Был один совершенно жуткий случай во время проведения лагеря. Когда в самом начале каникул умер ребенок. Другие матери тут же отказались общаться с его семьей. Это не жестокость. Просто каждая верит в чудо и не хочет видеть реальности... Рев и вой в отделении тогда стоял такой, что я сам плакал. Я понял, что лагерь не получится. Ушел в депрессию. Но персонал совершил невозможное: через 2–3 дня было впечатление, что ничего не произошло. Тогда я неделю ходил невменяемый и похудел так, что знакомые не узнавали».

Клиника

Спецбольница федерального значения — центр по лечению детей с ВИЧ/СПИДом — не имеет аналогов ни в России, ни за рубежом. Несмотря на свое громкое название, это, на самом деле, тихая и уютная больница в маленьком поселке на выезде из Петербурга.

История больницы берет свое начало в 1879 году, когда она и была построена на средства, собранные по подписке владельцами кирпичных и лесопильных заводов в поселке Усть-Ижора под г. Санкт-Петербургом. В 1880 году земская больница стала центром всего Усть-Ижорского участка и стала одним из наиболее крупных лечебных учреждений петербургской губернии, в ней числилось 50 коек.

В тяжелейших условиях блокады Ленинграда и опасной близости фронта больница продолжала работать, обслуживая гражданское население, и приняла в свой состав военный госпиталь.

В 1971 году началась коренная реконструкция, в результате которой на берегу Невы возникло современное медицинское учреждение, оснащенное новейшим оборудованием. Больница стала Школой передового опыта по организации медицинской помощи больным с инфекционной патологией для всей России.

В 1988–1989 годах в России произошла трагедия – более 270 детей были инфицированы в медицинских учреждениях вирусом иммунодефицита человека. Это событие взволновало всю страну. И тогда главврач Евгений Воронин предложил на базе его республиканской инфекционной больницы открыть отделение, выполняющее функции клинического детского центра СПИДа. Минздрав это предложение поддержал, были учтены возможности и научный потенциал больницы, и Центр начал работу. Сюда стали поступать ВИЧ-инфицированные дети со всей России, поскольку только здесь они могли получить профессиональную медицинскую помощь, пройти обследование на самом современном оборудовании.

«Россия оказалась одной из двух стран в мире (вторая страна – Румыния), где в первую очередь от СПИДа пострадали дети, – вспоминает Е. Воронин, – когда 270 детей были заражены в детских больницах Ростова, Элисты, Волгограда и, казалось бы, общество должно было их поддержать, помочь им и их семьям. Но получилось все наоборот – общество сделало этих детей изгоями, на них обрушилось такое же отношение, как к проституткам, наркоманам и гомосексуалистам. В результате матери теряли работу, дети не могли ходить в детский сад, разрушались семьи.

С 1989 года новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей не регистрировалось и казалось, что проблема детской ВИЧ-инфекции и СПИДа будет ограничена Ростовом, Элистой и Волгоградом, но, к сожалению, все изменилось в 1996 го-



ду, когда вирус попал в среду наркоманов и заболеваемость стала быстро расти».

С 1996 года в связи с ростом числа ВИЧ-инфицированных и распространением ВИЧ-инфекции среди женщин, особую актуальность приобрели вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку. К этому же времени относится и появление в России антиретровирусной терапии.

«До 1996 года ребенок с ВИЧ был обречен, – продолжает свой рассказ Е. Воронин. – Препараты улучшали качество жизни маленьких пациентов лишь на какое-то время. Четыре года – не больше. На продолжительности жизни их прием не сказывался никак. Появление комбинированной терапии стало настоящей революцией. Судите сами: когда мы начинали, больному ребенку приходилось давать по 60–80 таблеток в день, а теперь всего две. ВИЧ – хроническая инфекция. Такое же заболевание, как диабет, только с более благоприятным течением. У ребенка, получающего терапию, не страдает иммунная система. Он проживет и 60, и 70 лет – столько, сколько природой отпущено. Наши ребята могут учиться, работать и будут полезными обществу. Вот только расти они должны не в детдоме, а в семье. С папой и мамой».

В 1997 году в РКИБ было открыто специализированное отделение перинатальной профилактики. Около 1000 женщин прошли в этом отделении полный курс перинатальной профилактики, 99,5% из них родили здоровых детей.

В 1997–1998 гг. в России появилась новая проблема, связанная с ВИЧ-инфекцией. Каждый пятый ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, оказывался отказным. Отказ матери от ребенка, как правило, был связан с ее социальным статусом. Большинство таких матерей составляли женщины, употреблявшие наркотики.

В Центр отказные дети поступали по медицинским показаниям, часть из них в течение длительного времени находилась в отделении интенсивной терапии. После стабилизации состояния ребенка необходимо было решить следующие вопросы: максимально длительная стабилизация благоприятных вирусологических и клинико-иммунологических показателей и социальная адаптация этих детей в обществе.

В связи с этим на базе больницы в 1999 году было открыто уникальное отделение для ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей.

«К сожалению, детей, брошенных их ВИЧ-инфицированными мамами, становится все больше, – сокрушается Евгений Евгеньевич, – а желающие усыновить их находятся с трудом. В этой ситуации у меня большая надежда на верующих людей. В нашей больнице частый гость настоятель Усть-Ижорской церкви св.прав.князя Александра Невского протоиерей Анатолий Мороз, который благословил нас на работу с



ВИЧ-инфицированными детьми и с тех пор духовно окормляет. Да, верующим людям я со спокойной совестью доверил бы наших малышек, зная, что они будут не только чисто одеты, накормлены, получат образование, но вырастут в любви и будут богаты духовно».

Есть хороший пример. В Калининградской больнице лежала девочка. Кроме ВИЧ, у нее была еще жуткая дистрофия. Покрестив девочку, батюшка сказал: «Жалко ребенка. Взял бы ее кто... ибо сказал Христос: кто принимает одного из малых сих во имя Мое — тот принимает Меня». Девочку удочерила 50-летняя женщина, у которой уже взрослые дети, подрастают внуки. Через полгода девчушка поздоровела физически и психически. И когда женщину спрашивали: «Как вы решились на такое?», она отвечала: «Я верующая... Да и как было бросить такую кроху?!» Побольше бы таких людей — и социальному сиротству ВИЧ-инфицированных детей пришел бы конец.

«Мне часто приходится слышать, особенно от чиновников, что проблема ВИЧ-инфекции и СПИДа — проблема медицинская, — говорит Воронин, — и решать ее должны медики. К сожалению, это желание спрятаться от ответственности приводит к тому, что в пожаре ВИЧ/СПИДа сгорают тысячи молодых людей. Это очень важная проблема, и ее надо решать. И конечно, одним из самых важных вопросов является отношение к ВИЧ-инфицированным, и в первую очередь — к детям».

Когда в 1981 году впервые было объявлено о новом заболевании, к ВИЧ-инфицированным (помимо всего прочего) относились как к смертникам, и это действительно было так, поскольку выявляли их уже в стадии СПИДа, и жили они тогда около года. Кроме того, их считали заразными на бытовом уровне, поскольку в то время люди думали, что заразиться ВИЧ можно даже через укуса комара.

За прошедшие десятилетия многое изменилось во взглядах на патогенез, на лечение, люди с ВИЧ-инфекцией и СПИДом живут уже многие годы, есть случаи по 15–20 лет, но отношение к этим больным совершенно не изменилось.

И, к сожалению, это отношение распространяется и на ВИЧ-инфицированных детей. Такое отношение есть и у чиновников, которые видят в этих детях только ВИЧ-инфицированных больных. Оно присутствует и у потенциальных усыновителей, поскольку для них, в первую очередь, это заразный ребенок, и во вторую, он быстро погибнет, а значит — он бесперспективен. Это и дома ребенка, РОНО, больницы. Это — общественное мнение и, к сожалению, пресса. Хотя мы и стараемся работать со СМИ, тем не менее часто публикуются статьи, которые привносят негативное отношение к ВИЧ-инфицированным, вызывают желание не поддерживать этих больных, а наоборот — изолировать. И как результат — такое же отношение к этим детям, как к заразным больным. И поскольку их рассматривают как бесперспективных, которые должны быстро погибнуть, какую реакцию они вызывают? Соответственно — реакцию отторжения. А когда есть реакция отторжения, то общество постарается этого человека изолировать.

Дети

Ушли времена, когда медики боролись лишь за продление жизни ВИЧ-инфицированного ребенка. С появлением новых препаратов пришла уверенность, что дети проживут 20–40 лет. Лекарства подавляют вирус настолько, что он не представляет угрозу для жизни. Да, ситуация изменилась, стала более оптимистичной — жаль, люди не торопятся меняться, по-прежнему панически боятся ВИЧ-инфицированных детей. И команда Воронина, понимая, что продлить жизнь — мало, что надо наполнить ее смыслом, чтобы в ней было место учебе, любви, мечте, интересной работе, стали подыскивать для малышей приемные семьи. Как-то Евгений Евгеньевич пригласил около 30 журналистов, чтобы, пообщавшись с детьми, те рассказали о них правду. Надо было видеть лица журналистов, когда они, ожидающие увидеть жалких, изможденных детей, обнаружили ватагу улыбающихся, активных, нарядных малышей. Журналисты были в шоке. Для них было откровением, что это обыкновенные дети. Что они умны, любознательны, талантливы и нуждаются не только в лечении, но хотят учиться музыке, петь, рисовать, заниматься спортом. Что каждый ребенок — личность.

«Знакомьтесь, — представлял тогда своих подопечных Евгений Воронин, — это Валечка — строгая и справедливая, за всеми присмотрит, проследит, чтобы вовремя приняли лекарства. А этого четырехлетнего карапуза никто иначе как Александром Ивановичем не называет — настоящий богатырь с твердым мужским характером,

девочки и малыши рядом с ним спокойны, знают: Александр Иванович в обиду не даст. Есть у нас и свой «Фока — на все руки дока»: рисовать, лепить, мастерить — все умеет Саня. А вот когда будущие родители мечтают о девочке, они, наверное, представляют ее такой, как наша Галя — красивая, игривая, с яркими бантами. Этот, похожий на цыганенка мальчонка, — отдельная песня. Сашка — артист. Приехали к нам как-то гости из Норвегии. Дети для них концерт подготовили — пели, танцевали. А Саше досталась в пару девочка зна-а-чительно выше его. Он не растерялся: лихо крутанул девочку и так озорно подмигнул норвежцам, что те прыснули от смеха. Ну, конечно, до конца вечера Сашка был в центре внимания — это он умеет. Когда выступление закончилось, Саша по-хозяйски так прошелся мимо иностранцев, осмотрел внимательно: «Ну что, мол, хоть конфетой-то угостите? Зря что ль старался?» Те не поняли. Сашка с сожалением посмотрел на них: «Нет, не удалось... Не тот уровень понимания» — и степенно удалился. Тут до норвежцев дошло, хохотали до слез».

Такими общительными, веселыми дети стали, конечно, не сразу. Поначалу психологи и коррекционные педагоги Центра провели диагностику всех малышей и по результатам составили индивидуальные карты развития, содержащие медицинскую, социальную и психологическую информацию. Затем разработали планы по психолого-педагогическому сопровождению детей, включающие музыкальную и арт-терапию, занятия физкультурой, экскурсии. Работали над интеллектуальным, психическим и эмоциональным развитием малышей, поскольку из-за длительного пребывания в больнице (в ожидании диагноза) они отставали от сверстников в среднем на два года.

Затем арендовали квартиру, где дети жили по 10 дней с воспитателями и педагогами. Как и в обычной семье, все вместе ходили в магазин за продуктами, готовили, мыли посуду, стирали, посещали парки и музеи, играли. Не сразу получилась такая идиллия, но теперь дети с нетерпением ждут, когда вновь наступит их очередь жить в квартире маленькой семьей.





Работают также «семьи выходного дня» — сотрудники Центра берут детей на выходные дни к себе домой. И происходит маленькое чудо — замкнутые дети охотно начинают играть с домашними детьми, сами придумывают новые игры. Если до того ребенок плохо говорил — в семье он начинает разговаривать, его тянет общаться.

Такая практика привела к тому, что теперь больница Воронина больше похожа на специальный детский сад — школу санаторного типа. В Центре два отделения. В одном постоянно живут пятнадцать, в другом — двадцать семь детей от года до девяти лет. Все дети — отказники, матери отказались от них при рождении. У всех не просто вирус в крови, а клинические проявления ВИЧ. Тем не менее все они — жизнерадостные малыши, которые не знают, что такое СПИД и называют медсестер мамами: мама Наташа, мама Оля. Папу им заменяет водитель дядя Коля, который возит их на экскурсии. Поэтому всех мужчин они называют Колями.

«У меня все дети любимые», — клянется Воронин. Но, конечно же, среди них были и «самые-самые». К примеру, парень из «второй волны» — Андрюшка. Или Аня — почти дочка. Тринадцать лет назад в СПИД-центр стали поступать на обследование «плоды любви» наркома-

нов. Первую партию отказных ВИЧ-детей в количестве 6 человек Воронин получил в 1997-м — пять девиц и парень. Среди них выделялись двое — Анька и Вадик. «Ну это еще те характеры! Аня чуть ли не с рождения кокетка. Шапочку требовала самую яркую, улыбалась всем редким мужчинам, кто у нас бывал. Вадик же, как настоящий мужик, танцует в манеже под музыку, обязательно подходил к каждой даме, так как чувствовал за всех ответственность. Однажды он разобрал манеж, выпустил всех девиц и пополз во главе процессии по коридору».

Через год выяснилось, что у детей (кроме Ани) анализы отрицательные. Вадика быстро усыновили. А Аня так и осталась при больнице. Одна.

Сначала Аня радовалась всем приходящим гостям. А потом замкнулась. На детском уровне она пережила трагедию: поняла, что раз всех забирают, а ее нет, значит, она чем-то хуже. «Бывало, придешь на отделение, а она сидит и смотрит в одну точку. И молчит...» Аню спас появившийся в больнице Андрюшка. Они подружились как брат и сестра. Забираясь к Воронину в кабинет, парочка начинала «беситься» под музыку. Правда, бойкая Аня быстренько загнала своего друга «под каблук». Сентиментальный и лиричный Андрюшка не мог выдержать ее на-



тиска и беспрекословно подчинялся. Аня даже с педагогами говорила за него. Зато Андрей мог перетанцевать подругу в любом танце.

Родители Андрюшки ни разу не позвонили в Центр. Это обычное явление. Ведь отказываются от детей не потому, что у тех ВИЧ. Просто они своим мамашам и папашам не нужны. Видели бы эти люди, каким интересным и умным растёт их сын! «Андрюшка очень пластичный и спортивный от природы. К нам приезжал из Голландии футболист Гуллит. Он ему мяч бросил и поразился тому, что ребенок перебил подачу в абсолютно другую сторону. А вот читать стихи ему сложно. Даже в зоопарке Андрюшка без Ани теряется».

Теперь Аню удочерила одна русская семья, живущая и работающая в Финляндии. И Андрюшка снова остался без подруги. Он ходит грустный. Воронин обещает поддерживать связь с Аниной семьей, а Андрюшку учит не забывать, как вместе они ездили в санаторий, плавали в бассейне и ходили на дискотеки. И как Аня подарила ему на Новый год яблоко, осыпанное блестками. А тот боялся его есть и хранил в тумбочке. Евгений Евгеньевич и сам будет очень скучать. Но тем не менее он очень рад такому исключению из правил. Пережив две неудачные попытки удочерения, Аня все же нашла свое счастье. А остальные детишки пока живут при больнице и прописаны они тут же.

...На полке у Воронина фотография: Аня и Андрюшка стоят в обнимку и безудержно хохочут. А рядом снимок его родных детей: сына и дочери. «Представляете, они приревновали и чуть ли не силком заставили поставить свою!» — пожимает плечами Евгений Евгеньевич.

А когда Воронину один из журналистов задал вопрос: «А могли бы вы сами усыновить ВИЧ-инфицированного ребенка?», он, ни секунды не колеблясь, ответил: «Конечно, мог бы. И поначалу Андрюшка так тосковал от одиночества, что умолял взять его домой. Но я не могу усыновить всех. А потому и Андрюшку домой не беру. Хочу, чтобы нашлись люди, которые его искренне любят. И тогда в памяти о детстве останется не «тетя, которая делает уколы», а мама и папа».

«Если мы будем смотреть на них, прежде всего, как на детей, тогда у них появится будущее»

В отделении тихий час, но малыши не спят. Медсестра посадила двух полуторагодовалых мальчиков в одну кроватку и играет с ними в незамысловатую игру: протягивает каждому указательный палец, а они, ухватившись за него, прыгают. Медсестра — подтянутая женщина лет 45, из тех, кто с детьми не сюсюкает, а разговаривает. «Нам бы воспитателя, — говорит она, — но воспитатели боятся самого слова «СПИД». А чего нас бояться, а, Вов? Мы же не кусаемся!» Вова понимающе улыбается, показывая два зуба, и пускает слюни.

«Верите, не могу найти воспитателя даже на хорошую зарплату, — смеется Воронин. — Не идут, боятся. Зато те, кого нашел, просто замечательные. Педиатры, воспитатели, логопеды, дефектологи, психологи».

Двор за окном наполняется вдруг детскими голосами. Слышно, как об асфальт бьется мяч и звонкое эхо мечется между каменными стенами. Младшее отделение вывели на прогулку.

Школьники уже поехали в школу. Воронин сумел договориться с РОНО и одной из петербургских школ. О том, что это за дети, знают только директор и руководитель городского отдела образования.

«Родителям других детей об этом лучше не знать, — говорит Воронин. — Закон это позволяет. Не общество от детей, а детей от общества охранять надо. Я против всяких спецдомов, специнтернатов — это путь в никуда».

И Евгений Евгеньевич приводит пример. К ним в клинику поступила девочка в возрасте трех лет. Предыстория ее была такова: три года она находилась в инфекционной больнице в отдельном боксе, персонал боялся с ней общаться. А ребенок формируется в первый год, в крайнем случае — до трех лет, а в остальное время идет как бы шлифовка личности. И вот в течение трех лет ей давали только еду, в этот бокс практически никто не заходил. И когда она поступила в усть-ижорский Центр, была как Маугли. К слову ска-

зать, она не была ВИЧ-инфицирована, а только носитель. В результате с ней произошли такие поведенческие изменения, что когда включали свет, она пряталась под одеяло — боялась взрослых.

«Мы пригласили лучших психологов Санкт-Петербурга, — вспоминает Воронин, — взяли индивидуального воспитателя, но, к сожалению, ничего не смогли изменить, потому что время было упущено. И мы очень боимся, что сейчас, когда в России все больше детей рождается от ВИЧ-инфицированных матерей, многих из отказных новорожденных может постигнуть та же участь».

«Как-то в «Медицинской газете» была статья, — продолжает Евгений Евгеньевич, — в которой речь шла о том, нужны ли специализированные дома для ВИЧ-инфицированных детей. Я знаю, что в Москве, в Санкт-Петербурге и еще в некоторых регионах такие дома организуют. Но, на самом деле, я считаю, что это некоторая спекуляция в отношении ВИЧ-инфицированных детей. Давайте называть вещи своими именами — Дома ребенка для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Потому что в тех домах, о которых идет речь, к примеру на 40 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, реально ВИЧ-инфицированных — 4 человека. Но дому ребенка надо как-то существовать, на 4 человека не наберешь штат. Поэтому — что вынужден делать главный врач, чтобы удержать штат? Он вынужден не снимать с ребенка диагноз, вынужден этих детей держать. А ведь они должны, по идее, уходить в семьи, они должны идти в обычные дома ребенка, но у главврача нет выбора, он должен сохранить штат. В результате у меня вопрос: какая специализированная помощь? Ведь они называются «специализированные дома ребенка», но специализированной помощи они не оказывают. То есть если ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, заболел, они также звонят в больницы, также его туда отсылают. Никакой специализированной помощи нет!»

Если мы пойдем по такому пути, считает Воронин, и всех детей спрячем в специализированные дома ребенка, возникает вопрос: а что дальше? У детей есть такая проблема — они быстро растут, поэтому года два их еще можно прятать, а после 5 лет что делать? А когда им 14 и так далее? То есть создание таких специализированных домов ребенка на самом деле ведет в тупик. На самом деле, отношение к этим детям должно меняться и в первую очередь их надо рассматривать просто как детей. Это просто ребенок, прежде всего. А ВИЧ-инфекция все меньшую и меньшую роль играет в жизни этих детей.

«Когда в 1997-м мы начинали, у нас лежало 30 отказных ВИЧ-инфицированных детей с клиникой «ВИЧ-инфекция» и мы должны были в течение дня давать по 20 таблеток 3–4 раза —



это действительно было довольно-таки сложное лечение. Сейчас же – 2 раза в день по две таблетки. И дети значительно лучше себя чувствуют. Поэтому ВИЧ-инфекция все меньшую и меньшую роль играет в их жизни. И когда говорят об этих детях (даже от медиков часто слышишь), что они не перспективны, на самом деле это абсолютная неправда! Даже у ВИЧ-инфицированных детей, если им назначить лечение, сохраняется нормальная иммунная система, они могут прожить ту жизнь, которую они прожили бы без ВИЧ-инфекции.

Второй важный момент – эти ВИЧ-инфицированные дети в будущем могут создавать нормальные семьи. На сегодняшний день мы можем сделать так, что 98% ВИЧ-инфицированных женщин могут родить здоровых детей. В частности, в нашей клинике 130 ВИЧ-инфицированных женщин, среди них были 5 – в стадии СПИДа, они были инфицированы в течение 12 лет. Все они получили профилактику и все 130, включая тех, у кого стадия СПИД, родили здоровых детей, т.е. ВИЧ-негативных. И это означает, что эти дети могут в будущем создавать нормальные семьи, а значит – эти дети очень даже перспективны.

Конечно, ко всему этому, о чем я только что сказал, мы пришли не сразу. Вопросами детско-

го СПИДа мы начали заниматься в 1991 году, и до 1996 года для медицинских работников это была крайне тяжелая проблема прежде всего потому, что хотя мы какое-то время и могли поддерживать жизнь этих детей, но не было реальных лекарств. В 1996 году ситуация изменилась – появились очень эффективные антиретровирусные препараты. И если раньше мы думали только о том, как продлить хоть на день-два жизнь больного ребенка и были рады этому, то теперь, когда начали эффективно лечить и видеть результаты этого лечения, мы стали уже задумываться и о том, какая личность вырастет из этого ребенка. Потому что этот ребенок будет жить долго.

В первую очередь мы стали смотреть наши штаты: во всех медицинских учреждениях одна медсестра на 15 коек, то есть на 30 детей две медсестры и 5 унитазов. Ну разве можно в таких условиях дать что-то для воспитания личности? Конечно, нет! В то же время, в обычном доме ребенка – одна медсестра, один педагог и одна санитарка на шесть коек, т.е. на двух детей один взрослый. Поэтому мы решили и в наши штаты ввести воспитателей.

Первое время нам казалось, что дело пошло на лад и все у нас благополучно. Ведь по ребенку, в отличие от взрослых, сразу видно счастли-

он, доволен ли жизнью или нет. Ребенок, если тянется к тебе и улыбается, значит, у него в жизни все хорошо. И нам действительно казалось, что у нас очень хороший персонал и дети улыбаются довольные, тянутся, но когда мы пригласили специалистов из педагогического университета и они обследовали наших детей, оказалось, что наши дети отстают в развитии от своих сверстников на полтора-два года. И это не было связано с ВИЧ-инфекцией, это было связано с тем, что они живут в изолированном коллективе. Поэтому следующей нашей задачей стало сделать все от нас зависящее, чтобы эти дети развивались лучше. Мы обратились к тем же специалистам-психологам, которые тестировали всех наших 30 детей, и они на каждого ребенка составили карту развития. Теперь у нас, кроме медицинских карт, определяющих лечение, были также карты психосоциального развития ребенка, т.е. в такой-то период он должен достигать определенного уровня. И дело пошло.

Сейчас у нас в течение 12 часов дети постоянно находятся с воспитателем. У нас есть логопеды по раннему и старшему возрасту. У нас есть музыкальный работник и это, пожалуй, самое любимое занятие у детей — каждый день у нас проводятся музыкальные занятия. С детьми старшего возраста педагог занимается уже индивидуально, по 20–30 минут с каждым, развивая у ребенка те или иные способности, к которым у него есть склонности. Чтобы дети развивались разносторонне, мы стараемся как можно чаще выводить их за пределы нашей больницы. Для этого у нас есть автобус, и мы их постоянно возим.

Но проблема заключается в том, что мы-то рассматриваем ВИЧ-инфекцию как очень маленькую и все меньшую и меньшую часть в жизни ребенка, а их уже надо готовить к будущей жизни. Вообще, что должно дальше произойти с этими детьми? В идеале они должны попадать в семьи, потому что наши дети достойны того, чтобы иметь приемную семью. Это самое главное — обрести семью, и в этом плане мы стараемся работать с прессой, с телевидением, ищем потенциальных усыновителей.

И поскольку мы не исключаем возможности, что дети будут ходить в обычные школы, у нас возникал вопрос: как они будут адаптироваться среди сверстников? Поэтому не так давно двух самых старших детей мы отправили в один из лучших санаториев Ленинградской области. Когда приехали в этот санаторий, то первое время мы действительно наблюдали страх наших детей при контакте с другими детьми, но, к счастью, у детей это проходит быстро и буквально через несколько дней они были уже в гуще событий.

Как же, на наш взгляд, должны развиваться события в этом направлении? Сейчас уже появляются сотни таких детей, не за горами и тысячи. На наш взгляд, из родильного дома эти дети

должны поступать в обычный дом ребенка, потому что большинство из них (90%) окажется здоровыми, и только небольшая часть — ВИЧ-инфицирована. Что же касается последних, то это — дети-носители, они только носят вирус, но от них практически невозможно заразиться, если только вы не взяли у него кровь из вены и не ввели себе. Заразиться от ребенка каким-то другим путем практически невозможно. Кроме того, этих детей-носителей даже лечить не надо, у них первая клиника развивается где-то в 5–6 лет. Поэтому в интересах ребенка, чтобы он поступал в обычный дом ребенка, затем — в детский дом, если он не попал в семью, и дальше — в соответствии с его способностями и так далее.

Очень небольшой процент (примерно 1%) от всех детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, будут с медицинскими показателями, т.е. с клиникой «ВИЧ-инфекция». Такие дети, безусловно, должны поступать в нашу больницу и мы будем оказывать им помощь.

Расскажу такой случай. К нам приехала бельгийская делегация, пришли на отделение и говорят: «Что они у вас все розовошекие бегают? Вы нам покажите, где вы прячете умирающих детей, которых от иностранцев скрываете». И так полчаса донимали нас. Тогда я спросил: «У вас в прошлом году сколько умерло детей от ВИЧ-инфекции?» Они говорят: «Ни одного». — «А почему у нас они должны умирать? Мы лечим их теми же западными препаратами, мы участвуем в тех же западных конференциях, мы также пользуемся Интернетом и также получаем самые последние данные, и благодаря двум людям мы имеем финансирование, и сейчас у нас нет проблем с лечением детей».

Так что у нашего общества на самом деле есть два варианта. Первый — мы можем руководствоваться предрассудками, которые за 20 с лишним лет не изменились, и сделать этих детей злыми, потому что они беззащитны, у них нет родителей, которые могли бы их защитить. И другой вариант — если мы будем смотреть на них, прежде всего, как на детей, и тогда у них появится будущее».

Родители

Большинство ВИЧ-инфицированных детей не знают, чем они больны. Матери боятся прежде всего травмировать ребенка, сказав ему о заболевании. Другая причина, почему они опасаются сообщать о диагнозе ребенку, это страх, что дети могут рассказать кому-то еще, и как эти другие поведут себя — неизвестно. Поэтому для родителей очень важны вопросы: «Когда сказать о диагнозе? Кто скажет? Как скажет и где?»

Очень часто дети осведомлены о своем заболевании больше, чем думают взрослые. Чтобы найти правильное решение, как сообщить ребенку о диагнозе, очень важно научиться слушать ребенка — что он спрашивает и как. Часто

постоянная неопределенность, недосказанность вызывают у ребенка большой стресс, чем информация о болезни.

«Мы никогда не употребляем слов «ВИЧ», «СПИД», когда работаем с детьми, — говорит Евгений Воронин. — Это право матери сообщить о диагнозе ребенку или тому, кому она считает нужным. Если женщине нужна наша помощь в разговоре с ребенком, мы готовы помочь, но решение остается за ней».

К сожалению, бывают случаи, когда дети или подростки узнают о диагнозе случайно сами. Это приводит к тяжелым последствиям.

Пятнадцатилетний подросток Андрей в течение трех лет ежегодно приезжал в Рождественские детские лагеря отдыха, постоянно проходил лечение в усть-ижорском Центре. Он знал, что дети, с которыми он общался, ВИЧ-инфицированы. Мать постоянно находилась с ним и говорила ему, что он исключение, так как лечится просто от обычной инфекции. Однажды, когда рядом не было матери, к нему подошел взрослый больной и сказал, что Андрей болен СПИДом, что его заразили в больнице и что теперь все обязаны искупать вину перед ним. Андрей был в шоке. Самый близкий и дорогой для него человек — мать — лгала ему. В течение нескольких недель он практически не выходил из палаты и не хотел ни с кем разговаривать. Возникли мысли о самоубийстве. Прошло несколько месяцев, прежде чем он вышел из этого тяжелого состояния.

Опасаясь за своего ребенка, многие родители вообще не сообщают в школе о болезни. Другая часть родителей, чтобы избежать всех проблем, связанных со школой, предпочитают обучение ребенка на дому. Как поступить в каждой конкретной ситуации, обучать ребенка на дому или в школе — решает мать. Медицинский работник по просьбе матери может встретиться с персоналом школы, предупредить о строгой конфиденциальности, ходатайствовать о более щадящем режиме обучения ребенка.

«У каждого ребенка должна быть семья»

Из-за отношения к ВИЧ-больным на сегодняшний день в нашей стране только один из ста ВИЧ-инфицированных детей-отказников попадает в семью. Несмотря на хорошие перспективы лечения, шансы на усыновление у этих детей примерно такие же, как у тяжелых инвалидов. А на Западе большинство ВИЧ-инфицированных детей, в том числе «дети-отказники», живут в семьях. Учитывая, что у носителей ВИЧ сейчас в 99% случаях рождаются здоровые дети, очень важно менять отношение общества к этому заболеванию.

«У каждого ребенка должна быть семья, — говорит Евгений Воронин. — Ни совместные выступления с известными людьми, ни выпуск ярких альбомов с фотографиями наших малы-

шей не принесли никаких результатов. Усыновить «плюсика» не решался никто, кроме наших же сотрудников. Тогда-то мы и решили «пойти в народ». Раз эти дети ничем не отличаются от сверстников, искать родителей для них нужно там же, где и для обычных сирот».

С мая 2008 года сотрудники Республиканской инфекционной больницы выставляют фотографии маленьких пациентов на интернет-сайтах. О плюсе в графе «ВИЧ-статус» потенциальные родители узнают лишь через какое-то время.

«Такой способ поиска новых родителей оказался правильным и единственно возможным, — рассказывает Евгений Евгеньевич. — Ведь найти нужно тех, кто полюбит ребенка вопреки его диагнозу. Прежде к нам шли люди, пытавшиеся решить личные проблемы при помощи больного малыша, реабилитировать себя в чужих и собственных глазах. Самое показательное в этом отношении письмо пришло несколько лет назад из Германии. Автор не скрывал деталей собственной биографии: наркоман со стажем, вышел из тюрьмы, жена ушла. Мечтает усыновить мальчика, больного СПИДом, и обязательно из России. В лучшем случае человек хотел потешить самолюбие, а про худший вариант даже думать не хочется».

«Первенцем» интернет-усыновления оказалась девочка четырех лет. Родители отказались от нее сразу после рождения. Домой, в приемную семью, из больничной палаты девочка-«плюсик» переехала уже через месяц.

«Потенциальные усыновители обратились к нам через несколько дней после того, как анкета появилась в Интернете, — вспоминает психолог Наталья Крюкова. — Они приехали в Усть-Ижору и увидели девочку на прогулке. Люди поняли, что она — их счастье. После этого все разговоры о диагнозе отошли на второй план. Наши гости осознали, что ВИЧ — не причина, из-за которой следует отказываться от ребенка. Уже в июне наша пациентка обрела новый дом. Сейчас это совершенно другой ребенок. Изменилось все — взгляд, движения, походка. Кроме папы и мамы, у девочки есть сестра, братик, бабушка и дедушка. На ребенка обрушилась лавина любви».

Вдохновленные успехом медики выставили в сети анкеты других «плюсиков». Трех детишек усыновили сотрудники усть-ижорской больницы. Еще трое вернулись в семью: двоих ребят забрала бабушка, а мама еще одной девочки восстановилась в родительских правах. Выйдя из колонии, она устроилась на работу и сумела вернуть дочь. Еще шесть девочек обрели родителей благодаря Интернету.

«Усыновители оказались похожими друг на друга, — рассказывает Наталья Крюкова. — В трех случаях это были семейные пары. Счастья в этих семьях так много, что существует жизненная потребность поделиться им с кем-то еще.



Трех других «плюсиков» забрали матери-одиночки не с самым лучшим материальным положением. Это тоже неплохо: да, мужа у этих женщин нет, зато есть малыш, ради которого стоит жить. Жаль, что берут у нас только девочек. Ведь взять ребенка или нет, почти всегда решает женщина. На подсознательном уровне она ищет себе подругу, помощницу, которой хочет что-то передать. Мальчики остаются в больнице». По словам врачей, все вопросы, связанные с особенностями лечения сирот, обсуждаются лишь с теми, кто принял окончательное решение об усыновлении.

«Диагноз и в самом деле пугает, — рассуждает Евгений Воронин. — Почти все спрашивают: «А это дорого?» — и удивляются, когда узнают, что ВИЧ-позитивных детей в нашей стране лечат бесплатно в рамках особой федеральной программы. Мы выдаем усыновителям все необходимые лекарственные препараты. Раз в три месяца дети проходят обследование. Найти помощь и поддержку у наших специалистов усыновители могут в любое время суток».

С каждым усыновляемым ребенком проводится работа. Психолог неоднократно выезжает с потенциальными родителями и малышом за пределы больницы. Усыновителей «плюсику» представляют как обычных «тетю» и «дядю». Лишь перед самым ответственным днем Наталья говорит своему подопечному, что «тетя» хочет стать его мамой, если он, конечно, не против.

«Какой ребенок в 3—4 года ответит «нет»? — говорит Наталья Крюкова. — У таких детишек другое восприятие мира. Им сложно разделить, где мама биологическая, а где приемная. Скорее, это абстрактный образ. Все они верят в то, что ма-

ма их ищет. Как раз поэтому мы и говорим «плюсикам» о том, что они покинут больницу в последний момент. Это необходимо для того, чтобы не травмировать других детей психологически».

По словам Евгения Евгеньевича, «вести» усыновленных детишек медики из Усть-Ижоры планируют не только до достижения ими совершеннолетия, но и позже. Ведь проблемы у приемных родителей могут возникнуть самые разнообразные.

«Каждый «плюсик» — человек с большим жизненным опытом, причем не всегда позитивным, — рассуждает доктор Воронин. — После кратковременной эйфории у усыновителей может начаться настоящий кризис, появиться разнообразные мысли. О наследственности, например. Детишки-то наши не из самой благоприятной среды. На уровне больницы я такие разговоры стараюсь пресекать. По нашему опыту, судьба человека на 90% определяется людьми, работающими с ним и семьей, в которой он живет, а не генами. У меня есть знакомая американка — врач-эпидемиолог, усыновившая девять детей из России. Взяла одного, у него нашелся братик, у того — подруга, без которой тот жить не может, в детдоме осталась. Последним она вывезла из России 13-летнего полусломленного детдомовца. Здесь у него не было будущего. Максимум — дом инвалидов. Там он в университете учится, занимается скульптурой. Другой приемный ребенок из этой же семьи — чемпион штата по вольной борьбе. Ребята состоялись, и разговоры о наследственности тут неуместны. Ссылки на нее начинаются тогда, когда в семье что-то не получается. Поднимать эту тему можно лишь после того, как для ребенка сделано все. Уверен, что девочки-«плюсики» вернуться к нам как пациентки лишь через много лет — в отделение для беременных. Там, кстати, уже рожали десять девчушек, получивших ВИЧ в конце 1990-х. Все они дали жизнь абсолютно здоровым детям. Так что нынешние усыновители смогут почувствовать себя не только родителями, но и бабушками и дедушками».

* * *

Евгения Евгеньевича Воронина эти детишки наверняка запомнят просто как «дядю Женю». За то, что он дарит им тепло своей души. Возит в зоопарк, санаторий, покупает игрушки и сладости, учит танцевать, петь, плавать, держать себя в обществе, а главное — любить.

Подготовил Вл. Пчелин

В обзоре использованы материалы статей Ирины Рубцовой, Алексея Олейникова, Сергея Андреева, Натальи Черных.

Редакция благодарит Азу Гасановну Рахманову, а также Екатерину Юсупову и Анну Черняховскую (ЮНЭЙДС) за помощь в подборе фотоматериалов.



УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года

В целях консолидации усилий федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан Российской Федерации по пресечению распространения на территории Российской Федерации наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров постановляю:

1. Утвердить прилагаемую Стратегию государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года.
2. Председателю Государственного антинаркотического комитета включать в ежегодный доклад Президенту Российской Федерации о деятельности Государственного антинаркотического комитета данные о ходе реализации Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года.
3. Настоящий Указ вступает в силу со дня его подписания.



Президент
Российской Федерации **Д. Медведев**

Москва, Кремль
9 июня 2010 года
№ 690



СТРАТЕГИЯ

ГОСУДАРСТВЕННОЙ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2020 ГОДА

I. ВВЕДЕНИЕ

1. Необходимость принятия Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (далее – Стратегия) обусловлена динамикой изменений, происходящих в России и в мире, возникновением новых вызовов и угроз, связанных прежде всего с активизацией деятельности транснациональной преступности, усилением терроризма, экстремизма, появлением новых видов наркотических средств и психотропных веществ (далее – наркотики), усилением негативных тенденций, таких как устойчивое сокращение численности населения России, в том числе уменьшение численности молодого трудоспособного населения вследствие расширения масштабов незаконного распространения наркотиков.

Стратегией национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Президентом Российской Федерации 12 мая 2009 г., одним из источников угроз национальной безопасности признана деятельность транснациональных преступных группировок и организаций, связанная с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров.

2. Современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов незаконного оборота и немедицинского потребления высококонцентрированных наркотиков, таких как героин, кокаин, стимуляторы амфетаминового ряда, лекарственных препаратов, обладающих психотропным воздействием, а также их влиянием на распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, что представляет серьезную угрозу безопасности государства, экономике страны и здоровью ее населения.

Ключевым фактором негативного развития наркоситуации в Российской Федерации является масштабное производство опиатов на территории Афганистана и их последующий транснациональный трафик на территорию России.

В ряде российских регионов отмечается рост распространения наркотиков, изготовленных из местного растительного сырья и лекарственных препаратов, содержащих наркотические средства и находящихся в свободной продаже, появляются новые виды психоактивных веществ,

способствующие формированию зависимых форм поведения.

На эффективности государственной антинаркотической политики отрицательно сказывается отсутствие государственной системы мониторинга развития наркоситуации.

Недостаточно эффективно организованы профилактическая деятельность, медицинская помощь и медико-социальная реабилитация больных наркоманией. Недостаточно используется потенциал общественных объединений и религиозных организаций.

Необходимо принятие комплексных и сбалансированных мер, которые не только существенно снизили бы немедицинское потребление наркотиков и последствия их потребления, но и способствовали разрушению финансовых, организационных, информационных и иных наркодилерских сетей.

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3. Стратегия разработана в соответствии с Конституцией Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права в области противодействия незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров с учетом отечественного и зарубежного опыта. Стратегией определяются цель, принципы, основные направления и задачи государственной антинаркотической политики Российской Федерации.

В Стратегии развиваются и конкретизируются применительно к сфере антинаркотической деятельности соответствующие положения Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года и Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года.

4. Генеральной целью Стратегии является существенное сокращение незаконного распространения и немедицинского потребления наркотиков, масштабов последствий их незаконного оборота для безопасности и здоровья личности, общества и государства.

Решения и меры, принимаемые органами государственной власти в области борьбы с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, основываются на принципах законности, соблюдения конституционных прав и свобод граждан, открытости, конкретности, системности, комплексности, упреждающего воздействия, обеспечения равенства всех перед законом и неотвратимости ответственности, опоры на поддержку общества, недопустимости применения в Российской Федерации заместительных методов лечения больных наркоманией с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I и II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. №681 (далее – перечень наркотических средств), а равно легализации потребления отдельных наркотиков в немедицинских целях.

5. Достижение генеральной цели Стратегии осуществляется на основе сбалансированного и обоснованного сочетания мер по следующим направлениям:

а) сокращение предложения наркотиков путем целенаправленного пресечения их нелегального производства и оборота внутри страны, противодействия наркоагрессии;

б) сокращение спроса на наркотики путем совершенствования системы профилактической, лечебной и реабилитационной работы;

в) развитие и укрепление международного сотрудничества в сфере контроля над наркотиками.

6. Основные стратегические задачи:

а) разработка и внедрение государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;

б) создание и реализация общегосударственного комплекса мер по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров на территории Российской Федерации;

в) выработка мер противодействия наркотрафику на территорию Российской Федерации, адекватных существующей наркоугрозе;

г) обеспечение надежного государственного контроля за легальным оборотом наркотиков и их прекурсоров;

д) создание государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков с приоритетом мероприятий первичной профилактики;

е) совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации;

ж) совершенствование организационного, нормативно-правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности.

7. Государственная антинаркотическая политика – это система стратегических приоритетов и мер, а также деятельность федеральных органов государственной власти, Государственного антинаркотического комитета, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации, органов местного самоуправления, направленная на предупреждение, выявление и пресечение незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров, профилактику немедицинского потребления наркотиков, лечение и реабилитацию больных наркоманией.

Стратегия государственной антинаркотической политики – официально принятые основные направления государственной политики, определяющие меры, организацию и координацию деятельности федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и противодействия их незаконному обороту.

8. Антинаркотическая деятельность – деятельность федеральных органов государственной власти, Государственного антинаркотического комитета, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации и органов местного самоуправления по реализации государственной антинаркотической политики.

Руководство антинаркотической деятельностью осуществляет Президент Российской Федерации.

9. Субъектами антинаркотической деятельности являются:

а) Государственный антинаркотический комитет, осуществляющий координацию деятельности федеральных органов исполнительной власти и антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации, а также организацию их взаимодействия с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, общественными объединениями и организациями по реализации государственной антинаркотической политики;

б) антинаркотические комиссии в субъектах Российской Федерации и в муниципальных образованиях, обеспечивающие координацию деятельности территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, а также организующие их взаимодействие с общественными объединениями по профилактике немедицинского потребления наркотиков

и противодействию их незаконному обороту в рамках своих полномочий;

в) Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, обеспечивающая выполнение функций по реализации государственной антинаркотической политики, нормативно-правовому регулированию, контролю и надзору в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров, а также в области противодействия их незаконному обороту;

г) Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, осуществляющее функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере организации медицинской профилактики, медицинской помощи и медицинской реабилитации для лиц, потребляющих наркотики, и больных наркоманией, а также в сфере фармацевтической деятельности, включая вопросы оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;

д) другие федеральные органы исполнительной власти, обеспечивающие реализацию функций по противодействию незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, а также меры профилактики немедицинского потребления наркотиков в пределах предоставленных им Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации полномочий;

е) высшие должностные лица (руководители высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации, осуществляющие в рамках своих полномочий руководство антинаркотической деятельностью на территории субъектов Российской Федерации;

ж) органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, обеспечивающие реализацию государственной антинаркотической политики в субъектах Российской Федерации;

з) органы местного самоуправления, в пределах своей компетенции организующие исполнение законодательства Российской Федерации о наркотических средствах, психотропных веществах и об их прекурсорах.

10. Общественные объединения и религиозные организации вправе участвовать в профилактике немедицинского потребления наркотиков и реабилитации лиц, потребляющих наркотики.

11. Объектами антинаркотической деятельности являются:

а) население страны, в первую очередь дети, подростки, молодежь и их семьи, особенно входящие в группы риска вовлечения в незаконный оборот наркотиков и их прекурсоров, а также лица, потребляющие наркотики в немедицинских целях, и их семьи; больные наркоманией, нуждающиеся в лечении и реабилитации, и их семьи; работники отдельных видов профессио-

нальной деятельности и деятельности, связанной с источниками повышенной опасности;

б) организации и учреждения, участвующие в легальном обороте наркотиков и их прекурсоров;

в) организованные преступные группы и сообщества, участвующие в незаконном обороте наркотиков и их прекурсоров.

III. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ ПРЕДЛОЖЕНИЯ НАРКОТИКОВ

12. Основным содержанием системы мер по сокращению предложения наркотиков в незаконном обороте являются согласованные действия организационного, правоохранительного, нормативно-правового и международного характера, принимаемые федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, при координирующей роли Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, направленные на противодействие нелегальному ввозу наркотиков из-за рубежа, а также их незаконному производству, транспортировке и распространению на территории страны.

Главными стратегическими угрозами в данной сфере являются контрабанда афганских опиатов и каннабиноидов из стран Центральной Азии, синтетических наркотиков из Западной и Восточной Европы, кокаина из государств Латинской Америки, поступление в незаконный оборот химических веществ (прекурсоров), используемых при производстве наркотиков, использование внутренней сырьевой базы незаконного наркопроизводства, расширение немедицинского потребления средств, содержащих психоактивные вещества, в отношении которых меры контроля не установлены.

13. Стратегическими целями государственной антинаркотической политики в сфере сокращения предложения наркотиков в незаконном обороте являются:

а) создание эффективной системы защиты территории Российской Федерации от нелегального ввоза наркотиков из-за рубежа;

б) уничтожение инфраструктуры нелегального производства, транспортировки и распространения наркотиков внутри страны;

в) ликвидация сырьевой базы незаконного наркопроизводства на территории Российской Федерации;

г) недопущение поступления наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а также сильнодействующих веществ из легального в незаконный оборот;

д) подрыв экономических основ наркопреступности;

е) пресечение преступных связей с международным наркобизнесом;

ж) разрушение коррупционных связей, способствующих незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров;

з) пресечение оборота новых видов наркотиков, а также неконтролируемых психоактивных средств и веществ, используемых для немедицинского потребления.

14. Под системой защиты территории Российской Федерации от контрабандного ввоза наркотиков из-за рубежа подразумевается комплекс мер, направленных на:

а) укрепление режима границ через организационно-техническое и административно-правовое регулирование;

б) расширение через международное сотрудничество возможностей пресечения культивации наркосодержащих растений и производства наркотиков в Афганистане и наркотрафика в странах транзита.

15. Сокращение предложения наркотиков в незаконном обороте осуществляется с использованием экономических возможностей государства, выделения на эти цели достаточного объема финансовых, материальных и иных ресурсов, включая ресурсную поддержку государственных органов, осуществляющих противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, путем развития системы их технического оснащения.

Организационные меры по сокращению предложения наркотиков

16. При реализации мер по сокращению предложения наркотиков в незаконном обороте Российская Федерация исходит из необходимости постоянного совершенствования правоохранительных мер по пресечению деятельности организованных преступных групп (преступных сообществ), действующих в сфере незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров.

В целях обеспечения сокращения предложения наркотиков в незаконном обороте обеспечиваются комплексное развитие и совершенствование деятельности органов государственной власти, осуществляющих противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров.

Принимаются меры по укреплению социальных гарантий для сотрудников органов государственной власти, осуществляющих антинаркотическую деятельность.

Российской Федерацией обеспечивается научно-техническая поддержка правоохранительной антинаркотической деятельности, оснащение государственных органов, осуществляющих противодействие незаконному обороту нарко-

тиков и их прекурсоров, специальными средствами и техникой.

Разрабатывается программа мер по созданию и развитию системы профессиональной подготовки кадров в сфере антинаркотической деятельности.

Обеспечивается сотрудничество правоохранительных и иных государственных органов с гражданами и институтами гражданского общества для оказания содействия правоохранительным органам в противодействии незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, обнаружении мест произрастания дикорастущих наркосодержащих растений и фактов их незаконного выращивания, выявлении и пресечении коррупционных связей, способствующих незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров.

Правоохранительные меры по сокращению предложения наркотиков

17. В целях пресечения контрабанды наркотиков на территорию Российской Федерации обеспечивается развитие системы противодействия организованной наркопреступности.

Для решения задач уничтожения инфраструктуры незаконного производства и транспортировки наркотиков и их прекурсоров, сетей наркораспространения на территории Российской Федерации формируется план правоохранительных мер, принимаемых во взаимодействии с государственными органами, осуществляющими противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров.

18. Снижение наркодавления на Российскую Федерацию обеспечивается развитием системы мер, включающей в себя:

а) повышение эффективности инструментов международного сотрудничества;

б) повышение эффективности пограничного контроля, в том числе путем развития сотрудничества правоохранительных органов государственных участников антинаркотической деятельности;

в) укрепление режима границ.

19. Обеспечивается участие Российской Федерации в реализации мероприятий по укреплению «поясов безопасности» вокруг Афганистана с целью пресечения незаконного ввоза опиатов.

Проводятся согласованные межгосударственные профилактические и оперативно-розыскные мероприятия по выявлению и ликвидации каналов международного наркотрафика.

Решение задач обеспечения антинаркотической безопасности достигается путем укрепления государственной границы Российской Федерации и границ таможенного союза, повышения их технической оснащенности, создания и совершенствования механизмов контроля за грузами, перевозимыми через таможенную границу Российской Федерации.

Для недопущения нелегального ввоза наркотиков в Российскую Федерацию совершенствуется система мер государственного контроля за иностранными гражданами (лицами без гражданства), прибывающими в Российскую Федерацию (находящимися на ее территории), в особенности из наркоопасных регионов мира.

Принимаются целенаправленные меры по обеспечению общей безопасности в морских акваториях. Создается система мер контроля за инфраструктурой морских грузопассажирских перевозок.

Принимаются меры по выявлению новых видов психоактивных веществ с целью их классификации и решения вопроса о включении в списки I, II и III перечня наркотических средств.

Обеспечиваются меры по пресечению незаконного оборота наркотиков в местах проведения культурно-досуговых мероприятий.

20. Безопасность легального оборота наркотиков в Российской Федерации обеспечивается за счет совершенствования государственного механизма контроля за его осуществлением, особенно за оборотом прекурсоров.

Формируется система мер, обеспечивающих разработку и производство новых лекарственных средств, содержащих наркотики (в масляных формах, пластырей и других), извлечение которых легкодоступным путем невозможно и применение которых в немедицинских целях затруднено.

При решении задач по уничтожению имеющейся в Российской Федерации сырьевой базы незаконного наркопроизводства совершенствуется система выявления незаконных посевов и очагов произрастания дикорастущих наркосодержащих растений, разрабатываются научные методики применения химических веществ для уничтожения наркосодержащих растений, а также снижения содержания в них психоактивных веществ.

Совершенствование нормативно-правовой базы сокращения предложения наркотиков

21. Российская Федерация реализует меры, направленные на совершенствование законодательства в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров и в области противодействия их незаконному обороту, в целях охраны здоровья граждан, государственной и общественной безопасности.

При реализации данных мер обеспечивается имплементация передового международного опыта нормативного регулирования.

В целях сокращения предложения наркотиков обеспечивается ужесточение административной ответственности за незаконное потребление наркотиков, уголовной ответственности

за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, в том числе за сбыт наркотиков в исправительных учреждениях, а также в учреждениях или местах, используемых для проведения учебных, спортивных, культурных, развлекательных и иных публичных мероприятий.

Российская Федерация обеспечивает принятие мер, направленных на стимулирование социальной активности по информированию органов государственной власти, осуществляющих противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, о фактах их незаконного оборота.

Принимаются системные меры по совершенствованию условий деятельности государственных органов, осуществляющих противодействие незаконному обороту наркотиков и их прекурсоров, по подрыву экономических основ наркопреступности.

IV. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ СПРОСА НА НАРКОТИКИ

22. Система мер по сокращению спроса на наркотики, направленная на оздоровление населения Российской Федерации путем снижения потребления наркотических средств и психотропных веществ и уменьшения неблагоприятных социальных последствий их употребления, строится на основе приоритета профилактических мер общественного, административного и медицинского характера и включает в себя:

- а) государственную систему профилактики немедицинского потребления наркотиков;
- б) наркологическую медицинскую помощь;
- в) медико-социальную реабилитацию больных наркоманией.

23. Основными угрозами в данной сфере являются:

а) широкое распространение в обществе терпимого отношения к немедицинскому потреблению наркотиков;

б) увеличение численности лиц, вовлеченных в немедицинское потребление наркотиков;

в) недостаточная эффективность организации оказания наркологической медицинской, педагогической, психологической и социальной помощи больным наркоманией;

г) сокращение числа специализированных наркологических медицинских учреждений, низкое число наркологических реабилитационных центров (отделений) в субъектах Российской Федерации, а также недостаточное количество медицинских психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников и иного персонала, участвующего в осуществлении медико-социальной реабилитации;

- д) недостаточная доступность медико-социальной реабилитации для больных наркоманией;
- е) увеличение численности лиц, прошедших лечение, реабилитацию и вновь вернувшихся к немедицинскому потреблению наркотиков;
- ж) смещение личностных ориентиров в сторону потребительских ценностей;
- з) недостаточно широкий для обеспечения занятости молодежи спектр предложений на рынке труда;
- и) слабая организация досуга детей, подростков и молодежи.

Государственная система профилактики немедицинского потребления наркотиков

24. Государственная система профилактики немедицинского потребления наркотиков – совокупность мероприятий политического, экономического, правового, социального, медицинского, педагогического, культурного, физкультурно-спортивного и иного характера, направленных на предупреждение возникновения и распространения немедицинского потребления наркотиков и наркомании.

Стратегической целью профилактики немедицинского потребления наркотиков является сокращение масштабов немедицинского потребления наркотиков, формирование негативного отношения к незаконному обороту и потреблению наркотиков и существенное снижение спроса на них.

25. Достижение названной цели осуществляется путем решения следующих основных задач:

- а) формирование негативного отношения в обществе к немедицинскому потреблению наркотиков, в том числе путем проведения активной антинаркотической пропаганды и противодействия деятельности по пропаганде и незаконной рекламе наркотиков и других психоактивных веществ, повышения уровня осведомленности населения о негативных последствиях немедицинского потребления наркотиков и ответственности за участие в их незаконном обороте, проведения грамотной информационной политики в средствах массовой информации;
- б) организация и проведение профилактических мероприятий с группами риска немедицинского потребления наркотиков;
- в) организация профилактической работы в организованных (трудовых и образовательных) коллективах;
- г) развитие системы раннего выявления незаконных потребителей наркотиков, в частности посредством ежегодной диспансеризации;
- д) создание условий для вовлечения граждан в антинаркотическую деятельность, формирование, стимулирование развития и государственная поддержка деятельности волонтерского молодежного антинаркотического движения,

общественных антинаркотических объединений и организаций, занимающихся профилактикой наркомании;

е) формирование личной ответственности за свое поведение, обуславливающее снижение спроса на наркотики;

ж) формирование психологического иммунитета к потреблению наркотиков у детей школьного возраста, их родителей и учителей.

26. В формировании системы профилактики немедицинского потребления наркотиков участвуют органы государственной власти всех уровней, органы местного самоуправления, общественные объединения и религиозные организации, граждане, в том числе специалисты образовательных, медицинских и культурно-просветительских учреждений, волонтеры молодежных организаций.

Мероприятия профилактики немедицинского потребления наркотиков предназначены для всех категорий населения, в первую очередь для детей и молодежи, находящихся в неблагоприятных семейных, социальных условиях, в трудной жизненной ситуации, а также для лиц групп риска немедицинского потребления наркотиков.

27. Одним из предпочтительных направлений антинаркотической деятельности является включение в основные и дополнительные образовательные программы общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования разделов по профилактике злоупотребления психоактивными веществами, а также программ, направленных на соответствующие целевые аудитории (далее – целевые программы). При этом реализация целевых программ должна охватывать следующие возрастные и социальные группы:

- а) дети и подростки в возрасте до 17 лет включительно (обучающиеся, воспитанники образовательных учреждений и осужденные в воспитательных колониях уголовно-исполнительной системы России);
- б) молодежь в возрасте до 30 лет включительно;
- в) работающее население;
- г) призывники и военнослужащие.

28. При проведении профилактических мероприятий следует отдавать предпочтение сочетанию индивидуальных и групповых методов работы, а также методам прямого и косвенного (опосредованного) воздействия на лиц из групп риска немедицинского потребления наркотиков, освоения и раскрытия ресурсов психики и личности, поддержки молодого человека и помощи ему в самореализации собственного жизненного предназначения.

Также необходимо разработать механизмы социального партнерства между государствен-

ными структурами и российскими компаниями и корпорациями, общественными объединениями и организациями при проведении профилактических мероприятий антинаркотической направленности.

Наркологическая медицинская помощь

29. Оказание наркологической медицинской помощи лицам, допускающим немедицинское потребление наркотиков, осуществляется в соответствии с Конституцией Российской Федерации, законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

30. Современное состояние системы наркологической медицинской помощи определяется:

- а) недостаточной результативностью наркологической медицинской помощи;
- б) сокращением числа специализированных государственных наркологических медицинских учреждений и ухудшением их кадрового обеспечения;
- в) недостаточностью финансового и технического обеспечения наркологической медицинской помощи.

31. Стратегической целью государственной политики в области развития наркологической медицинской помощи является своевременное выявление и лечение лиц, незаконно потребляющих наркотики, совершенствование наркологической медицинской помощи больным наркоманией, повышение ее доступности и качества, снижение уровня смертности.

32. Основные мероприятия по повышению эффективности и развитию наркологической медицинской помощи:

- а) подготовка и утверждение порядка оказания наркологической медицинской помощи и стандартов оказания наркологической медицинской помощи;
- б) совершенствование основ законодательного, экономического и иного обеспечения организации обязательных форм оказания медицинской помощи больным наркоманией, в том числе вопросов межведомственного взаимодействия и его информационного обеспечения;
- в) формирование государственной программы научных исследований в области наркологии;
- г) недопущение применения в Российской Федерации заместительных методов лечения наркомании с применением наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в списки I и II перечня наркотических средств, а равно легализации употребления отдельных наркотиков в немедицинских целях;
- д) совершенствование методов диагностики наркомании, обследования, лечения больных наркоманией;

е) регулярная подготовка специалистов в области оказания наркологической медицинской помощи, повышение уровня информированности специалистов первичного звена здравоохранения по вопросам организации оказания наркологической медицинской помощи;

ж) улучшение финансового обеспечения деятельности специализированных государственных наркологических учреждений субъектов Российской Федерации, наркологических подразделений лечебных учреждений муниципальных образований за счет средств бюджетов всех уровней;

з) принятие мер по укреплению социальных гарантий для сотрудников наркологической службы.

Реабилитация больных наркоманией

33. Реабилитация больных наркоманией определяется как совокупность медицинских, психологических, педагогических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление физического, психического, духовного и социального здоровья, способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления наркотиков.

34. Современное состояние системы реабилитации лиц, больных наркоманией, определяется:

- а) несовершенством нормативно-правовой базы по реабилитации больных наркоманией;
- б) недостаточным финансированием реабилитационного звена наркологической медицинской помощи за счет бюджетов субъектов Российской Федерации;
- в) незначительным числом наркологических реабилитационных центров, а также реабилитационных отделений в структуре действующих наркологических учреждений в субъектах Российской Федерации и низким уровнем их кадрового обеспечения;
- г) слабым развитием системы мотивации лиц, допускающих немедицинское потребление наркотиков, к участию в реабилитационных программах, а также механизма отбора участников для включения в программы реабилитации;
- д) недостаточной эффективностью медико-социальных мероприятий, обеспечивающих восстановление социально значимых ресурсов личности больного наркоманией и его дальнейшую социализацию в обществе;
- е) отсутствием условий для социальной и трудовой реинтеграции участников реабилитационных программ.

35. Стратегической целью государственной политики в сфере реабилитации больных наркоманией является формирование многоуровневой системы, обеспечивающей доступность к

эффективным программам реабилитации лиц, больных наркоманией, восстановление их социального и общественного статуса, улучшение качества и увеличение продолжительности жизни больных наркоманией.

36. Основными направлениями развития медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Российской Федерации являются:

а) организация реабилитационных наркологических центров (отделений) в субъектах Российской Федерации;

б) финансирование наркологических диспансеров и других специализированных наркологических учреждений субъектов Российской Федерации на организацию деятельности наркологических реабилитационных подразделений;

в) укрепление кадрового состава наркологических реабилитационных центров (отделений) и подразделений с целью обеспечения бригадной формы работы с больными наркоманией;

г) систематическая подготовка и переподготовка специалистов (психиатров-наркологов, психотерапевтов, медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе) по вопросам медико-социальной реабилитации больных наркоманией;

д) повышение доступности медико-социальной реабилитации для больных наркоманией, а также для обратившихся за медицинской помощью лиц, употребляющих наркотики с вредными последствиями;

е) организация системы обучения и трудоустройства больных наркоманией, прошедших медико-социальную реабилитацию;

ж) разработка критериев оценки эффективности работы наркологических реабилитационных центров (отделений), а также немедицинских реабилитационных организаций;

з) совершенствование методов медико-социальной реабилитации больных наркоманией;

и) формирование правовых основ, обеспечивающих использование потенциала традиционных религиозных конфессий, неправительственных и общественных организаций в государственной системе реабилитационной помощи;

к) введение системы государственного контроля деятельности немедицинских реабилитационных учреждений вне зависимости от их организационно-правовой формы;

л) формирование действенного механизма государственной поддержки научных исследований в области реабилитации больных наркоманией, разработки и внедрения инновационных программ реабилитации и реинтеграции больных наркоманией;

м) формирование системы информирования населения о спектре реабилитационных услуг, предоставляемых на государственном, региональном и муниципальном уровнях;

н) создание механизмов мотивации лиц, допускающих немедицинское потребление нарко-

тиков, на участие в реабилитационных программах;

о) создание механизмов целенаправленной работы с родственниками лиц, участвующих в реабилитационных программах, обеспечивающей формирование социально-позитивного окружения реабилитируемых;

п) разработка механизмов государственной поддержки учреждений, обеспечивающих социальную и трудовую реинтеграцию участников реабилитационных программ.

37. Основным мероприятием по развитию медико-социальной реабилитации больных наркоманией является подготовка программы развития медико-социальной реабилитации, в рамках которой планируется внедрить в деятельность региональных наркологических реабилитационных учреждений малозатратные технологии и стационароразмещающие формы оказания реабилитационной помощи, включая организацию лечебно-трудовых мастерских, а также оснастить их оборудованием для оказания консультативной, диагностической и восстановительной медицинской помощи.

V. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

38. Стратегическими целями международного сотрудничества Российской Федерации в сфере контроля за оборотом наркотиков являются:

а) использование механизмов многостороннего и двустороннего сотрудничества с иностранными государствами, региональными и международными организациями, включая расширение необходимой договорно-правовой базы;

б) укрепление существующей системы международного контроля за оборотом наркотиков на основе соответствующих Конвенций ООН, резолюций Совета Безопасности, решений Генеральной ассамблеи и других органов системы ООН.

39. Достижение этих целей обеспечивает развертывание эффективной системы международного антинаркотического сотрудничества Российской Федерации как механизма координации усилий всех участников борьбы с наркобизнесом.

40. Приоритетными направлениями международного сотрудничества Российской Федерации в сфере контроля за оборотом наркотиков являются:

а) осуществление противодействия глобальной наркоугрозе с учетом принципиальной позиции Российской Федерации о центральной координирующей роли ООН и ее Совета Безо-

пасности в борьбе с новыми вызовами и угрозами в этой сфере;

б) концентрация основных усилий на борьбе с контрабандой в Российскую Федерацию опиатов и каннабиноидов из Афганистана и стран Центральной Азии;

в) повышение роли России в оказании технического содействия Афганистану и другим странам Западной и Центральной Азии в противодействии афганской наркоугрозе;

г) ведение целенаправленной работы по прогнозированию и ликвидации угроз национальной безопасности Российской Федерации со стороны других типов наркотиков, включая синтетические;

д) развитие регионального сотрудничества в сфере контроля над наркотиками с использованием потенциала таких международных организаций и структур, как Организация Договора о коллективной безопасности, Шанхайская организация сотрудничества, Содружество Независимых Государств, Евразийская группа по противодействию легализации преступных доходов и финансированию терроризма и другие, в том числе в контексте укрепления «поясов» антинаркотической и финансовой безопасности вокруг Афганистана;

е) комплексное изучение проблем, связанных с контролем над наркотиками, включая сокращение предложения и спроса на них, и выработка совместных мер по решению указанных проблем в контактах с «Группой восьми», в первую очередь с представителями США, Европейского союза, НАТО, а также на соответствующих площадках Азиатско-Тихоокеанского региона, Африки, Латинской и Северной Америки.

VI. ОРГАНИЗАЦИОННОЕ, ПРАВОВОЕ И РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Механизм контроля за реализацией Стратегии

41. Совершенствование организационного, правового и ресурсного обеспечения антинаркотической деятельности в Российской Федерации осуществляется в целях повышения уровня координации субъектов антинаркотической деятельности и качества их работы в сфере борьбы с незаконным оборотом наркотиков на территории Российской Федерации, профилактики немедицинского потребления наркотиков, лечения и реабилитации лиц, потребляющих наркотики.

42. Совершенствованию организационного обеспечения антинаркотической деятельности будет способствовать:

а) создание государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;

б) разработка и реализация федеральных и региональных целевых программ в сфере противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту;

в) повышение роли антинаркотических комиссий в субъектах Российской Федерации в части, касающейся законодательного закрепления обязательности исполнения решений комиссий для территориальных органов федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления;

г) разграничение полномочий между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления по вопросам организации и осуществления мероприятий, направленных на профилактику немедицинского потребления наркотиков и наркопреступности, а также антинаркотической пропаганды;

д) создание механизма взаимодействия правоохранительных и иных государственных органов с гражданами и институтами гражданского общества по вопросам противодействия немедицинскому потреблению и незаконному распространению наркотиков;

е) создание государственного научно-исследовательского центра с системой филиалов в федеральных округах, работающего на основе междисциплинарного подхода и продвигающего передовые мировые методы антинаркотической политики.

43. Совершенствование нормативно-правового регулирования антинаркотической деятельности предусматривает:

а) совершенствование законодательства Российской Федерации по основным стратегическим направлениям государственной антинаркотической политики;

б) совершенствование уголовно-правового законодательства Российской Федерации в части, касающейся гармонизации диспозиционных конструкций с мерами уголовного наказания в зависимости от тяжести совершенных преступлений, более широкого использования административной преюдиции, обеспечения гибкости системы наказания, предусматривающей дифференциацию ответственности;

в) введение в законодательство Российской Федерации норм, предоставляющих подсудимым, больным наркоманией и признанным виновными в совершении преступлений небольшой или средней тяжести, связанных с незаконным оборотом наркотиков и их прекурсоров, возможность выбора между лечением и уголовным наказанием, а также устанавливающих механизм контроля за принятыми данной категорией лиц обязательствами по лечению и ответственность за их невыполнение;

г) обеспечение административно-правового регулирования деятельности юридических и физических лиц, действия которых могут создавать условия, способствующие распространению немедицинского потребления наркотиков, особенно в группах риска;

д) внесение изменений в законодательство Российской Федерации, предоставляющих возможность включения вопросов деятельности органов местного самоуправления в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и антинаркотической пропаганды в перечень вопросов местного значения;

е) совершенствование законодательства Российской Федерации в сфере информации и информатизации в части, касающейся разработки механизмов, препятствующих пропаганде потребления наркотиков, а также позволяющих более активно использовать средства массовой информации в пропаганде здорового образа жизни;

ж) принятие мер, стимулирующих развитие международно-правовой базы сотрудничества, совершенствование и гармонизацию национальных законодательств государств-участников антинаркотической деятельности;

з) создание законодательных и правовых условий, позволяющих гарантировать проведение антинаркотической пропаганды и профилактики в средствах массовой информации;

и) нормативно-правовое регулирование деятельности немедицинских организаций различных форм собственности, частных лиц в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и реабилитации больных наркоманией.

44. Система документов стратегического планирования (государственные программы в сфере профилактики немедицинского потребления наркотиков и противодействия их незаконному обороту, планы по реализации Стратегии, региональные целевые и комплексные программы) формируется Правительством Российской Федерации, Государственным антинаркотическим комитетом, заинтересованными федеральными органами государственной власти с участием органов государственной власти субъектов Российской Федерации на основании Конституции Российской Федерации, законодательных актов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

45. Информационную основу реализации Стратегии призвано обеспечить создание единого межведомственного банка данных заинтересованных федеральных органов государственной власти, содержащего сведения, позволяющие своевременно реагировать на изменения наркоситуации в Российской Федерации, принимать обоснованные оперативные решения.

46. Контроль за ходом реализации Стратегии осуществляется Государственным антинаркотическим комитетом, а результаты контроля отражаются в ежегодном докладе Президенту Российской Федерации о деятельности Государственного антинаркотического комитета.

Реализация Стратегии на федеральном уровне осуществляется по плану соответствующих мероприятий.

Государственный антинаркотический комитет на своих заседаниях заслушивает должностных лиц федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам выполнения плана мероприятий по реализации Стратегии.

Реализация Стратегии на региональном и муниципальном уровнях осуществляется в форме антинаркотических программ субъектов Российской Федерации и антинаркотических планов органов местного самоуправления.

Ожидаемые результаты и риски

47. Ожидаемые результаты реализации Стратегии:

а) существенное сокращение предложения наркотиков и спроса на них;

б) существенное сокращение масштабов последствий незаконного оборота наркотиков;

в) создание и функционирование государственной системы мониторинга наркоситуации в Российской Федерации;

г) создание и функционирование государственной системы профилактики немедицинского потребления наркотиков;

д) современная система лечения и реабилитации больных наркоманией;

е) стратегические планы по пресечению незаконного распространения наркотиков и их прекурсоров как на федеральном уровне, так и в субъектах Российской Федерации;

ж) действенная система мер противодействия наркотрафику на территорию Российской Федерации;

з) надежный государственный контроль за легальным оборотом наркотиков и их прекурсоров;

и) организационное, нормативно-правовое и ресурсное обеспечение антинаркотической деятельности.

48. Управляемые риски: снижение уровня обустройства и охраны государственной границы Российской Федерации; сокращение числа специализированных наркологических медицинских учреждений и численности психиатров-наркологов, психологов, социальных работников; снижение доступности, качества и эффективности мероприятий профилактики немедицинского потребления наркотиков, лечения и

реабилитации лиц, потребляющих наркотики.

Частично управляемые риски: формирование в обществе терпимого отношения к незаконному потреблению наркотиков, дискредитация деятельности федеральных органов государственной власти и органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих противодействие незаконному обороту наркотиков; усиление попыток легализации заместительной терапии с использованием наркотических препаратов и пропаганды потребления наркотиков под предлогом программ замены шприцев; увеличение численности лиц, вовлеченных в незаконное потребление наркотиков.

Неуправляемые риски: рост преступности (включая международную) в сфере незаконного оборота наркотиков и их прекурсоров с появлением новых каналов контрабанды; увеличение уровня незаконной миграции; появление в незаконном обороте новых наркотических средств и обладающих наркогенным потенциалом психотропных веществ.

Меры противодействия: совершенствование антинаркотической деятельности на основе оценки характера, масштабов и последствий

воздействия неблагоприятных факторов на достижение генеральной цели и решение задач Стратегии.

Заключительные положения

49. Стратегия рассчитана на период 2010–2020 годов. Реализация мер, предусмотренных Стратегией, обеспечивается за счет консолидации усилий и ресурсов всего общества, органов государственной власти всех уровней, общественных объединений и граждан.

Для решения задач, поставленных Стратегией, предусматривается обеспечить последовательное и стабильное увеличение расходов на государственную поддержку антинаркотической деятельности по всем направлениям.

50. Финансирование расходов на государственную поддержку антинаркотической деятельности осуществляется за счет ассигнований из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и иных не запрещенных законодательством Российской Федерации источников финансирования.

XVIII Международная конференция по СПИДу AIDS-2010.

Официальный центр доступа конференции в Москве

18–23 июля 2010 года в Вене (Австрия) состоится XVIII Международная конференция по вопросам ВИЧ/СПИДа, которая соберет более 20 тысяч человек из всех стран мира. Это самое важное событие для всех специалистов, работающих в области ВИЧ/СПИДа, политических лидеров, общественных деятелей и людей, живущих с ВИЧ. Самый крупный форум даст возможность оценить текущее положение дел, обсудить последние достижения науки и практический опыт, а также совместными усилиями наметить план действий на будущее.

Программа XVIII Международной конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа будет посвящена обсуждению последних научных знаний и наиболее актуальных проблем глобального ответа на эпидемию. Будут организованы сессии различного формата: тезисные заседания, симпозиумы, связующие междисциплинарные сессии и пленарные заседания. Важным фокусом конференции станет обсуждение того, как можно расширить применение политик, основанных на доказательствах, и программ для людей, которые употребляют инъекционные наркотики, а также ВИЧ-профилактики, лечения, ухода и поддержки для людей, живущих с ВИЧ.

Для реализации этих задач Конференция выбрала трех местных партнеров, которые организуют официальные центры доступа конференции в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Представители трех стран региона смогут посетить центр доступа к конференции AIDS-2010 в своем городе.

Официальные центры доступа конференции AIDS-2010 будут организованы:

- в Москве (Россия), РОО «СПИД инфосвязь»;

- в Киеве (Украина), Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ;

- в Алматы (Казахстан), Казахстанский союз людей, живущих с ВИЧ.

28, 29 и 30 июля 2010 года в Москве будет открыт официальный Центр доступа конференции.

В течение трех дней будет организован показ видеозаписей отдельных докладов и сессий конференции, снабженных русскими субтитрами. Выбранные сессии будут посвящены практической медицине, сообществу, профилактике, а также лидерству и ответственности.

Также будет организовано обсуждение показанных сессий, с привлечением ведущих российских специалистов. Важнейшие задачи Центра – представить самые актуальные темы, отраженные на Международной конференции и оценить их влияние на регион Восточной Европы и Центральной Азии, и России в частности.

Участие в Официальном центре бесплатно, но количество участников ограничено возможностями помещения. РОО «СПИД инфосвязь» убедительно просит всех желающих заранее зарегистрироваться и подтвердить свое участие.

Регистрация для участия в работе официального Центра доступа конференции AIDS-2010 в Москве. Для того, чтобы зарегистрироваться, необходимо прислать письмо-заявку в свободной форме на адрес hub2010-moscow@infoshare.ru с указанием фамилии, имени и отчества, названием организации, занимаемой должностью и контактными данными (электронный адрес, телефон и факс). После этого Вы получите подтверждение и приглашение принять участие в работе Центра.

Вся дополнительная информация по работе официального Центра доступа конференции будет размещена позднее.

<http://poz.ru>

ВИЧ. Приговор вирусу

Общественное здоровье,
права человека и уголовное право*

Уголовное право в настоящее время представляет собой недостаточно гибкий инструмент для профилактики ВИЧ. Оно вызывает серьезное беспокойство с позиции прав человека и способствует возникновению рисков, подрывающих уже достигнутые результаты в противодействии ВИЧ в глобальном масштабе. В настоящее время представляется важным укрепление взаимодействия между правозащитными и ВИЧ-сервисными организациями в данном контексте.

Бразилия: юридические услуги и поддержка людей, живущих с ВИЧ. Бразилия: Уголовный кодекс полностью криминализует передачу ВИЧ посредством сексуальных отношений (ст. 129, 130, 131); вертикальной передачи (ст. 131); через кровь, нестерильный инъекционный инвентарий (ст. 129, 131, 267, 268).

Данное рассмотрение конкретного случая демонстрирует, как местная НПО может пре-

доставлять юридические и информационные услуги по поддержке людей, живущих с ВИЧ. Успешность их работы в защите прав человека в среде людей, живущих с ВИЧ, еще раз подчеркивает несовершенство существующего законодательства, которое должно защищать права людей, живущих с ВИЧ.

Тестос (GESTOS) – это НПО, занимающаяся общественным взаимодействием и правами че-

* Окончание. Начало см. «Шаги профессионала» № 3, с. 63–78. Публикуемый материал был разработан в партнерстве с МФПС, GNP+ и ICW, а также благодаря многим людям, которые вложили в издание свою приверженность, энергию, видение и частичку себя. Основным автором издания является L. Stackpool-Moore при участии A. Ahmed, J. Fairfax, A. Garner, R. Maina, C. Mallouris и K. Osborne. Особенная благодарность Y. Azad, E.J. Bernard, A. Bondyopadhyay, E. Cameron, M. Clayton, B. Harrison, J. Hows, B. Hull, D. ter Huurne, M. Kennedy, S. Khan, K. Lima, K. Moody, T. Mor, A. Nilo, R. Pearshouse, F. Pettit, R. Reynolds, N. Ritter, K. Singh, K. Thomson, B.A. Tima, S. Timberlake, A. Trossero, C. Weir, A. Welbourn и M. Weait, которые рецензировали публикацию, добавили результаты исследований и дополнили подборку мнений по тематике. Публикация этого издания была координирована Командой по адвокации и взаимодействию МФПС.

Принятые сокращения: APB – антиретровирусные препараты; ВИЧ – вирус иммунодефицита человека; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения; ДКТ – добровольное консультирование и тестирование; ИППП – инфекции, передающиеся половым путем; ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ; МФПС – Международная федерация планирования семьи; МСМ – мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; НПО – неправительственная организация; ПКП – постконтактная профилактика; ПВПВ – профилактика вертикальной передачи ВИЧ; ПРЗ – половое и репродуктивное здоровье; СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита человека; ТТП – тяжелое телесное повреждение; ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; ЮНФПА – Фонд ООН в области народонаселения; ARASA – СПИД и Правовой альянс для Южной Африки (AIDS and Rights Alliance for Southern Africa); CPS – служба уголовного преследования (Великобритания); GIPA – более активное вовлечение людей, живущих с ВИЧ; GNP+ – Глобальная сеть людей, живущих с ВИЧ (Global Network of People Living with HIV); HRW – Международная организация по правам человека «Human Rights Watch» (Хьюман Райтс Вотч); ICW – Международное сообщество женщин, живущих с ВИЧ/СПИДом (International Community of Women Living with HIV/AIDS); NAM – национальное пособие по СПИДу (Aidsmap); NFI – Международный фонд «Naz»; PILS – профилактика, информация и борьба со СПИДом (Prevention information et lutte contre le SIDA).

ловека в Пернамбуко на северо-востоке Бразилии. За увеличением новых случаев ВИЧ в Пернамбуко последовало увеличение количества случаев нарушений прав людей, живущих с ВИЧ. По словам Карианы Лимы (глава юридического отдела Гестоса), «люди, живущие с ВИЧ, все чаще дискриминируются в Пернамбуко, что усугубляет заболевание».

Гестос предоставляет бесплатную юридическую поддержку для людей, живущих с ВИЧ, и предлагает помощь в следующих областях:

1. доступность базовых медицинских препаратов и АРТ в аптеках, клиниках, больницах и других учреждениях здравоохранения;

2. вопросы дискриминации, испытываемой людьми, живущими с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения;

3. улучшение услуг по ведению беременности, предоставляемых женщинам, живущим с ВИЧ;

4. продвижение специализированных политик на рабочем месте, которые защищают права людей, живущих с ВИЧ, и охватывают аспекты дискриминации на рабочем месте;

5. адвокаты аспектов социальной безопасности для людей, живущих с ВИЧ, среди которых пособия, выплаты, дотации на жилье и другие источники дохода.

Гестос предоставляет юридические услуги для более чем 100 человек в год. В настоящее время более 50-ти дел были рассмотрены в суде, в которых описывались случаи нарушения прав людей, живущих с ВИЧ, с коэффициентом результативности (выигранные дела) около 70%. Они также оказывают поддержку вне сферы законодательства и помогают в создании групп взаимопомощи и сетей, для продвижения прав людей, живущих с ВИЧ.

Сьюзан Тимберлейк, старший советник по правам человека и законодательству, ЮНЭЙДС, 2008 г.: «К трем ключевым составляющим Универсального доступа — профилактика, лечение, забота и поддержка — мы должны добавить недискриминацию. Люди должны понимать, что недискриминация является таким же программным приоритетом, как и другие три составляющих элемента, а использование этого принципа является критически важным для национальных усилий в противодействии ВИЧ».

КАКИЕ ЮРИДИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ПРИМЕНЕНИЕ УГОЛОВНОГО ПРАВА, СВЯЗАННОГО С ВИЧ?

Помимо социальных последствий и воздействия на здравоохранение, уголовные преследования, ассоциированные с ВИЧ, демонстрируют наличие значительной доли неравенства в применении закона. Множество законов, в пол-

ной мере криминализирующих передачу и подвержение риску приобретения ВИЧ, достаточно плохо составлены и охватывают те виды поведения, в наказании которых общество заинтересовано наименьшим образом [39]. Законы часто применяются несправедливо и селективно. Это подрывает устои прав человека, способствует возникновению риска, связанного с тем, что необходимые процедурные элементы могут быть не применены, конфиденциальность может быть нарушена, а заключительные научные свидетельства могут быть неправильно интерпретированы.

Ниже представлено несколько примеров, в которых закон мог бы применяться по-другому:

• **Вынесение судебного решения.** Такие преследования как изнасилование обычно приводят к длительному заключению во всех странах, но должна ли продолжительность заключения зависеть от того, является ли ответчик ВИЧ-положительным и передал ли он ВИЧ кому-либо?

• **Лишение свободы.** Если человек, живущий с ВИЧ, признан виновным и направлен в места заключения, он нуждается в АРТ, презервативах и чистом инъекционном инструментарии, но на практике все это не предоставляется в достаточном объеме. Поэтому во многих местах лишения свободы существует нарастающий риск дальнейшей передачи ВИЧ, а права людей, живущих с ВИЧ, могут быть и в дальнейшем нарушены.

• **Согласие.** В большинстве стран юридическая защита людей, обвиняемых в передаче ВИЧ, основывается на концепции согласия. До сих пор согласие является открытым для интерпретации понятием, которое способствует появлению многих вопросов, как например, когда и кто дает свое согласие? До какой степени это согласие должно быть «информированным», чтобы быть достоверным доказательством? Раскрытие своего статуса, а иногда лишь косвенное заключение о ВИЧ-статусе, может быть достаточным для защиты в суде. Однако это может представлять сложность для доказательства.

• **Доказательство.** При наличии ресурсов могут использоваться генетические тесты на выявление ВИЧ среди разных лиц [40]. Но тесты и сопряженные с ними ограничения в недостаточной степени понимаются адвокатами, юристами, полицией, людьми, живущими с ВИЧ, судьями и теми, кто освещает судебное дело (например, СМИ). Это создает условия и подвергает риску подтверждения недоказанной виновности или несправедливого обвинения, основывающегося на неправильном толковании неубедительных доказательств.

• **Отношение полиции и применение закона.** Из-за сложности доказательства передачи вируса в рассматриваемом судебном деле, зачастую требуется проведение комплексных полицейских расследований, а также изучение историй, связанных с сексуальной жизнью виновника,

которые должны тщательно проверяться. Это может быть нарушением прав человека на частную жизнь. Такие расследования, как и само уголовное преследование, могут оказывать разрушающее и стигматизирующее воздействие как на обвиняющую сторону и свидетелей, так и на самого обвиняемого.

• **Отсутствие доступной информации о юридических услугах для людей, живущих с ВИЧ.** Многие люди, живущие с ВИЧ, не знают о своих правах и способах их защиты. Наличие и доступность качественных юридических услуг должны стать интегрированным компонентом услуг, предназначенных для людей, живущих с ВИЧ.

Необходимо обеспечить условия для того, чтобы наиболее уязвимые к уголовным преследованиям и наказаниям лица были хорошо информированы о законах, своих правах и других методах комплексной профилактики. Это является исключительно эффективным способом снижения негативного воздействия уголовного преследования, ассоциированного с ВИЧ.

Африканская женщина, живущая с ВИЧ, Великобритания, 2005 г. [41]: «Из-за того, что у меня ВИЧ, я чувствую себя как в тюрьме. Криминализация заставляет меня чувствовать, что меня заперли двойным замком».

Юзеф Азад, директор по политике и кампаниям, National AIDS Trust (Великобритания) (NAT): «Опыт, который был продемонстрирован в Великобритании в течение последних нескольких лет, подтвердил ощутимый недостаток знаний среди полиции, например, знаний о способах передачи ВИЧ (зачастую считается, что передача ВИЧ происходит в любом случае при половом контакте) и эффективности лечения (для многих полицейских в Великобритании ВИЧ является «неизбежным смертельным приговором»)... Все это подчеркивает крайнюю необходимость в проведении эффективных тренингов в сфере ВИЧ для полиции и представителей системы уголовного судопроизводства как по биологическим аспектам ВИЧ, так и по социальным/правовым вопросам, которые неразрывно взаимосвязаны между собой».

Англия и Уэльс: соучастники преступления. Ст. 20 Акта преступлений против личности (ОАРА) 1861 рассматривает нанесение тяжких телесных повреждений как уголовное преступление, а ст. 18 делает то же самое только в тех случаях, если преступление совершено с намерением. Ст. 20 предполагает максимальное тюремное заключение сроком на 5 лет, тогда как предусматриваемое ст. 18 наказание может быть пожизненным. «Нанесение тяжких телесных повреждений, фактически, может способствовать и нанесению психологического ущерба» [42].

Неспецифические к ВИЧ законы могут применяться для уголовного преследования за пе-

редачу ВИЧ. Данное рассмотрение конкретного случая демонстрирует, как гражданское общество может успешно взаимодействовать с политическими деятелями, чтобы обеспечить применение надлежащих руководств при использовании законодательства.

В Англии и Уэльсе ОАРА 1861 не является ВИЧ-специфическим законом, но интерпретируется в судах для преследования передачи серьезного заболевания. До настоящего момента ВИЧ остается единственным заболеванием, которое способствует вынесению обвинения по этому закону (один из случаев в Шотландии, в которой совершенно другие законы, имел отношение к гепатиту С). Все это усугубляет стигму, ассоциированную с ВИЧ, и атмосферу страха, стыда и скрытности, в которой вирус процветает.

Начиная с 2006 года и по 2008 год, правозащитники в Англии и Уэльсе работали вместе со Службой уголовного преследования (CPS) для разработки руководящих принципов, разъясняющих применение закона о передаче ВИЧ. В марте 2008 года CPS Англии и Уэльса разработали и обновили политику, касающуюся случаев умышленной и небрежной передачи инфекции половым путем [43]. National AIDS Trust в настоящий момент работает с ассоциацией главных офицеров полиции, разрабатывая руководящие принципы для полиции, которыми они могут пользоваться в процессе расследования подобных случаев. Документ будет соответствовать новым опубликованным руководящим принципам CPS.

Работа с полицией является важнейшим аспектом юридической адвокации, как и программы поддержки, призванные поддерживать людей, живущих с ВИЧ, в процессе судебных разбирательств. Зачастую полиция предполагает, что у них есть право расследовать все подробности сексуальной жизни кого-либо, живущего с ВИЧ, и они контактируют с бывшими сексуальными партнерами обвиняемого даже в тех случаях, когда не существует доказательств, что преступление было совершено. Расследование может оказаться очень инвазивным как для обвиняемого, так и для человека, который привлек внимание полиции к делу. Подобное расследование может затянуться на многие месяцы даже в тех случаях, если оно никогда не дойдет до суда. В течение расследования полиция может раскрыть чей-либо ВИЧ-статус третьим лицам, что идет вразрез с правами на частную жизнь. Существуют примеры, когда ВИЧ-положительные люди чувствовали себя оскорбленными и подавленными органами власти (включая консультантов по здоровью), т.к. в ходе расследования их вынуждали выдвигать обвинения против своих сексуальных партнеров. Законы, связанные с криминализацией передачи ВИЧ, могут представлять собой завуалированное легитимностью и скрывающее несправедливое и дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ.

КАКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ В КОНТЕКСТЕ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА ВЛЕЧЕТ ЗА СОБОЙ ПРИМЕНЕНИЕ УГОЛОВНОГО ПРАВА, СВЯЗАННОГО С ВИЧ?

По определению ВОЗ, «здоровье — это состояние полного физического, умственного и социального благополучия» (1946). И это очень важно, потому что определение подтверждает существование и важность социальных и культурных аспектов чьей-либо жизни, а не только ее физиологическое состояние. В результате, право на образование, доступность информации, вовлечение в гражданскую деятельность имеет прямую связь с правом на здоровье и наоборот. Однако ВИЧ не только напрямую соответствует праву на здоровье. Эффективное противодействие распространению ВИЧ требует реализации всех прав человека (гражданских и политических, экономических, социальных и культурных) и фундаментальных свобод всех людей [44]. Таким образом, решение вопросов, связанных со стигмой и дискриминацией, является основным аспектом в любом подходе, основанном на правах человека в сфере профилактики ВИЧ.

В соответствии с международным законодательством страны обязаны реализовывать посредством своей юридической системы все права человека, признанные в рамках обычных международных законов и договоров, ратифицированных странами. Для реализации прав человека страны обязаны обеспечить условия, при которых права человека уважаются, защищаются и реализуются в отношении каждого. Это подразумевает обеспечение такого национального законодательства, включая уголовное законодательство и уголовно-исправительную систему, которое бы соответствовало международным обязательствам по правам человека, не применялось бы некорректно в контексте ВИЧ или не было бы направлено против уязвимых групп.

Чьи права и чьи обязательства? Создается впечатление, что уголовное преследование в отношении ВИЧ благоприятствует правам ВИЧ-отрицательных лиц, а не ВИЧ-положительных. Первым критерием для применения закона является наличие вируса в крови, а предположительное действие или инцидент откладываются для вторичного рассмотрения. В добавление, закон может быть селективно применен и использован, что ведет к дальнейшей маргинализации и дискриминации. Это особенно актуально для людей, чье существование уже рассматривается как нелегальное, например, незарегистрированные мигранты, работники секс-бизнеса, наркопотребители, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами в тех странах, где законы криминализуют подобное поведение.

Ниже предлагаются аспекты, демонстрирующие, как уголовные преследования на основании ВИЧ подрывают фундаментальные принципы прав человека:

- *Право на получение наиболее качественных услуг по здравоохранению* [45]. Криминализация передачи или подвергание риску приобретения ВИЧ не учитывает (а фактически усиливает) барьеры и неравенство при обращении в системы здравоохранения.

Закон может создавать барьеры для доступности услуг в области здравоохранения. Это особо актуально как для людей, находящихся «на грани» сообщества, так и для тех, кто наиболее уязвим к ВИЧ. Например, незарегистрированный мигрант, живущий с ВИЧ, рискует быть депортированным в некоторых странах, если о его существовании станет известно иммиграционным службам, которые могут использовать для этого медицинские отчеты. Подобное можно сравнить со смертельным приговором, так как депортация может быть осуществлена в страны, в которых нет возможности получения АРТ.

Доступность надлежащих услуг в системе здравоохранения может быть затруднена. В некоторых странах, в которых женщина лишена доступа к услугам по профилактике вертикальной передачи ВИЧ, она может быть привлечена к ответственности за передачу вируса своему ребенку, даже несмотря на то, что закон не признает трудностей, с которыми она могла столкнуться, стремясь получить упомянутые услуги. Среди подобных сложностей можно выделить удаленное расположение предоставляющей услуги организации, стоимость и возможность получения этих услуг, качество доступных услуг, а также потенциальная стигма и дискриминация (или чувство страха), с которыми она может столкнуться, будучи ВИЧ-положительной.

Качество услуг. Клиенты из уязвимых групп могут столкнуться со стигмой, исходящей от медицинских сотрудников и получить более низкий уровень обслуживания, нежели другие клиенты.

- *Право на частную жизнь.* Криминализация передачи или подвергание риску приобретения ВИЧ не признает ни аспекта уязвимости раскрытия ВИЧ-статуса, ни преград, с которыми ВИЧ-положительный человек может столкнуться. Время и способ раскрытия своего статуса является сугубо личным аспектом. Это личное дело каждого, а не государства, которое вынуждает или ожидает раскрытия статуса. Если человек находится под следствием за ВИЧ-ассоциированное преступление, информация о его статусе становится доступной для тех, кто проводит расследование, а зачастую и для более широкого круга лиц. В таких случаях концепция конфиденциальности игнорируется. Даже если этот человек впоследствии не будет обвинен либо наказан, раскрытие статуса уже больше не зависит от него. Тем не менее, право на частную жизнь не является абсолютным, поэтому в некоторых очень ограниченных случаях государство может вмешиваться в личную жизнь человека в

соответствии с механизмами, прописанными в соответствующих конвенциях по правам человека [46].

• *Равенство перед законом.* Во всех добровольных сексуальных отношениях каждый партнер несет равную ответственность за безопасность своего собственного сексуального и репродуктивного здоровья, тогда как криминализация передачи или подвергания риску приобретения ВИЧ возлагает полную ответственность на человека, живущего с ВИЧ. Учитывая тот факт, что законы, напрямую преследующие передачу или подвергание риску приобретения ВИЧ, не являются специализированными к гендерным особенностям, может существовать статутное или обычное право, которое не рассматривает всех людей одинаково (например, законы, препятствующие владению имуществом или унаследованию женщиной, или законы, которые криминализуют половую распущенность и однополые сексуальные отношения).

Элис Велборн, ICW, Великобритания, 2008 г.: «Законодательство не принимает во внимание существующие социальные, экономические и другие проявления неравенства и несправедливости в наших сообществах. Таким образом, лица, которые наиболее нуждаются в защите со стороны закона, сталкиваются с наибольшей опасностью нарушения их прав человека самой системой законодательства».

Ричард Пирсхаус, директор по исследованиям и политике, Канадская юридическая сеть по ВИЧ и СПИДу, 2008 г.: «Недостаточно сделано для противодействия насилию, неравенству и нарушению прав человека, которые управляют эпидемией. Другими словами, недостаточно сделано для того, чтобы оказать сопротивление насущным проблемам в сфере законодательства».

Политическая Декларация по ВИЧ/СПИДу, 2006 г. [47]: «Страны-члены ООН признали, что «полная реализация прав человека и основополагающих свобод для всех является основным элементом всемирного противодействия пандемии ВИЧ/СПИДа, включая области, связанные с профилактикой, лечением, уходом и поддержкой. Также мы признаем, что противодействие стигме и дискриминации является критически важным элементом в глобальном противодействии пандемии ВИЧ/СПИДа».

Мнение эксперта. Переформулируя права.

Сьюзан Тимберлейк, советник по правам человека ЮНЭЙДС, 2008 г.: «Угроза уголовного преследования способствует зарождению чувства отвержения, секретности и страха. Вместе с тем возникает юридическая ответственность, которая, тем не менее, не позволяет

людям делать то, что они хотят: избегать приобретения вируса, охранять других от получения вируса. Это создает понятие «они» и «мы», тогда как ВИЧ научил нас, что мы несем общую ответственность за сексуальное здоровье. Достижением в сфере прав человека в контексте ВИЧ эпидемии было то, что ВИЧ-положительные люди были признаны равными и критически важными элементами в выработке ответных мер на эпидемию.

В Политической Декларации по ВИЧ (2006 г.) правительства согласились, что основным путем для противодействия эпидемии и защиты прав людей, была «профилактика ВИЧ инфекции, как центральная опора в национальном ответе на пандемию». Они обещали «продвигать и поддерживать социальные и юридические аспекты, которые создают условия и безопасное окружение для добровольного раскрытия ВИЧ-статуса» [48]. Уголовные санкции формируют совершенно обратную ситуацию.

Поиск альтернатив криминализации передачи или подвергания риску приобретения ВИЧ зачастую является сложной работой, так как они призваны противодействовать устоявшимся социальным табу и неравенству, даже несмотря на то, что в конечном итоге эта работа будет способствовать укреплению общественного здоровья и защите прав человека.

Три ключевых принципа представлены ниже:

1. Делать то, что дает хорошие результаты в более широком масштабе. Одной из основных глобальных задач является усиление эффективности программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке наиболее уязвимых к ВИЧ групп и тех, кто уже является ВИЧ-положительным. Однако правительства прилагают мало усилий для широкого распространения профилактических программ (включая программы по профилактике вертикальной передачи ВИЧ) и не предоставляют необходимые условия для охвата уязвимых и подверженных риску групп, среди которых женщины, молодежь, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, наркопотребители и работники секс-бизнеса [49].

2. Снизить уязвимость к ВИЧ и риск. Для женщин и девочек это означает, что правительства должны найти возможность для защиты их от гендерного неравенства и насилия, включая сексуальное насилие в браке и вне его, посредством программ, направленных на социальные изменения, и правовых программ. Слишком мало государств принимают законы, регламентирующие изнасилование супругом супруги, или серьезно продвигают законы против домашнего насилия, изнасилования и раннего брака. Также не существует полноценных законов и программ, направленных на создание благоприятных условий для женщин и девочек в образовательной и экономической среде, способствующих снижению уровня их уязвимости к ВИЧ.

3. *Поддержка людей, живущих с ВИЧ.* Во многих странах люди, живущие с ВИЧ, все еще находятся под угрозой потери всего (семья, работа, дом, сообщество), поэтому они прибегают к любой возможности, чтобы отклониться от тестирования, раскрытия своего статуса или вовлечения в какие-нибудь формы поведения, которые могут выявить их статус, например, безопасный секс. Люди, живущие с ВИЧ, должны обладать знаниями, располагать средствами и поддержкой, чтобы осознать свой статус, предотвратить передачу ВИЧ другим лицам и быть в курсе, каким образом предохраняться от приобретения дополнительных инфекций. Это способствует чувству защищенности от стигмы и дискриминации, благодаря чему, люди могут открыто говорить о своем статусе либо безопасном сексе».

КАКИЕ ЗАКОНЫ И СТРАТЕГИИ ДОЛЖНЫ ЗАМЕНИТЬ КРИМИНАЛИЗУЮЩИЙ ПОДХОД?

Существуют совершенно обоснованные аргументы, происходящие из сферы прав человека и основ здравоохранения, подтверждающие, что применение уголовного законодательства, ассоциированного с ВИЧ, скорее вредит, чем оказывает положительное воздействие. Самыми эффективными стратегиями всегда будут те, которые соответствуют местному контексту и потребностям, а также основываются на информации и приоритетах, сформулированных самими людьми, живущими с ВИЧ. Если мы будем придерживаться этих принципов, мы достигнем большего прогресса в профилактике ВИЧ и продвижении вопросов общественного здоровья.

Люди, живущие с ВИЧ, представляют собой неоднородную популяцию, в которой представлены представители всех слоев общества. Вопросы расы, этнической и гендерной принадлежности, ориентации, возраста, языка и уязвимости — все это влияет на эффективность инициатив, предпринимаемых для достижения цели. Информация и поддержка, касающиеся вопросов безопасного секса, деторождения и более безопасного потребления наркотиков, должны быть доступны во всех учреждениях, включая медицинские центры, лечебные учреждения, клиники планирования семьи, центры поддержки сообществ и программы поддержки на дому. Индивидуальная информация и поддержка, базирующаяся на реалиях людей, живущих с ВИЧ, должны предоставляться в местах, где собираются представители особо уязвимых групп населения. Необходимо разрабатывать комплексную и целостную информацию в целях информирования и поддержки людей, живущих с ВИЧ, (и их сексуальных партнеров) в контексте выбора, который они хотят сделать.

Предлагаемые стратегии и альтернативы криминализации будут наиболее эффективными, если их комбинированная реализация будет включать:

Стратегия № 1. Создание благоприятных юридических условий. Слишком часто законодательство, ассоциированное с ВИЧ, является достаточно негибким, что ведет к появлению узконаправленных законов, основанных на предубеждении, а не на достоверных фактах. Множество законов, которые использовались для преследования передачи и подвергания риску приобретения ВИЧ отрицают, а не защищают права человека. Законодатели, правозащитники и активисты должны быть привержены ведущим принципам, которые существуют для обеспечения реализации прав человека, воздвигая фундамент под законодательство [50]. Благодаря этому, закон будет защищать права каждого человека, включая людей, живущих с ВИЧ, и тех, кто наиболее уязвим к ВИЧ, что, в свою очередь, затрагивает сферы гражданского, политического, экономического, социального и культурного права. В то же время необходимо обеспечивать условия для соблюдения права на частную жизнь, конфиденциальность, информированное согласие, добровольное раскрытие статуса, а также способствовать продвижению равного доступа к услугам.

Стратегия № 2. Эффективное вовлечение людей, живущих с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, должны быть вовлечены в процессы принятия решений, связанных с их жизнью. Слишком часто законы, политики, управленческие решения и приоритеты служб здравоохранения определяются без значимого участия людей, живущих с ВИЧ. В соответствии с принципом более активного вовлечения людей, живущих с ВИЧ (GIPA) [51], активное вовлечение ВИЧ-положительных людей при определении их уникальных потребностей в профилактике является ключевым фактором для обеспечения соответствия эффективности и целесообразности.

Стратегия № 3. Инициирование, расширение и включение позитивной профилактики во все национальные меры по противодействию ВИЧ. Исторически сложилось, что традиционные профилактические услуги наиболее часто доступны для тех, кто является ВИЧ-отрицательным. Это исключительно важно, но и пагубно, т.к. в этом случае игнорируются потребности и важная роль тех, кто является ВИЧ-положительным. Программам профилактики ВИЧ требуется удерживать темп в соответствии с новыми, динамически изменяющимися потребностями эпидемии. Сюда входят соответствующие действия, сфокусированные на доступности лечения, растущем числе серо-дискордантных пар и важности обращения к специфическим потребностям и правам людей, живущих с ВИЧ.

Ответственность за безопасное и ответственное сексуальное поведение и профилактику пе-

редачи ВИЧ должна лежать на каждом, независимо от ВИЧ-статуса. Позитивная профилактика включает в себя широкий спектр принципов и действий, которые предоставляют ВИЧ-положительным людям информацию и возможность управлять своим здоровьем и вести здоровый образ жизни [52]. Это должно включать в себя следующие элементы: грамотность в сфере лечения и питания; сексуальное и репродуктивное здоровье; предупреждение других половых и оппортунистических инфекций; реализацию прав на продуктивную, удовлетворяющую и радостную жизнь. Позитивная профилактика должна предусматриваться в рамках более широкой стратегии по охране сексуального и репродуктивного здоровья, также она должна быть включена как компонент комплексных инициатив по ВИЧ-профилактике.

Продвижение культуры совместной ответственности (а не культуры обвинения и криминальности) может также улучшить взаимодействие и равенство внутри самих взаимоотношений. ВИЧ-программы должны также предоставлять комплексный пакет призывающих информационных посланий, что в конечном счете может способствовать сокращению стигмы.

Стратегия № 4. Продвижение свободного от стигмы и раскрывающего возможности окружения. Кампании и инициативы, базирующиеся на принципах осведомленности, соучастия и понимания, могут быть более эффективными по сравнению с теми, которые основываются на наказании, исключении из процессов продвижения прав человека и улучшения общественного здоровья. Слишком часто интервенции основываются на страхе (перед уголовным преследованием или из-за передачи заболевания), а не на таких принципах как благополучное существование, сексуальное удовольствие, надежда. Инициативы должны также включать в себя улучшенные программы по консультированию и поддержке при раскрытии статуса, что является частью более широких программ по стигме и дискриминации. Эти программы должны включать адвокативный компонент, чтобы обеспечить вступление в силу антидискриминационных законов, защищающих права каждого, включая людей, живущих с ВИЧ.

Стратегия № 5. Внедрение перспективных стратегий по противодействию неравенству. Слишком часто законы оказывают негативное влияние на само правонарушение, например, в случаях нарушения прав женщин, посредством фокусирования на ВИЧ-статусе виновника. Это может казаться достаточно «легкой целью» по сравнению с решением более глубоких и устоявшихся проблем, таких как гендерное неравенство, расизм, ксенофобия и гомофобия. Перспективное инвестирование должно быть направлено на противодействие неравенству и снижение уязвимости к ВИЧ. Комплекс подобных мер будет способствовать созданию благоприят-

ных условий для правозащитников, юристов и законодателей, необходимых для работы над вопросами, связанными с криминализацией передачи или подверганием риску приобретения ВИЧ, а также будут более эффективно способствовать укреплению общественного здоровья и защиты прав человека.

Эллис Велбурн, ICW, Великобритания, 2008 г.: «Все стратегии, которые нацелены на эффективность воздействия, должны рассматривать целостную картину того, как ВИЧ влияет на нашу жизнь. И эта работа действительно требует полноценного и значимого участия всех тех, кто сердцем затронут этими вопросами».

Грейс Тикембеньи Малера, заместитель директора по юридическим услугам, Комиссия по правам человека, Малави, 2007 г. [53]: «Усилия, направленные на сдерживание ВИЧ/СПИДа имеют большую вероятность успеха в условиях открытости и образованности, а не в условиях запрета и наказания».

Мнение эксперта. Десять причин, почему криминализация является плохой идеей.

Эдвин Камерон, судья Верховного Суда, Южная Африка: «В настоящее время одним из самых серьезных вопросов, связанных с эпидемией СПИДа, является использование уголовного законодательства и уголовного преследования за передачу ВИЧ.

Эти законы приобретают все более широкий спектр применения и пугают своими последствиями. Они агрессивно атакуют рациональные попытки по снижению воздействия и распространения эпидемии, а также критически влияют на управление и профилактику ВИЧ.

Так что же лежит в основе этих ухудшающихся тенденций к криминализации? Каково обоснование для таких законов?

ВИЧ — это вызывающий страх вирус, последствия которого потенциально смертельны. Обоснованием для государственных деятелей является то, что они должны быть в состоянии задействовать все возможные и эффективные средства для противодействия его распространению. У африканских законодателей или политических деятелей есть веские причины для поиска действенных средств. Многие африканские страны сталкиваются с массовой эпидемией и мучительными социальными и экономическими последствиями, поэтому противодействие распространению ВИЧ является жизненно важным аспектом. Однако я верю, что эти причины нецелесообразны и требуют рационального, систематического и мотивированного пересмотра.

1. Криминализация безуспешна, так как в большинстве случаев вирус распространяется,

когда двое людей вступают в сексуальные отношения по согласию и никто из них не знает, что у одного из них есть ВИЧ.

2. *Криминальное преследование является неверным инструментом*, который можно было бы использовать для реальной защиты тех, кто находится в наибольшей уязвимости к приобретению ВИЧ. Необходимо акцентировать аспект прекращения стигмы, смертности, дискриминации и страданий.

3. *Вместо защиты женщин*, криминализация делает их жертвами, угнетает и подвергает опасности.

В Африке большинство лиц, которые знают о своем ВИЧ-статусе, являются женщинами. Те материальные условия, в которых находится женщина, особенно в Африке, делают невозможным обсуждение вопросов безопасности сексуальных отношений или аспектов, связанных с ВИЧ. Криминализация в наибольшей степени ударяет по женщинам и подвергает их уничижительному отношению, остракизму и дальнейшей стигме. Они становятся лишь более уязвимыми к ВИЧ.

4. *Криминализация зачастую применяется несправедливо и селективно*. Преследования и законы лишь усугубляют изоляцию представителей уязвимых групп, среди которых работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, а в европейских странах — чернокожие мужчины.

5. *Криминализация возлагает обвинение на одного человека*, вместо того, чтобы распределять ответственность на двоих. На протяжении трех десятилетий основное общественное послание гласит, что проблема ВИЧ касается всех, поэтому риск, сопряженный с ВИЧ (или любой другой инфекцией, передающейся половым путем), должен теперь рассматриваться как неотъемлемый аспект сексуальных отношений. Поэтому совершенно несправедливо и нецелесообразно винить во всем человека, живущего с ВИЧ.

6. *Эти законы очень сложны в применении и унижают достоинство*. Так как эти законы внедряются в сферу интимности частной жизни и сексуальных отношений по обоюдному согласию.

Никто не говорит, что человек, знающий о своем ВИЧ-положительном статусе, намерен передать вирус другому лицу и достигнув своей цели, должен избежать уголовного преследования. Но в случаях, когда отсутствует умышленный замысел, категории и разграничения внутри уголовного законодательства становятся слишком расплывчатыми и неспособными предоставить четкое руководство к действию.

7. *Множество законов исключительно плохо составлены*. Частично это происходит из-за того, что доказать правонарушение, в рамках которого имели место сексуальные отношения по согласию, очень непросто. Также, вследствие сложностей применения категорий уголовного

законодательства, большинство этих законов становятся сплошной «мешаниной» законодательных намерений и юридически необоснованной формулировки.

8. *Криминализация усиливает стигму*. Стигма — это тот фактор, который ослабляет стимул к тестированию среди тех, кто наиболее подвержен риску приобретения ВИЧ; стигма не дает возможности этим людям говорить о своей инфекции; она также продолжает создавать преграды к спасающей жизни АРТ-терапии, которая становится все более доступной. Подобные законы и преследования в свою очередь только добавляют масло в огонь стигмы.

9. *Криминализация — это очевидный сдерживающий фактор к тестированию*. В Африке лекарства, которые спасают жизнь, замедляют развитие вируса и восстанавливают здоровье, становятся все более доступными. Но зачем какой-нибудь женщине из Кении знать о своем ВИЧ-статусе, если это лишь подвергнет ее еще большему риску преследования? Законы — это не только война против женщин. Это война против всех людей, живущих с ВИЧ. И эти законы создают угрозу здравому смыслу и рациональности мер для противодействия эпидемии.

10. *Криминализация подразумевает самое худшее о людях, живущих с ВИЧ*, и это, прежде всего, бьет по уязвимости. Свидетельства показывают, что страны, где законы в области прав человека способствуют и создают условия недиагностированным людям проходить тестирование на ВИЧ, достигают гораздо лучших результатов в противодействии эпидемии, чем те страны, которые приняли карательные и морализирующие стратегии, включая те, которые основываются на уголовном законодательстве как на санкциях.

В свете всего вышесказанного становится предельно ясно, что основной целью должна стать борьба со стигмой, дискриминацией и криминализацией, а также борьба за справедливость, здравый смысл, эффективные профилактические средства и доступность лечения».

Маврикий: работа в гармонии — продвижение более эффективных законов на территории Маврикия. Акт по профилактическим мероприятиям в контексте ВИЧ/СПИДа-2006. Этот Акт регламентирует меры контроля и профилактики распространения ВИЧ посредством: *a* — усиления доступности учреждений, где можно тестироваться на ВИЧ; *b* — регистрации этих учреждений; *c* — тестирования донорской крови; *d* — консультирования людей, затронутых ВИЧ/СПИДом; *e* — системы обмена шприцев и игл.

Ситуацию можно изменить, вовлекая законодателей в процесс разработки и внедрения закона, базирующегося на принципах и подходах, основанных на правах человека, а нижеследующий пример Маврикия показывает нам каким образом.

Несмотря на то, что государство Маврикий имеет достаточно низкий уровень распространения ВИЧ, вирус концентрируется в основном среди наркопотребителей. В соответствии с данными ЮНЭЙДС использование нестерильного инъекционного инструментария является самым важным фактором для распространения ВИЧ-инфекции в Маврикии [54]. Инъекционное потребление наркотиков стало основной причиной для высочайшего уровня новых случаев ВИЧ инфекции: 92% в 2005 году и 85,2% в 2006 году [55]. В результате, начался процесс разработки билля о ВИЧ, а министр юстиции и министр здравоохранения оказались под давлением гражданского общества, которое требовало внедрения программ по обмену шприцев. Когда подошел момент разработки закона, стало очевидным, что документ будет включать в себя элемент осуществления преследования за «умышленную передачу ВИЧ».

В ответ на это Альянс по СПИДу и правам для Южной Африки (ARASA) и Prevention information et lutte contre le SIDA (PILS) организовали тренинг для гражданского общества, парламентариев, представителей государственной и законодательной власти и других заинтересованных лиц и организаций в Маврикии с целью рассказать о правах человека и неблагоприятных факторах, связанных с криминализацией передачи ВИЧ. Они обсудили прямое воздействие таких законов на женщин и другие уязвимые группы, а также рассмотрели причины, по которым, несмотря на намерение получить хороший результат от внедрения закона, он в действительности формирует неэффективную общественную политику. ARASA помогла местным НПО с написанием дополнений к предлагаемым законам, чтобы они могли их использовать вместе с вовлеченными парламентариями и парламентскими подкомитетами, и в конечном итоге представить официальные дополнения к закону. Местные партнеры продолжили лоббировать свои интересы в Парламенте, и в итоге законопроект был принят. А соответствующий Акт был принят в декабре 2006 года [56].

Основные элементы этого Акта: особенное внимание к конфиденциальности и правам человека, гарантирующим людям, живущим с ВИЧ, равные права при устройстве на работу и при получении услуг по здравоохранению. В рамках Акта стало нелегальным принуждение к ВИЧ-тестированию в качестве предварительного условия при устройстве на работу и как промежуточной процедуры для сохранения работы. Также Акт содержит наказание за дискриминацию, ассоциированную с ВИЧ. Вопросы, связанные со снижением вреда и обменом игл также занимают особое место в Акте. Начиная с декабря 2006 года по март 2007 года, более чем 2000 шприцев были обменены [57].

Однако существуют и определенные вызовы. До настоящего момента никто не использовал

закон с целью востребования компенсации в случаях дискриминации, несмотря на то, что такие случаи имеют место. По мнению Николаса Риттера, директора PILS, «никто в настоящий момент не хочет особой публичности, когда идет в суд». PILS работает с людьми, живущими с ВИЧ, помогает им узнать больше о своих правах и чувствовать себя уверенно, реализуя их.

В то время как гражданское общество все еще выражает обеспокоенность относительно Акта и хотело бы видеть дальнейшие изменения в нем, консультации и адвокативные усилия способствовали обеспечению условий, при которых уголовное преследование за «умышленную передачу» и другие причиняющие ущерб статьи закона (такие как обязательное раскрытие статуса) были удалены перед принятием законопроекта.

ПОЧЕМУ МЫ ДОЛЖНЫ ДЕЙСТВОВАТЬ ИМЕННО СЕЙЧАС?

Требуется время для адвокации эффективных стратегий и законов, законодательной реформы и создания условий, которые бы способствовали профилактике передачи ВИЧ. Тем временем в странах, где уже существуют и используются законы, которые криминализуют передачу или подвергают риску приобретения ВИЧ, усилия должны быть направлены на снижение стигмы и дискриминации, которые являются результатом проводимых уголовных преследований и вынесенных наказаний в рамках этого законодательства.

- **Предотвращать принятие новых законов.** Принятие нового законодательства — это длительный процесс. Будет более эффективным лоббировать в среде законодателей создание условий, при которых законы по криминализации передачи и подверганию риску приобретения ВИЧ вообще не будут приняты. Мы должны также усилить уже существующие меры профилактики ВИЧ.

- **Направить работу по адвокации на отмену имеющихся ВИЧ-специфических законов.** В странах, где существует криминализация передачи ВИЧ, должны быть собраны и задокументированы доказательства, необходимые для проведения анализа воздействия этих законов. Эти доказательства должны быть использованы для продвижения юридической реформы и отмены законов, ассоциированных с криминализацией передачи или подверганием риску приобретения ВИЧ.

- **Усилить осведомленность о специфических законах, чтобы убедиться в том, что люди, живущие с ВИЧ, знакомы с юридическими вопросами в их стране.** В странах, где имеет место уголовное преследование, необходимо оказывать активную поддержку людям, живущим с ВИЧ, которые могут не знать ни об этих законах, ни о сво-

их правах на судебное представительство. Это особенно важно для молодых людей, живущих с ВИЧ, у которых вирус был диагностирован относительно недавно и кто еще не осведомлен о своих правах в рамках закона.

• **Продвигать и защищать права людей, живущих с ВИЧ, и активно выступать за увеличение количества юридических и психосоциальных услуг по поддержке.** Важнейшим аспектом продвижения правовых аспектов является работа по разъяснению тематики и развитию навыков среди служащих полиции, сотрудников здравоохранения, юридической системы и СМИ. Также необходимо включаться в работу по поддержке людей, живущих с ВИЧ, в тот момент, когда к ним применяется законодательство либо материалы их дела используются в СМИ.

• **Обеспечить условия для применения уголовного преследования непосредственно за правонарушение, а не за ВИЧ-статус.** В большинстве случаев (например, во время расследования и освещения его в СМИ) ВИЧ-статус обвиняемого становится известным, тогда как это недопустимо. Правозащитники, полиция и адвокаты должны создавать условия, чтобы именно правонарушение находилось на рассмотрении, а не ВИЧ-статус человека.

• **Смягчить воздействие этих законов там, где они уже применяются.** Некоторые стратегии включают в себя:

1. Улучшение доступности услуг по профилактике для испытывающих маргинализацию групп, включая программы по снижению вреда.
2. Продвижение внедрения руководящих принципов для обеспечения ясности законов.

3. Помощь людям, живущим с ВИЧ, с целью проинформировать их как о своих правах и обязанностях, так и о последствиях применения к ним местного законодательства.

4. Продвижение благоприятных, свободных от стигмы условий для облегчения добровольного раскрытия статуса и предоставление услуг по консультированию для вновь диагностированных людей.

5. Разъяснение тематики и развитие навыков среди сотрудников полицейских органов с целью проинформировать о научных аспектах и реалиях, связанных с ВИЧ, и их личном потенциальном, эмоциональном и социальном влиянии в ходе расследования.

6. Построение более близких взаимоотношений между представляющими сообщество организациями и полицией (в преддверии судебных дел).

7. Выявление местных юристов и эффективных служб юридической поддержки, которые могут предоставлять необходимые и достоверные услуги по юридической консультации для людей, обвиняемых в передаче или за подвержение риску приобретения ВИЧ.

8. Предоставление необходимых юридических услуг, информации и других видов эмоциональной поддержки для людей, которые оказались вовлеченными в уголовное преследование, ассоциированное с ВИЧ.

9. Изучение возможностей для примирения и компромиссного решения вместо криминального преследования.

10. Защита прав лиц, задержанных или находящихся в заключении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ*

39. Open Society Institute (2008) Ten reasons why criminalization of HIV exposure of transmission is bad public policy. <http://www.soros.org/health/10reasons>.
40. The technique, known as 'phylogenetic testing', is not available in many countries around the world. The tests seek to identify similarities or differences in the genetic composition of the HIV viruses from two or more parties.
41. AHPN (2005) Position Paper on Criminalization. http://www.ahpn.org/downloads/policies/ahpn_position_on_criminalization1.doc (Accessed 2008).
42. UK Statute Law Database <http://www.statutelaw.gov.uk> (Accessed 2008).
43. Policy for Prosecuting the Intentional or Reckless Sexual Transmission of Infection, http://www.cps.gov.uk/publications/docs/equality_eia_sti.pdf.
44. UNAIDS International Guidelines (p. 16).
45. UNHCR (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm (Accessed 2008).
46. UNAIDS Policy Paper (2008) http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf.
47. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf.
48. Political Declaration on HIV (2006), A/RES/60/262 (Accessed 2008).
49. Declaration of Commitment on HIV/AIDS and Political Declaration on HIV/AIDS: midway to the Millennium Development Goals Report of the Secretary-General at http://data.unaids.org/pub/Report/2008/20080429_sg_progress_report_en.pdf (accessed 2008).
50. For example the UNAIDS/OHCHR International Guidelines on HIV and Human Rights, as well as the UNAIDS/UNDP/IPU Handbook for Parliamentarians: Taking Action against HIV.
51. <http://www.ecpp.co.uk/parisdeclaration.htm>.
52. GNP+ and Living 2008 Partnerships (forthcoming). Summit Report, www.living2008.org. See also UNFPA, UNAIDS, WHO and IPPF (2005). Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS, A Framework for Priority Linkages.
53. Tikembenji Malera, G. (2007). The Efficacy and limits of criminal punishment as a means of preventing the spread of HIV/AIDS in Malawi. *MLJ*, Volю 1, Issue 1, p48.
54. UNAIDS (2007) Epidemic Update: Sub-Saharan Africa, p. 7.
55. <http://www.thebody.com/content/news/art40199.html>.
56. Communication with Michaela Clayton, ARASA, and Nicolas Ritter, Prevention information et lutte contre le SIDA (PILS).
57. HIV hits drug users in Mauritius, Mail and Guardian Online(2007) <http://www.mg.co.za/article/2007-02-20-hiv-hits-drug-users-in-mauritius>.

* Окончание. Начало см. «Шаги профессионал» № 3, с. 78.

**Таблица законов и стран, где преследуется передача или подвержение
рisku приобретения ВИЧ и другие законы, ассоциированные с уязвимостью к ВИЧ**

Страна	Страны, в которых действуют специфические законы, преследующие передачу или подвержение риску приобретения ВИЧ ¹	Страны, в которых применяются неспецифические к ВИЧ законы, преследующие передачу или подвержение риску приобретения ВИЧ ¹	Страны, рассматривающие принятие законопроектов, преследующих передачу или подвержение риску приобретения ВИЧ; или данные не подтверждены, идет поиск информации ^{1**, ***}	Страны, где однополые отношения между совершеннолетними гражданами по согласию запрещены ²	Страны, где секс-бизнес (проституция) подразумевается как «незаконная» ³	Страны, которые применяют принудительное и обязательное лечение для наркопотребителей; и/или смертная казнь применяется для правонарушений, связанных с наркотиками ⁴
1	2	3	4	5	6	7
Австралия		■				
Австрия		■				
Азербайджан*	■					■
Албания					■	■
Алжир				■		
Ангола			■	■	■	■
Андорра						
Антигуа и Барбуда				■		
Аргентина**			■			
Армения	■					■
Афганистан				■	■	
Багамы***			■			
Бангладеш				■	■	■
Барбадос				■	■	
Бахрейн				■		■
Беларусь					■	■
Белиз				■		
Бельгия		■				
Бенин	■			■		
Бермуды	■					
Болгария						
Боливия**			■			
Босния и Герцеговина		■			■	■
Ботсвана				■		
Бразилия	■				■	
Бруней				■		■
Буркина-Фасо*						

1	2	3	4	5	6	7
Бурунди						
Бутан						
Вануату						
Ватикан						
Великобритания						
Венгрия						
Венесуэла**						
Восточный Тимор						
Вьетнам***						
Габон						
Гаити						
Гайана						
Гамбия						
Гана						
Гватемала**						
Гвинея						
Гвинея-Бисау						
Германия						
Гондурас**						
Гренада						
Греция						
Грузия						
Дания						
Демократическая Республика Конго						
Джибути						
Доминика						
Доминиканская Республика						
Египет						
Замбия						
Западная Сахара						
Зимбабве						
Израиль						
Индия						
Индонезия*						

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
Иордания					■	■
Ирак*					■	■
Иран				■	■	■
Ирландия		■				
Исландия		■				
Испания						
Италия		■				
Йемен				■	■	■
Кабо-Верде						
Казахстан						■
Камбоджа***			■		■	
Камерун				■	■	
Канада		■				
Катар				■	■	■
Кения	■			■	■	
Кипр		■				
Кирибати				■		
Китай			■		■	■
Колумбия**			■			
Коморские острова				■	■	
Конго					■	
Коста-Рика*, **			■			
Кот-д'Ивуар						
Куба**			■			■
Кувейт				■	■	■
Кыргызстан	■					
Лаос					■	■
Латвия	■					
Лесото			■	■		■
Либерия				■	■	
Ливан						
Ливия				■	■	■
Литва		■			■	
Лихтенштейн		■			■	
Люксембург						

1	2	3	4	5	6	7
Маврикий				■	■	
Мавритания	■					
Мадагаскар	■					
Македония					■	■
Малави			■	■		
Малайзия				■		■
Мали	■					
Мальдивы				■	■	
Мальта	■					
Марокко				■		■
Маршалловы острова					■	
Мексика**			■			
Микронезия, Федеративные штаты					■	
Мозамбик			■	■		
Молдавия	■					
Монако					■	
Монголия						
Мьянма (Бирма)				■	■	■
Намибия						■
Науру					■	
Непал				■		
Нигер*	■				■	
Нигерия				■	■	
Нидерланды		■				
Никарагуа**			■			
Новая Зеландия		■				
Норвегия		■				
ОАЭ				■	■	■
Оман						
Пакистан						■
Палау (острова)					■	
Панама**			■	■		
Папуа-Новая Гвинея***				■	■	
Парагвай**			■			

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6	7
Перу**		■				
Польша	■					■
Португалия		■				
Россия	■				■	
Руанда						
Румыния	■					
Сальвадор**			■			
Самоа				■	■	
Сан-Марино						
Сан-Томе и Принсипи				■	■	
Саудовская Аравия	■					■
Свазиленд			■			■
Северная Корея						
Сейшельские острова				■	■	
Сенегал						
Сент-Винсент и Гренадины					■	
Сент-Китс и Невис						
Сент-Люсия						
Сербия	■				■	■
Сингапур	■			■		■
Сирия					■	■
Словакия	■					■
Словения					■	
Соломоновы острова				■	■	
Сомали						
Судан				■		■
Суринам						
США	■	■				■
Сьерра-Леоне	■			■		
Таджикистан					■	■
Таиланд***			■			■
Тайвань						■
Танзания			■	■	■	
Того	■					

1	2	3	4	5	6	7
Тонга				■		
Тринидад и Тобаго				■	■	
Тувалу				■		
Тунис				■		■
Туркменистан				■		
Турция				■		
Уганда			■	■	■	
Узбекистан				■		■
Украина	■				■	
Уругвай**			■			
Фиджи					■	
Филиппины***			■			
Финляндия		■				
Франция		■				
Хорватия					■	
Центральная Африканская Республика			■			
Чад					■	
Черногория	■				■	■
Чешская Республика		■				■
Чили**			■			
Швейцария		■				
Швеция		■				
Шри-Ланка				■	■	■
Эквадор**			■			
Экваториальная Гвинея					■	
Эритрея				■	■	
Эстония		■				
Эфиопия				■		
Южная Африка***			■		■	■
Южная Корея						■
Ямайка				■	■	
Япония					■	

¹ На момент публикации данные являлись неполными и были взяты из разных источников. Информация о Европе была взята из брошюры «Криминализация передачи ВИЧ в Европе»: <http://www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf>. Информация о странах Африки, которые утвердили или имеют намерение принять Типовые законы Нджамена находится по

ссылке на новости Aidsmap — <http://www.aidsmap.com/en/news/B250DD99-C534-4C29-A078-EDF602EFB615.asp>. Информация о других рассматриваемых делах/случаях расположена в блоге Криминальная передача ВИЧ по ссылке: <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/>. Карта будет обновлена на основании результатов Сканирования по криминализации GNP+ за 2009 г.

² Данные от Международной ассоциации лесбиянок и геев (ILGA) и Amnesty International: http://www.ilga.org/statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2008.pdf; отчет Amnesty International 2008 по ссылке: <http://thereport.amnesty.org/eng/regions/middle-east-and-north-africa/morocco-and-western-sahara>.

³ Данные из Государственного департамента. Данная графа подразумевает взрослых мужчин и женщин (как правило, в возрасте 18 лет с некоторыми исключениями), занимающихся проституцией, которая является нелегальной и является наказуемой в соответствии с законом. Из-за отсутствия данных не представлялось возможным провести различия между разными криминализуемыми аспектами секс-бизнеса (например, секс, домогательство, половой акт с выдающим себя за женщину мужчиной и т.д.).

⁴ Данные из отчета Международной ассоциации снижения вреда, Global State of Harm Reduction 2008 по ссылке: <http://www.ihra.net/Assets/582/1/GSHRFullReport.pdf>; Европейская правовая база данных по наркотикам Европейского мониторингового центра по наркотикам и наркопотреблению (EMCDDA) по ссылке: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5174EN.html>; Сеть альянса по наркополитике (DPAN) по ссылке: <http://www.drugpolicy.org>

* Любая страна, в которой существуют законы, которые не полностью криминализуют аспекты уязвимости к ВИЧ, но в которой присутствуют определенные аспекты, которые не отмечены в таблице.

** Дополнительные источники включают Edgar Carrasco, директор по правам человека, ACCSI, данные подготовлены в 2007 г. Фрайбургским университетом (www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/ley.htm).

*** Неподтвержденная информация на стадии рассмотрения.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

Энни Леннокс станет центральной фигурой демонстрации в поддержку прав человека в центре Вены

Всемирно известная певица, композитор и активист СПИД-движения Энни Леннокс станет центральной фигурой демонстрации в поддержку прав человека в центре Вены 20 июля 2010 года. Шествие и демонстрация, предшествующие памяtnому концерту, позволят участникам выразить свою преданность идее защиты прав человека и борьбе с распространением ВИЧ.

Запланированное мероприятие включает 30-минутное шествие по центру Вены к месту демонстрации совместно с главами правительств, правозащитниками и активистами движения по борьбе с ВИЧ, а также людьми, чьи жизни оказались затронутыми ВИЧ. После выступлений официальных лиц Энни Леннокс представит свою собственную кампанию по борьбе с ВИЧ под названием SING. Презентация будет состоять из музыкального представления и коротких видеороликов на темы, связанные с ВИЧ/СПИДом.

Мероприятие запланировано на 20 июля 2010 года. Сбор участников назначен на 19.30, тогда как само шествие начнется в 20.00. Выступления официальных лиц начнутся приблизительно в 20.45, после чего на сцене появится Энни Леннокс, концерт которой закончится к 22.30.

Шествие начнется в центре города, куда легко добраться от места проведения конференции AIDS-2010, и пройдет по улицам Вены в направлении Хелденплац, где будет размещена сцена для торжественных выступлений и концерта.

Как и другие мероприятия глобальной кампании «Права человека и ВИЧ/СПИД: сейчас, более чем когда-либо», демонстрация организована глобальной коалицией организаций, включая проект SING Леннокс, Международное общество борьбы со СПИДом и Институт открытого общества, а также такие австрийские организации, как Aids Hilfe Wien и Homosexuelle Initiative Wien (HOSI).

Событие будет освещать центральную роль прав человека в профилактике ВИЧ. Особое внимание будет уделено правам людей, живущих с ВИЧ, и тех, кого затрагивает эпидемия, в частности женщин и молодежи; геев, лесбиянок и трансгендеров; секс-работников; потребителей наркотиков. Будут затронуты как глобальные проблемы борьбы со СПИДом, так и проблемы, актуальные для Австрии.

Участие в шествии и демонстрации бесплатно и открыто для всех. К участию в беспрецедентном митинге в поддержку прав человека на XVIII Международной конференции по СПИДу приглашаются все заинтересованные

индивиду или группы. Мы рассчитываем, что на шествии, демонстрации и концерте Энни Леннокс будут присутствовать как участники конференции, так и жители Вены и ее окрестностей.

Желающие принять деятельное участие в мероприятии, свяжитесь с нами по электронной почте: hnmarchconcert2010@gmail.com.

Подробную информацию об Энни Леннокс и проекте SING см. на www.annielennoxsing.com

hivhumanrightsnow.org

Генпрокуратура обнаружила завышенные цены на лекарства в 63-х регионах РФ

Цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарства завышались аптеками 63-х регионов РФ. Эти факты были выявлены в ходе проверки, проведенной Генеральной прокуратурой РФ при поддержке Росздравнадзора и Федеральной службы по тарифам, сообщает пресс-служба Генпрокуратуры.

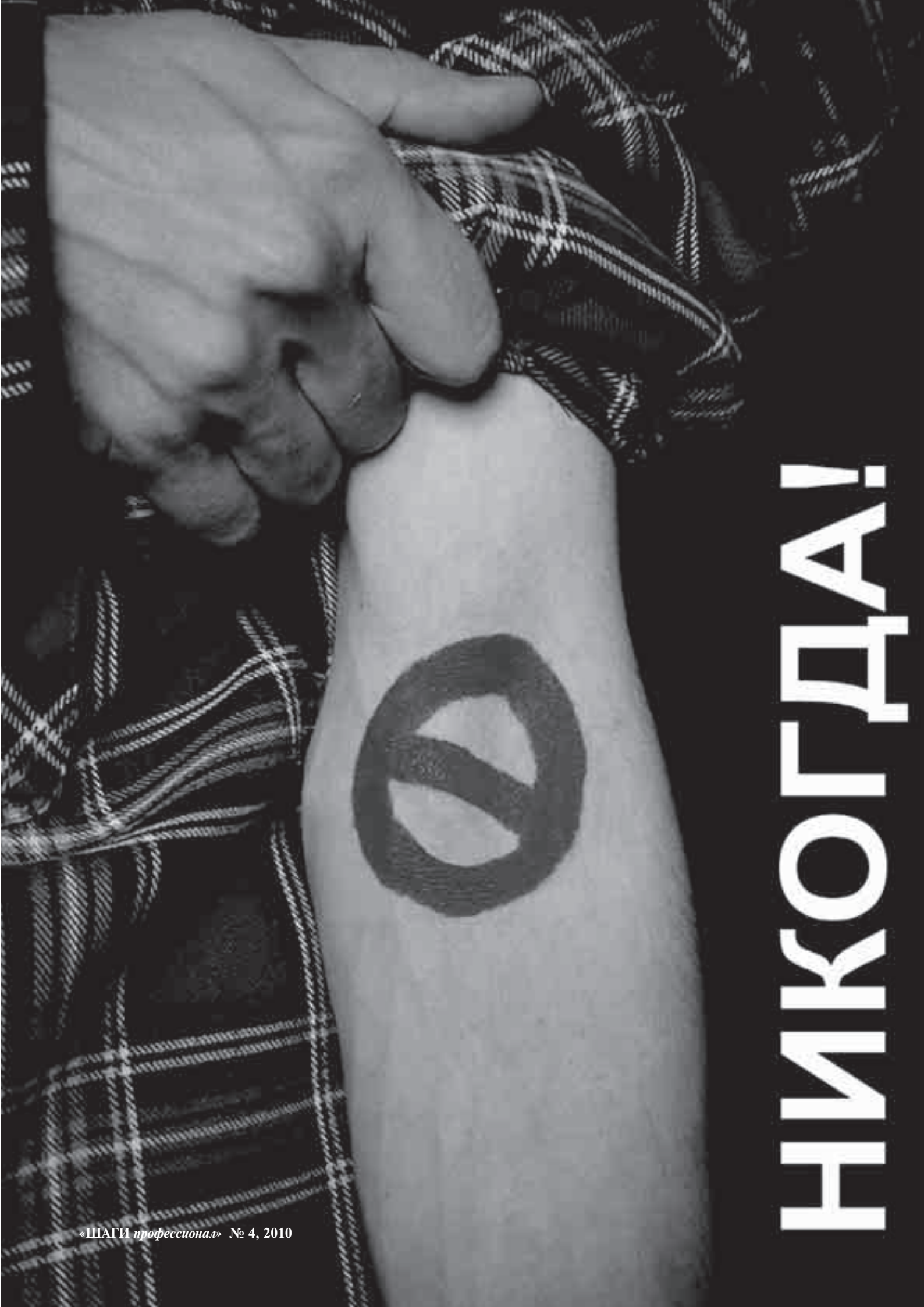
По материалам проверки, наибольшие превышения розничных торговых надбавок на препараты перечня ЖНВЛС были зафиксированы в Ставропольском крае (на 726%), Московской (на 241%) и Иркутской областях (на 176%). Предельные оптовые надбавки завышали аптечные учреждения Республики Карелия, Амурской, Брянской, Курской, Московской и Сахалинской областей.

В 16 субъектах РФ, в том числе республиках Адыгея, Марий Эл, Хакасия, Красноярском и Приморском краях, а также Амурской, Брянской, Иркутской, Калининградской, Костромской, Ленинградской, Псковской, Ростовской, Рязанской, Свердловской и Тульской областях, прокуроры выявили факты реализации лекарств списка ЖНВЛС с незарегистрированными отпускными ценами.

Кроме того, в ходе проверки было установлено, что минимальный ассортимент лекарств, утвержденный приказом Минздравсоцразвития, отсутствовал в аптеках 40 российских регионов. Инспекция также выявила отсутствие информации о стоимости препаратов перечня ЖНВЛС в аптечных учреждениях 22 субъектов РФ.

В общей сложности проверяющие из Генпрокуратуры выявили в российских аптеках около двух тысяч нарушений закона. В связи с этим в суды было предъявлено 29 исков, а также возбуждено 647 дел об административных правонарушениях.

medportal.ru



НИКОГДА!



Руководство Aidspan* к приему заявок на финансирование 10-го раунда Глобального фонда**

Дэвид Гармейз, Мэтью Гринхол

Предполагаемые изменения в процедуре 10 раунда. В форму заявки и руководство по ее заполнению на 10-й раунд не предполагается вносить большое количество существенных изменений. При этом они могут претерпеть некоторое количество изменений чисто косметического характера в русле политики, проводимой Секретариатом Глобального фонда по упрощению вопросов и процедуры заполнения заявки.

Кандидаты на получение финансирования могут обнаружить определенные существенные изменения, которые связаны с новыми процедурами, принятыми Советом директоров Глобального фонда после начала 9-го раунда. Но-

вые процедуры были приняты в следующих областях: гендерное равенство; сексуальная ориентация и гендерная идентичность; меры, принимаемые Глобальным фондом в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа; профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (ППИМР); и укрепление системы помощи на базе общин.

Гендерное равенство. В стратегии гендерного равенства, принятой в ноябре 2008 года, говорится о том, что Глобальный фонд будет поддерживать и финансировать заявки, которые будут способствовать увеличению масштабов воздействия услуг и вмешательств, направленных на уменьшение рисков гендерного характера и уяз-

* Окончание. Начало см. «Шаги профессионал» № 3-2010, с. 79–96. Aidspan – неправительственная организация, изначально располагавшаяся в Нью-Йорке (США), но с середины 2007 года находящаяся в Найроби (Кения). Ее миссия состоит в усилении результативности работы Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Aidspan реализует свою миссию, выполняя роль независимого контролера деятельности Фонда и организаций, реализующих его гранты посредством предоставления информационных и консультационных услуг, стимулируя обсуждение жизненно важных вопросов и создавая атмосферу прозрачности, отчетности, эффективности и воздействия.

** Aidspan разрешает воспроизводить, печатать или цитировать данное руководство полностью или частично при условии упоминания следующей информации: «Воспроизведено по «Руководству Aidspan к 10 раунду. Заявка на участие в Глобальном фонде. Руководство Aidspan к 10 раунду приема Глобальным фондом заявок на финансирование», доступному по ссылке www.aidspan.org/guide».

Список сокращений: ТО – территориальное объединение; СКК – страновой координационный комитет; ОГО – организация гражданского общества; ЛПНН – лечение под непосредственным наблюдением; ЧЗВ – часто задаваемые вопросы; РО – религиозные организации; GDF – глобальная система обеспечения противотуберкулезными лекарственными средствами; GFO – Global Fund Observer (новостной бюллетень Aidspan); ПУЗ – программа усиления здравоохранения; ИОК – информация, образование и коммуникация; МАФ – местный агент фонда; МиО – мониторинг и оценка; НПО – неправительственная организация; не-СКК – структура, не являющаяся страновым координационным комитетом; RPFAR – план чрезвычайных действий по сокращению ВИЧ/СПИДа администрации президента США; ЛЖВС – люди, живущие с ВИЧ/СПИДом; ОР – основной реципиент; УЗП – управление закупками и поставками; РКК – региональный координационный комитет; ОРУ – организация регионального уровня; ОПУ – область предоставления услуг; СР – субреципиент; суб-СКК – субнациональный страновой координационный комитет; СП – секторный подход; ТБ – туберкулез; ГТО – группа технической оценки; ЮНЭЙДС – Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу; ЮНИСЕФ – Детский фонд ООН; ДКТ – добровольное тестирование и консультирование; ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

вимости для инфекции; облегчение течения болезни у групп, наиболее подверженных риску заболевания; минимизацию последствий этих трех заболеваний и исправление структурных перекосов и дискриминации. Кроме того, стратегия гендерного равенства устанавливает, что:

- в Руководстве по подаче заявок на финансирование будет содержаться требование к кандидатам на финансирование включать туда гендерный анализ на основе данных с детализацией по возрасту и полу;

- одним из трех ключевых критериев, который будут учитывать ГТО при рассмотрении заявок, будет «разумность подхода», а в ходе рассмотрения данного критерия ГТО будет оценивать комплексный гендерный анализ;

- помимо представления гендерного анализа кандидаты на выделение финансирования будут обязаны пояснить, каким образом их программа будет решать проблемы наиболее уязвимых групп, а также как планируемые вмешательства будут оказывать долговременное влияние на женщин и девочек;

- Глобальный фонд будет настаивать, чтобы страны включали данные с детализацией по полу и возрасту в свои системы мониторинга и оценки работы; страны-участницы, которые еще не собрали такие данные, обязаны предусмотреть в своих заявках на финансирование средств на сбор указанной информации.

В плане действий говорится, что в форме заявки и руководстве по ее заполнению гендерные компоненты будут усилены, что позволит странам подавать заявки на финансирование с учетом стратегии борьбы с заболеванием, которая основана на гендерном анализе, включая эпидемиологические данные с детализацией по полу и возрасту.

Таким образом, при получении форм заявок на участие в 10-м раунде кандидаты на финансирование должны обнаружить там дополнительные требования в отношении гендерного равенства.

Сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Стратегия Глобального фонда в отношении сексуальной ориентации и гендерной идентификации (СОГИ) направлена на создание условий, которые благоприятствовали бы разработке программ для работников коммерческого секса, мужчин, которые практикуют секс с мужчинами, лиц трансгендерной ориентации и других сексуальных меньшинств.

План действий на 2009–2012 годы в поддержку реализации стратегии включает в себя разделы, которые помимо всего прочего имеют целью совершенствование работы национальных координационных комитетов; совершенствование процесса составления и подачи заявок; повышение квалификации и наращивание потенциала группы технической оценки, а также создание условий, при которых мониторинг, оценка и отчетность по результатам работы более

полно учитывали бы вопросы сексуальной ориентации и гендерной идентичности.

В Стратегии СОГИ говорится, что в формы заявок на финансирование и руководство по их заполнению внесены соответствующие изменения, которые позволят более полно учитывать потребности работников коммерческого секса, мужчин, которые практикуют секс с мужчинами, лиц трансгендерной ориентации и других сексуальных меньшинств.

Меры Глобального фонда в ответ на распространение ВИЧ/СПИДа. В 2009 году Правление Глобального фонда приняло программное заявление об усилении мер в ответ на распространение ВИЧ/СПИДа, которое, в частности, предписывает Секретариату Глобального фонда «максимально ускорить работу с партнерами по принятию мер для определения недочетов и дальнейшего совершенствования качества мер по профилактике, лечению, уходу и поддержке в рамках финансируемых Глобальным фондом программ, включая проведение операционного анализа в целях разработки эффективных стратегий масштабирования усилий для улучшения результатов». В программном заявлении также говорится, что такие меры должны также учитываться в измененной версии формы заявки на получение финансирования и руководстве по ее заполнению для 10-го раунда.

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (ППИМР). В своем программном заявлении об усилении мер в ответ на распространение ВИЧ/СПИДа Правление Глобального фонда указывает, что более расширенный доступ и внедрение эффективных мер по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (ППИМР) крайне важно для обеспечения глобального доступа и является критическим компонентом Стратегии Глобального фонда по гендерному равенству. Правление обязало Секретариат Глобального фонда провести анализ существующих проектов в целях определения стран с высокой детской заболеваемостью ВИЧ и низким уровнем ППИМР, а также процент охвата населения услугами по уходу, поддержанию и лечению ВИЧ среди детей, и задействовать имеющиеся механизмы для скорейшего перехода к более эффективным методам АРВ-терапии в ходе реализации действенных стратегий в области ППИМР.

Таким образом, Секретариат фонда ведет работу в 20 странах в южных районах Сахары в Африке по оценке возможности внесения изменений в существующие гранты, выданные Глобальным фондом, что позволит перейти от применения одинарной дозы невирапина к более эффективному двойному или тройному курсу АРВ-терапии в целях профилактики передачи инфекции от матери к ребенку (ППИМР). Кандидаты на финансирование должны быть готовы к тому, что в формах заявки на финансирование в 10-м раунде будут включены требования о

применении двойного или тройного курса лечения ВИЧ при реализации программы ППИМР.

Укрепление системы помощи на базе общин. Начиная с 8-го раунда Глобальный фонд поощряет включение кандидатами на финансирование в свои заявки инициатив по укреплению системы помощи на базе общин (УСПО). За последнее время (особенно за последние несколько месяцев) много усилий было приложено для более полной конкретизации понятия «структура УСПО» в заявке на финансирование. Вполне возможно, что некоторые результаты этой работы найдут свое отражение в форме заявки на финансирование в 10-м раунде.

Другие необходимые документы и ссылки. Перед подачей заявки Глобальный фонд рекомендует кандидатам на финансирование ознакомиться с рядом других необходимых документов. Глобальный фонд публикует полный список таких документов только после того, как официально объявит о конкурсе на участие в 10-м раунде. В настоящем разделе мы приводим большой список документов, который Глобальный фонд рекомендовал для ознакомления кандидатам на финансирование во время 9-го раунда. С этими документами можно ознакомиться на сайте www.theglobalfund.org/en/rounds/9/. Там содержится список категорий. После того как Вы щелкните мышью по определенной категории, перейдете на другую страницу, где могут быть помещены сами документы. Поскольку не всегда может быть понятно, какие документы помещены в каждой категории, мы организовали информацию по категориям и указали адреса веб-сайтов для каждой категории. На этих веб-сайтах помещены и другие документы, которые не указаны в приведенном ниже списке. Из всех указанных в данном разделе документов претерпеть изменения в 10-м раунде могут только типичные вопросы 9-го раунда и справочные материалы.

Типичные вопросы и справочные материалы 9-го раунда (www.theglobalfund.org/en/rounds/9/faq/). «Укрепление системы помощи на базе общин», «Двухканальное финансирование», «Использование подхода с учетом гендерной проблематики», «Консолидация гранта», «Туберкулез/ВИЧ», «Подход Глобального фонда к укреплению систем здравоохранения», «Сексуальные меньшинства в контексте эпидемии ВИЧ». Большинство из этих документов доступно на всех шести языках ООН.

Руководство и требования в отношении СКК, суб-СКК и РКК (www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines/). У этого документа также имеется сокращенное название «CCM Guidelines» (Руководство по СКК). Разъяснения по минимальным требованиям к СКК. Документ доступен на всех шести языках ООН.

Мониторинг и Оценка (www.theglobalfund.org/en/me/guidelines_tools/?lang=en). Набор инструментов для мониторинга и оценки (М и О) – версия

2009 года. Этот документ содержит «квинтэссенцию» общепризнанного передового опыта в области мониторинга и оценки. Документ доступен на английском и португальском языках.

«*Руководство по составлению плана мониторинга и оценки*». В документе приводится информация относительно того, что должно содержаться в плане мониторинга и оценки, который будет представлен кандидатами на финансирование. Документ доступен на английском, французском, испанском и русском языках.

«*Формат системы эффективной работы*». Система эффективной работы должна быть разработана в каждой заявке. Данный документ доступен на английском, французском и испанском языках.

«*Наставление по мониторингу и работе*». В документе представлен перечень комплексных инструкций по стандартам и практике мониторинга и оценки на протяжении всего цикла выполнения грантов Глобального фонда. Документ доступен на английском языке.

«*Самостоятельное оценивание мониторинга и оценки*». При помощи информации, приведенной в данном документе, организации имеют возможность самостоятельно оценить свои планы и системы МиО. Документ приведен в формате PDF на английском и французском языках. Документ также доступен в формате Excel на английском, французском и испанском языках. На веб-странице, адрес которой приведен выше, даны пояснения, в каких случаях следует использовать конкретный формат.

Управление закупками и поставками (www.theglobalfund.org/en/procurement/). Руководство по политике Глобального фонда в отношении управления закупками и поставками (УЗП). Документ доступен на английском языке.

«*Шаблон плана УЗП*». Документ доступен на английском, французском, испанском и русском языках.

Руководство по технической помощи и другим вопросам (<http://www.theglobalfund.org/en/rounds/9/other/>). Внедрение совместного инвестирования. Руководство по совместному инвестированию, составленное организациями GBC и GTZ, в котором описываются принципы совместного инвестирования и рассматриваются конкретные случаи из практики. Документ доступен на английском и французском языках.

Группа технической оценки (www.theglobalfund.org/en/TRP/reports/?lang=en). Отчет ГТО и Секретариата фонда о заявках на 9-й раунд. Документ доступен на английском, испанском, русском, китайском и арабском языках.

Процесс подачи апелляций (www.theglobalfund.org/en/TRP/appeals/). Правила, которые регулируют механизм подачи апелляций в Глобальный фонд по поводу заявок на финансирование, которые были отклонены. Документ содержит информацию относительно соответствия выдвинутым требованиям, основаниям для по-

дачи апелляции против решений правления Глобального фонда в отношении заявок на финансирование, а также о применимых условиях и процедурах. Данный документ доступен на всех шести языках ООН.

«Формы апелляций в отношении по вопросам порандового финансирования». Документ доступен на английском, французском, испанском и русском языках.

Документы по обсуждению условий и управлению грантом (www.theglobalfund.org/en/policies/). Фидуциарные отношения с реципиентами грантов. В документе описывается роль и обязанности различных организаций, с которыми работает Глобальный фонд, в структуре его системы отчетности и финансирования по результатам работы. Документ доступен на всех шести языках ООН.

«Инструкции по проведению ежегодного аудита финансовых отчетов программ». В документе приводятся детальные инструкции относительно требований Глобального фонда для проведения ежегодного независимого аудита расходов ОР и СР. Данный документ доступен на всех шести языках ООН.

«Инструкции относительно финансирования по результатам работы». В документе приводятся детальные инструкции для реципиентов грантов относительно системы финансирования Глобального фонда по результатам работы. Документ доступен на всех шести языках ООН.

Глава 3. ПРОЦЕСС РАЗРАБОТКИ ЗАЯВКИ

В этой главе идет речь о том, почему важно обеспечить процесс разработки заявки и почему заявки, поданные СКК, должны быть интегрированы в другие национальные процессы. В главе перечисляется ряд мероприятий, которые СКК может включать в свой процесс разработки заявки, и обсуждаются вопросы, которые нужно рассмотреть в отношении каждого мероприятия. В данной главе также приводятся рекомендации относительно того, как СКК может управлять процессом разработки заявки. И, наконец, в главе обсуждается несколько путей, при помощи которых СКК может координировать процесс подачи и оценки заявок, которые подаются в самой стране в целях их возможного включения в скоординированную заявку, подаваемую от страны в целом.

Особое примечание. Эта глава содержит большое количество ссылок на документы, подготовленные Глобальным фондом к 9-му раунду финансирования, в частности «Руководство по заполнению заявок: 9-й раунд», а также форму заявки на 9-й раунд. Ожидается, что Глобальный фонд не будет публиковать подобные документы для 10-го раунда до тех пор, пока он официально не объявит о новом конкурсе заявок в мае 2010 года. В связи с тем, что Aidsplan выпускает

данное руководство до объявления официального конкурса заявок, нам приходится полагаться в основном на документы, подготовленные для 9-го раунда. Вместе с тем, если речь идет о вопросах, затронутых в этой главе, то мы не предполагаем, что документы Глобального фонда, разработанные для 10-го раунда, будут значительно отличаться от своих прототипов для 9-го раунда.

Важность обеспечения процесса разработки заявки. Как мы уже отмечали в предыдущих главах, разработка заявки на финансирование в Глобальный фонд не означает буквального заполнения формы заявки. Большое количество времени и усилий потребуется для приведения заявки в соответствие с требованиями Глобального фонда в отношении технических условий и с точки зрения функционирования координационного механизма.

Глобальный фонд призывает обеспечить максимальную прозрачность процесса разработки заявки указать, что в этот процесс вовлечено максимальное количество заинтересованных сторон и что заявка отражает существующие приоритеты. Следующие инструкции в отношении процесса разработки заявок взяты из Руководства по заполнению заявки для 7-го раунда, при этом они остаются актуальными и для 10-го раунда.

Принцип широкого распространения информации, относящейся к разработке заявки. В целях привлечения максимального количества заинтересованных сторон к процессу разработки заявки на финансирование, которая будет подаваться в Глобальный фонд, кандидаты на финансирование обязаны максимально широко распространять всю информацию, связанную с процессом разработки заявки и доводить ее до всех заинтересованных сторон, которые активно вовлечены в данную проблему, включая широкий диапазон заинтересованных неправительственных организаций и групп населения на уровне общин.

Информация, которую необходимо максимально широко публично распространять до начала разработки заявки, должна включать:

- выбор времени, который соответствует графику, установленному в объявлении Глобального фонда о конкурсе заявок для 10-го раунда;
- каким образом заинтересованные стороны могут обращаться к СКК/суб-СКК или РКК с целью подачи меньшей по объему заявки, которая может быть включена в заявку СКК/суб-СКК или объединенную заявку РКК в Глобальный фонд;
- критерии, в соответствии с которыми индивидуальные заявки будут оцениваться СКК/суб-СКК или РКК с целью возможного включения в объединенную заявку;
- другие указания, которые могут быть полезны для осуществления этого процесса (например, информация относительно вопросов, которые касаются национальных приоритетов по

каждой из этих трех болезней, обновленной статистики о бремени болезни и конкретные недостатки, которые выявлены в существующих услугах, оказываемых группам, которые наиболее подвержены риску заболевания).

Процесс разработки заявки должен также предоставить всем заинтересованным секторам и группам населения (СКК/суб-СКК, а также членам и не членам РКК) достаточно времени для внесения своего вклада в составление заявки на финансирование, которая будет представлена в Глобальный фонд. СКК, суб-СКК и РКК должны обеспечить справедливый, прозрачный и тщательно задокументированный процесс рассмотрения и оценки всех заявок, отвечающих предварительным требованиям, которые они получают для интеграции в основную заявку перед подачей в Фонд.

Назначение одного или нескольких ОР и подбор СР тоже является частью процесса разработки заявки. Глобальный фонд требует, чтобы назначения и выборы таких организаций также проводились с максимальной прозрачностью и составлением соответствующих документов. Несмотря на то, что требования Глобального фонда относительно выбора ОР и СР излагаются в очень похожем стиле, требования относительно ОР более строги. В последних раундах финансирования кандидаты на финансирование должны были описать процесс выбора ОР в разделе заявления — анкеты, где речь шла о соответствии заявки выдвигаемым требованиям; при этом описание процесса выбора СР приводилось в разделе формы заявки, где речь шла об управлении осуществлением программы.

В предыдущих раундах кандидатов на финансирование в форме заявки просили описать, как они выполняли требования Глобального фонда, связанные с процессом разработки заявки. Мы предполагаем, что в форму заявки для 10-го раунда также будет включено это требование.

Хорошо организованный процесс разработки заявки может помочь обеспечить ее более полное соответствие критериям отбора и что заявка будет разработана вовремя с высоким качеством. Вместе с тем, правильная организация процесса предполагает не только получение благоприятного решения Глобального фонда. Этим закладывается фундамент для инициативы, которая будет осуществляться в течение нескольких лет и должна внести существенный вклад в общие усилия по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией.

Такой фундамент включает в себя:

- формирование правильного фокусирования заявки, что будет отвечать потребностям страны и поддерживать уже прилагаемые усилия в данной области;
- разработку стратегий, которые учитывают передовой опыт и наличествующие ресурсы и при этом которые могут быть легко масштабированы;

- создание партнерств в различных секторах, которые станут основными органами, призванными выполнять инициативы;

- обеспечение гармонизации и последовательности всех компонентов проекта — фокусировки, стратегии, плана работы, бюджета, планов закупок, организации управления и внедрения и планов мониторинга и оценки.

Интеграция с другими национальными процессами. Глобальный фонд является главным источником поддержки региональных и национальных усилий по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, поэтому гранты Глобального фонда могут оказать основное влияние на то, как эти усилия спланированы и организованы. Осознавая свою ответственность в данном вопросе, Глобальный фонд стремится приспособить свою деятельность к существующим процессам координации, планирования и программирования.

Как отмечалось в главе 1 «Введение» и «История вопроса» контекст, которому должны соответствовать заявки, подаваемые в Глобальный фонд, должен выглядеть примерно следующим образом:

1) страна определяет свою собственную национальную *стратегию* по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом или малярией;

2) после этого страна разрабатывает одну или несколько *программ* в целях осуществления такой стратегии;

3) после этого страна представляет *заявку* (в такие организации, как Глобальный фонд) в целях поиска финансовой поддержки одной или нескольких своих программ.

Не смотря на то, что вышеупомянутые мероприятия относятся к национальным стратегиям и проектам, осуществляемым внутри страны, они могут также применяться и к инициативам на уровне регионов или нескольких стран.

Согласно этой модели, конкурсы на подачу заявок, которые объявляет Глобальный фонд, представляют больше возможностей для финансирования уже существующих стратегий, чем для разработки новых. Не всегда легко сделать выбор между этими двумя категориями, поскольку ресурсы Глобального фонда представляют широкие возможности для предоставления основного финансирования многих программ и поскольку члены координационного комитета Глобального фонда зачастую являются одновременно теми же лицами, которые ответственны за разработку комплексных стратегий и планов.

При условии, что стратегические планы разрабатывались путем широких консультаций, организованных под руководством соответствующих органов, они должны содержать большую часть информации, которая необходима для разработки качественной заявки на финансирование. Вместе с тем, в этом «общем правиле» имеются некоторые исключения:

- Разработка стратегии, как правило, проводится циклически, а планы охватывают период в

несколько лет. Страны или регионы, которые недавно разработали стратегии по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом или малярией, имеют все шансы разработать качественные программы и обратиться за финансированием в Глобальный фонд. С другой стороны, страны или регионы, в которых до завершения текущих стратегических планов относительно данной болезни остается два или три года, находятся в более шатком положении.

- Стратегические планы вряд ли будут содержать самые последние данные по «недостаткам», которые Глобальный фонд поможет устранить, например в смысле охвата программы или обязательств по финансированию от донорских организаций или правительств. Во многих случаях самые свежие данные можно будет получить при помощи созданных структур мониторинга и оценки и от организаций, представляющих основное финансирование.

- Анализ пробелов должен идентифицировать пробелы, которые ожидаются в будущем вместо того, чтобы сосредоточиться на текущих проблемах, поскольку между разработкой заявки в Глобальный фонд и получением финансирования при благоприятном решении может пройти год или больше.

С другой стороны, стратегические планы, которые *не* были разработаны путем организации широкого консультативного процесса, вряд ли смогут дать точную картину программных пробелов, кроме того существует риск проигнорировать приоритеты маргинализированных групп.

Вообще же, даже при условии, что в конкретных местах недавно разработаны стратегии по борьбе с заболеваниями, они всегда должны подкрепляться самыми свежими исследованиями текущей ситуации, связанной с упомянутыми выше проблемами. Эти исследования должны быть выполнены под руководством соответствующих органов, при этом координационные комитеты должны помочь сформулировать, какую информацию необходимо получить. Координационные комитеты могут также сами предоставить определенную информацию по мере необходимости. Кроме того, в анализе должны быть максимально отражены все вовлеченные стороны, включая участие маргинализированных групп.

Членство в СКК по сравнению с интеграцией в существующие процессы. Органы, ответственные за разработку комплексной стратегии – такие как национальные советы по СПИДу – часто представлены в СКК. Очень важно обеспечить разграничение между этими функциями. Например, тот факт, что руководитель национального совета по СПИДу является членом СКК совсем не означает, что работа СКК автоматически должна быть «объединена» с национальным стратегическим процессом. Эффективная интеграция требует организации фор-

мального процесса, в ходе которого учитываются и обеспечиваются роли различных организаций.

Структурирование процесса разработки заявки. В контексте данного раздела предполагается, что процесс разработки заявки начался после того, как СКК принял решение о подаче заявки в Глобальный фонд в течение данного раунда финансирования. Предполагается, что решение о подаче заявки на финансирование было принято на основе широких стратегических исследований и оценок ситуации, описанных выше.

Каждая заявка в Глобальный фонд отличается от остальных, поэтому СКК должны проектировать процесс, который отвечает их определенным требованиям. Ниже приводится перечень действий, которые СКК предполагают включать в свой процесс:

- анализ сильных и слабых сторон ранее представленных заявок;
- определение общей направленности проекта;
- распределение обязанностей по разработке заявки;
- определение, выделение и управление ресурсами, необходимыми для осуществления процесса разработки заявки;
- осуществление процесса сбора и рассмотрения более мелких заявок с целью их возможного включения в заявку от страны;
- написание проекта компонентов заявки;
- определение ОР и СР;
- оформление и подача окончательного варианта заявки;
- поддержка постоянной связи.

Без сомнения, представленный выше порядок действий имеет в своей сущности определенную логику, но он ни в коем случае не должен рассматриваться как единственный способ организации процесса. Действительно, некоторые из действий (такие как разработка компонентов заявки и поддержание постоянной связи), скорее всего будут непрерывно осуществляться в течение всего процесса.

СКК сами должны определять, какие действия включать в данный процесс и в какой последовательности они должны быть осуществлены. СКК должны также обеспечивать соответствие их процесса разработки заявки всем требованиям Глобального фонда и оформление всех необходимых документов. Как только главные действия будут намечены, СКК должен также разработать реалистичный временной график, в котором будет предусмотрено достаточно времени в конце процесса для рассмотрения и одобрения заявки всеми членами СКК и внесения любых заключительных изменений.

В следующем разделе будет более подробно рассмотрено и обсуждено каждое действие.

Вопросы, которые необходимо принимать во внимание при выполнении каждого действия в процессе разработки заявки. Для большинства действий, речь о которых пойдет в данном раз-

деле, мы включили «ключевые вопросы», которые СКК могут захотеть рассмотреть в процессе принятия решения относительно того, включать ли им в процесс конкретное действие при планировании его осуществления.

Анализ сильных и слабых сторон ранее представленных заявок. СКК должны тщательно проанализировать информацию, полученную от ГТО в отношении заявок, представленных в предыдущих раундах, независимо от того, какой была заключительная рекомендация ГТО. Очевидно, что комментарии, полученные по заявкам, которые были одобрены для финансирования (т.е. категория 1 или 2) покажет сильные стороны, которые СКК должны попытаться скопировать в своих заявках на 10-й раунд. Комментарии относительно заявок, которые ГТО классифицировал как категория 2, содержат просьбу представить разъяснения по конкретным вопросам, что дает возможность понять суть того, какую информацию Глобальный фонд хочет видеть в заявке на финансирование.

Анализ комментариев от ГТО по предыдущим заявкам, возможно, является самым важным для СКК, чьи заявки на финансирование были отклонены. В случае, когда ГТО присваивает заявке категорию 3, это обычно означает, что концепция заявки соответствует общим требованиям, но сама заявка слабая. СКК, у которых были заявки с присвоенной категорией 3, имеют возможность заново представить свою заявку в Фонд, усилив ее соответствующим образом с учетом комментариев ГТО.

Очень небольшому количеству заявок ГТО присваивает категорию 4. Это, как правило, заявки, которые ГТО рассматривает как не соответствующие основной проблематике страны или региона, несоответствующие целям Глобального фонда или нуждающиеся в полной переработке. СКК, у которых есть заявки с присвоенной категорией 4, должны начать весь процесс разработки заявки сначала, стараясь при этом избегать проблем, с которыми они столкнулись в предыдущих раундах.

Примечание. Форма заявки на участие в финансировании 9-го раунда содержала определенный раздел, касающийся заявок, которые не были одобрены в предыдущих раундах и которые будут подаваться заново, с просьбой, чтобы кандидаты на финансирование объяснили, какие они внесли изменения в новой заявке с целью устранения недостатков, отмеченных ГТО в предыдущей заявке. Мы предполагаем, что форма заявки на 10-й раунд тоже будет содержать подобное условие.

Независимо от того, какие компоненты борьбы с болезнью СКК собирается включить в заявку на финансирование для 10-го раунда, СКК должен рассмотреть сильные и слабые стороны *всех* компонентов, которые он представлял в предыдущих раундах, потому что некоторые комментарии ГТО к поданным заявкам

имеют общий характер. К примеру, комментарий по заявке в отношении малярии, которая была подана в 9-м раунде финансирования и которой была присвоена категория 3, может все еще быть полезным для заявки в отношении ВИЧ/СПИДа в 10-м раунде финансирования, поскольку ГТО мог, к примеру, быть неудовлетворенным уровнем консультаций или взносом заинтересованных организаций в заявку или процессом выбора ОР.

Очевидно, что индивидуальные СКК получают самую ценную информацию из комментариев, предоставленных ГТО в отношении предыдущих заявок, представленных этим СКК. Вместе с тем, может представлять интерес и соответствующий опыт других стран. Отчет Aidspace «Основные сильные стороны заявок, поданных в Глобальный фонд в рамках 8 и 9 раундов» рассматривают эффективные положения и неудачи, идентифицированные ГТО в процессе рассмотрения всех заявок. Этот отчет доступен по адресу: www.aidspace.org/aidspacepublications.

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Вы ранее представляли заявки в Глобальный фонд?
- Какие части Ваших предыдущих заявок ГТО признал сильными или слабыми?
- Как Вы сможете учесть в Вашей новой заявке сильные стороны предыдущих заявок? Претерпела ли текущая ситуация какие-либо изменения, что может свести на нет Ваши сильные стороны в этот раз?
- Можно ли отнести слабые стороны на счет плохой организации процесса разработки заявки, технического содержания или вопросов управления? Какие из них соотносятся с конкретными компонентами новой заявки? Что Вы должны изменить, чтобы устранить слабые стороны?

Определение общей направленности проекта. Как отмечено выше, предполагается, что уже существует четкое понимание широких стратегических руководящих принципов и приоритетов на уровне страны или региона. Эта информация может использоваться в целях определения общей направленности проекта, который будет представлен в Глобальный фонд. Идентификация направленности проекта способна помочь определить следующие шаги в разработке заявки, в особенности сбор данных от заинтересованных сторон для наполнения различных компонентов заявки. Это также сможет обеспечить более полную интеграцию содержания заявки в общий контекст существующих стратегических приоритетов и поможет избежать дублирования существующих усилий.

Определение общей направленности проекта является типичной обязанностью СКК. В ходе выполнения этой роли СКК должен обратить внимание на обеспечение максимально широкого участия заинтересованных сторон в этом

процессе. На этом этапе СКК может попросить своих членов провести широкие консультации в их соответствующих отраслях. Общую направленность следует определить для каждого отдельного компонента болезни, который должен быть включен в заявку. Кроме того, если заявка будет подаваться на несколько компонентов, это дает отличную возможность определить общую направленность усилий по укреплению системы здравоохранения и работе в мультисекторальных аспектах. СКК могут также установить некоторые основные принципы, которые должны характеризовать заявки, — например, как в заявке будут отражены вопросы противодействия стигме и дискриминации, маргинализации и решения гендерных проблем.

Некоторые СКК могут начать процесс разработки заявки не с определения общего фокуса проекта, а построить свою работу по принципу «снизу вверх», что позволит определить общий фокус проекта на базе полученных комментариев от заинтересованных сторон и групп населения. Такой подход к разработке заявки тоже имеет право на существование, но с его помощью, вероятно, будет тяжелее описать «большую картину» проекта в контексте эпидемиологических приоритетов и временных задержек с финансированием.

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Данные, которые должны быть получены в результате выполнения этого действия, уже имеются в наличии или их легко получить от соответствующих национальных или региональных властей и от соответствующих донорских агентств? (См. раздел «Интеграция с другими национальными и региональными процессами»).

- Национальные или региональные стратегии, на которых основывается фокус проекта, были разработаны после достаточных консультаций со всеми заинтересованными сторонами? Если это не так, как СКК сможет исправить этот недостаток?

- Установленные пробелы соответствуют целям Глобального фонда?

- В заявке сделана попытка устранить все идентифицированные пробелы или она фокусируется только на некоторых? Если это так, на основании чего этот фокус был определен?

- Имеется ли намерение повторно представить ранее отклоненную заявку? Если да, то нужно ли изменять изначально определенный фокус?

- Какие стратегии будут использоваться, чтобы решать «новые» проблемы, с которыми призывает бороться Глобальный фонд?

Распределение обязанностей по разработке заявки. Разработка заявки в Глобальный фонд является длительной и сложной задачей, поэтому существует необходимость обеспечить эффективное управление этим процессом. СКК должен решить вопрос с распределением обязан-

ностей по разработке заявки еще до того момента, как будет официально объявлен конкурс заявок на финансирование. Эта проблема обсуждается более подробно в разделе «Управление процессом разработки заявки».

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Существуют и готовы ли члены СКК взять на себя роль «исполнителей» в разработке заявки?

- Какие соответствующие навыки в разработке заявки имеются у членов СКК? Что еще более важно, существуют ли какие-нибудь важные навыки, которыми они не обладают?

- Будут ли привлекаться внешние людские ресурсы или консультанты в помощь СКК во время процесса? Как они будут определяться? Как они будут проинструктированы и управляться?

- Нужно ли будет создавать отдельные группы, которые будут заниматься разработкой различных аспектов процесса?

Определение, выделение и управление ресурсами, необходимыми для осуществления процесса разработки заявки. Процесс разработки заявки часто требует привлечения большого количества ресурсов, как финансовых, так и материальных. За них нужно платить или они будут вноситься какими-то действиями. Необходимо идентифицировать и распланировать их заранее, чтобы не было никаких административных и финансовых задержек во время реализации процесса. Возможные ресурсы, которые следует планировать заранее, включают в себя следующее:

- помещения для встреч;
- транспортные и коммуникационные затраты (особенно когда заявки покрывают большие географические регионы или больше чем одну страну);

- средства для проведения вычислений;
- расходы на печать материалов;
- людские ресурсы (например, технические специалисты, администраторы, переводчики).

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Какие ресурсы требуются для процесса разработки заявки?

- Какой из этих ресурсов может быть внесен членами СКК или другими заинтересованными сторонами?

- За какие ресурсы необходимо будет заплатить? Где будет браться финансирование для этих целей? Финансирование будет управляться централизованно? Если да, то кто?

- Существует ли риск, что процедуры одобрения финансовых расходов смогут вызвать задержки в реализации процесса? Как этот риск можно минимизировать?

Осуществление процесса сбора и рассмотрения более мелких заявок с целью их возможного включения в заявку от страны. Многие СКК предполагают, что требование Глобального фонда организовать внутри страны процесс сбора зая-

вок требует объявления открытого конкурса заявок. СКК стараются обойти это требование, поскольку существует очень мало информации относительно того, как должен быть организован такой конкурс, какие виды критериев отбора должны применяться (если таковые вообще должны использоваться) и какую структуру следует организовать с этой целью для кандидатов на финансирование.

Поскольку этот процесс может быть длительным, мы посвятили этому целый раздел главы (см. ниже «Процесс сбора и рассмотрения заявок»).

Написание проекта компонентов заявки. Различные разделы заявки должны разрабатываться в разное время и различными группами специалистов. Такие разделы могут даже разрабатываться и утверждаться в окончательном виде в разное время. К примеру, те части заявки, где речь идет о соответствии выдвигаемым требованиям и функционированием СКК, могут быть закончены в виде проекта самыми первыми, при этом другие части, которые могут требовать оформления процесса разработки заявки, могут завершаться только в самом конце процесса разработки заявки. Части заявки, которые относятся к контексту национальной программы, могут также разрабатываться в виде проекта в начале процесса.

Самыми трудными и важными являются те разделы заявки, которые касаются общей оценки потребностей и анализа пробелов, составления стратегий выполнения и бюджетов, потому что эти разделы по существу будут основываться на всех материалах и более мелких заявках, которые были собраны для включения в общую заявку.

Масштаб этой задачи зависит в большой степени от формата, в котором были получены материалы и более мелкие заявки. Если более мелкие заявки поданы на рассмотрение в том же формате, в котором оформляется и общая заявка в Глобальный фонд (т.е. с той же самой иерархией целей, стандартизированными типами деятельности, индикаторами и статьями бюджета), то их можно просто собирать и консолидировать в единый документ. Вместе с тем, если более мелкие заявки поданы на рассмотрение не в утвержденном стандартизированном формате, тогда их сначала следует рационализировать и привести в единый формат и только после этого интегрировать в общий документ. Это может стать достаточно трудоемкой задачей. (Формат для более мелких заявок обсуждается далее в разделе «Процесс сбора и рассмотрения заявок»).

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Какие разделы могут быть разработаны начерно в начале процесса? Было бы полезно подготовить проекты разделов, касающиеся национального контекста и потребностей, в самом начале и распространить их среди заинтересо-

ванных сторон в качестве основания для разработки содержания заявки?

- Принимая во внимание, что итоговые разделы обычно заполняются в самом конце процесса, может понадобиться сделать краткие проекты этих разделов и постоянно обновлять их содержание, что позволит следить за общим «видом» заявки.

- Имеется ли у людей, ответственных за написание заявки, твердое понимание структуры проекта, которая используется Глобальным фондом (то есть, целей, задач и индикаторов, сферы оказания услуг (СОУ), ключевых статей расходов)? Есть ли у лиц, которые отвечают в СКК за рассмотрение заявок, понимание этих концепций или их надо ознакомить с этими вопросами заранее?

Определение ОР и СР. СКК обязаны организовать и обеспечить прозрачный и всесторонне задокументированный процесс отбора основных реципиентов. Это одно из минимальных требований, которое должно быть выполнено СКК, и составная часть процесса разработки заявки, которой следует уделить серьезное внимание.

СКК может назначить одного или нескольких ОР для каждого компонента болезни, на которые подается заявка (СКК имеет право только предложить, а Глобальный фонд должен одобрить такое назначение).

Глобальный фонд поясняет, что требование относительно назначения ОР закладывает необходимый фундамент для установления интерактивных, продуктивных и прозрачных отношений между администратором/исполнителем гранта (основным реципиентом (ОР)) и его держателем/собственником (СКК). Разработка прозрачного процесса отбора ОР с учетом соответствующих критериев повышает степень доверия и придает легитимность всем вовлеченным в этот процесс сторонам. Важно с самого начала организовать дело так, чтобы решения, принимаемые в будущем по сложным вопросам — а такие проблемы будут возникать всегда — не подвергались сомнениям относительно некомпетентности исполнительных органов. Другими словами, открытый и справедливый процесс назначения ОР поможет отобрать действительно самых лучших ОР, и этот выбор ... принимается всеми заинтересованными партнерами.¹⁰

Отбор ОР является одной из самых важных функций СКК. Во многих случаях СКК действует как совет директоров, поскольку он (т.е. СКК) имеет право выбрать организацию (или организации), которые будут осуществлять проекты. А возобновление фазы 2 происходит тогда, когда правление (СКК) принимает решение, что хочет продолжать работать с тем же самым/ми ОР.

В последнее время СКК все больше назначают несколько ОР, при этом каждый ОР отвечает

¹⁰ Разъяснение требований СКК (www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines).

за реализацию определенной части проекта, которая интегрирована в общую заявку. Зачастую СКК назначает одного государственного ОР и одного ОР из другого сектора, обычно из сектора неправительственных организаций или из числа религиозных организаций. Это называется «двухканальным финансированием».

Глобальный фонд всемерно поощряет двухканальное финансирование (и настоятельно рекомендует его применение), поскольку: а) это отвечает принципам Фонда относительно партнерства и привлечения организаций из различных секторов; б) это может увеличить способность страны освоить поток грантовых ресурсов; в) это может ускорить выполнение проектов; г) это может улучшить действие грантов; д) это может помочь усилить более слабые сектора. Начиная с 8-го раунда, форма заявки содержала требование к кандидатам на финансирование, которые не назначали государственных ОР и ОР из числа неправительственных организаций, объяснить, почему они так поступили.

Дополнительные разъяснения относительно роли ОР и потенциала, который они могут принести в реализацию проектов, даются в руководствах по заполнению заявок для каждого раунда финансирования Глобального фонда.

В руководящих принципах Глобального фонда по СКК¹¹ ничего не говорится о выборе СР. Вместе с тем, в руководстве по заполнению заявок для 9-го раунда Глобальный фонд требует, чтобы в представленной заявке на финансирование было указано большинство или все СР, которые будут принимать участие в реализации проекта, особенно те СР, которые будут заниматься предоставлением услуг. В тех случаях, когда СР еще не были определены на момент представления заявки, кандидаты на финансирование должны в форме заявки подробно описать процесс, который будет использоваться для отбора соответствующих СР.

В последних раундах финансирования некоторые страны не осуществляли отбор СР до момента одобрения заявки, а потом осуществляли процесс, который напоминал конкурс на отбор заявок. Благодаря такому подходу неправительственные организации и другие исполнители отбираются в соответствии с определенными целями и задачами, которые были установлены во время разработки заявки. Если эти неправительственные организации и другие исполнители не были вовлечены в процесс разработки заявки, тогда такой подход может быть проблематичным по нескольким причинам: а) трудно знать, выполнимы ли поставленные цели; б) начало реализации проекта откладывается; в) отсутствует процесс создания реального партнерства (это больше походит на механизм заключе-

ния контракта); г) после выбора исполнителей проекта может понадобиться заново разработать план работы и бюджет.

Таким образом, СКК следует с самого начала организовать прозрачные процессы отбора и назначения ОР и СР и обеспечить должное документальное обеспечение этих процессов. СКК должны будут разработать критерии для выбора ОР и СР.

Не существует каких-либо указаний по поводу того, как должен выглядеть процесс отбора исполнителей СКК. В качестве примера СКК может объявить конкурс на участие в проекте. Этот конкурс можно объявлять уже после того, как будут рассмотрены все заявки внутри страны и у СКК уже сформируется понимание структуры заявки, которую она будет подавать в Фонд. К участию в конкурсе могут привлекаться многие организации, которые СКК рассматривает в качестве потенциальных ОР и СР, или путем обычной публикации информации о конкурсе в средствах массовой информации. Если будет реализовываться такой подход, процессом отбора могла бы заниматься группа разработки заявки СКК (или отдельный комитет).

Другим возможным подходом к отбору исполнителей для группы разработки заявки (или отдельного комитета) может быть: а) составление списка потенциальных ОР и СР; б) налаживание контактов с потенциальными ОР и СР для определения их интереса к участию в проекте и получения информации относительно их квалификации; в) разработка рекомендаций относительно того, какие ОР должны назначаться и какие СР должны быть отобраны. Следует подчеркнуть, что этот процесс необходимо начинать только после того, как у СКК сформируется общее понимание концепции заявки на финансирование.

Третьим возможным подходом для СКК может стать контактирование с потенциальными ОР и СР с целью определения их интереса к проекту параллельно с рассмотрением заявок, поданных в СКК внутри страны, а уже после разработки окончательного варианта заявки на финансирование в Фонд группа разработки заявки выдает рекомендации, какие ОР и СР следует привлечь для реализации проекта.

Отношения между разработкой заявки и выбором ОР и СР имеют очень деликатный характер, поскольку содержание заявки, скорее всего, будет тесно коррелировать с возможностями задействованных в этот процесс сторон, которые могут осуществить проект. К примеру, если в заявке содержится значительный компонент в сфере социального маркетинга и есть организация, специализирующаяся в той области, то очевидно, что именно такая организация должна осуществить социальный маркетинговый компонент (скорее всего, разработку этого компонента в заявке следует доверить именно этой компании). Кроме того, возможно есть смысл

¹¹ Руководящие принципы и требования для страновых координационных комитетов (www.theglobalfund.org/en/ccm/guidelines).

назначить эту организацию в качестве ОР, поскольку ее системы управления и финансирования, а также система закупок более всего адаптированы для этих целей.

Точно так же, если организации обладают специфическим опытом в оказании услуг одной или нескольким уязвимым группам, то имеет смысл привлечь такие организации для разработки и осуществления той части проекта.

Проблема для СКК заключается в том, каким образом согласовать амбиции СКК с возможностями потенциальных ОР и СР. К примеру, СКК может разработать заявку, которая охватывает все 10 регионов страны, но потенциальные ОР/СР могут захотеть работать только в пяти из них (например, потому что они уже имеют опыт работы в конкретных регионах или потому что они не имеют достаточных ресурсов, чтобы работать сразу во всех местах). Тут речь идет о географическом охвате, но та же самая проблема могла бы возникнуть в самых разных тематических областях: например, социальная маркетинговая организация хочет включать в проект свой продукт, который СКК не хочет включать; или существует только одно агентство, которое имеет хороший опыт в информировании относительно СПИДа во всех необходимых регионах, но из-за религиозных представлений, оно не готово пропагандировать и заниматься распространением презервативов. Таким образом, СКК должны уделить достаточно внимания составлению группы потенциальных ОР и СР, которые вместе смогут наилучшим образом выполнить поставленные в заявке задачи.

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Каким образом следует изменить наши процессы, чтобы соответствовать изменяющимся инструкциям в отношении двухканального финансирования и выбора ОР и СР?

- Что СКК должен сделать, чтобы выявить новых кандидатов на осуществление роли ОР и СР?

- Где место выбора ОР и СР в нашем общем процессе разработки заявки? Действительно ли важно выбрать их в самом начале или они могут отбираться уже после более полного составления содержания заявки?

Оформление и подача окончательного варианта заявки. Как только все компоненты и соответствующие разделы будут разработаны в черновом варианте и согласованы со всеми ответственными органами, их следует скомпоновать в единую заявку. Рекомендуется, чтобы лицо, которое не участвовало в процессе разработки отдельных компонентов заявки, проверило все разделы и убедилось, что в заявку включена вся необходимая информация и приложения.

Глобальный фонд предоставляет исчерпывающие инструкции относительно форматов, в которых следует подавать окончательные варианты заявок, требований к языку, разрешитель-

ных документов, которые должны быть представлены СКК, и методов предоставления заявки в секретариат.

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Какие Вы примете меры, чтобы все члены СКК получили окончательный вариант заявки и имели достаточно времени, чтобы дать свои комментарии по этому поводу?

- Необходимо ли принять меры для перевода заключительного варианта заявки? (Это может потребоваться, чтобы все члены СКК смогли ознакомиться и прокомментировать в целях обеспечения требований Глобального фонда к языку).

Поддержка постоянной связи. В случаях, когда задачи по практической разработке заявки делегированы СКК подгруппе или иным специалистам, необходимо обеспечить постоянное информирование всех членов СКК о ходе реализации процесса и о том, как разрабатывается содержание заявки. В то же время, лица, которые работают над конкретными компонентами заявки, не должны испытывать задержки из-за необходимости получать одобрение всего состава СКК по каждому отдельному виду деятельности или деталям их работы.

Все члены СКК должны хорошо понимать, что от них ожидается, когда потребуются одобрить заключительную версию заявки. В то же самое время, члены СКК должны постоянно следить за всеми последними обновлениями уже готового материала заявки, чтобы не тратить лишнее время при рассмотрении последнего варианта заявки.

Глобальный фонд выдвигает требование, чтобы все соответствующие заинтересованные стороны, которые принимают участие в процессе, постоянно получали информацию о ходе работы и о том, как они могут внести свой вклад в работу. Понадобятся определенные усилия, чтобы наладить связи с представителями маргинализированных групп. Предполагается, что члены СКК будут передавать информацию тем секторам и группам населения, которые они представляют; при этом СКК должен постоянно контролировать весть процесс передачи информации.

Ключевые вопросы, относящиеся к этому действию:

- Если разработка заявки делегирована СКК другим группам, какой уровень информированности нужен СКК и с какой регулярностью? Каким образом группа по разработке заявки будет отчитываться перед СКК?

- Какие механизмы будут использоваться в целях обеспечения постоянного доступа для всех заинтересованных сторон к информации относительно процесса разработки заявки?

- Какие шаги можно предпринять в целях обеспечения полного понимания членами СКК и другими заинтересованными сторонами получаемой ими информации?

Управление процессом разработки заявки. СКК являются комитеты, куда входят различные организации, а не исполнительные органы. Хотя СКК и несут ответственность за разработку заявки, но будет достаточно сложно добиться того, чтобы все члены СКК руководили процессом разработки. В ходе реализации прошлых раундов финансирования многие СКК создали небольшие группы по разработке заявки (или комитеты), что позволило им достаточно быстро выполнить большую часть необходимой работы. Роли этих групп могут меняться и будут зависеть от того, что необходимо в каждой конкретной ситуации. Некоторые рекомендации предоставлены ниже.

Группы по разработке определенных компонентов. Обычной практикой СКК является назначение различных групп для разработки каждого компонента болезни (если они планируют подавать заявку на несколько компонентов). Эти группы специалистов могут выполнять все или некоторые задачи, которые приведены ниже:

- обеспечение проведения общего анализа ситуации, относящегося к мерам, предпринятым в ответ на распространение болезни;
- определение общей направленности заявки на основании ситуативного анализа;
- определение процесса разработки заявки, который должен сопровождаться обоснованным временным графиком;
- координация процесса получения и рассмотрения более мелких заявок от широкого круга заинтересованных сторон для их возможной интеграции в общую заявку;
- написание или обеспечение написания окончательного варианта заявки по конкретному компоненту;
- обеспечения соответствующего документального оформления процесса разработки заявки;
- презентация содержания заявки СКК по конкретному компоненту заявки и организация разъяснений и внесения необходимых изменений.

Процесс разработки заявки может отличаться по каждому компоненту.

Почему нужна общая координация. В 5-м раунде один СКК создал технические рабочие группы с целью разработки каждого компонента заявки (ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия). Каждая соответствующая группа организовала более широкие консультации со всеми заинтересованными каждой темой сторонами, что позволило качественно разработать индивидуальные компоненты. Вместе с тем, не было уделено должного внимания вопросу согласования этих трех компонентов. В результате получилось много наложений, особенно в отношении мероприятий, нацеленных на укрепление системы здравоохранения. Несмотря на то, что каждый отдельный компонент был хорошо разработан, заявка в целом оказалась слабой.

Координационная группа заявки. Если Ваш СКК действительно создает группы разработки заявки для каждого компонента, мы также предлагаем, чтобы Вы создали отдельную группу, которая будет заниматься гармонизацией различных компонентов и координацией всего процесса разработки. Чтобы сделать этот процесс более эффективным, может иметь смысл, чтобы по крайней мере один член каждой определенной группы по компонентам принимал участие во встречах группы координации заявки. Последняя может выполнять все или некоторые из приведенных ниже задач:

- управлять всем процессом, особенно относительно выбора времени и определения рекомендаций по максимально широкому вовлечению участников;
 - ориентировать группы по разработке определенных компонентов относительно процессов, которые им нужно применять для разработки каждого компонента;
 - давать указания по определенным техническим вопросам, которые должен учитывать каждый компонент, таким как закупки, составление бюджета и мониторинг и оценка;
 - обеспечить гармонизацию всех различных компонентов между собой, особенно относительно межсекторальных проблем, таких как укрепление системы здравоохранения и требований, связанных с финансированием контрагентов;
 - написание или обеспечение написания разделов заявки, которые являются общими для всех компонентов — например, связанные с СКК и соответствием выдвигаемым требованиям;
 - объединять различные компоненты в единую заявку;
 - представлять содержание окончательной версии заявки СКК и организовывать разъяснение и внесение необходимых изменений в нее;
 - обеспечивать надлежащее документальное оформление всего процесса разработки заявки.
- СКК;
- представить одобренную окончательную версию заявки в Глобальный фонд.

(Изменение на этом подходе должно настроить дополнительные подкоманды, сосредотачивающиеся на технических областях приобретения, планирования и МиО).

Участие в группах по разработке заявки. Учитывая важность соблюдения принципа всеобъемлющего представления всех заинтересованных сторон, группы по разработке заявки должны включать в себя не только специалистов в технических областях, но также и представителей различных секторов и, если возможно, различных регионов. Заявка будет выглядеть значительно гармоничнее, если к ее разработке будут привлечены представители маргинализированных групп.

В группы по разработке заявки могут войти и не члены СКК, особенно те, кто обладает соответствующим опытом работы и готов уделить свое время участию в данном проекте.

Глобальный фонд рекомендует, чтобы кандидаты на финансирование на самых ранних стадиях разработки заявки налаживали отношения с различными партнерами в области технической поддержки, которые активно работают в сфере ВИЧ/СПИДа, туберкулеза или малярии. Установление предварительных контактов с этими партнерами выгодно и для кандидата на финансирование, и для партнеров с точки зрения планирования ресурсов (см. список партнеров в сфере технической поддержки в разделе «Руководство по техническому содержанию заявки» в гл. 2).

В целях повышения эффективности и организованности группы по разработке заявок не должны быть большими — не более чем десять человек. Чем больше участников в группе, тем тяжелее организовывать необходимые рабочие встречи и добиваться согласия по ходу процесса. Стоит помнить, что наличие небольшой основной группы не отменяет необходимости организации больших открытых консультаций относительно процесса и содержания заявки, к тому же, проведение таких консультаций поощряется Глобальным фондом.

Наконец, стоит отмечать, что участники группы должны участвовать в ее работе индивидуально. Их задачей является обеспечение составления заявки хорошего качества, которая основана на прозрачном процессе, а не обеспечение как можно более широкого представительства собственной организации или филиалов в заявке.

Привлечение консультантов. Поскольку члены СКК не всегда располагают достаточным количеством времени для разработки заявки, многие СКК нанимают одного или нескольких консультантов, чтобы помочь управлять процессом разработки заявки или фактически писать заявку. Мы считаем, что это может быть положительным моментом при условии, что консультант лишь помогает формулировать содержание, а группа разработки заявки играет основную, координирующую роль. Следует избегать привлечения консультантов для написания заявки, если у них нет достаточного понимания специфики проблем конкретного региона.

Обзор процесса со стороны СКК. Создание команд по разработке предложения не снижает ответственности СКК в целом за процесс подготовки предложения и его содержание. Это всего лишь способ, позволяющий СКК эффективнее управлять процессом. В самом деле, есть некоторые действия при разработке предложения, которые должны осуществляться только СКК, включая следующее:

- принять решения в самом начале процесса о подаче предложения в Глобальный фонд;

- обеспечить выполнение всех шести минимальных требований Глобального фонда, предъявляемых к СКК;

- обеспечить соответствие разрабатываемого предложения существующим национальным и региональным процессам;

- одобрить процесс подготовки предложения в целом;

- создать команду для подготовки предложения и определить ее полномочия;

- одобрить выбранные ОР;

- одобрить окончательное предложение перед подачей в Глобальный фонд.

Процесс соискания и рассмотрения заявок.

Как уже отмечалось выше, Глобальный фонд требует от СКК предоставить возможность всем заинтересованным лицам подавать заявки на возможное включение в консолидированное предложение в Глобальный фонд. Это требование может быть интерпретировано несколькими способами.

Возможные подходы. Одним из возможных подходов является открытое объявление СКК о подаче заявок без упоминания каких-либо критериев или разъяснений. Так поступали многие СКК. Преимуществом этого подхода является то, что он позволяет всем заинтересованным сторонам озвучивать свои идеи. Это дает им возможность подавать предложения как о направлениях, которые заслуживают внимания, так и о конкретных услугах и мероприятиях, которые необходимо реализовать.

Отрицательной стороной этого подхода является то, что СКК могут получать огромное количество заявок, что делает процесс очень громоздким. Для СКК может оказаться достаточно сложным собрать все разрозненные части и сформировать единое целое. Кроме того, если впоследствии лишь некоторые предложения найдут отражения в окончательном документе, то многие организации, потратившие время и силы на подготовку предложений, могут разочароваться в процессе в целом.

Другой подход заключается в установлении СКК определенных рамок и некоторых критериев до объявления о подаче заявок. Например, для 6-го раунда предложений по ВИЧ/СПИДу СКК в Марокко действовал согласно такой процедуре:

- 1) СКК разработал достаточно широкую схему предложения, включив цели, область предоставления услуг (ОПУ) и индикаторы;

- 2) СКК обеспечил соответствие схемы предложения национальному стратегическому плану борьбы с ВИЧ/СПИДом (который разрабатывался путем широких консультаций);

- 3) СКК объявил о подаче заявок на основе разработанной схемы; в своих предложениях заявители должны были дать серьезное обоснование вклада их предложения в реализацию общей программы;

4) при объявлении о подаче заявок СКК разработал критерии соответствия относительно стратегических и программных вопросов, географических приоритетов и уровня необходимого опыта и возможностей (например, накопленный опыт и история управления донорскими средствами и их размеры).

Использование ОПУ и индикаторов Глобального фонда облегчает для СКК задачу по составлению скоординированного предложения от страны на основе полученных предложений.

Пока участники процесса готовили свои предложения, СКК смог разработать элементы скоординированного предложения от страны (например, структуру СКК, анализ программ и перерывов в финансировании), которые не зависят от деталей реализации предложения.

Пример. Для 4-го раунда Шри-Ланка объявила об приглашении к подаче заявок на включение в страновое предложение. СКК организовал подкомитет для рассмотрения и отбора заявок на основе заранее определенных критериев. Был проведен ряд рабочих встреч и созданы комитеты по отдельным заболеваниям для проектирования предложения. Затем СКК в полном составе рассмотрел проект предложения, внес коррективы и подал в Глобальный фонд. Для предложения в 5-м раунде СКК Занзибара использовал подход с привлечением большого количества участников (более 40). Было проведено два форума по профилактике и лечению ВИЧ, а также другим вопросам, касающимся детей.

Интересно отметить, что поскольку СКК установил критерии соответствия для участников, объявление о подаче заявок не было открытым для всех. С другой стороны, СКК установил для участников принцип «зонтика», согласно которому участники должны были стремиться включить в свои предложения в качестве партнеров небольшие организации, которые самостоятельно не могли подать заявку (так случилось, что именно такое предложение было утверждено для финансирования).

Вариацией марокканского подхода может быть проведение СКК широких консультаций в каждом секторе, разработка широких рамок для скоординированного странового предложения, а затем объявление о подаче заявок. Этот подход может быть особенно приемлемым для стран, где национальная стратегия борьбы с этой болезнью (болезнями) готовилась без проведения широких консультаций или уже давно не пересматривалась.

Тем не менее, нужно ли делать предложение о подаче заявок открытым? СКК Занзибара при подготовке своего успешного предложения на 6-й раунд не прибегал к открытому объявлению. Процесс проходил следующим образом:

1) СКК определил потенциальных партнеров исполнителей и источники технической поддержки;

2) партнеры-исполнители приняли участие в пятидневном подготовительном форуме, где при поддержке со стороны консультантов, рассмотрели предложение СКК для 5-го раунда и определили цели, задачи, стратегии и индикаторы для предложения на 6-й раунд;

3) была сформирована группа по разработке предложения, в задачу которой входила координация планирования и написания предложения; эта группа, состоящая из 15 членов, включала представителей организаций-исполнителей и технических консультантов;

4) во время планирования и написания предложения (этот процесс занял пять недель) проводились консультационные совещания с участием партнеров-исполнителей и составителей предложения;

5) проект предложения анализировался партнерами-исполнителями.

Таким образом, лежащий в основе открытого объявления и безусловно важный принцип обеспечения участия всех секторов в разработке предложения может быть достигнут и другими путями. Пример Занзибара показывает, что Глобальный фонд готов принять альтернативу открытому объявлению.

Одной из задач, с которыми сталкивается СКК, является проведение такого процесса подготовки, при котором участие могут принимать как большие, так и малые организации, не усложняя при этом процесс.

Какой бы процесс ни выбрал СКК, помните, что он должен быть задокументирован и распространен среди заинтересованных сторон. Описание процесса должно содержать критерии, которые СКК будет использовать при рассмотрении предложений. Если СКК публикует открытое приглашение на участие, оно должно содержать критерии, которые будут использоваться при рассмотрении поданных заявок.

Подготовка открытого объявления о подаче заявок. В рекомендациях СКК не содержится советов по тому, как нужно готовить объявление. В некоторых документах Фонда содержится разъяснение о том, что «открытое объявление может предусматривать разные формы ... через печатные издания, радио, телевидение и Интернет». Это говорит о том, что объявление должно быть открытым для всех, т.е. любая заинтересованная организация может ответить на объявление. (Этот подход представляется наиболее предпочтительным. Например, для 6-го раунда один СКК, как мы знаем, опубликовал объявление для «установленных организаций». Несовершенство такого подхода состоит в том, что определение «установленных» организаций остается за СКК, и тут существует риск не допустить к участию организации, которые могут внести действительно полезный вклад).

Глобальный фонд не дает СКК шаблонов для объявления о подаче заявок внутри страны. Каждый СКК может самостоятельно разрабо-

тать свой собственный шаблон, но это не простое задание. В отсутствие шаблона некоторые СКК просят потенциальных участников использовать форму предложения, которую Глобальный фонд подготовил для скоординированных страновых предложений.

Это является проблемой, потому что такая форма предложения не предназначена для заявок внутри страны. Например, в этой форме содержится много разделов, посвященных самому СКК и ситуации внутри страны, а организации, принимающие участие в процессе, не уполномочены их заполнять.

Для оказания помощи СКК в этом процессе Aidspan подготовил проект шаблона, который СКК могут адаптировать к нуждам своей страны. Шаблон призван выполнить две основные функции: 1) дать возможность СКК получить информацию, которая позволит ему судить о приемлемости предложенного проекта, и 2) дать возможность СКК получить информацию в форме, которая облегчает впоследствии объединение разных предложений в консолидированное страновое предложение.

Пример шаблона, а также примечание об его использовании в связи с объявлением об участии содержится на вебсайте Aidspan: www.aidspace.org/aidspacepublications. Мы призываем вас прочесть сопроводительный текст, где обсуждаются различные вопросы использования шаблона и где содержатся советы по адаптации шаблона к разным типам объявления об участии.

Рассмотрение поданных предложений. Как уже отмечалось, Глобальный фонд требует, чтобы процесс рассмотрения предложений внутри страны был прозрачным и описанным в документах. В рекомендациях по работе СКК говорится, что «широкий круг участников, включая как членов СКК, так и других потенциальных участников» должен быть вовлечен в процесс подготовки предложения. Секретариат Глобального фонда понимает это требование так, что как члены, так и не члены СКК должны привлекаться в процесс рассмотрения предложения.

Если в соответствии с нашим предложением СКК создал команду по разработке предложения, то эта команда должна отвечать за рассмотрение полученных предложений и принятие по ним решения в целом или в отношении тех частей, которые войдут в скоординированное страновое предложение.

Критерии для рассмотрения предложений должны разрабатываться и распространяться вместе с описанием процесса подготовки предложения. СКК может также подготовить систему рейтинга для оценки поступающих предложений. СКК должен ответить всем организациям, которые откликнулись на объявление. СКК должен дать объяснение организациям, если их предложения отклонены или приняты лишь частично.

Другие вопросы для рассмотрения. Необходимость для всей участников следовать процессу. Как уже говорилось, требование Глобального фонда о том, что участники могут вносить свои предложения в формирование скоординированного странового предложения, можно понимать по-разному. Оно может означать, что страновое предложение формируется только из заявок, получивших одобрение. С другой стороны, оно может означать то, что СКК формирует костяк предложения, который дополняется предложениями участников.

Разница между этими двумя подходами размыта, потому что многие члены СКК пришли из организаций, заинтересованных в получении финансирования через предложенный проект. В силу членства в СКК они могут обойти установленный процесс подачи заявок и непосредственно внести в страновой документ свои требования на финансирование.

Aidspace считает, что важно не только соблюдать официальный и прозрачный процесс получения заявок, но обеспечить, чтобы его соблюдали все участники, включая государственные организации и основных реципиентов. Соблюдение требований не должно рассматриваться как угроза, это всего лишь возможность дальнейшего совершенствования и проверки предложений, которые поступают как от крупных организаций и установленных программ, так и от небольших организаций на уровне общин.

Избегать конфликта интересов. Как уже говорилось, многие члены СКК представляют организации, которые активно работают в программах по борьбе с ВИЧ, ТБ и малярией. Их членство в СКК и участие в команде по подготовке предложения могут создавать риск, потому что теоретически они в состоянии обеспечить защиту интересов своих организаций в предложении, которое они готовят. Этот потенциальный конфликт интересов может также возникнуть, когда организации, представленные в СКК, вносят свои предложения для включения в общий документ. Даже не члены СКК, которые приглашены для поддержки процесса разработки предложения в качестве консультантов, могут иметь потенциальный конфликт интересов, если они связаны с организациями, подающими свои предложения.

СКК обязан позаботиться о минимизации любых потенциальных конфликтов интересов путем обеспечения механизма, при котором все, кто управляет процессом, декларировали свои интересы и исключались из числа принимающих решения, если такие интересы имеются.

Например: при подаче заявок на 6-й раунд Глобального фонда СКК Кении включило список заявок с присвоенными баллами и дало четкие разъяснения о включении и невключении отдельных предложений; СКК Руанды присво-

ил баллы полученным заявкам на основе заранее установленных критериев; СКК Камеруна в списке заявок подробно описал причины принятия и непринятия; СКК Кот-д'Ивуара предоставил копии писем приглашений участникам на две рабочие встречи по составлению заявок. СКК подал список участников рабочих встреч, повестки дня этих встреч и план действий для обеспечения широкого участия заинтересованных сторон в процессе подготовки и подачи предложений.

Помощь потенциальным заявителям. СКК должен быть особенно заинтересован в обеспечении соблюдения потребностей нуждающихся и маргинализированных слоев населения в предложении, которое подается в Глобальный фонд. В силу природы бедности и маргинальности для этих групп населения будет сложно обеспечить адекватную защиту своих интересов в заявках, которые подаются в СКК. Кроме того, некоторые организации, особенно на уровне общин, могут не обладать необходимым потенциалом для подготовки качественного и полного предложения, которое может быть принято, а то и вовсе не иметь доступа к информации о процессе.

СКК должен рассмотреть эти вопросы и принять решение о конкретных действиях в

поддержку таких групп и организаций. Потенциальные действия могут включать следующее:

- обеспечить доступ этих групп к информации об открывающихся возможностях;
- обеспечить наличие необходимых документов на местном языке и недопустить наличия языковых или географических барьеров для участия;
- развеять некоторые мифы, которые бытуют в отношении подачи заявок в Глобальный фонд;
- обеспечить этих людей консультантами в процессе подготовки предложений;
- разработать критерии для подачи заявок с учетом бедности или требовать изменения предложенных стратегий, которые позволят включить маргинализированные группы;
- разработать процесс подготовки заявок таким образом, чтобы крупные признанные организации устанавливали партнерство с небольшими маргинализированными группами, действуя в качестве проводника для финансовой и технической помощи этим группам (см. пример Марокко).

Некоторые из этих действий требуют длительного планирования и инвестиции ресурсов. СКК как организация с широким членством может утвердиться в положении, позволяющем получить такую поддержку.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

Размножение ВИЧ можно остановить

Исследователи из Университета Айовы и Университета Небраски (UNMC) составили 3D-модель белка, который участвует в размножении вируса иммунодефицита человека. Ученые надеются, что полученная картинка поможет «заблокировать» репродуктивные способности вируса.

Коллектив под руководством доктора Дэвида Прайса, при участии Таира Таирова исследовал белок Tat, который играет ключевую роль в перестройке «клеточной фабрики» на вирусный лад. С помощью методов кристаллографии ученые исследовали структуру химического соединения и «зарисовали» ее. Оказалось, что белок Tat значительно изменяет свою конфигурацию и присоединяется к человеческому белку Р-ТЕFb, который помогает дублировать матричную РНК и создавать по зашифрованному в ней коду белки в клетке-хозяине. Ученым было известно, что именно белок Р-ТЕFb — мишень для вируса. Но он играет жизненно важную роль в метаболизме животной клетки, поэтому воздействовать на вирус, инактивируя Р-ТЕFb, нельзя. Без этого белка клетка погибает.

Однако у реакции присоединения всегда два реагента. Поэтому имело смысл присмотреться к белку, который атакует Р-ТЕFb. И в статье *Crystal structure of HIV-1T at complexed with human P-TEFb*, опубликованной 10 июня в журнале «Nature», ученые опубликовали 3D-модель вирусного «оружия», с помощью которого происходит перепрограммирование клетки. Как показала модель, белок Tat способен структурно «подстраиваться» под конфигурацию белка Р-ТЕFb. Таким способом он образует максимально плотный контакт с поверхностью регуляторного белка и перестраивает его работу под свои «надобности и интересы».

С помощью полученной структуры ученые смогли понять, почему белок Tat проявляет чрезмерную толерантность к различным последовательностям. Важно и то, что вирусное «оружие» способно изменить конфигурацию человеческого белка до неузнаваемости.

Исследователи уверены, что новые знания помогут найти вещества, которые блокируют комплекс Tat-Р-ТЕFb. «Чтобы не убить клетку и организм в целом, нужно инактивировать Tat-Р-ТЕFb и так запретить вирусу размножаться», — говорит доктор Прайс. Если ученым удастся создать «молекулярную преграду» во взаимодействии вирусного и человеческого белка, подобное средство (в комплексе с уже имеющимися медикаментами) не только остановит развитие инфекции в организме, но и позволит уничтожить вирус.

infox.ru

Премия «Красная лента» будет вручена ИПРСги

Международная коалиция по готовности к лечению ВИЧ в Восточной Европе и Центральной Азии (ИПРСги) получила в 2010 году премию «Красная лента» (Red Ribbon Award). Премия будет вручена представителям ИПРСги на Международной конференции по СПИДу в Вене в июле 2010 года.

Начавшись в ноябре 2006 года с рассылки 26 сообщений в месяц и нескольких подписчиков, сегодня ИПРСги объединяет более 740 организаций и активистов региона, с количеством сообщений, доходящих до 300 и более в месяц.

www.poz.ru



СВОБОДНОЕ ОБЩЕСТВО НА ФОНЕ ЭПИДЕМИИ

Сумеет ли человечество противодействовать СПИДу?***

Для того чтобы представить свое видение данной проблемы и попытаться нарисовать возможные сценарии ее решения, в ряде случаев придется отказаться от таких риторических приемов, как политкорректность, эвфемизмы и фигуры умолчания. Тяжелый и принципиально важный предмет обсуждения требует открытого разговора.

Прошло почти тридцать лет с тех пор как было зафиксировано начало эпидемии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека — ВИЧ-инфекции. Можно ли быть уверенными в том, что смертельная инфекция взята под контроль? И вообще, не сбились ли мы с пути в этом изнуряющем, полном жертв марафоне, в котором обязательно будет победитель? И можем ли мы до конца быть уверенными в том, что этим победителем непременно станет homo sapiens, а не вирус?

Было бы нечестно убеждать в том, что на эти вопросы не существует ответов. Однако суть этих ответов в значительной мере свидетельствует о нерешенности основной проблемы — в мире по-прежнему не выстроена эффективная модель противодействия, соответствующая масштабам глобального наступления эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Для того чтобы представить свое видение данной проблемы и попытаться нарисовать возможные сценарии ее решения, в ряде случаев придется отказаться от таких риторических приемов, как политкорректность, эвфемизмы и фигуры умолчания. Тяжелый и принципиально важный предмет обсуждения требует открытого разговора.

* Сельцовский Андрей Петрович — руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор; Мазус Алексей Израилевич — руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук.

*** «Стратегия России», № 5, 2010 г.

НЕОЛИБЕРАЛИЗМ И ПРИЗРАК «ЗАЩИЩЕННОГО СЕКСА»

Меры противодействия ВИЧ-инфекции начали складываться в организационные структуры и приобретать системные формы с середины 1980-х годов. В этот период заболевание, вызванное ВИЧ и получившее название СПИД, начало стремительно распространяться в США, а затем и в Западной Европе. Одновременно это заболевание именовали «болезнью гомосексуалистов» ввиду того, что примерно до 1987 года почти все ВИЧ-инфицированные принадлежали к группе лиц нетрадиционной сексуальной ориентации. Эти два обстоятельства, а именно: место первичного очага эпидемии (США и Западная Европа) и объект поражения (гомосексуалы) сыграли, с нашей точки зрения, принципиально важное значение для выстраивания всей последующей «архитектуры» антиВИЧ-кампании.

Появление ВИЧ как новой и тогда еще не вполне осознанной планетарной угрозы пришлось на период «триумфального шествия» по всему миру неолиберального капитализма. Неолиберальная риторика, основанная на идее «свободы личности», обладает достаточной силой убеждения и привлекательности, апеллируя к свободолобию, многокультурности и самоценности индивида.

Правда, сейчас критики неолиберального дискурса стали все чаще говорить о том, что либерализованный рынок оказался неотделим от процесса непрерывного наращивания ажиотажного потребления. Это способствовало форми-

рованию феномена неумеренного потребительства и появлению элит, прививших, в конце концов, моду на нарциссизм и гедонизм как норму жизни и распаливших в различных слоях населения жажду наслаждения и удовольствий любой ценой. Многие воспользовались добытой свободой для другого – специфического конструирования социально-культурного пространства: создания и потребления продуктов порноиндустрии, коммерциализации интимной сферы и вовлечения молодежи в проституцию, распространения наркомании и алкоголизма, романтизации и превращения в вариант нормы гомосексуальных отношений.

В число проповедуемых и защищаемых политических ценностей наравне с правами человека, верховенством международного права и международного правосудия вошла демократия западного толка, определяющая роль свободных выборов в процессе перехода «недемократических» стран к демократии.

С конца 1960-х до начала 1980-х годов тема бунта «свободной творческой личности» против государства была в центре западной культуры и искусства, а борьба за освобождение индивида от общественных обязанностей и ограничений – поводом для протестных выступлений молодежи. В этот период широкое распространение получают мультикультуральные практики.

Одним из основных понятий, составляющих суть взаимодействия многокультурного многообразного общества, выступает термин «группа идентичности». В неолиберальном контексте множественность форм человеческой идентификации выступает как одна из главных ценностей в современном мире. При этом этнические или этнокультурные идентичности выступают не как главные, а как равностатусные – наряду, например, с конфессиональными, гендерными, гражданскими и многими другими. При таком подходе группы сексуальных меньшинств также получили право претендовать на статус равнозначных и равноправных «групп идентичности». С этих позиций они активно выступили за признание за ними равных прав и собственного социально-культурного и правового пространства.

Проникновение ВИЧ-эпидемии в гомосексуальную среду не ослабило, а наоборот, усилило борьбу сексуальных меньшинств за легитимизацию их различий и потребностей. Трагические картины публичной медленной смерти от СПИДа многих выдающихся деятелей культуры и искусства (в их числе были и такие, как гениальный танцор Рудольф Нуриев и знаменитый певец Фредди Меркьюри) включили механизм мобилизации внутри этих «групп идентичности», а также в сочувствующих им кругах. Именно тогда, в 1980-е годы, в среде западных интеллектуальных и художественных элит начинают формироваться гражданские формы финансовой, психологической, правовой поддерж-

ки друзей и единомышленников, пострадавших от СПИДа.

В этой ситуации неолиберальный концепт свободной во всех своих проявлениях и ипостасях, но при этом все-таки защищенной, личности пришелся как нельзя более кстати. На его основе были сформированы соответствующие принципы и подходы, которые в скором времени превратились в базовые для всей системы противодействия эпидемии.

Одним из таких базовых принципов стали принципы «исключения риска» и «снижения вреда». Под «исключением риска» понимается модель «АВС» (abstain, be faithful, use a condom – воздержание, верность, использование презервативов). Принцип «снижение вреда» для лиц, использующих инъекционные наркотики, обеспечивается раздачей или обменом стерильных шприцев, игл и другого инструментария для обеспечения «безопасных» инъекций наркотиков. А использование презервативов – для «безопасного» секса лицам, практикующим «случайные» половые отношения. Идея «снижения вреда» опирается на признание того факта, что некоторые люди имеют склонность и всегда будут практиковать рискованное поведение.

Якобы неизменность человеческой природы и заставляет осуществлять практики, в которых предполагается добрая воля и помощь людей. Программы «снижения вреда» спланированы так, чтобы любой человек, пожелавший ими воспользоваться, мог бы без труда и, что главное, без посторонней помощи, в обстановке благожелательного и толерантного отношения к нему присоединиться к соответствующим практикам.

Не случайно в системе противодействия СПИДу значительное внимание уделяется предотвращению, сокращению и искоренению всех форм и проявлений стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ/СПИДом. А в докладе ЮНЭЙДС (2002) стигма и дискриминация трактуются как главные препятствия на пути к ослаблению последствий эпидемии, предотвращению новых случаев инфицирования, предоставлению ухода, поддержки и лечения.

В целом такой гуманистический подход совершенно справедлив. И необходимо настаивать на его повсеместном воплощении. Но в этой связи стоит обратить внимание на одно очень важное обстоятельство. Борьба против стигмы и дискриминации фактически предполагает изменение поведенческих, моральных, психологических норм и стереотипов большинства. При этом в международных документах вне зоны внимания остаются вопросы «вмешательства» в рискованное поведение, способное привести к заражению ВИЧ.

Таким образом, в мировой системе противодействия ВИЧ/СПИДУ понятия «снижение риска» и «снижение вреда» фактически стали синонимами понятию «профилактика СПИДа» и

явились альтернативой любому запрету или даже ограничению рискованного поведения. Реклама презервативов якобы гарантировала «безопасный секс». А мероприятия «заместительной терапии» (использование таблетированных форм наркотиков — метадона и бупренорфина — вместо инъекций) стали пропагандировать как эффективный метод предотвращения ВИЧ-инфекции.

В соответствии с таким подходом сложился и политкорректный понятийно-терминологический лексический словарь. Появились сложные аббревиатуры нейтрального содержания — ЛГБТ (лесби-гомо-би-транссексуалы) и ЛГБТ-организации; ЛЖВ (люди, живущие с ВИЧ) и др. В справочно-энциклопедических изданиях для массового читателя, в частности в электронной Википедии, указывается, например, на то, что крайне некорректным является выражение «жертвы СПИДа» (это якобы подразумевает беспомощность и отсутствие контроля). Некорректно называть детей с ВИЧ «невинными жертвами СПИДа». Согласно объяснительной модели, это подразумевает, что кто-то из ЛЖВ «сам виноват» в своем ВИЧ-статусе или «заслужил» его. Утверждается, что выражение «больной СПИДом» допустимо только в медицинском контексте, ведь большую часть жизни ЛЖВ проводят не на больничной койке.

Такое конструирование терминологической нейтральности и языковой политкорректности стало частью более широкого процесса — легитимизации гомосексуальных сообществ, их конвергенции с гетеросексуальным большинством.

В 1970–1990-е годы сексуальные меньшинства добились впечатляющих успехов в отстаивании своих прав. В ряде стран (Швеции, Канаде, Голландии, Бельгии) и в некоторых штатах США были законодательно разрешены однополые браки. Гей-сообщество превратилось во вполне уважаемых и коммерчески привлекательных потребителей. За эти годы сформировалась целая медиа-империя, направленная на целевую группу сексуальных меньшинств.

Гомосексуальность в ряде случаев приобрела манифестные формы — ее уже не нужно было скрывать, находясь на высоких государственных или политических постах. В 1997 году в британском влиятельном издании «Economist» в комментарии к книге Дэниэла Харрисона «Подъем и упадок гомосексуальной культуры» говорилось: «Если бы гомосексуальность была личным выбором человека, то сейчас бы было самое удачное время ее выбрать... В просвещенных местах (*странах Запада — А.С., А.М.*) появляются первые представители нового класса: молодые гомосексуалы, достигшие совершеннолетия в конце восьмидесятых, которые почти никогда не боялись оскорблений или физического насилия и для кого СПИД не ассоциируется с ужасными смертями друзей и ненавистью пуритан, а означает то же самое, что и для совре-

менных гетеросексуалов: всего лишь необходимость использовать этот раздражающий кусок латекса во время секса».

С середины 1980-х, под давлением массовых протестных выступлений, в борьбе со СПИДом началось сотрудничество ряда правительств с организациями сексуальных меньшинств, а также сообществами реабилитации инъекционных наркоманов. В результате многие ВИЧ-инфицированные, как из числа ЛГБТ, так и наркоманов, причем нередко практикующих, превратились в уважаемых высокостатусных функционеров в национальных и международных антиВИЧ/СПИД-структурах, формирующих стратегии глобального противодействия ВИЧ/СПИДу.

ДВЕ СТОРОНЫ ГЛОБАЛИЗАЦИИ ЭПИДЕМИИ

Глобализационный подход применительно к ВИЧ/СПИДу, как правило, подразумевает качественно-количественные параметры и динамические тенденции данного явления в его различных измерениях: регионально-географическом, социальном, демографическом. Разработана многофакторная система учета и анализа ВИЧ-показателей, характеризующих эпидемию в мире. К таким показателям относятся, в частности, совокупные и ежегодные данные о численности людей, живущих с ВИЧ, зарегистрированных «за отчетный период» инфицированных и умерших от СПИДа.

Глобальная статистика ВИЧ/СПИДа располагает оценочными данными о количестве инфицированных мужчин и женщин, взрослых и детей, людей различных возрастных групп, живущих как в высокоразвитых, так и в бедных странах. Многолетние динамические наблюдения позволили выделить определенные кластеры, по которым можно осуществлять типологические построения, выделять континентально-страновые и социально-возрастные группы уязвимости и группы риска, находить факторы глобального риска, обнаруживать социальные предпосылки и предвестники глобализации эпидемического процесса.

В частности, в числе существенных факторов глобализации эпидемии ВИЧ-инфекции выделяется катастрофическое распространение наркомании. По экспертным оценкам, в мире употребляют наркотики инъекционным путем до 5 млн человек. Проявлением глобализации называется дальнейшее нарастание эпидемического процесса не только в развивающихся странах, но и в промышленно развитых государствах, включая страны «Большой восьмерки».

Прозрачность государственных и социальных границ в современном мире привела к появлению относительно нового феномена — так называемого миграционного ВИЧ-компонента, который становится все более актуальным для

миграционно привлекательных стран. Доказано, что там, куда устремляются выходцы из стран с высокими показателями распространенности ВИЧ/СПИДа, регистрируется рост новых зарегистрированных случаев заражения. И это еще одна темная сторона процесса глобализации.

Однако, помимо этого, существует и другой аспект глобализации ВИЧ-эпидемии. И связан он с процессом складывания глобальной системы противодействия ей. В мире сложилась своеобразная «корпорация» влиятельных международных антиВИЧ/СПИД-организаций, которые формируют свою политику и действуют независимо от соответствующих национальных структур. В 1996 году была создана уже упоминавшаяся Объединенная программа ООН по СПИДу (ЮНЭЙДС), в которую вошли шесть агентств ООН: ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНЕСКО, UNPA (Фонд ООН по народонаселению), UNDP (Фонд ООН по развитию) и Всемирный банк. Еще одна представительная организация — Международное сообщество по вопросам ВИЧ/СПИДа (IAS) — объединяет более 10 тыс. исследователей, врачей и медицинских работников из 173 стран. Широкую известность в борьбе со СПИДом приобрели такие организации, как Глобальная бизнес-коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии, фонды Элтона Джона и Элизабет Тейлор, Билла Клинтона и Джорджа Сороса, Мелинды и Билла Гейтс. Кроме того, в мире действуют многочисленные НПО, специализирующиеся в различных формах борьбы со СПИДом.

Согласно некоторым теориям глобализации, непременным условием продвижения транснациональных практик, помимо прозрачных границ, стало глобальное гражданское общество. И если глобальные правящие элиты определяют приоритеты мирового развития и диктуют решения возникших проблем, то глобальное гражданское общество берет на себя задачу продвижения этих решений и формирует мировое общественное мнение. Постепенно появляется вненациональный комплекс норм и ценностей в массовом сознании, который претендует на то, чтобы стать приоритетным по отношению к национальным (местным) ценностям. В результате нередко происходит денационализация институтов изнутри — они как будто продолжают оставаться национальными, но по сути уже являются глобальными.

Представляется, что международная система реагирования на распространение ВИЧ-эпидемии во многом складывалась именно по такому сценарию. Для относительно быстрого продвижения фактически по всему миру антиВИЧ/СПИД-программ, сформулированных и запущенных в действие в США и развитых странах Запада, имелись все условия, а именно: либеральные отношения в экономически доминирующих странах, глобальные свободные рынки, большое число беднейших государств, не спо-

собных адекватно ответить на вызов, наконец, ослабленная, находившаяся в состоянии распада «мировая социалистическая система».

Советский Союз на последних этапах своего существования, а затем и конгломерат постсоветских государств, очень быстро превратившихся в страны третьего мира, на долгие годы утратили возможность стать самостоятельными мировыми центрами силы, способными противостоять ВИЧ-инфекции. Напротив, они оказались лицом к лицу с глобальной реальностью — мощными транснациональными корпорациями, утратившими свою узконациональную идентичность и вовлекающими в транснациональные практики множество стран и целые континенты. В настоящее время, например, правительства 6 государств бывшего Советского Союза — Белоруссии, Украины, Эстонии, Молдовы, Киргизии и Узбекистана — признали «заместительную терапию» как обязательный этап предотвращения и лечения ВИЧ-инфекции. На Украине метадоновые программы рекламируются по ТВ.

Крупнейшим мировым донором финансовых средств, направляемых на борьбу со СПИДом, в том числе по линии оказания гуманитарной помощи беднейшим странам, стало федеральное правительство США.

Президент США Дж. Буш сделал борьбу со СПИДом одним из приоритетных направлений внешней политики. В 2003 году был принят специальный «Закон о лидерстве США в борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией». На основании данного закона была учреждена должность Глобального координатора по борьбе со СПИДом и соответствующий отдел при Госдепартаменте США. Администрация президента США Дж. Буша не скрывала стремления увязать вопрос противодействия СПИДу с политикой Вашингтона на международной арене, в том числе с борьбой с международным терроризмом и продвижением свободы по всему миру.

Тем не менее, несмотря на значительный вклад в борьбу со СПИДом, государство, даже такое богатое и могущественное, как США, оказалось не способным в одиночку справиться с проблемой не только на глобальном уровне, но даже на собственной территории. Американское правительство вынуждено было пойти на сотрудничество с гражданским обществом на принципах сетевого взаимодействия. В результате для решения проблем, связанных с ВИЧ-эпидемией, сформировалась многокомпонентная, сложноуровневая — с развитой инфраструктурой вертикальных и горизонтальных связей — мировая сетевая антиСПИД-система. В нее вошли как международные, так и национальные, как государственные, так и неправительственные организации.

Если по тем или иным причинам государству стало выгодно уклониться от непосредственного решения определенных проблем, появилась

возможность переложить их на сетевое управление. Однако при этом следует понимать, что сетевая структура при непосредственном решении противоречивых проблем предполагает доминирование неправительственных структур. В этом случае при формулировании и реализации публичной политики государство остается открытым перед гражданским обществом.

За международными общественными организациями и движениями признается заслуга в том, что в политике многих государств появилось стремление решать проблемы прав человека, гендерных отношений, окружающей среды и СПИДа. Но нельзя не заметить и того, как по каналам сетевых структур в международном масштабе стали реализовываться проекты в интересах отдельных групп риска, а также собственно участников проблемных сетей.

Примером можно считать настойчивость, с которой неправительственные организации пытаются распространить повсюду практику обмена шприцев или «узаконить» регулярное проведение гей-парадов как «общепринятую и цивилизованную» норму поведения, как «дань уважения и внимания к особенностям стиля жизни стигматизированных социальных групп».

Финансовые возможности федерального американского правительства, помноженные на возможности неправительственного сектора, способствовали быстрому и повсеместному продвижению американизированной модели противодействия СПИДу. Ее до известной степени можно охарактеризовать в категориях принципа «макдонализации», разработанного Дж. Ритцелем – «ЕСРС» (эффективность, просчитываемость, предсказуемость, контроль). Количество реализованных презервативов, обменных шприцев и игл, проведенных семинаров и тренингов по «безопасному сексу» и «снижению вреда», объемы использованных лекарств и предметов ухода за больными – это то, что поддается счету, позволяет гарантировать качество и постоянный стандарт. Это то, что визуально и психологически презентует американскую культуру, ее мощь, богатство и универсализм. Это то, что вовсе не обязано опираться на традиционную культуру иного – не американского – происхождения, а напротив, то, что способно без ущерба для себя пренебрегать ею. Эффективное продвижение разработанных технологий в отдельно взятой стране обеспечивается представительством международных организаций в местных властях, а также в местном неправительственном секторе.

Учитывая обстоятельство, что проблемные сети отличает большое количество участников при ограниченной степени взаимозависимости, а стабильность и постоянство сетевых структур является предметом особой заботы и гордости их руководителей, можно понять, почему международные неправительственные организации повсюду так многочисленны и активны.

Кроме того, известно, что подавляющая часть средств, идущих на борьбу со СПИДом, особенно в беднейшие страны, попадает туда не напрямую, а через многочисленных американских посредников из числа коммерческих консалтинговых организаций, университетских медицинских центров, благотворительных фондов религиозных и других неправительственных организаций.

Таким образом, если не затрагивать медико-биологические аспекты борьбы с ВИЧ-эпидемией (это тема отдельного разговора), а остановиться на ее социально-политических или культурно-цивилизационных аспектах, то придется констатировать следующее. К настоящему времени американизированный подход к концентрированным эпидемиям, распространенным в так называемых группах риска (проститутки, наркоманы, гомосексуалисты), стал глобальной моделью для всех эпидемий, включая и генерализованные эпидемии, относящиеся к остальному – гетеросексуальному – населению. Ограниченные по своей разрешающей способности тактики «снижения вреда» стали, по сути, универсальным средством противодействия СПИДу.

В этой связи возникает один весьма важный вопрос: почему американские неоконсерваторы не внесли свою, казалось бы, существенно иную концептуально-идейную лепту в кампанию противодействия СПИДу? Ведь «неоконы» провозглашают приверженность сохранению, поддержанию и распространению в мире традиционных ценностей западной цивилизации. Возрождение авторитета традиционных социальных институтов, базовых ценностей семьи, школы, церкви относится к числу фундаментальных неоконсервативных идеологических постулатов. И если по многим другим позициям неолиберальный и неоконсервативный проекты совпадают, то в части приверженности традициям и осторожного отношения к активной социальной инженерии они более или менее отчетливо различаются.

Соответственно неоконсервативные ценности и подходы как будто вступают в явное противоречие с укоренившимися неолиберальными практиками разрешения проблемы СПИДа как в США, так и во всем мире. Однако на деле они не оказывают на последних сколько-нибудь заметного влияния. В период пребывания в Белом доме республиканской администрации во главе с Дж. Бушем неоконы имели возможность реализовать свои постулаты в реальной политике. Однако этого не произошло. Точнее говоря, такие попытки были, но они захлебнулись под натиском критики со стороны общественности. Программа воздержания, верности и использования презервативов – АВС – была фактически сведена на нет еще в начальной стадии своей разработки. В конце 2002 года США выделили 1,5 миллиарда долларов на разработку этой мо-

дели (Э.С. Грин. Исключение риска и снижение вреда в борьбе со СПИДом. Русский журнал; СПИД, рак и общественное здоровье. Том 13, 3(28) 2009, с. 33–45). Но авторитета и харизмы Дж. Буша не хватило на то, чтобы преодолеть подозрения в модальности требования воздержания и переломить ситуацию. В чем тут дело, разобраться не так-то и просто. Рискнем предположить следующее. Между этими двумя идейно-политическими движениями нет непреодолимой стены. Они взаимопроницаемы хотя бы даже потому, что в свое время неоконсервативное направление формировалось сторонниками либеральных и даже левых идей. По шутливому, но верному замечанию основателя ряда неоконсервативных изданий Ирвинга Кристола, неоконсерватор — это либерал, который схвачен за горло реальностью. Это обстоятельство позволяет разделять тех и других по тому, на какие проблемы те и другие предпочитают обращать большее внимание.

Основными предметами забот неоконсерваторов, без сомнения, стали внешнеполитические вопросы мессианского толка — распространение демократии, защита прав человека в мире, озабоченность внутренней политикой других государств. Для достижения поставленных целей используется вся мощь США, включая военную. На социальные программы неоконсерваторы тратят деньги не очень охотно.

В свою очередь, одной из отличительных черт неолибералов считается то, что общественные деньги они, наоборот, стараются тратить не на наращивание военного потенциала, а на другие, прежде всего гуманитарные цели. Как отметил один из идеологов американского неоконсерватизма Ричард Перл, эту свою склонность они распространяют на все.

Можно по-разному относиться к подобному рода суждениям, но судя по антиВИЧ/СПИД-политике в мире, это, скорее, похоже на правду. Озабоченные международными проблемами неоконсерваторы (терроризм, военные угрозы, энергетические проблемы и пр.) проблемы ВИЧ в значительной мере оставили «на попечение» неолибералам.

Как и во многом другом, новая администрация Белого дома в вопросах ВИЧ/СПИДа старается принимать компромиссные решения. Практически не претерпела изменения внешнеполитическая концепция борьбы со СПИДом. Летом 2009 года во время поездки в Гану Барак Обама заявил, что Соединенные Штаты продолжат работу, начатую его предшественником Джорджем Бушем, и выделяют 63 миллиарда долларов на улучшение системы здравоохранения в Африке, включая борьбу с инфекционными заболеваниями. Очевидно, что основная часть этих средств будет направлена на борьбу со СПИДом.

Вместе с тем признаки либерализации принципов борьбы со СПИДом в США, безусловно, есть. Барак Обама не только сумел провести че-

рез палату представителей Конгресса законопроект, предусматривающий выделение в 2010 году более 730 миллиардов долларов на финансирование программ в социальной сфере, но и после длительных дебатов 218 голосами против 211 был снят запрет на финансирование из федерального бюджета программ обмена шприцев и игл. С этого же года ВИЧ-инфицированным иностранцам разрешен въезд на территорию США, что также потребовало изменения федерального законодательства, а в марте 2010 года отменен крайне раздражающий неолибералов запрет на право быть донором для представителей гей-сообществ. Вместе с тем администрация Белого дома подтвердила приверженность и стратегии «исключения риска», выделив более 250 миллионов долларов на поддержку программ ABC.

Следует отметить, что во многом благодаря успехам современного здравоохранения в лечении больных ВИЧ-инфекцией это заболевание в последние годы прошлого века стало приобретать видимость неприятного, но «рядового» заболевания, с которым можно жить долгие годы. В высокоразвитых странах начала создаваться иллюзия высокой управляемости и контролируемости эпидемии. Общественное сознание обывателей начало привыкать к мысли о том, что с помощью приема соответствующих препаратов смертельно опасный вирус можно обуздать, превратив его в «хронический недуг». Родилась новая политическая конструкция, далекая от нозологии и классического понимания природы инфекционной патологии, закрепив за ВИЧ-инфекцией статус хронического заболевания. А в результате трудоемких и затратных, но в целом понятных, мер минимизации последствий распространения эпидемии вполне по силам взять под контроль.

В США и развитых странах Запада на массовом уровне постепенно исчез алармизм и пессимистические настроения по поводу неизлечимости ВИЧ-инфекции и сверхвысокой смертности от СПИДа. Противостояние эпидемии приобрело рутинные черты. А впечатляющая на первых порах динамика сокращения числа новых случаев заражения среди лиц, включенных в программы «снижения вреда», внушала определенный оптимизм. Апокалипсис для представителей цивилизации «золотого миллиарда» оказался отложенным на неопределенное время, а в надежде на научно-технологический прогресс и совсем отменен.

Кроме того, в этой модели особую ценность и значение приобрели волонтеры и функционеры из групп риска. Апологетика гражданской солидарности и взаимопонимания «равноправных групп идентичностей» конституировала опыт носителей рискованного поведения как «уникальный» и «бесценный». Ибо только сами представители секс-меньшинств и потребители наркотиков доподлинно знают изнутри, что и

как нужно делать. Ловушка, однако, состояла в том, что такой подход, помимо благих намерений противостоять СПИДу, был ориентирован в значительной степени на другое — на сохранение и воспроизводство самих сред рискованного поведения. Известно, например, что злоупотребление наркотиками среди сотрудников программ «снижения вреда» представляет серьезную проблему. И следующими после обмена шприцев и игл стали меры по предотвращению передозировки уже не только среди клиентов, но и среди специалистов, занятых в программах.

В 2007 году Ассоциацией государственных и территориальных подразделений системы здравоохранения США (ASTHO) и Центром по контролю заболеваемости в США (CDC) был проведен анализ случаев передозировок опиатосодержащими болеутоляющими средствами, применяемыми в США. Установлено, что из опиатосодержащих болеутоляющих средств на сегодняшний день на смену оксиконтину (ОхуContin) пришел метадон, ставший самым распространенным по частоте случаев передозировок препаратом.

В 2002 году передозировка опиатосодержащими болеутоляющими стала второй причиной непреднамеренной смертности в США после автотранспортных происшествий и пятой — среди общих причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, рака, инсульта и хронических заболеваний дыхательных путей.

Ущерб от гибели в результате передозировок опиатосодержащих препаратов, прежде всего метадона, оценивался в 2005 году в 9,5 миллиардов долларов, что сопоставимо со всем бюджетом, выделенным на программы борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Начавшаяся в последние годы в Западной Европе и некоторых регионах Юго-Восточной Азии эпидемия резистентного СПИДа, не восприимчивого к существующим лекарственным препаратам, обозначило новую проблему, о которой уже говорят специалисты, но которая диссонирует с устоявшейся конструкцией анти-СПИД-движения — фактического нивелирования успехов современного здравоохранения в способности эффективной помощи всем ВИЧ-инфицированным лицам.

Необходимость освоения новых территорий методиками борьбы с эпидемией «научно доказанными методами» потребовала создания устрашающей картины демографической деградации и массового поражения СПИДом других частей света — вначале тропической Африки, затем Южной и Юго-Восточной Азии, а также Восточной Европы.

Именно в эти регионы со своими программами и со своими средствами для обеспечения этих программ пришли многочисленные гуманитарные фонды, неправительственные организации и структуры.

Деятельность многих организаций осуществляется на фоне негативной и все ухудшающей-

ся прогностики по отдельным регионам. И если трагическая картина последствий эпидемии СПИДа на Африканском континенте и некоторых странах Азии очевидна, то Восточная Европа представляет регион с иными характеристиками эпидемического процесса. Якобы высокие и сверхвысокие показатели динамики распространения ВИЧ-инфекции в странах, которые были относительно поздно вовлечены в эпидемический процесс (Украина и Россия), становятся своеобразной дорожной картой и одновременно весомым аргументом для дальнейшего расширения и увеличения финансирования глобальной сети.

Кроме того, все чаще ситуация в стране вокруг ВИЧ/СПИДа становится политическим аргументом и средством борьбы с политическими и экономическими оппонентами. Так, американская неправительственная организация «Трансатлантические партнеры против СПИДа» (ТППС), в настоящее время ставшая частью Глобальной бизнес-коалиции против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии (GBC), распространяет искаженную информацию о якобы грядущей в недалеком будущем демографической катастрофе в связи со СПИДом в России. На основании этой информации готовятся специализированные доклады для Конгресса США, а также для западного бизнеса. Понятно, что такие данные не придают нашей стране ни инвестиционной, ни туристической привлекательности.

В прошлогодней публикации в американском журнале «The Atlanta Journal-Constitution» со ссылкой на отчеты ООН говорится о свирепствующем в России вирусе СПИДа, что якобы делает излишними всякие переговоры по вооружениям. Они-де уже становятся неважными, так как демографические ресурсы России и так истощены до предела. С другой стороны, на Украине противники «оранжевой» власти, депутаты Одесского облсовета от «Блока Натальи Витренко», потребовали запрета на реализацию «метадоновой» программы и отмены соответствующего приказа Минздрава Украины, изданного в 2006 году. Таким образом, казалось бы, сугубо социально-медицинская проблема стала инструментом политической предвыборной борьбы.

МИРОВОЙ КРИЗИС И ПЕРСПЕКТИВА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ СПИДу

Несмотря на определенные успехи медицины в лечении ВИЧ-инфекции и тенденции расширения и развития мировой системы противодействия СПИДу, признаки пробуксовки неолиберального подхода начали проявляться задолго до глобального финансово-экономического кризиса. Это нашло свое отражение как в характеристиках самого эпидемического процесса, так и в критическом осмыслении путей его преодоления. В международном сообществе

начался, причем благодаря усилиям, так сказать, «второстепенных» игроков, пересмотр ряда принципиальных положений, на которых зиждилась глобальная система противодействия ВИЧ-инфекции.

Под прицелом критики оказалось состояние международной статистики и учета. Известно, что сбор статистической информации о ходе эпидемии ВИЧ/СПИДа в мире, а также по регионам, осуществляется Объединенной программой по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). Соответствующие данные получают на основании результатов обследования определенных групп с последующей экстраполяцией на все население страны или региона. Таким образом, данные, представленные в глобальных докладах ЮНЭЙДС, носят оценочный характер. В последние годы специалисты ряда мировых центров по контролю за ВИЧ-инфекцией отмечают, что в докладах ЮНЭЙДС существенно завышается общее количество людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции в мире («The AIDS pandemic. The collision of epidemiology with political correctness» by James Chin, 2007).

Под давлением научной общественности в 2007 году ЮНЭЙДС вынуждена была пересмотреть оценку численности людей, живущих с ВИЧ в мире, и уменьшить на 16% показатель масштабов мировой пандемии по сравнению с 2006 годом. Официальное требование к ЮНЭЙДС откорректировать данные о масштабах эпидемии в стране в сторону уменьшения в несколько раз предъявило правительство Индии. Эпидемиологи Великобритании и США призвали ЮНЭЙДС снизить показатели эпидемии для Анголы, Зимбабве, Кении, Мозамбика и Нигерии на 70% (AIDS epidemic update, December, 2007. UNAIDS).

Идейный пересмотр программ «снижения вреда» начался не только в некоторых странах-реципиентах международной помощи, но в самих США. Так, американский ученый Эдвард Грин (Центр общественных и научных исследований, Гарвардский университет, США) указывает на то, что программы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции непреднамеренно пропагандируют определенные типы поведения, приводящие к инфицированию.

Ученый утверждает, что продолжается растрата миллиардов долларов на программы, которые приносят незначительный или отрицательный результат, а тема прав человека стала инструментом в продвижении программ, которые оказывают незначительный эффект. Он с горечью отмечает, что на международных конференциях аплодисментами встречаются выступления, в которых говорится о социально-политических и экономических причинах распространения ВИЧ-эпидемии и «зашикиваются» такие слова, как «верность» и «воздержание», если они вообще упоминаются.

Институт медицины национальной Академии США в 2006 году опубликовал фундамен-

тальный доклад, в котором рассмотрены все имеющиеся в мире факты применения программ «снижения вреда» («Preventing HIV infection among injecting drug users in high-risk countries» The national academies press. Washington, D.C., 2006). Ведущие эксперты из разных стран не нашли убедительных доказательств эффективности как метадоновых программ, так и программ обмена игл/шприцев. Напротив, в докладе приводятся данные, свидетельствующие о повышении распространенности ВИЧ-инфекции среди участников программ обмена шприцев.

ПОВЕСТКА ДНЯ ДЛЯ РОССИИ

Немало вопросов вызывает интерпретация экспертами ЮНЭЙДС эпидемиологических данных по России. Согласно им, распространенность эпидемии в стране более чем в 5 раз (!) превышает данные официальной статистики РФ, опирающейся на единую систему надзора, регистрирующую каждый случай заражения. По данным ЮНЭЙДС, российский показатель распространенности ВИЧ составляет более 1% от общей численности населения.

Разница в этих показателях носит принципиальное значение, так как, согласно принятой классификации уровня эпидемического процесса, доля ВИЧ-инфицированных в размере более одного процента означает, что в стране — генерализованная эпидемия. Можно предположить, что те международные и отечественные организации, которые пользуются данными завышенной статистики, делают это из коммерческих соображений в целях получения значительных объемов дополнительных финансовых средств на профилактические программы и закупку медикаментов.

Как и на глобальном уровне (ЮНЭЙДС), так и в России существует группа «исследователей» и специалистов здравоохранения, обеспечивающих научно-организационное обоснование этой деятельности.

Политическое руководство Российской Федерации в 2006 году на саммите G8 объявило о решении отказаться от получения гуманитарной помощи и возврате ранее выделенных России Глобальным фондом средств. Но в 2009 году Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией принял беспрецедентное решение о продолжении оказания нашей стране «помощи», нарушив установленную процедуру предварительной подачи официальной заявки со стороны нуждающегося в такой помощи государства. Естественно, такое решение было с воодушевлением встречено координаторами распределения этих средств, заинтересованных в формировании ложного впечатления у мировой общественности о неспособности России самостоятельно противостоять эпидемии.

Деятельность в рамках зарубежной международной «помощи» сконцентрирована на внедрении в России программ «снижения вреда» как основы профилактики ВИЧ-инфекции. Основными объектами реализации этих программ являются группы риска (наркоманы, проститутки, лица, практикующие промискуитет), но мероприятия, реализуемые в рамках этих программ в России, трансполированы на остальное население страны.

При этом практика показывает, что те регионы, которые смогли избежать «гуманитарной помощи» со стороны международных организаций в части работы с наркозависимыми людьми, имеют более низкую распространенность ВИЧ среди населения в отличие от тех регионов, где эта «помощь» оказывалась.

Говоря о ВИЧ-ситуации в России, легко впасть в две крайности. С одной стороны, нарицать относительно благополучную картину на фоне мировых очагов эпидемии. С другой, вслед за некоторыми «недоброжелательными» экспертами и заинтересованными отечественными учеными, чрезмерно сгустить краски. Но ни то, ни другое не будет отражать реального положения дел. Следует признать, что обстановка в России непростая и в целом отражает общемировые тенденции развития эпидемии.

Велико искушение назвать нынешний глобальный финансово-экономический кризис одним из главных вызовов современной мировой системе противодействия ВИЧ/СПИДу. В этом много правды, но не вся. Не следует упускать из виду, что этот колоссальный по своим масштабам и последствиям кризис мог бы оказаться моментом очищения, которое так необходимо нынешнему постиндустриальному обществу.

К сожалению, общество проявило неспособность к критическому самоанализу, к разумному самоограничению и саморегуляции. В этих условиях озаботиться тем, чтобы максимально сохранить в прежних объемах финансово-ресурсную поддержку соответствующих программ – не самое худшее, но уж точно самое неэффективное из всего того, что можно было бы предложить человечеству в качестве перспективы преодоления кризиса. Необходимы другие – ресурсо- и демосберегающие технологии.

Помимо медицинских достижений, самое лучшее, что выдумало человечество, укладывается в простые и понятные всем истины. Если угодно, то их можно назвать библейскими заповедями. Но все они базируются на принципах разумного поведения. Тогда как нынешняя модель борьбы со СПИДом фактически является борьбой с последствиями рискованного поведения.

Глобальные проекты завтрашнего дня, в которых Россия могла бы принять участие, должны предусматривать ряд весьма важных обстоятельств.

Во-первых, современные мировые процессы и явления, включая пандемию СПИДа, не могут

регулироваться из одного центра и носить унифицированный характер. При этом должна сохраняться культурно-цивилизационная, региональная и страновая дифференциация в подходах и методах противодействия пандемии.

Во-вторых, сегодня существенную проблему составляет выбор зарубежных партнеров. Как бы ни было привлекательно сотрудничество с немецкими, английскими и французскими научными центрами, реальные возможности такого партнерства в Европе существенно ограничены, а по вопросам стратегий профилактических программ могут рассматриваться только гипотетически. Германия, признав катастрофические последствия «пересаживания» наркоманов на тяжелый наркотик – медатон, предлагает использовать в качестве заместительной терапии «чистый» героин. Можно вспомнить обсуждение во время недавней встречи мэров столиц России, Германии, Англии и Франции проблемы гей-парада в Москве, проведение которого, по версии просвещенной Европы, стало бы в том числе признаком приверженности парадигме профилактики ВИЧ/СПИДа.

Очевидно, что именно США является приоритетным партнером для такого сотрудничества. Научно-исследовательские и практические центры Института здоровья (NIH) и Центра по контролю заболеваемости (CDC) – только надводная часть айсберга сложной многоуровневой системы обеспечения передовых технологий профилактики ВИЧ-инфекции, разработки новых лекарств и создания вакцин.

Особо следует отметить и то, что сегодня внутри этой системы с успехом работают наши соотечественники. Именно этот потенциал специалистов следует не только самым активным образом использовать в совместных проектах, но и создать условия для их полноценной работы в России. И здесь примером может служить не только опыт Китая, который в своем научном развитии опирается на китайскую научную диаспору, но и начавшийся в последнее время процесс возвращения российских специалистов в систему высшего образования и в наукоемкое производство.

Неоконсервативный подход к профилактическим программам противодействия СПИДу в США как нигде в мире имеет многочисленных сторонников как среди политиков, так и среди специалистов общественного здравоохранения, как на федеральном, так и региональном уровнях.

В третьих, накопленный опыт противодействия СПИДу показывает, что в некоторых вопросах настало время вернуться назад, но на более высоком уровне. Речь идет о феномене массового дилетантизма участников антиВИЧ/СПИД-программ. Нужно честно признаться, что массовые кампании «снижения вреда» имеют лишь отдаленное отношение к медицине.

Сложилось так, что сугубо специальные, требующие индивидуального подхода и глубоких знаний, способы профилактики и лечения этого тяжелого и пока еще неизлечимого инфекционного заболевания превратились в общественную деятельность энтузиастов-общественников, контролируемых к тому же не специалистами-эпидемиологами, а административными менеджерами, в распоряжении которых находятся огромные средства...

Подводя итоги, отметим, что в условиях кризиса глобальных проектов многие вынуждены пересматривать свои прежние позиции, предлагать иные решения и вступать в другие альянсы.

Россия при всех существующих проблемах, имея уникальный опыт и интеллектуальный потенциал, может внести свой вклад в отражение глобальной угрозы распространения пандемии СПИДа, но – с учетом того, что многие подходы нуждаются в корректировке.

Председатель Правительства РФ подписал распоряжение об оптимизации предоставления государственных услуг в сфере здравоохранения, сооправития, санэпидемиологического благополучия и потребительского рынка

Минздравсоцразвития России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти должно в 3-месячный срок внести изменения в свои нормативные правовые акты в части совершенствования контрольно-надзорных и разрешительных функций и оптимизации предоставления государственных услуг в сфере здравоохранения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка.

Соответствующее распоряжение № 768-р от 18.05.2010 г. «О совершенствовании контрольно-надзорных и разрешительных функций и оптимизации предоставления государственных услуг в сфере здравоохранения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка» подписал Председатель Правительства РФ Владимир Путин. Документом утвержден План подготовки нормативных правовых актов, направленных на реализацию мероприятий по совершенствованию указанных функций, в соответствии с которым в период до сентября 2010 года должны быть разработаны проекты 8 федеральных законов и 8 проектов постановлений правительства (включая проект постановления о внесении изменений в постановление Правительства РФ от 30.06.2004 г. № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека»).

В частности, Планом предусмотрена подготовка и внесение в Правительство РФ проекта федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с оптимизацией процедур лицензирования отдельных видов деятельности в сфере здравоохранения, социального развития, санитарно-эпидемиологического благополучия и потребительского рынка», предусматривающего переход от процедуры лицензирования к уведомительному порядку начала осуществления фармацевтической деятельности; медицинской деятельности, включая использование возбудителей инфекционных заболеваний, источников ионизирующего излучения, оказание высокотехнологичной медицинской помощи; деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники (до вступления в силу технического регламента о безопасности изделий медицинского назначения) и др.

Согласно распоряжению, Министерству здравоохранения и социального развития РФ надлежит организовать работу подведомственных федеральных служб и федерального агентства по внесению изменений в ведомственные нормативные правовые акты и ежеквартально представлять в Правительственную комиссию по проведению административной реформы доклад о выполнении плана. Внесение изменений в план осуществляется по решению

Правительственной комиссии по проведению административной реформы без внесения изменений в настоящее распоряжение.

Представители гражданского общества передали рекомендации шерпам «Большой восьмерки»

Помощник Президента Российской Федерации, российский шерп в «Группе восьми» и «Группе двадцати» Аркадий Владимирович Дворкович провел встречу с представителями крупнейших российских и международных неправительственных организаций (НПО), работающих в области здравоохранения, образования, продовольственной безопасности, охраны окружающей среды и ликвидации бедности. Встреча проходила в преддверии саммита «Большой восьмерки» в Мускоке (Канада), в июне 2010 года.

В ходе встречи, которая длилась более двух часов, представители гражданского общества смогли подробно обсудить приоритетные вопросы повестки «Большой восьмерки» и передали подготовленные ими рекомендации в адрес шерп «Группы восьми», которые должны быть учтены при разработке итоговых документов саммита.

В разработке рекомендаций и во встрече приняли участие эксперты НКО, представляющих интересы гражданского общества порядка 20 стран Восточной Европы, Кавказа и Центральной Азии, включая Открытый институт здоровья, Восточноевропейское и Центральноазиатское объединение людей, живущих с ВИЧ, Российскую общественную организацию «СПИД инфосвязь», Коалицию по готовности к лечению в Восточной Европе и Центральной Азии, программу «Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИД» фонда «Российское здравоохранение».

Традиция проведения консультаций в формате открытого диалога с представителями гражданского общества была заложена в период российского председательства в «Большой восьмерке» и стала развитием встречи «Гражданской восьмерки», прошедшей в Ванкувере 15–16 апреля 2010 г.

Разработчики рекомендаций, в частности, призывают лидеров стран «Большой восьмерки»: выполнить в полном объеме взятые ранее обязательства по содействию развитию в сфере укрепления систем здравоохранения и борьбы с инфекционными болезнями; заявить о дальнейшей поддержке деятельности Глобального фонда и обеспечить на предстоящем в октябре 2010 года в Нью-Йорке третьем раунде пополнения средств принятие обязательств по финансированию программ Глобального фонда в соответствии с потребностями в 2011–2013 годах и др.







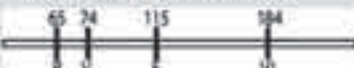




По итогам встречи Аркадий Дворкович заявил, что подготовленные ее участниками рекомендации будут учтены при разработке итоговых документов саммита «Большой восьмерки» в Мускоке. Он также предложил сделать подобные встречи регулярными и следующую провести после июньского саммита.







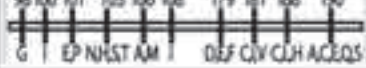

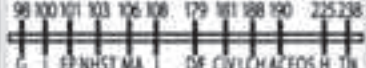



www.HIVpolicy.ru

Краткий справочник по антиретровирусным препаратам

Антиретровирусная терапия

2009

Действующее вещество Международное непатентованное название Торговое наименование Название фирмы-производителя	Суточная дозировка (см. также информацию по модификации доз во вкладыше)	Важные побочные эффекты* и мутации, приводящие к резистентности
Нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)		
AZT Азидотимидин Зидовудин Ретровир GlaxoSmithKline	По 3 капсулы 100 мг 2 раза в день или по 1 таблетке 300 мг 2 раза в день	 <p>Тошнота, чувство распирания в животе, головная боль, анемия, слабость</p> 
ЗТС Ламивудин Эпивир GlaxoSmithKline	По 2 таблетки 150 мг 1 раз в день или по 1 таблетке 150 мг 2 раза в день	 <p>Частота нежелательных явлений сопоставима с плацебо</p> 
СВУ: AZT/ЗТС (Комбинированный препарат) Комбивир GlaxoSmithKline	По 1 таблетке 2 раза в день (300 мг AZT + 150 мг ЗТС)	 <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах AZT и ЗТС</p>
АВС Абакавир Зиаген GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701	По 1 таблетке 300 мг 2 раза в день или по 2 таблетки 300 мг 1 раз в день	 <p>Реакция гиперчувствительности (РГЧ): лихорадка, сыпь, нарушение работы ЖКТ (вздутие, боль) и дыхательной системы. При отмене пр-та (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p> 
КВХ: АВС/ЗТС (Комбинированный препарат) Кивекса GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701	По 1 таблетке 1 раз в день (600 мг АВС + 300 мг ЗТС)	 <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах АВС и ЗТС. При отмене препарата (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p>
TZV: AZT/ЗТС/АВС (Комбинированный препарат) Тризивир GlaxoSmithKline Перед назначением рекомендуется тестирование на HLA B*5701	По 1 таблетке 2 раза в день (300 мг AZT + 150 мг ЗТС + 300 мг АВС)	 <p>Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах по AZT, АВС и ЗТС. При отмене препарата (РГЧ) повторное назначение противопоказано!</p>
ddI Диданозин Видекс Bristol-Myers-Squibb	Пациентам с весом < 60 кг По 1 капсул. 250 мг 1 раз в день Пациентам с весом ≥ 60 кг По 1 капсул. 400 мг 1 раз в день Принимать за 2 часа до или че- рез 1 час после приема пищи (2) (3)	 <p>Периферическая полинейропатия, редко панкреатит</p> 

TDF <i>Тенофовир</i> Виреад* Gilead Sciences	По 1 таблетке 300 мг 1 раз в день Возможны лекарственные взаимодействия Ⓡ		Редко нарушение функции почек по типу интерстициального нефрита с ↑ концентрации сывороточного креатинина, редко ↓ минеральной плотности костей и ↑ риска переломов 
FTC <i>Эмтрицитабин</i> Эмтрива* Gilead Sciences	По 1 капсуле 200 мг 1 раз в день		Редко гиперпигментация кожи ладоней и стоп 
TVD: TDF/FTC (Комбинированный препарат) Трувада* Gilead Sciences	По 1 таблетке (300 мг TDF + 200 мг FTC) 1 раз в день Возможны лекарственные взаимодействия Ⓡ		Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах TDF и FTC
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)			
NVP <i>Невирарин</i> Вирамун Boehringer Ingelheim	Первые 14 дней по 1 таблетке 200 мг 1 раз в день, затем по 1 таблетке 200 мг 2 раза в день		Сыпь, повышение трансаминаз, редко синдром Стивенса-Джонсона 
EFV <i>Эфавиренз</i> Стокрин Merck Sharp & Dohme	По 1 таблетке 600 мг 1 раз в день или по 1 капсуле 200 мг 3 раза в день		Заторможенность, головокружение, нарушения сна/яркие сновидения, сыпь, холестерин ↑ Противопоказан при беременности 
ETV <i>Этравирин</i> Интеленс Janssen-Cilag	По 2 таблетки по 100 мг 2 раза в день (всего 400 мг/сут) Принимать после еды		Сыпь, тошнота
Комбинированные препараты, включающие ННОТ и ННИОТ			
ATR: TDF/FTC/EFV (Комбинированный препарат) Атрилла* Bristol-Myers-Squibb & Gilead Sciences	По 1 таблетке (300 мг TDF + 200 мг FTC + 600 мг EFV) 1 раз в день		Побочные эффекты и профиль резистентности см. в разделах TDF, FTC, EFV Противопоказан при беременности
Авторы и редакция немецкой версии: Eva Wolf, Hans Jaeger info@jjjprax.de KES-Kuratorium für Immunschwache, München Перевод и редакция русской версии: Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИД Департамента здравоохранения города Москвы Подготовлено в рамках сотрудничества правительства Москвы с Землей Бавария			* - препараты не зарегистрированные в РФ Примечания: Данные по резистентности и лекарственному взаимодействию по вкладке 

ПРИМЕЧАНИЯ

- ① **Нежелательные явления (НЯ):** На фоне АРТ возможно развитие **липодистрофии**, либо в форме **липоатрофии** (истончение подкожной жировой клетчатки лица, конечностей) при приеме НИОТ (d4T + AZT, ddI), которая в редких случаях сочетается с гиперлактатемией, либо в форме **липогипертрофии** (увеличение массы висцерального жира в области живота, шеи и др.) (чаще при приеме ИП). Липогипертрофия часто сопровождается гиперлипидемией (триглицериды ↑, холестерин ↑). В редких случаях возможно развитие гипергликемии.
- ② Следует помнить о **высоком риске взаимодействия TDF** с другими антиретровирусными препаратами:
 - Не рекомендуется использовать TDF в комбинации с ddI. Если в такой комбинации есть необходимость, то дозу ddI снижают: ≥ 60 кг: 1 капс. по 250 мг 1 раз в день; <60 кг: 1 капс. по 200 мг х 1 р/д. Прием в такой комбинации возможен независимо от приема пищи.
- ③ ddI в комбинации с TPV/g принимается как жидким за 2 ч до или через 2 ч после приема TPV/g.
- ④ При одновременном приеме TPV/g и ABC отмечается уменьшение AUC (площадь под кривой) для ABC на 40%, клиническая значимость пока не ясна.
- ⑤ Одновременный прием ATV/g и ингибиторов протонной помпы (например, омепразола, эзомепразола) в связи со снижением концентрации ATV в крови не рекомендуется. Промежуток между приемом антагонистов H₂-рецепторов (например, ранитидина или фанотидина) и ATV/g должен составлять 10–12 часов; при этом рекомендуют контроль концентрации ATV в крови.
- ⑥ Применение **антагонистов ССRS** будет успешным при наличии у пациента **R5-тропного вируса** (примерно у 80% АРТ-наивных и примерно у 50% ранее получавших лечение). При наличии вирусов, тропных к Х4-рецептору, или вирусов с двойной тропностью применение антагонистов ССRS не рекомендуется.

Препараты, которые выпускаются также в форме раствора/порошка

НИОТ	AZT: раствор по 10 мг / мл; 25 мл х 2 раза в сутки 3TC: раствор по 10 мг / мл; 30 мл х 1 раз или 15 мл х 2 раза в сутки ABC: раствор по 20 мг / мл; 30 мл х 1 раз или 15 мл х 2 раза в сутки ddI: порошок; <60 кг: 250 мг х 1 раз в сутки, ≥ 60 кг: 400 мг х 1 раз в сутки FTC: раствор по 10 мг / мл; 24 мл х 1 раз в сутки
НИИОТ	NVP: раствор по 50 мг / 5 мл; дни 1–14: 20 мл х 1 раз в сутки, далее 20 мл х 2 раза в сутки EFV: раствор по 30 мг / мл; 24 мл х 1 раз в сутки
ИП	ATV: порошок по 50 мг / 1,5 г; 9 г х 1 раз в сутки FPV: раствор по 50 мг / мл; в виде комбинации FPV/g 700/100 мг х 2 раз в сутки LPV/g: раствор по 80 / 20 мг в 1 мл; 5 мл х 2 раза в сутки RTV: раствор по 80 мг / мл; 1,25 мл соответствует 1 капс. по 100 мг

Препараты, которые могут приниматься однократно в сутки (х 1)

Следует иметь в виду, что в Европе некоторые из перечисленных схем пока не лицензированы

NVP:	400 мг х 1:	по 2 табл. по 200 мг х 1 раз в сутки
LPV/g:	800/200 мг х 1:	по 4 капс. по 200 / 50 мг х 1 раз в сутки
SQV/g:	2000/100 мг х 1:	по 4 табл. SQV по 500 мг х 1 раз в сутки + 1 капс. RTV по 100 мг х 1 в сутки
FPV/g:	1400/100-200 мг х 1:	по 2 табл. FPV по 700 мг х 1 раз в сутки + по 1-2 капс. RTV по 100 мг х 1 раз в сутки у ранее не принимавших ИП пациентов
DRV/g:	800/100 мг х 1 раз в сутки	(дозировка изучается в клинических исследованиях)

Не рекомендуемые комбинации

- ddI не рекомендуется при одновременном приеме рибавирина у пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ВГ-С (концентрация ddI ↑, риск гиперлактатемии или лактацидоза ↑, риск панкреатита)
- ddI + TDF, особенно у пациентов, ранее не получавших лечение или имеющих высокую вирусную нагрузку и низкий уровень CD4-клеток
- ddI/d4T не рекомендуется во время беременности (в связи с малочисленными сообщениями о случаях лактацидоза с фатальным исходом)
- AZT/d4T (антагонистический эффект); 3TC + FTC или EFV+NVP (в связи с отсутствием аддитивных эффектов)
- d4T/ddI, ddI/ddC (дополнительный риск периферической нейропатии)
- ABC/3TC(FTC)/TDF и ddI/3TC(FTC)/TDF в тройной комбинации не рекомендуется вследствие низкой эффективности
- TPV/g/TMC125 (Этравирин) не рекомендуется вследствие уменьшения AUC (площадь под кривой) для TMC125 на 76%

Редко назначаемые препараты

НИОТ	d4T (ставудин, Зерит) Bristol-Myers-Squibb; Рекомендации ВОЗ: по 1 капс. х 2 раза в сутки, по 30 мг (в форме порошка: 30 мг х 2) НЯ: периферическая нейропатия, ↑ активности трансаминаз, липодистрофия. Мутации, вызывающие резистентность к терлапину: 41L 67N 70R 75M/S/A 184K.I 215 Y/F 219Q/E
НИИОТ	DLV (делавердин, Рескриптор)*; по 2 табл. по 200 мг х 3 раза в сутки, НЯ: сыпь; тошнота; диарея. Мутации, вызывающие резистентность к терлапину: 98G 1UCW/LTA3 1E64/M 1 D3>H/T-4/Y/T 181V 183C/L 150E 236L 318F
ИП	IDV (индикавир, Криксиван) Merck Sharp&Dohme, дозировка: IDV/g; IDV: по 2 капс. по 400 мг х 2 раза в сутки; RTV: по 1 капс. по 100 мг х 2 раза в сутки с большим количеством жидкости; НЯ: билирубин в крови ↑, почечные камни, паронихий, элиды в крови ↑. Мутации, вызывающие резистентность: 100 I/R/V 20K/M/R 24I 32I 36I 46I/L 54V 71X/T 73S/A 77I 82A/F/T/S 84V/A 90M
	NFV (неффинавир, Вирасепт) Roche Pharma; дозировка: по 5 табл. по 250 мг х 2 раза в сутки (в форме порошка детям от 2-х лет и старше по 45–55 мг/кг х 2 раза в сутки или по 25–35 мг/кг 3 раза в день) перед едой. НЯ: диарея, метеоризм. Мутации, вызывающие резистентность: 10F/T 30N 36I 46I/L 77I 82A/F/T/S 82V/A 84V/A 88D/S 90M

Новые антиретровирусные препараты и дозировки

Будут внедрены в ближайшее время (Новые препараты)

ННИОТ	TMC278 (рилпивирин) Tibotec, Janssen Cilag, Начало III фазы исследований в 2008 г., лицензирование в Европе не ранее 2011 г.
ИП	ATV (атазанавир, Реватаз) Bristol-Myers-Squibb; новая лекарственная форма: калс., по 300 мг; дозировка ATV/r: 300/100 мг x 1 раз в сутки.
	LPV/r (лопинавир/ритонавир, Калетра) Abbott; новая лекарственная форма: табл. LPV/r по 100/25 мг; для возможного сочетания с EFV или NVP в дозе 500/125 мг x 2 раза в сутки.
Ингибиторы интегразы	EVG (элвитегравир, GS-9137) Gilead Sciences; схема дозирования еще не определена; предположительно 1 раз в сутки по 50-150 мг. Бустирование с помощью RTV в дозе 100 мг. Мутации, вызывающие резистентность: 92Q 138K 140S 148R/H/K 155H
Ингибиторы входа	Викривирок (ранее SCH-D) Shering-Plough; схема дозирования еще не определена; предполагаемая доза 30 мг однократно в сутки, усиление с помощью RTV 100 мг и более, применяется только при наличии CCR5-тропного штамма ВИЧ.

Важные лекарственные взаимодействия

При применении ИП, ННИОТ и антагонистов CCR5 следует помнить о возможности многочисленных клинически значимых взаимодействий, которые в основном связаны с ингибированием или индукцией ферментов системы цитохрома P450 (в частности, изофермента CYP3A4). Среди препаратов из класса ИП RTV - самый сильный ингибитор CYP3A4, в связи с чем используется в качестве бустера для основного ИП в схеме лечения. Пожалуйста, обратите внимание на коррекцию доз при комбинации во вставке «Суточные дозы (мг) при комбинации препаратов».

- **Противопоказан** одновременный прием ИП/р с производными эрготанина или такими антигистаминными средствами, как **терфенадин** и **астемизол**. **Рекомендуемые** антигистаминные препараты: **цетиризин** или **лоратадин**.
- **Внимание:** при терапии, включающей ИП/р, возможно ↑ концентрации антагонистов кальция (например **нифедипина**, **никардипина**) и β-блокаторов в крови
- **Концентрация ИП ↓** при использовании противосудорожных/противозлеплетических средств (**карбамазепин**, **фенобарбитал**, **фенитоин**; фенитоин может использоваться в сочетании с ИП, но усиленным RTV)
- **Повышение концентрации карбамазепина** или **фенобарбитала** на фоне терапии, включающей ИП
- **Снижение концентрации фенитоина** возможно при приеме RTV или NVP → контроль концентрации фенитоина в крови. Концентрация DRV ↓ на фоне приема **карбамазепина**, **фенобарбитала** и **фенитоина**. **Альтернатива:** **вальпроевая кислота**
- **Повышение концентрации ингибиторов ФДЭ-5: силденафила** или **варденафила**, возможно также **тадалафила** на фоне терапии, включающей ИП/р. Стартовая доза должна быть снижена (напр. **силденафил** до 25 мг), а интервал до приема очередной дозы следует продлить до ≥ 48-72 часов
- Такие антиаритмики как **амиодарон**, **флекаинид**, **пропранолол**, **хинодин**, **лидокаин** **не рекомендуются** или **противопоказаны** при приеме RTV, LPV/r, FPV/r, SQV/r, DRV/r
- При приеме RTV **строго противопоказаны** такие анальгетики, как **петидин (меперидин)**, **пироксикам**, **пропиксифен**. **Альтернатива:** **парацетамол**, **оксикодон**, **АСК** (напр. **аспирин**), **кодеин**, **трамадол**
- **Рекомендуемые** прокинетики: **домперидон**, **метоклоприд**
- **Бупропион** (препарат применяется для отвыкания от курения) **противопоказан** в сочетании с RTV в дозе от 600 мг x 2 раза в сутки
- **Внимание:** концентрация экстази ↑ на фоне приема RTV; возможны тяжелые НЯ

Суточные дозы (мг) при комбинации препаратов











- NVP + LPV/r
200 x 2 + 600/150 x 2
Рекомендуется контроль концентрации LPV (см. также «Новые эффективные антиретровирусные вещества»)
- NVP + MVC
200 x 2 + 300 x 2
При приеме NVP в комбинации с SQV/r, DRV/r, FPV /r коррекции дозы не требуется (Рекомендуется контроль концентрации препарата в крови)
- EFV + LPV/r
600 x 1 + 600/150 x 2
Рекомендуется контроль концентрации LPV (см. также «Новые эффективные антиретровирусные вещества»)
- EFV + MVC
600 x 1 + 600 x 2
- EFV + ATV/r
600 x 1 + (300-400)/100 x 1
Рекомендуется контроль концентрации ATV
- При приеме EFV в комбинации с SQV/r, FPV /r, DRV/r коррекции дозы не требуется


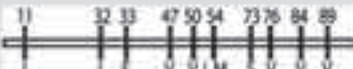







С целью уточнения необходимости в модификации дозы соответствующей терапии или наличия противопоказаний просим Вас, помимо изучения инструкции используемых препаратов, обращаться к настоящему справочнику – КС-Справочник по препаратам ВИЧ

Краткий справочник по антиретровирусным препаратам

Антиретрокирусная терапия

2009

Действующее вещество Международное непатентованное название Торговое наименование Название фирмы-производителя	Суточная дозировка (см. также информацию по модификации доз во вкладке)	Важные побочные эффекты* и му- тации, приводящие к резистентности
Ингибиторы протеазы (ИП)		
SQV Саквинавир Инвираса Roche Pharma	Усиленный ритонавиром: SQV/r SQV: по 2 таблетки по 500 мг 2 раза в день RTV: по 1 капсуле 100 мг 2 раза в день	 Тошнота, дискомфорт в области живота, триглицериды ↑, холестерин ↑ 
LPV/r Лопинавир/ритонавир Калетра Abbott	По 2 таблетки (200 мг лопинавира + 50 мг ритонавира) 2 раза в день	 Диарея (часто) триглицериды ↑↑, холестерин ↑ 
ATV Атазанавир Ремтаз Bristol-Myers-Squibb	Усиленный ритонавиром: ATV/r: ATV по 2 таблетки по 150 мг 1 раз в день RTV: по 1 капсуле 100 мг 1 раз в день ⑤ См. раздел «Новые АРВ препараты и дозировки»	 Гипербилирубинемия, реже желтуха, редко удлинение интервала QT, холестерин ↑ 
FPV Фосампренавир Телзир GlaxoSmithKline	Усиленный ритонавиром FPV: по 1 таблетке 700 мг 2 раза в день или по 2 таблетки 700 мг 1 раз в день RTV: по 1 капсуле 100 мг 1 или 2 раза в день	 Сыпь, диарея, триглицериды ↑, холестерин ↑, головная боль 
TPV Типранавир Аптивус* Boehringer Ingelheim	Усиленный ритонавиром TPV: по 2 капсулы по 250 мг 2 раза в день RTV: по 2 капсулы 100 мг 2 раза в день ①④	 Триглицериды ↑↑, холестерин ↑, повышение активности трансаминаз ↑↑, диарея 

<p>DRV <i>Дарунавир</i></p> <p>Презиста Janssen Cilag</p>	<p>Усиленный ритонавиром DRV: по 2 таблетки по 300 мг 2 раза в день RTV: по 1 капсуле 100 мг 2 раза в день</p>		<p>Головная боль, триглицериды ↑, холестерин ↑, редко сыпь</p> 
<p>RTV <i>Ритонавир</i></p> <p>Норвир Abbott</p>	<p>Используется в качестве усиления других ИП</p> <p>Дозировка по 1 капсуле 100 мг 1 или 2 раза в день</p>		<p>Триглицериды ↑, активность трансаминаз ↑, тошнота, диарея, периоральная парестезия (зависит от дозы)</p>
<p>Ингибиторы интегразы</p>			
<p>RAL <i>Ралтегравир</i></p> <p>Исентресс Merck Sharp & Dohme</p>	<p>По 1 таблетке 400 мг 2 раза в день</p>		<p>Редко</p> 
<p>Препараты, блокирующие проникновение ВИЧ в клетку/ингибиторы фузии</p>			
<p>MVC <i>Маравирок</i> ©</p> <p>Pfizer (находится в процессе регистрации в РФ)</p>	<p>Стандартное дозирование 1 таблетка 300 мг 2 раза в день В комбинации с рядом ННИОТ и ИП необходима коррекция дозы (см. во вкладыше)</p>		<p>Кашель, лихорадка, боли в мышцах и общего характера, боль в животе, головокружение</p>
<p>ENF (T-20) <i>Энфувиртид</i></p> <p>Фузеон Roche Pharma</p>	<p>По 1 мл (90 мг) 2 раза в день подкожно</p>		<p>Кожная реакция в месте введения, включая покраснение, зуд, отечность и другие признаки воспаления, редко тяжелые аллергические реакции, риск развития бактериальной пневмонии ↑</p> 
<p>При поддержке ЗАО «ГлаксоСмитКляйн Трейдинг»</p>  <p>ComCat280809</p>			<p>* - препараты не зарегистрированные в РФ</p> <p>Примечание: Данные по безопасности и лекарственному взаимодействию во вкладыше</p>

Важные лекарственные взаимодействия

Антигиперлипидемические препараты

Частое повышение уровня липидов крови на фоне терапии с применением ИП, в меньшей степени оно выражено при приеме НИОТ/ННИОТ (EFV).

Применение статинов (возможно также в комбинации с эзетимибом в основном при повышенном холестерине).

Рекомендуемые статины в комбинации с ингибиторами СYP3A4:

- **правастатин**, возможно **флувастатин**
- При применении **аторвастатина** необходим тщательный мониторинг и низкая стартовая доза. **Аторвастатин** не рекомендуется комбинировать с TPV/r

Не рекомендуются:

- **Симвастатин** и **ловастатин** вследствие выраженного ↑ концентрации данных препаратов в крови на фоне приема ИП/р

Применение фибратов, в основном при ↑ уровня триглицеридов, оказывает умеренный эффект при повышенном холестерине. Клинически значимых, фармакокинетических взаимодействий между фибратом, как напр. **гемфиброзил**, **безафибрат** и ИП или ННИОТ не описано.

- При комбинации фибратов и статинов повышается риск рабдомиолиза.

Психотропные средства

Антидепрессанты

- **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина** в качестве препаратов первой линии выбора у пациентов с ВИЧ-инфекцией:
циталопрам: концентрация циталопрама ↑ на фоне приема RTV; **эсциталопрам**; **флуоксетин**, возможно концентрация флуоксетина ↑ на фоне приема RTV, возможно концентрация флуоксетина ↓ на фоне приема NVP, концентрация ИП, EFV ↑; **пароксетин**, концентрация пароксетина ↑ на фоне приема RTV, концентрация пароксетина ↓ на фоне приема DRV/r; **флувоксамин**, возможно концентрация флувоксамина ↓ на фоне приема NVP, концентрация ИП, EFV ↑; **десипрамин** - в сниженной дозе; **сертралин**, концентрация сертралина ↑ на фоне приема LPV/r, RTV, концентрация сертралина ↓ на фоне приема DRV/r.
- **Трициклические антидепрессанты** (концентрация на фоне приема RTV, ATV, SQV/r ↑): **амитриптилин**; **доксепин**; **имипрамин**; **кломипрамин**.
- **Другие**: **миртазапин**; возможно **венлафаксин**.
- **Литий**, взаимодействий с АРТ не выявлено.

Не рекомендуются: препараты зверобоя, снижает уровни ИП, MVC и частично ННИОТ.

Атипичные нейролептики

Рекомендуются или не противопоказаны: **оланzapин**, взаимодействия до сих пор не выявлены; **рисперидон**, концентрация рисперидона ↑ на фоне приема RTV; **амисульприд**; **ламатридин**.

Не рекомендуются: **лимозид** и **клоzapин** на фоне приема RTV противопоказаны, клоzapин не рекомендуется (риск развития агранулоцитоза ↑).

Седативные препараты

Рекомендуются или не противопоказаны: **темазепам**, **лоразепам**.

Не рекомендуется: **мидазолем**, **триазолам**, **альпразолам** при приеме одновременно с ИП/р.

Метадон

Не рекомендован к применению в России, не имеет регистрации

Метадон метаболизируется в основном в системе цитохрома P450 изоферментом СYP3A4. По причине возможных взаимодействий с ННИОТ или ИП при необходимости проводят титрование дозы. Повышение дозы **метадона**, по-видимому, необходимо в случае комбинации с TPV/r, EFV или NVP, возможно также в комбинации с DRV/r, SQV/r, LPV/r, FPV/r или NFV. Клинически значимых взаимодействий с ATV/r и MVC не выявлено.

Суточные дозы (мг) при комбинации препаратов

• SQV	+	LPV/r
1000 x 2	+	400/100 x 2
• SQV	+	ATV/r
2000 x 2	+	300/100 x 2
• SQV/r	+	NVP
1000/100 x 2	+	200 x 2
• SQV/r	+	EFV
1000/100 x 2	+	600 x 2
• SQV/r	+	MVC
1000/100 x 2	+	150 x 2
• LPV/r	+	SQV
400/100 x 2	+	1000 x 2
• LPV/r	+	NVP
600/150 x 2	+	200 x 2
Рекомендован контроль уровня LPV(см. Новые препараты)		
• LPV/r	+	EFV
600/150 x 2	+	600 x 1
Рекомендован контроль уровня LPV(см. Новые препараты)		
• LPV/r	+	MVC
400/100 x 2	+	150 x 2
• Не рекомендована комбинация LPV с FPV, TPV или DRV		
• ATV/r	+	EFV
(300-400)/100 x 1	+	600 x 1
Рекомендован контроль уровня		
• ATV/r	+	SQV
300/100 x 1	+	2000 x 1
• ATV/r	+	MVC
300/100 x 1	+	150 x 2
• FPV/r	+	SQV/r
700/100 x 2	+	1000 x 2
• FPV/r	+	EFV
700/100 x 2	+	600 x 1
• FPV/r	+	MVC
700/100 x 2	+	300 x 2
• Не рекомендована комбинация FPV с LPV или TPV		
• TPV/r	+	MVC
500/200 x 2	+	300 x 2
• Не рекомендована комбинация TPV с другими ИП (как, например, LPV, SQV или FPV) или ETR		

Туберкулостатики/Антимикобактериальные средства

Взаимодействия с АРВП нужно учитывать в основном при назначении **рифобутами** или **рифампицина**:

- **Рифобутам** в комбинации с **ATV/r, SQV/r, LPV/r, FPV/r, DRV/r** или другим ИП, усиленные дозы **RTV**: дозу снижают до **150 мг х 3 раза в неделю**
- **Рифобутам** в комбинации с **EFV** повышают до **450 (-600) мг в сутки** или более **600 мг х 3 раза в неделю**.
- **Рифампицин** противопоказан для комбинации с **SQV/r** (гепатотоксичность); в связи с выраженным \downarrow концентрации противовирусных препаратов не рекомендуется комбинировать с **FPV/r, IDV/r, NFV, LPV/r, ATV/r** или **DRV/r**. В комбинации с **MVC** (без ИП/r) дозы **MVC** повышают до **600 мг х 2 раза в сутки**.
- Концентрация **кларитромицина** \uparrow на фоне приема ИП (19-94%). Снижение дозы **кларитромицина** в комбинации с **ATV/r** на 50%, необходима коррекция дозы также при нарушении функции почек.

Другие рекомендуемые антимикобактериальные средства: **азитромицин, этамбутол**.

Антикоагулянты

При комбинации с такими антикоагулянтами, как **дереваты кумарина** или **варфарин** с **ННИОТ** или **ИП/r** необходим тщательный контроль показателей гемостаза.

Внимание: концентрация **прозодовых кумарина** \uparrow на фоне приема **RTV** (\rightarrow потенциально повышенный риск кровотечения).

Резистентность

мутации см. на обратной стороне

• Основные мутации • Дополнительные мутации • Мутации, приводящие к восстановлению или повышению чувствительности ВИЧ к препарату

- К препаратам **ННИОТ** первого поколения и таким **ННОТ**, как **ЗТС/ФТС** выявляет специфическая мутация, вызывающая полную устойчивость (в классе **ННИОТ**, например **K103N**; **ЗТС** и **ФТС** - **M184V**).
- Для развития устойчивости к препаратам класса **ИП**, а также к некоторым **ННОТ** (например **ABC**) или ингибиторам интегразы, необходимо развитие нескольких первичных или одной первичной и нескольких дополнительных мутаций, либо наличие полиморфизма.

Мутации, вызывающие множественную устойчивость к препаратам класса ННОТ (Multi-drug resistance или MDR)

- **Q151M** + дополнительная **MDR-мутация** (**A62V, V75I, F77L** или **F116Y**) (только **Q151M** \rightarrow умеренная резистентность к **AZT, d4T, ddI, ddC, ABC**)
- **T69 Ins.**, т.е. мутация **T69S** + вставка 2 аминокислот (**SS, SB** или **SA**), в большинстве случаев в комбинации с **TAMs** (мутации к аналогу тимидина **M41L, D87N, K70R, L210W, T215Y/F** и **K219Q**)
- **T215Y/F** и как минимум 2-3 дополнительных мутации (за исключением мутации на фоне приема **ЗТС, ФТС**)

- **M184V, I** и/или **K65R** (или **T69 Ins.**) \rightarrow уменьшение способности вирусов к репликации ($\sim 40 - 70\%$)
- **M184V, I** \rightarrow возможно повышение чувствительности ВИЧ к **AZT, d4T, TDF** или восстановление чувствительности в присутствии некоторых мутаций из группы **TAM**
- **K65R** \rightarrow уменьшение чувствительности к **ddI, TDF, ABC, ЗТС, ФТС**, повышение чувствительности к **AZT** или восстановление чувствительности к **AZT** в присутствии некоторых мутаций из группы **TAM**
- **L76V** \rightarrow уменьшение чувствительности к **LPV/r, FPV/r, DRV/r**, повышение чувствительности или восстановление чувствительности к **ATV/r, SQV/r** и **TPV/r**
- **I50L** (изолированно или в комбинации с **A71V**) \rightarrow уменьшение чувствительности к **ATV**, повышение чувствительности к **NFV, LPV/r, FPV/r, SQV/r, IDV/r**
- **Полиморфизм/дополнительные мутации** в гене протеазы сами по себе не вызывают резистентность. Они восстанавливают способность ВИЧ к активной репликации, потерянную вследствие развития основных (первичных) мутаций.

- **DRV/r** + **MVC**
600/100 х 2 + **150 х 2**
- Не рекомендована комбинация **DRV** с **LPV** или **SQV**

- Вместе с **ИП/r** (за исключением **FPV/r, TPV/r**) необходимо согласование дозы:
MVC: 1 табл. по 150 мг х 2



- в комбинации с **FPV/r, TPV/r** или **NVP MVC** – дозировка стандартная :

- **MVC** + **TPV/r**
300 х 2 + **500/200 х 2**
- **MVC** + **FPV/r**
300 х 2 + **700/100 х 2**
- **MVC** + **NVP**
300 х 2 + **299 х 2**
- Вместе с **EFV** (без ИП) или **ETR**
MVC: 2 табл. по 300 мг х 2
- **MVC** + **EFV**
600 х 2 + **600 х 1**
- **MVC** + **ETR**
600 х 2 + **200 х 2**

ВИЧ-инфекция у детей

Достижения современной медицины позволяют ВИЧ-положительным детям жить полной и здоровой жизнью. Как и всем детям им, прежде всего, нужна заботливая и любящая семья, которая поможет им расти и становиться взрослыми. Об основных вещах, которые нужно знать родителям детей с ВИЧ, рассказывается в материале, выпущенном организацией «NAM» (Великобритания).

Развитие ВИЧ-инфекции у детей проходит иначе, чем у взрослых. Это имеет значение и для наблюдения, и для ухода и лечения ребенка. Врач, предоставляющий медицинскую помощь должен обладать знаниями и опытом для лечения наиболее юных людей, живущих с ВИЧ. У малышей, инфицированных ВИЧ во время беременности или родов, развитие ВИЧ-инфекции может проходить быстрее, и без лечения достаточно велик риск того, что ребенок серьезно заболит уже в первые годы жизни. Также ВИЧ-положительные дети медленнее развиваются и половое созревание у них начинается позже, однако в целом ВИЧ-положительные дети развиваются нормально.

Наблюдение за ВИЧ-инфекцией у детей. Как и для взрослых, главные анализы для детей, живущих с ВИЧ, — иммунный статус (количество клеток CD4) и вирусная нагрузка. Тем не менее, у детей иммунная система еще не до конца сформировалась и результаты этих анализов у них отличаются от результатов у взрослых. В норме иммунный статус детей гораздо выше, чем у взрослых. Среднее количество клеток CD4 у шестимесячного ребенка — 3000 клеток/мл, у годовалого — 1500 клеток/мл, а у детей до 6 лет — около 1000 клеток/мл. В возрасте от 6 до 12 лет иммунный статус детей стабилизируется и становится таким же, как у взрослых.

У ВИЧ-положительных малышей вирусная нагрузка может увеличиться до крайне высокого уровня (более 1 млн копий/мл) и постепенно снижаться в течение первых лет жизни. Точная причина этого неясна. Это отличает детей от взрослых, чья вирусная нагрузка в норме снижается до относительно низкого уровня (около 20 000 копий/мл) в течение первых месяцев после инфицирования ВИЧ.

Используя анализ на иммунный статус и вирусную нагрузку можно судить о развитии заболевания у детей, хотя это гораздо сложнее, чем у взрослых. Врачи рассчитывают риск того, что ребенок заболит, учитывая их возраст, иммунный статус и вирусную нагрузку.

Антиретровирусная терапия для детей. Антиретровирусные препараты могут использоваться для лечения ВИЧ-инфекции у детей. Хотя действие этих препаратов на детей изучено ху-

же, чем на взрослых, сейчас существует уже достаточно много данных. Тем не менее, как и у взрослых, у детей терапия может быть связана с неприятными побочными действиями и для ее эффективности терапию необходимо правильно принимать.

Для лечения детей существует меньше препаратов, чем для взрослых. Среди маленьких детей терапия может предотвратить болезнь и смерть в течение первых 18 месяцев жизни. Терапия также эффективна для более старших детей, многие из которых смогли прожить многие годы и стать подростками благодаря лечению. В странах, где начала применяться терапия, смертность среди ВИЧ-положительных детей снизилась более чем на 80%.

Так же, как и в отношении взрослых, решение о начале терапии для ребенка принимается индивидуально. Тем не менее, если у ребенка есть ВИЧ-ассоциированные заболевания или его иммунный статус быстро снижается, а вирусная нагрузка растет, следует назначать терапию. Врачи ориентируются на те показатели, о которых говорилось выше, чтобы определить, когда начинать лечение. Если по их расчетам риск появления СПИДа у ребенка в следующем году от 10% и больше — рекомендуется начинать терапию.

Антиретровирусная терапия должна назначаться детям до того, как их иммунная система будет значительно повреждена и они станут уязвимы перед серьезными, угрожающими жизни заболеваниями. Для взрослых этот момент обычно наступает при иммунном статусе ниже 200 клеток/мл. Для детей цифры могут быть иными. Для детей в возрасте до 12 месяцев, иммунный статус 750 клеток/мл равен «взрослому» 200. Для детей от года до пяти — эта цифра составляет 500 клеток/мл. После шести лет, как и у взрослых, о серьезном повреждении иммунной системы говорит иммунный статус от 200 клеток/мл и ниже. Некоторые врачи используют в качестве основного ориентира процентное количество клеток CD4.

Дозировки антиретровирусных препаратов у детей отличаются от дозировок для взрослых. Дозы могут возрастать со временем, так как они назначаются в соответствии с весом ребенка. Обычно детям назначают те же препараты, что и взрослым, но не в виде таблеток, а в виде жид-

кости. Детям также могут потребоваться более высокие дозы, чем взрослым, потому что их организм усваивает препараты быстрее. Для некоторых детей может быть необходимым назначение четырех препаратов, а не трех, как обычно назначается взрослым, так как у этих детей может быть очень высокая вирусная нагрузка. Обычная комбинация — три нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы и один нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы. Это означает, что если первый режим терапии окажется неудачным, ребенку могут назначить комбинацию с ингибитором протеазы. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы являются более предпочтительными для детей, так как они выпускаются в жидких формулах, которые нормальны на вкус и не вызывают тошноты и диареи.

Побочные эффекты. Антиретровирусные препараты могут вызвать неприятные побочные эффекты, включая липодистрофию — изменение распределения жировой ткани. Липодистрофия чаще встречается у более взрослых детей, вероятно из-за того, что они принимают препараты более длительное время. Побочные эффекты, такие как общее плохое самочувствие или диарея, могут вызвать дополнительные проблемы у детей. Как и в случае со взрослыми, если терапия привела к серьезным побочным эффектам, необходимо сменить препараты на другие, если существует такая возможность.

По счастью, существуют данные о том, что большинство побочных эффектов реже встречаются у детей, а если они и происходят, дети переживают их легче, чем взрослые. До сих пор неизвестно, почему это происходит. Возможно, что у детей реже встречаются особенности образа жизни, которые могут ухудшить побочные эффекты, например курение и алкоголь.

Соблюдение режима терапии. Для правильной работы антиретровирусные препараты должны приниматься строго по расписанию, по крайней мере в 95% случаев. У многих взрослых возникают проблемы с соблюдением схемы приема лекарств, а у детей трудностей может быть даже больше. Дети могут не хотеть принимать лекарства с неприятным вкусом или им может быть сложно принимать лекарство только натошак или вместе с едой. По счастью, рядом с детьми обычно всегда есть взрослый человек, который следит за тем, чтобы они принимали лекарства вовремя. Чтобы обеспечить правильный прием препаратов, тщательно продумайте, как схема лечения вашего ребенка отразится на вашем собственном образе жизни и жизни всей вашей семьи. Составьте четкий план, который обеспечит прием лекарств по расписанию. Не забудьте, что ваше собственное здоровье имеет ничуть не меньшее значение. Если вы также принимаете антиретровирусные препараты, составьте план,

который поможет вам делать это правильно. Не существует универсальных советов относительно того, как обеспечить правильный прием терапии ребенком. Вместо этого существуют отдельные стратегии, в соответствии с возрастом ребенка. Например, для детей до года можно вводить препарат через трубочку прямо в желудок. Сейчас разрабатываются режимы для приема терапии один раз в день, которые могут помочь детям более старшего возраста. Для того, чтобы дать лекарство малышу, некоторые родители пользуются шприцем без иглы, так как это позволяет ввести препарат в глотку ребенка, не касаясь его языка.

Более старшим детям часто помогает общение с другими детьми, которые регулярно принимают лекарства. Проблемы, связанные с соблюдением режима лечения, будут меняться со временем. Например, ребенок может захотеть поужинать у друзей или остаться у них ночевать. Необходимо будет следить, чтобы у ребенка всегда были дозы препаратов при себе. Также ребенку может быть сложно принимать препараты, когда он с друзьями, так как те будут спрашивать о том, что это.

Для того, чтобы справиться с такими ситуациями, нужно планировать их заранее. Однако и с этим могут быть сложности. Например, можно попросить другого взрослого проследить, чтобы ребенок принял препараты, но это может привести к необходимости раскрыть его ВИЧ-статус. Вероятно, необходимо будет обсуждать такие ситуации с лечащим врачом ребенка, который может подсказать, как можно с ними справиться.

Прививки. Обязательно обсудите с врачом прививки ребенка. Хотя в общем вакцинации безопасны для детей с ВИЧ, им нельзя давать живые вакцины. Это значит, что ребенку противопоказаны: прививка БЦЖ против туберкулеза, живая вакцина против полиомиелита или прививка против желтой лихорадки. Существует альтернативная прививка против полиомиелита, которая не является живой. Детям с ВИЧ обязательно нужны прививки против кори, свинки и краснухи, так как такая инфекция, как корь может нанести серьезный вред иммунной системе.

Детские болезни. Корь и ветрянка могут привести к тяжелым осложнениям у ВИЧ-положительных детей и необходимо немедленно обратиться к врачу при подозрении на эти инфекции.

Социальные вопросы. ВИЧ-положительные дети могут жить нормальной и, при адекватном лечении, здоровой жизнью. Тем не менее, как и ВИЧ-положительные взрослые они сталкиваются с предрассудками общества, переживают печаль, утрату, боятся болезни и смерти. Нет однозначного правильного совета о том, как по-

мочь ребенку справиться с этими трудностями. В большинстве случаев родителям понадобится помощь социального работника или психотерапевта, специализирующегося на работе с детьми. Помимо психологов, другие специалисты, с которыми может встречаться ваш ребенок, — врачи, медсестры — могут оказывать дополнительную поддержку.

Отвечая на вопросы. Предоставление ребенку информации о ВИЧ — это необходимый и длительный процесс. В большинстве случаев ребенок уже в раннем возрасте хочет знать, зачем они с мамой ходят в больницу, зачем ему анализы крови и лекарства. В раннем возрасте многие родители рассказывают о «плохих клетках», которые убивают «хорошие клетки» в крови и для борьбы с которыми нужны лекарства. Или о вирусах, которые как «маленькие жучки». Это позволяет обсуждать вопросы здоровья с совсем маленьким ребенком, не называя ВИЧ, а также предоставлять основную информацию о заболевании и сохранении здоровья.

К младшему подростковому возрасту необходимо откровенно и как можно полнее поговорить с ребенком о ВИЧ. Это позволит ребенку контролировать вопросы своего здоровья. Это также уменьшит страхи и тревожность и поможет ребенку почувствовать независимость, поддержать свою самооценку. Также возможно, что

ребенка будут расспрашивать о том, зачем он ходит к врачу, чем он болеет и т. д. Рассказывая ребенку о его заболевании, нужно также обсудить, что он будет отвечать на такие вопросы.

Существующие психологические исследования показывают, что желательно, чтобы к 12–13 годам ребенок уже знал, что у него ВИЧ, и понимал, что это значит, какие анализы он сдает и что за препараты принимает. Обычно к этому времени ребенок хочет принимать участие в обсуждении вопросов, связанных со своим лечением, и активно участвовать в принятии важных решений, связанных с ВИЧ.

Вырастая с ВИЧ. В мире все больше и больше детей, которые были инфицированы ВИЧ при рождении, вырастают и становятся подростками. В некоторых странах в клиниках, специализирующихся на ВИЧ, появляются подростковые кабинеты, в которых работают педиатры, наблюдавшие этих детей еще новорожденными. Детям с ВИЧ приходится справляться с новыми эмоциональными и социальными проблемами, становясь взрослыми. Необходимо заранее думать о том, что подростковый возраст может быть особенно «трудным возрастом» для ребенка, живущего с ВИЧ. И вероятно, он станет еще одним вызовом, который придется преодолеть семьям, в которых живут ВИЧ-положительные дети.

ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ ОТОВСЮДУ • ВЕСТИ

Круглый стол «Совершенствование законодательства о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» в Государственной Думе РФ

Комитет по охране здоровья Государственной Думы провел круглый стол на тему: «Совершенствование законодательства о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в котором наряду с депутатами приняли участие представители министерств и ведомств, органов государственной власти субъектов Федерации, ученые, специалисты лечебно-профилактических учреждений, представители общественных организаций. Участники мероприятия говорили о том, что туберкулез является комплексной социальной, экономической и медицинской проблемой, которая требует межведомственного подхода, законодательного обеспечения и принятия согласованных мер на всех уровнях государственной власти.

Ранее на прошедшем в Госдуме в апреле расширенном заседании Межфракционной депутатской рабочей группы депутаты уже обсуждали актуальность комплексного подхода к противодействию распространению ВИЧ-инфекции и туберкулеза в Российской Федерации.

Действующее российское законодательство о предупреждении распространения туберкулеза нуждается в совершенствовании, в том числе по вопросам принудительной госпитализации больных туберкулезом, миграционной политики в отношении больных туберкулезом иностранных граждан, обеспечения социальной поддержки для медицинских работников, подчеркнула на круглом столе председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Ольга Борзова. В частности, на уточнение гарантий медицинским и иным

работникам, участвующим в оказании противотуберкулезной помощи населению, направлен находящийся на рассмотрении в Государственной Думе законопроект, вносящий изменения в статью 15 Федерального закона № 77-ФЗ от 18.06.2001 «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Председатель Комитета Госдумы по охране здоровья отметила первоочередные задачи, решение которых должно способствовать более эффективной борьбе с туберкулезом в России. Среди них:

- разработка на федеральном уровне механизма межведомственного взаимодействия, организации и контроля за диспансерным наблюдением и лечением больных туберкулезом при их освобождении из пенитенциарной системы по решению суда;

- определение стратегии решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ);

- утверждение порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом и разработка положения о специализированных фтизиатрических учреждениях;

- обеспечение координации деятельности служб, ведомств, государственных и негосударственных организаций, занимающихся проблемами туберкулеза на уровне субъектов РФ, а также укомплектование кадрами фтизиатрической службы; усиление взаимодействия ведомств в организации и проведении мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза среди социально неблагополучных слоев населения на уровне субъектов РФ и муниципальных образований.

www.HIVpolicy.ru

Дорогие папа и мама!
Я обещаю вести себя хорошо
и не баловаться.

Но и вы
тоже
обещайте
не баловаться

НАРКОТИКАМИ !!!



ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПАЦИЕНТОВ И ПАЦИЕНТСКИХ ОБЩЕСТВ

Для консолидации усилий партнерских организаций и выработки общей стратегии защиты прав пациентов Всероссийский союз общественных объединений пациентов (Всероссийский союз пациентов), Общественный совет по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, ведущие российские общественные объединения пациентов провели в Москве Первый всероссийский конгресс пациентов и пациентских обществ. В конгрессе приняли участие представители 75 организаций, объединяющих пациентов и инвалидов и/или защищающих их права, а также Минздравсоцразвития РФ, Российской академии медицинских наук, Ассоциации российских фармпроизводителей и др.

Основной целью конгресса было обсуждение проекта Декларации о правах пациентов в России, которая должна «стать сводом наиболее существенных прав пациентов, зафиксировать базовые подходы к реализации этих прав, консолидировать усилия пациентских обществ с усилиями государства». В числе ключевых вопросов участники конгресса отметили необходимость усовершенствования норм законодательства в области защиты прав пациентов, определения наиболее актуальных проблем российских пациентов и координации усилий пациентских организаций, формализации важнейших общественных инициатив в сфере охраны здоровья.

В своем выступлении на конгрессе заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ В.И. Скворцова поддержала инициативу по разработке Декларации о правах пациентов и отметила, что усилия общественных объединений по защите прав пациентов целесообразно скоординировать с проводимой в министерстве работой по разработке проекта федерального закона об охране здоровья.

На конгрессе также выступили председатель общероссийской общественной организации «Союз потребителей Российской Федерации» депутат Государственной Думы РФ нескольких предыдущих созывов П.Б. Шелищ, временно исполняющая обязанности руководителя Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор) Е.А. Тельнова, зам. председателя Форумного комитета РАМН П.А. Воробьев и другие. С приветствиями к участникам конгресса обратились первый заместитель руководителя фракции «Единая Россия» в Госдуме Т.В. Яковлева, президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль, председатель Комиссии по здра-

воохранению и экологии Общественной палаты РФ Е.Е. Ачкасов и др.

Проект Декларации о правах пациентов в России был подготовлен на основе законодательства Российской Федерации и с использованием опыта таких международных документов, как Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (Европейское соглашение по правам пациента, Амстердам, март 1994 г.), Европейская хартия прав пациентов (рабочая группа представителей государств-членов ЕС, Рим, 7 сентября 2002 г.), Хартия основных прав Европейского Союза (Ницца, 7 декабря 2000 г.).

Документ предусматривает четырнадцать основных прав – на профилактику болезней, на доступную медицинскую помощь, на информацию, на информированное согласие, на свободу выбора методов лечения и исполнителей медицинских услуг, на частную жизнь и конфиденциальность, на уважение времени пациента, на соблюдение стандартов качества медицинской помощи, на безопасность, на доступ к инновационным методам, включая диагностические, на исключение боли и страданий, на индивидуальное лечение, на выражение жалоб и претензий, на возмещение имущественного или морального ущерба, нанесенного действием или бездействием медицинской организации. К этим четырнадцати добавлены право родных и близких пациента на информацию и участие в процессе лечения, а также право пациента «на защиту всеми способами, не запрещенными законом».

Для реализации перечисленных прав и контроля их соблюдения должны быть использованы такие гражданские права, как право на деятельность в интересах общества; право на деятельность для представления интересов пациентов; право на участие в формировании политики в области охраны здоровья.

Предполагается, что Декларация прав пациентов будет реализовываться на всех уровнях – общероссийском, субъектов РФ и муниципальных образований. В Декларации говорится, что она выражает консолидированное мнение гражданского общества о необходимости принятия в России мер по созданию более совершенных механизмов реализации прав пациентов, улучшению правовых норм и механизмов защиты прав. «Основой этих процессов должна быть максимальная открытость. Ни одно решение, способное повлиять на систему охраны здоровья, не должно приниматься государством без

общественных слушаний», — подчеркивается в документе.

После обсуждения проект Декларации был принят за основу. Сформирована редакционная комиссия по его доработке, в окончательной редакции Декларацию планируется опубликовать в июне с.г.

ДЕКЛАРАЦИЯ О ПРАВАХ ПАЦИЕНТОВ В РОССИИ

Проект

Настоящая Декларация о правах пациентов в России разработана на основе:

- Декларации о политике в области обеспечения прав пациента в Европе (принята Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994);

- Европейской хартии прав пациентов (разработана рабочей группой представителей государств-членов ЕС, проект обсужден в Риме 7 сентября 2002 г. при поддержке Инициативы Active Citizenship Network и European Charter of Patients Right);

- Хартии основных прав Европейского Союза¹;

- законодательстве и нормативно-правовых актах Российской Федерации;

- теории и практики охраны здоровья, медицинской помощи и защиты прав пациентов в России,

и принята Первым всероссийским конгрессом пациентов 28 мая 2010 года в Москве.

Преамбула

Несмотря на конституционные и законом данные права пациентов России, различные условия и барьеры продолжают ограничивать доступ многих людей к необходимой медицинской помощи, что приводит к ухудшению их здоровья и преждевременной смерти. Невозможно мириться с тем, что права, установленные законами, не соблюдаются, тем более что руководством страны объявлен курс на создание правового, социально ориентированного государства. Государство и общество должны находить механизмы взаимодействия и взаимопонимания, которые позволят решать проблемы как отдельных граждан, так и больших групп населения. Эти механизмы должны включать в себя неукоснительное соблюдение прав, что достижимо только при открытом диалоге, направленном, в

частности, на наиболее эффективное использование ресурсов здравоохранения и оптимизацию расходов.

Настоящая Декларация базируется как на основании российского законодательства, так и учитывает самые современные мировые достижения в области прав пациентов. Четырнадцать основных прав — это права: на профилактику болезней, доступность медицинской помощи, информацию, информированное согласие, свободу выбора, частную жизнь и конфиденциальность, уважение времени пациента, выполнение стандартов качества медицинской помощи, безопасность, инновации, исключение боли и страданий, индивидуальное лечение, жалобы и компенсации. К этим четырнадцати правам следует добавить еще два права: право родных и близких пациента на информацию и принятие решений в отдельных ситуациях, а также право пациента на защиту.

Настоящая Декларация выражает консолидированное мнение гражданского общества о необходимости принятия в России мер по созданию более совершенных механизмов реализации прав пациентов, улучшению правовых норм и механизмов защиты прав. Основой этих процессов должна быть максимальная открытость. Ни одно решение, способное повлиять на систему охраны здоровья, не должно приниматься государством без общественных слушаний.

Декларация обращается к гражданскому обществу, институтам государства и ко всем тем, кто может своими действиями способствовать защите или реализации этих прав. Поскольку Декларация отражает сегодняшнюю российскую действительность и касается современного развития медицинского обеспечения, возможно, в будущем она будет перерабатываться и развиваться.

Реализация положений Декларации должна стать приоритетной задачей любых объединений активных граждан, которые занимаются вопросами прав пациентов, но она обращается также к специалистам здравоохранения, к администраторам, государственным органам, законодателям и правоохранительным органам.

Первый всероссийский конгресс пациентов и обществ пациентов считает необходимым принять настоящую Декларацию о правах пациентов в России для принятия государством изложенных в Декларации норм, приведения политики и законодательства в соответствие с ними.

Часть 1. ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Право на профилактические мероприятия

Каждый человек имеет право на необходимые и своевременные мероприятия для предупреждения болезней.

¹ 30 марта 2010 г. Европейский Парламент, Совет и Комиссия ЕС приняли новую версию Хартии основных прав человека Европейского Союза (документ 2010/C 83/02, опубликован в Официальном бюллетене ЕС, № 83 за 2010 г.), по тексту «Хартия-2010».

Учреждения здравоохранения обязаны преследовать эту цель, при этом они должны вести разъяснительную работу среди населения, обеспечивать регулярное проведение бесплатных мероприятий для различных уязвимых групп населения, обеспечивать доступность результатов научного поиска и технологических инноваций для всех граждан.

Государство должно вести ответственную политику в сфере обоснованности профилактических мероприятий, адекватно и осознанно оценивая соотношение опасности профилактической кампании и реальной опасности заболевания для общества.

1.2. Право на доступность медицинской помощи

Каждый человек имеет право на доступность медицинских услуг, необходимых для его здоровья.

Каждый человек имеет право на необходимое и своевременное лечение.

Каждый человек имеет право на неотложную амбулаторную или стационарную медицинскую помощь.

Система здравоохранения должна обеспечить одинаковую доступность для всех граждан — без дискриминации на почве финансовых средств, места проживания, вида болезни или времени обращения за медицинской помощью.

Система здравоохранения должна не допускать появления заболеваний, а при возникновении устранять их в максимально ранней стадии развития.

Государство должно устранить барьеры к медицинской помощи в виде платности обслуживания в государственных и муниципальных учреждениях, полисов ОМС, места жительства и иных подобных условий.

Лекарственное обеспечение жизненно важными и необходимыми лекарственными средствами должно быть бесплатным. При этом государство должно принять меры к тому, чтобы на рынке лекарств не было препаратов с недоказанной эффективностью и безопасностью.

Человек, страдающий редкой болезнью, имеет такое же право на необходимое лечение и лекарственные средства, как люди с распространенными заболеваниями.

1.3. Право на информацию

Каждый человек имеет право на доступ к информации о состоянии его здоровья, здравоохранении и возможностях использования системы здравоохранения, обо всех применяемых в медицинской практике методах и средствах. Эта информация должна быть основана на результатах соответствующих исследований и технологических инновациях.

Исполнители медицинских услуг и специалисты здравоохранения обязаны предоставлять

пациентам полную информацию о правах пациентов.

Органы здравоохранения, исполнители медицинских услуг и специалисты здравоохранения должны предоставлять необходимую пациенту информацию по его требованию или просьбе в ходе реализации пациентом его прав, при этом следует учитывать религиозные, этнические и языковые особенности пациента.

Информация не может быть предоставлена гражданину против его воли. Письменная форма информирования не должна заменять общение врача и пациента. Информация не может предоставляться пациенту в грубой форме или в виде одолжения, пациент имеет право на уважительное и гуманное к себе отношение.

Исполнитель медицинских услуг и медицинский персонал должны общаться с пациентом на языке, который он понимает, и таким образом, чтобы сказанное было понятно человеку без медицинского образования.

Система здравоохранения должна сделать информацию легко доступной, снять бюрократические барьеры в сфере доступа к информации, обучать исполнителей медицинских услуг информированию, изготавливать и распространять информационные материалы.

Каждый пациент имеет право на ознакомление со своей медицинской картой и другой медицинской документацией, а также право копировать эту документацию, задавать вопросы по ее содержанию и требовать исправления возможных ошибок.

Каждому пациенту должно быть предложено поставить подпись в медицинских документах об ознакомлении с записями в них врача или о согласии (несогласии) с предложенным медицинским вмешательством.

Каждый пациент больницы (стационара) имеет право на непрерывное и основательное информирование.

Каждый человек имеет право на прямой доступ к информации о научных исследованиях, возможностях фармакотерапии и технологических инновациях. Такая информация может предоставляться из общественных или частных источников, если она отвечает критериям достоверности, надежности и прозрачности.

1.4. Право на согласие

Каждый человек имеет право на доступ ко всей информации, позволяющей ему полноценно участвовать в решениях, касающихся его здоровья и предстоящей медицинской помощи; такая информация является условием проведения всех методов лечения, включая участие в научных исследованиях.

Исполнитель медицинских услуг и специалисты здравоохранения обязаны по требованию или просьбе пациента подробно информировать его о предлагаемом лечении или операции и

связанных с ними рисках и осложнениях, побочных эффектах, альтернативах. Это информирование должно производиться своевременно (минимум за 24 часа до начала лечения), чтобы пациент мог активно участвовать в терапевтических решениях, касающихся его здоровья.

Во всех ситуациях, когда согласие после информирования должен дать законный представитель и родственник, пациента следует по возможности привлекать к решению, касающемуся его лично, независимо от того, идет ли речь о несовершеннолетнем или о взрослом с ограниченными способностями понимать информацию и принимать решение.

Согласие пациента следует получать только на основе этих принципов.

Пациент имеет право отказаться от предложенного вмешательства, а также изменить свое мнение в ходе лечения и отказаться от его продолжения.

1.5. Право на свободу выбора

Каждый человек имеет право на основании необходимого информирования свободно выбирать между различными методами лечения и исполнителями медицинских услуг.

Пациент имеет право на основании данных ему врачом рекомендаций определять, какие диагностические исследования и методы лечения будут ему проводить, а также свободно выбирать своего лечащего врача или медицинскую организацию.

Система здравоохранения обязана гарантировать это право, а именно: информировать пациентов о различных организациях и врачах, которые осуществляют определенные методы лечения, и об их результатах. Медицинские организации и врачи не должны препятствовать реализации данного права. Если пациент не доверяет своему врачу, он имеет право обратиться к другому.

В ходе выбора метода лечения, врача или медицинской организации пациент имеет право получить как минимум мнение еще одного врача («второе мнение»), а также имеет право на консилиум.

Информация о работе медицинских организаций должна быть доступной, включая сравнительный анализ качественных показателей между учреждениями одного профиля, когда это возможно (рейтинги). Так же должна быть доступна информация о квалификации и результатах работы медицинского персонала.

1.6. Право на личную жизнь и конфиденциальность

Каждый человек имеет право на конфиденциальность персональных данных, включая информацию о состоянии его здоровья и возможных диагностических и терапевтических мето-

дах, а также на защиту личной жизни во время проведения исследований, визитов к врачам и в ходе лечения в целом.

Все данные и информация о состоянии здоровья человека и медицинских мероприятиях, которым он подвергается, следует рассматривать как личные данные и соответственно защищать.

Общение и лечение должно проходить в соответствующей конфиденциальности обстановке и в присутствии только абсолютно необходимых персон. Пациент должен дать согласие на присутствие других персон или сам просить об этом присутствии.

1.7. Право на уважение времени пациента

Каждый человек имеет право получить необходимое лечение быстро и в установленное время. Это право касается любой фазы лечения. Несвоевременное оказание медицинской помощи следует рассматривать как неоказание медицинской помощи.

Система здравоохранения обязана на основе стандартов и в зависимости от срочности случая определить время ожидания, в течение которого должна быть оказана определенная медицинская помощь.

Разрабатываемые стандарты и порядки оказания медицинской помощи должны содержать сроки и продолжительность оказания медицинской помощи.

Система здравоохранения должна обеспечить доступ каждому пациенту к необходимым ему услугам, и в случае наличия листа ожидания обеспечить немедленное включение в него данного пациента.

Каждый пациент имеет право, по запросу и при условии соблюдения норм защиты персональных данных, ознакомиться с листом ожидания.

Если система здравоохранения не в состоянии предоставить услуги в необходимый установленный срок, государство должно обеспечить возможность воспользоваться альтернативными услугами сравнимого качества. При этом все затраты пациента должны быть компенсированы в приемлемые сроки без привлечения судебной системы.

Врачи должны посвящать своим пациентам достаточно времени, в том числе для информирования.

1.8. Право на соблюдение стандартов качества

Каждый человек имеет право на доступ к качественной медицинской помощи на основе утверждения и соблюдения стандартов. Стандарты должны содержать такой уровень качества медицинской помощи, который позволяет добиться максимально возможного излечения или недопущения болезни.

Право на качественную медицинскую помощь требует, чтобы учреждения и специалисты здравоохранения обеспечивали достаточный уровень профессиональных мероприятий, комфорта и человеческих отношений. Это предусматривает точное формулирование и соблюдение стандартов качества, которые должны утверждаться по процедуре общественного консультативного обсуждения со всеми заинтересованными сторонами, регулярно перепроверяться и оцениваться.

1.9. Право на безопасность

Каждый человек имеет право на непричинение вреда здоровью вследствие недостатков медицинской помощи, дефектов врачебной деятельности и врачебной ошибки и право на доступ к медицинской помощи, отвечающей высоким стандартам безопасности.

Чтобы гарантировать это право, больницы и учреждения здравоохранения должны постоянно контролировать и подтверждать, что медицинская техника работает должным образом, а обслуживающий персонал хорошо обучен. Специалисты здравоохранения должны взять на себя полную ответственность за безопасность всех этапов и составляющих частей медицинского вмешательства.

Врачи должны быть в состоянии не допускать возможных ошибок, благодаря непрерывному усовершенствованию и наблюдению прецедентов, для чего государство создает необходимые условия, включая достойную заработную плату и положение врача в обществе. Медицинский персонал, который указывает начальству и/или коллегам на риски или дефекты, должен быть защищен от негативных последствий.

Государство должно принимать эффективные меры для государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

Государство должно принимать жесткие меры к нарушителям в сфере безопасности пациентов. Государство не должно допускать циркуляции недостоверной информации, вводящей пациентов в заблуждение о свойствах товаров или услуг, как это происходит повсеместно с биологически активными добавками, различными «околомедицинскими приборами» и изделиями.

1.10. Право на инновации

Каждый человек имеет право на доступность инновационных методов, включая диагностические, независимо от экономических или финансовых соображений.

Система здравоохранения обязана стимулировать и поддерживать биомедицинские исследования, обращая особое внимание на редкие болезни.

Результаты исследований следует подobaющим образом распространять и внедрять, делая новые технологии доступными в наиболее короткие из возможных сроки.

1.11. Право на исключение боли и страданий

Каждый человек имеет право на то, чтобы в каждой фазе его болезни принимались все возможные меры по недопущению страданий и боли.

Система здравоохранения обязана принять для этого все целесообразные меры, например, располагать паллиативным лечением и облегчать доступ пациента к нему.

Государство должно выстроить эффективную систему обеспечения обезболивающими препаратами амбулаторных больных.

1.12. Право на индивидуальное лечение

Каждый человек имеет право на планирование диагностики и лечения, которые настолько, насколько это возможно, соответствовали бы его личным потребностям. При этом разрабатываемые стандарты должны позволять врачу делать обоснованные индивидуальные назначения.

Система здравоохранения в этих целях должна обеспечить, чтобы было возможно гибкое, по возможности индивидуальное, планирование, а экономические критерии не получали бы преимущества перед правом на необходимую медицинскую помощь.

1.13. Право на жалобы и претензии

Каждый человек имеет право высказать или подать претензию или жалобу и право получить на них ответ. Система здравоохранения должна обеспечить реализацию этого права, при этом государство должно информировать пациентов с помощью специальных организаций об их правах и дать им возможность распознавать нарушения и подавать претензии или жалобы в соответствующей форме.

На любые жалобы или претензии органы здравоохранения и медицинские организации должны подробно отвечать в течение адекватного ситуации срока, но не более срока, установленного законом. В случае если здоровью или жизни человека что-либо угрожает, ответ должен даваться без промедления.

Претензии должны представляться по стандартной процедуре и при поддержке независимых комитетов и/или общественных организаций и не должны ограничивать право пациента на юридические действия или альтернативные способы разрешения споров.

1.14. Право на возмещение ущерба

Каждый человек имеет право на соответствующее и достаточно скорое возмещение вре-

да, если ему действием (бездействием) медицинской организации был нанесен имущественный или моральный ущерб.

Учреждения здравоохранения должны гарантировать возмещение независимо от степени тяжести и причины ущерба (от чрезмерного времени ожидания до врачебной ошибки), в том числе если не удастся установить, кто именно из оказывавших медицинскую помощь лиц в конечном счете за него ответственен.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при оказании медицинской помощи исполнитель должен возместить вред, если не докажет, что его действия соответствовали требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых — обычно предъявляемым требованиям, и если имеются основания полагать, что выявленное несоответствие связано с наступившим вредом, как единственная или одна из его причин.

В случае возникновения вреда здоровью или жизни гражданина при обращении за получением медицинской помощи при том, что исполнителем медицинских услуг не были совершены действия, соответствующие требованиям законов, нормативных актов, условиям договора, а при отсутствии таковых — обычно предъявляемым требованиям (бездействие), исполнитель возмещает вред, если имеются основания полагать, что выполнение соответствующих действий могло предотвратить возникший вред.

1.15. Права родственников пациента

Права родственников пациентов, по существу, направлены на наиболее полную и защищенную реализацию прав пациентов, а потому являются их частью.

В случае, если пациент не может в явной форме выразить свою волю о предстоящем вмешательстве или имеются основания полагать, что информация воспринимается им не адекватно, исполнитель медицинских услуг предпринимает все необходимые усилия для выяснения воли хотя бы одного из родственников пациента или близкого ему лица, если время, затраченное на такое выяснение, не угрожает здоровью или жизни пациента. В ходе такого выяснения родственнику или близкому лицу пациента предоставляются те же права в отношении пациента, что предоставлены самому пациенту.

В случае противоречия во мнениях родственников пациента о предстоящем вмешательстве, врач вправе сам делать выбор о предстоящем лечении, руководствуясь интересами пациента.

Родственники и близкие пациента вправе находиться рядом с ним в любом медицинском учреждении в любое время, если это не мешает другим пациентам.

В случае смерти пациента, его родственники имеют право знакомиться с оригиналами и получить копии всех медицинских документов,

включая результаты патолого-анатомических исследований.

1.16. Право на защиту

Каждый пациент имеет право на защиту всеми способами, не запрещенными законом.

Согласно ст. 45 Конституции РФ государственная защита прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации гарантируется.

Для осуществления гарантий государство должно иметь механизмы и инструменты защиты, среди которых:

- уполномоченный по правам пациентов в России при Президенте России, задачи которого: информирование пациентов об их правах, право на истребование копий медицинских документов, юридическое консультирование пациентов и их близких, работа с жалобами и обращениями, организация досудебных разбирательств, обращение в правоохранительные органы и суды;

- здравоохранная прокуратура — специализированная прокуратура в сфере охраны здоровья и медицинской помощи;

- общества пациентов, которые должны быть наделены правами не меньшими, чем имеют общества по защите прав потребителей в России.

Часть II. ПРАВА ГРАЖДАН НА АКТИВНОСТЬ

Права граждан на активность

Содержащиеся в этой Декларации права относятся не к «гражданам», а к «людям» (индивидуумам), так как основные права, приведенные в первой части, не связаны с понятием гражданства. Тем не менее, каждый человек, который действует в защиту своих прав или прав других лиц, является «активным гражданином государства». Поэтому в данной части применяется термин «гражданин».

Чтобы содействовать реализации перечисленных выше прав пациентов и контролировать их соблюдение, должны быть использованы некоторые гражданские права. В своем большинстве они касаются различных организованных групп граждан (пациентов, потребителей, а также фондов, консультативных учреждений, групп самопомощи, организаций добровольцев и т.д.), которые выполняют уникальную роль поддерживать и придавать силы отдельным индивидуумам при защите их прав. Эти права связаны с правом на свободу деятельности общественных объединений, закреплены в ст. 30 Конституции РФ.

Право на деятельность в интересах общества

Граждане, как частные лица и как члены объединений, имеют право на действия по защите

прав на медицинскую помощь как отдельных лиц, так и их групп.

В обязанности органов власти и других участников входят поддержка и стимулирование такой активности.

Право на деятельность для представления интересов пациентов

Граждане имеют право на действия по защите прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, в частности:

- право на свободное передвижение людей и информации в государственном и частном здравоохранении в той мере, в которой это допускает уважение частной жизни;
- право контролировать на практике соблюдение прав граждан в здравоохранении посредством контрольных и ревизионных мероприятий;
- право на действия по предупреждению нарушений прав или недостаточной защиты прав;
- право на прямое вмешательство при нарушениях прав или недостаточной защите прав;
- право на передачу информации и предложений и вытекающую отсюда обязанность органов управления, ответственных за государственное или частное здравоохранение, рассматривать и отвечать на них;
- право на открытый диалог с органами управления государственным и частным здравоохранением.

Право на участие в формировании политики в области охраны здоровья

Граждане имеют право на участие в формировании, преобразовании и оценке государственных политических мероприятий, касающихся защиты прав на охрану здоровья и медицинскую помощь в соответствии со следующими принципами:

- принцип двустороннего взаимодействия между гражданами и органами государственного и муниципального управления при составлении перспективных планов;
- принцип обязательности общественных слушаний и консультаций на этапах планирования и принятия решений с обязанностью органов власти прислушиваться к предложениям общественных организаций и иных заинтересованных лиц, которые вправе выражать свое мнение по поводу готовящихся решений. Органы власти обязаны объяснять свои решения, отклоняющиеся от выраженного мнения участника обсуждения;
- принцип партнерских отношений, который означает, что все участники обсуждения политики действуют с полной ответственностью и равноправно;
- принцип совместной оценки, который означает, что результаты действий общественных

организаций рассматриваются как необходимая часть инструмента оценки государственных политических мероприятий.

Часть III. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИМПЛЕМЕНТАЦИИ ДЕКЛАРАЦИИ

Распространение и применение содержания этой Декларации должно реализоваться на всех уровнях: общероссийском, уровне субъектов РФ и муниципальных образований.

Информация и образовательная деятельность. Для информирования и обучения граждан и работников здравоохранения Декларацию необходимо представлять в средствах массовой информации, медицинских организациях, школах, вузах и во всех других местах, где обсуждается тема гражданского общества, правового государства, защиты прав граждан и пациентов и т.п. Особое внимание следует при этом уделять обучающим и образовательным мероприятиям для врачей, среднего персонала и других работников здравоохранения.

Поддержка. Среди работников здравоохранения и общественных организаций можно проводить агитацию за поддержку и признание Декларации. При этом должны устанавливаться особые преференции и обязательства учреждений здравоохранения и специалистов, работающих в системе здравоохранения, которые признали Декларацию.

Надзор. Декларация может использоваться группами граждан, средствами массовой информации и независимыми органами в качестве основы для оценок и надзора за ситуацией с правами пациентов в России. Могут публиковаться регулярные отчеты, чтобы повысить чувствительность общества по отношению к правам пациента и определять новые цели.

Защита. Декларация может использоваться, чтобы вызвать действия по защите прав пациентов, нарушение которых необходимо предотвратить, а также для восстановления прав, которые были нарушены. Такие мероприятия могут проводиться общественными организациями, институтами или комиссиями/комитетами, такими как, например, уполномоченные по правам пациентов, этические комитеты, комиссии по альтернативному улаживанию споров, мировыми судьями или судами, здравоохранной прокуратурой. В этих целях следует применять институты/организации, процедуры и инструменты из «российского правового пространства».

Диалог. Исходя из содержания Декларации, можно вести диалог среди заинтересованных сторон, чтобы вырабатывать программы и ме-

роприятия по защите прав пациентов. Такой диалог должен состояться между общественными организациями, государственными органами власти, муниципальными и частными организациями здравоохранения, а также профессиональными объединениями и профсоюзами.

Предоставление бюджета. Полноценная реализация прав, отраженных в настоящей Декларации, не всегда связана с затратами бюджета.

Государство обязано определить тот спектр прав, который должен поддерживаться за счет государственного или муниципального бюджета, а для более полной реализации остального спектра прав должно создать иные условия их реализации.

Государство должно финансировать медицинскую помощь наиболее эффективными спосо-

бами, позволяющими добиться наибольшего эффекта от лечения.

Государство также финансирует программы и механизмы по защите прав пациентов.

Законодательство. Зафиксированные в Декларации права могут полностью или частично вводиться в российские законодательные и нормативно-правовые акты, чтобы сделать реализацию и защиту прав пациентов обязательной частью государственной политики.

Государству надлежит разработать и принять совместно с общественными и иными заинтересованными организациями законодательство о правах пациентов и их защите с учетом положений настоящей Декларации.

**Выступление министра Голиковой
на правительственном часе
в Государственной Думе**

Министр здравоохранения и социального развития России Татьяна Алексеевна Голикова выступила на «правительственном часе» в Государственной Думе РФ, рассказав об итогах деятельности Минздравсоцразвития по основным направлениям за 2009 год и за первые месяцы 2010 года, а также о перспективах в 2010 году. «Модернизация системы здравоохранения остается одной из приоритетных задач, — подчеркнула министр. — Стремясь к сокращению смертности и увеличению продолжительности жизни, мы будем продолжать в ближайшие годы программы по предотвращению смертности от наиболее распространенных причин, увеличивая число регионов, охваченных этими программами, и наращивая их финансирование».

В частности, в связи с этим в 2010 году на программы противотуберкулезной помощи, профилактики, выявления, лечения и противодействия распространению ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С, совершенствования медицинской помощи при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, помощи при ДТП, а также на развитие высокотехнологичной помощи планируется выделить 52,7 млрд рублей.

Важнейшими событиями в рамках формирования лекарственной политики стали вступление в силу Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) (с 1 января 2010 года), правил регулирования цен на фармрынке (с 1 апреля) и подписание закона «Об обращении лекарственных средств» (12 апреля).

С 2009 года Минздравсоцразвития впервые начало разрабатывать и внедрять порядки оказания медицинской помощи — документы, в которых прописаны стандарты оснащения и требования к медицинскому оборудованию, нормативы нагрузки на врача и т.д. К настоящему времени принято 18 порядков оказания медицинской помощи, всего необходимо внедрить около 60. «На основе порядков оказания медицинской помощи, в частности, будут выстраиваться региональные программы модернизации здравоохранения, которые должны начать действовать с 2011 года», — отметила Т.А. Голикова.

Министр Голикова подчеркнула в связи с этим, что региональные власти должны разработать свои программы модернизации здравоохранения, вложив собственные ресурсы и учитывая структуру заболеваемости и смертности в

регионе, «чтобы система здравоохранения конкретного региона соответствовала запросам его жителей». Региональные программы должны начать работать с 1 января 2011 года, ответственность за эти программы ложится «персонально на руководителей субъектов Российской Федерации».

Министр напомнила, что в основу планируемой широкомасштабной программы модернизации системы здравоохранения лягут изменения законодательства об ОМС, о которых объявил в апреле в своем отчете Государственной Думе РФ Председатель правительства РФ Владимир Путин и которые планируется внести на обсуждение в Госдуму в июне. В составе Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) планируется создать фонд модернизации здравоохранения субъектов РФ, который с 1 января 2011 года будет аккумулировать 2% страховых взносов; средства планируется направить на модернизацию здравоохранения в регионах по трем направлениям: модернизация материально-технической базы — 300 млрд рублей; обеспечение стандартов оказания медицинской помощи — 136 млрд. рублей; информатизация здравоохранения — 24 млрд рублей.

Татьяна Голикова сформулировала ряд причин, по которым в ряде российских регионов сохраняется напряженная ситуация с состоянием здоровья и смертностью населения: неэффективная работа первичного звена здравоохранения; неудовлетворительная организация профилактической работы; нерациональная организация работы коечного фонда стационаров; отсутствие системного подхода в организации профилактических и лечебных мероприятий.

Приняв участие в «правительственном часе» председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Ольга Борзова отметила, что, несмотря на серьезный объем проделанной работы, остается много нерешенных проблем здравоохранения. По мнению О. Борзовой, основные задачи, стоящие перед российским здравоохранением, включают: формирование региональных программ модернизации здравоохранения с учетом индивидуальных особенностей каждой территории, структуры заболеваемости, смертности, софинансирования из региональных бюджетов; увеличение финансирования стандартов лечения; информатизацию здравоохранения, которая позволит ввести единый на территории всей страны электронный полис ОМС.

www.HIVpolicy.ru

Клуб самоубийц

Эпидемия СПИДа всегда сопровождалась мифами, стереотипами и страхами. Между людьми, которых лично коснулась проблема, и окружающими возводятся невидимые стены дискриминации и предрассудков. Стены позволяют рядовому обывателю поверить, что проблема СПИДа касается только «групп риска», а никак не его самого. Но что если ВИЧ-отрицательный человек попытается сломать стену и понять, что чувствует человек с диагнозом ВИЧ-инфекция? Об этом рассуждает в своей статье журналист Татьяна Смолякова.

www.aids.ru

Ну конечно, вы знаете, что СПИД — это что-то страшное, непоправимое, смертельное. И во всех отношениях грязное. Но это не про вас. Пусть наркоманы беспокоятся, гомосексуалисты, проститутки — это их проблема. А вы человек приличный: с иглой не дружите, в сомнительные связи не вступаете, правда, если припомнить... тьфу-тьфу, но ведь не на панели же! Так что вам бояться нечего.

Правильно. И я так думала, пока...

Как я «подхватила» ВИЧ

Кто скажет, что я женщина легкого поведения? Никто. Потому что это не так. Правда, я и не «синий чулок». Скорее всего — «полумонахиня, полублудница». Как, наверное, большинство из нас. Так почему черная метка выпала мне? За что?

Этот вопрос я тупо задавала себе в первые дни растерянности, отчаяния и панического ужаса. Теперь-то понимаю, что он абсолютно бессмысленен. За что? Да ни за что. Или за все.

Пусть бросит камень тот, кто свят. Склонна ли я к риску? Пожалуй. В ранней молодости рисковала часто. Была твердо уверена: все, что от Бога, не потеряется, а если от дьявола — туда ему и дорога. Но ведь сама жизнь — безусловно от Бога, а мне случалось и ею рисковать. Правда, осознание этого пришло позже, после благополучного исхода. И всякий раз бросалась к образам: слава тебе, Господи, отвел! Искренне клялась: все, это в последний раз, больше не буду испытывать судьбу. Но проходило время — бдительность притуплялась, клятвы забывались. (А вы себя не узнаете?) Теперь вроде поумнела, и все-таки не сработал инстинкт самосохранения...

Звонит старый приятель, приглашает на вечеринку в незнакомую компанию.

— Что за компания? — спрашиваю.

— Ну, скажем так, «клуб любителей острых ощущений».

— О, это не по адресу. Я не любитель. К тому же, ребенка некуда деть. Нет.

Он настаивает:

— Тебе это будет интересно с профессиональной точки зрения. Мы будем играть в очень

любопытную психологическую игру. Не бойся, это невинная игра. Потом напишешь статью.

Заинтриговал. Уговорил.

...Старая московская квартира. С толстыми стенами, двойными дверьми и многочисленными засовами. Негромкая музыка. Неяркий свет. На низких столиках — разнообразные напитки.

Кроме меня, там оказалось 14 человек. Мужчины и женщины, в основном молодые, лет по 20–25. Мой приятель назвал себя «тренером». Трое дюжих молодцов, как вскоре выяснилось, выполняли роль охраны.

Я сразу почувствовала себя не в своей тарелке. Несмотря на мягкую, салонную обстановку, в воздухе висело нечто зловещее. Я решила незаметно исчезнуть от греха подальше, но не тут-то было. Перед дверью, с которой я и так бы не справилась, вырос один из охранников. Молча, но очень выразительно посмотрел на меня, и я поняла: обратной дороги нет.

Ни жива, ни мертва вернулась в комнату. Гости тихо разговаривали, пили вино, улыбались, но с каким-то плохо скрываемым напряжением. Что-то мне все это напоминало. Что? Я забилась в угол и пыталась вспомнить. Вдруг музыка остановилась, «тренер» предложил всем сесть и медленно заговорил:

— Итак, господа, тема нашей сегодняшней игры — СПИД. Сообщаю, что один из присутствующих здесь имел контакт с ВИЧ-положительным партнером. Мы не знаем, заразился он или нет, но... Я не назову этого человека, пока игра не закончится. Каждый из вас должен совершить сегодня минимум два незащищенных половых акта, третий — по желанию, но не больше. Подчеркиваю: никаких презервативов! И еще одно условие: тот, кто имел контакт с ВИЧ, при каждом половом акте должен незаметно для остальных дать это понять партнеру.

Меня бросило в жар. Сердце kloкотало где-то в горле — душило. Руки и ноги била дрожь. Ничего себе, шуточки!

— Это не шутка. Это эксперимент, — сказал тренер.

И тут меня охватил гнев:

— Ты сумасшедший! Ты скотина! Да вы все здесь сумасшедшие. Самоубийцы.

Вспомнила! Это же «Клуб самоубийц» Стивенсона. Они точно рехнулись. Но я-то здесь при чем? Меня-то как сюда занесло?

«Тренер» был невозмутим:

— Что ты так разволновалась? Ведь вы, журналисты, любите показать «проблему изнутри». Вот и покажешь.

На первом же акте мой партнер сообщил, что он ВИЧ-положительный. Во мне все рухнуло. В голове — только одна мысль: что будет с дочкой?! Если я заразилась — вдруг ее заражу? А если умру?

Второй партнер, как и я, оказался меченым. Совершенно опустошенная, я упала в кресло. Налила стакан водки и выпила одним махом. Ко

мне подошел молодой человек, протянул руку. Я невольно отстранилась: зачем? У меня уже было два партнера — хватит. Впрочем, он, наверное, тоже уже «залетел», как и все эти ублюдки. Так что ни мне, ни ему терять нечего... Но оказалось, что до меня он опасных контактов не имел, и я у него была третьей партнершей.

— Дурак, зачем тебе это нужно было?

— Люблю риск, — ответил он с наигранной беззаботностью. — К тому же, это еще не факт, что я заразился. Я даже уверен, что нет.

Точный результат анализа возможен только через три–шесть месяцев. За это время в крови вырабатываются антитела, по которым и судят о наличии ВИЧ-инфекции.

Три месяца я находилась в жуткой депрессии. Думала только о том, что скоро умру. Я похоронила себя заживо. Работа не клеилась. Любимого оттолкнула от себя. Ради него. Пусть анализ пока ничего не показывает, но если вирус попал в организм, человек становится заразным практически мгновенно. Боялась подходить к дочке. За эти месяцы ни разу не обняла ее, не поцеловала. Знаю, что через поцелуй вирус не передается. Вижу, как не хватает ей моего тепла. Сердце рвется на части, а подойти не могу.

Через три месяца анонимно прошла тест на ВИЧ. Результат — отрицательный. Немного отлегло. Еще через три месяца повторила тест. Снова отрицательный результат. Вот теперь-то я, наконец, разревелась. Истово, навзрыд. Прижимала к груди мою бедную девочку, осыпала ее поцелуями, на коленях просила прощения. Ребенок испуганно смотрел на меня, ничего не понимая.

Слава тебе, Господи! Ты милосерден. Я больше никогда, никогда, никогда...

Прошло еще несколько месяцев. Я вела почти монашескую жизнь. Еще раз повторила анализ, чтобы не осталось никаких сомнений. Любимый человек вернулся ко мне. Когда мы после долгой разлуки оказались опять вместе, я приготовила презерватив (раньше мы ими не пользовались).

Он удивился: «Родная, как можно предохраняться от любви?!»

В прежние времена я была уверена, что он мне не изменяет. Он просто не способен вести двойную жизнь. Но сейчас — другое дело. Мы ведь так долго не виделись. Это у меня были особые обстоятельства, а он-то нормальный живой человек. Вполне естественно, что у него мог кто-то появиться.

Дальше последовали страстные и «искренние» уверения в том, что я «Такая Женщина (!), которую невозможно променять ни на какую другую». Боже мой, ну кому из нас не хочется верить таким словам!

... Все было замечательно до тех пор, пока я не заболела воспалением легких. Попала в больницу. А когда выписывалась, лечащий врач сказал жестко, без предисловий: «Вы знаете, что у вас ВИЧ?»

Жестокие игры

Быть может, я вас разочарую. Но пора признаться, что ничего этого в реальной жизни не было. Была и есть дочурка, которую я очень люблю и никогда не позволю себе рисковать ее здоровьем. И еще была игра — не больше и не меньше. Так называемая «ролевая» игра на семинаре, которую провела негосударственная антиСПИДовская организация. Она длилась не много месяцев, а около трех часов.

Будучи человеком впечатлительным, я хорошо вошла в роль и действительно пережила все те ощущения, эмоции, о которых сейчас рассказала. Чтобы выразить их, пришлось немного пофантазировать, смоделировать возможную жизненную ситуацию. Пусть читатели простят мне эту ложь.

Так что же это была за игра и зачем? Затем, чтобы разрушить ложные стереотипы, которыми мы напичканы. Затем, чтобы не только головой понять, что такое СПИД, но и почувствовать это кожей. Только через голову уже не доходит.

...Конечно, ситуация, предложенная в ролевой игре (вечеринка, где все без разбору и без презервативов совокупляются), в жизни бывает не так часто. Есть любители «клубнички» и острых ощущений, но большинство из нас к такому не относятся. Но почему все эти люди не могли встретиться в разное время, в разных местах и полюбить друг друга? Вполне. А эта гипотетическая вечеринка была предложена для того, чтобы, спрессовав время и место, зримо ощутить, как в геометрической прогрессии распространяется инфекция. Из 11 игравших в цепочку ВИЧ-контакта попали пятеро! Конечно, это не значит, что все пятеро обязательно заразились, однако...

Разумеется, половые акты в игре были условными. Мы «совершали» их рукопожатием. И если у тебя уже был контакт с «ВИЧ-инфицированным», ты должен был при каждом следующем рукопожатии незаметно поцарапать пальцем ладонь партнера.

В начале «вечеринки» было просто забавно, но Николай Недзельский, тренер в игре, сумел настроить нас на серьезный лад. И когда первый партнер поцарапал мою ладонь, мне действительно стало не по себе. Кстати, помимо тех эмоций, которые я описала в первой главе, я пережила еще одну, совершенно непредвиденную реакцию.

Помните, мой третий партнер оказался чистым. Когда во время рукопожатия я поняла это, я невольно вскрикнула от острого чувства вины. Да, это всего лишь игра, но я на несколько секунд почувствовала себя убийцей. Никогда не знаешь, как ты поведешь себя в экстремальной жизненной ситуации. Можно лишь предполагать, но это предположение может оказаться далеким от реальности. Мне же теперь кажется: случись такое на самом деле, я никогда не прос-

тила бы себя за то, что вольно или невольно так подвела человека. (Кстати, муки совести в нашем законодательстве не предусмотрены, зато предусмотрена уголовная ответственность даже за то, что вы кого-то подвергли риску заражения. Но об этом позже).

Психологи, работающие с ВИЧ-положительными пациентами, отмечают, что чувство вины на определенных этапах болезни появляется практически у всех. Человек чувствует себя виноватым из-за «плохого поведения», повлекшего за собой «наказание»; из-за возможного участия в распространении инфекции; из-за принадлежности к гомосексуальной группе или наркозависимости.

Разумеется, это не единственная эмоция, которую испытывает человек, живущий с ВИЧ. Выделяют пять основных кризисных стадий, начиная с того момента, когда человек впервые узнает о своем статусе, и кончая терминальной (предсмертной) стадией. Во время кризисов больной переживает шок, потом тревогу и страх, депрессию, гнев и досаду, чувство вины и навязчивые идеи.

Мы узнали об этом позже, на семинаре. Удивительно, но во время игры все мы пережили те же эмоции. Конечно, не в «натуральную величину». Было все: и шок, и страх, и досада. Были даже слезы. Две участницы, «анализы» которых оказались «положительными», слишком въехали в роль — их душили самые настоящие слезы. Одна из девушек сказала, что как раз накануне прошла тест на ВИЧ, результата еще не знает, а тут эта игра и ей выпадает «плюс».



Приговор или проблема?

Все играющие, конечно, по-разному реагировали на происходящее. Группа подобралась неоднородная. Среди нас были молодые и зрелые люди, студенты, социальные работники, врач, юрист, журналист. Мужчины, конечно же, оказались менее впечатлительными. Но это совсем не значит, что в реальной жизни у них всегда железные нервы. Молодой человек, с которым я «переспала», внешне всю игру выглядел очень спокойным. Потом признался, что у него по спине пробежал неприятный холодок, когда он в числе «зараженных» оказался в центре круга и на него устремились взгляды «здоровых».

Опыт показывает, что одно из самых тяжелых переживаний ВИЧ-положительных людей связано с отторжением их от общества. Если раскрывается врачебная тайна, что у нас происходит сплошь и рядом, ты становишься изгоем. Тебя «по собственному желанию» увольняют с работы (детей не принимают в школу, детский сад), от тебя шарахаются как от чумы, даже друзья отворачиваются.

Для сравнения: вирус гепатита В в 100 раз более заразен, чем ВИЧ. Риск заражения при использовании игл после инфицированного пациента в случае ВИЧ – 0,5%, в случае гепатита В – 30%.

Продолжительность жизни с ВИЧ-инфекцией при своевременных диагностике, профилактике и лечении оппортунистических заболеваний, противовирусной терапии может превышать 20 лет, как долго можно прожить с ВИЧ никто не знает, ведь эпидемия началась совсем недавно. Сравните с раком. Или с тем же молниеносным гепатитом, дифтерией, когда человек может «сгореть» за считанные дни и часы. Кстати, ежегодно в России и странах СНГ от гепатита умирают тысячи людей. А основная часть заражений в последние годы происходит половым путем.

Но мы ведь не шарахаемся от этих людей. Мы не бьемся в истерику, когда нам ставят диагноз «дифтерия». А выходя ежедневно на улицу, не трясемся от страха, что вдруг упадет на голову кирпич. Никто из нас не знает (с диагнозом, без диагноза), сколько ему отпущено. Но каждый знает, как он хочет, как может, как должен прожить этот срок.

...У всех «зараженных» в нашей игре тренер спрашивал: «Что ты теперь будешь делать? Скажешь ли кому-нибудь о своем статусе?» Двое ответили: ни за что никому не скажут. Одна девушка рискнула бы поделиться с родителями, но если ее не поймут, возможно, покончит с собой. Молодой человек сказал, что для начала вдрызг напьется...

Мысли о суициде на том или ином этапе возникают у большинства ВИЧ-положительных, но лишь единицы приводят собственный приговор в исполнение. При этом среди людей, живу-

щих с ВИЧ, распространены депрессии, алкоголизм и другие зависимости.

Пожалуй, наиболее достойный ответ дал участник игры – врач по профессии:

– Я работаю с ВИЧ-положительными и хорошо знаю, что это такое. Я бы не хотел оказаться на их месте, но если... Сначала я бы съездил на рыбалку – успокоился. Может быть, взял с собой товарища по несчастью. Родителям вряд ли скажу, а вот своим друзьям-врачам – обязательно. Знаю, что они помогут. Вел бы очень здоровую жизнь, укреплял бы иммунитет. Глядишь, ученые что-нибудь придумают.

Для справки. ВИЧ – самый молодой из известных вирусов, но наиболее изученный. Уже через 4 года после его открытия появились первые противовирусные препараты. Еще через несколько лет были созданы противовирусные препараты нового поколения, при широком применении которых смертность вследствие СПИДа сокращается в несколько раз.

Кто виноват?

Желание найти виноватого прочно сидит в нас. Даже законодателей оно не покинуло, когда они принимали антиСПИДовский закон. Так вот, по нашему закону, ВИЧ-положительный несет уголовную ответственность за то, что он кого-то заразил или хотя бы поставил в опасность заражения. На первый взгляд кажется, что все правильно. Но из этого следует, что тот, кто ведет бесшабашную половую жизнь, прекрасно зная, что вирус ходит рядом, не ответственен за собственное здоровье.

Почему, собственно, ВИЧ-положительный должен сообщать партнеру о своем статусе? Даже родные, близкие люди не всегда готовы правильно понять. А если это не жена (муж), а любовница, возлюбленная? Где гарантия, что она (он) не растрезвонит об этом? И тогда прощай доброе имя, любимая работа, друзья, родной город – все то, чем жив человек.

Существует довольно распространенное мнение, что смертельно больные люди озлобляются на весь белый свет и готовы специально заражать всех подряд. Глубочайшее заблуждение. Конечно, в семье не без урода, но чтобы стать таким уродом, вовсе не обязательно заразиться ВИЧ или какой-то другой инфекцией – тут другая болезнь. Опыт же показывает, что большинство ВИЧ-положительных как раз очень ответственно к этому относятся, но убедить своих партнеров удается не всегда.

ВИЧ-положительный гей, о статусе которого его окружение не знает, рассказывал, что каждый раз битый час уговаривал партнера надеть презерватив. Но однажды в середине акта партнер сбросил «резинку» и продолжил свое дело. «Ну раз так хочешь, дурак, на! – подумал я со злостью и с тех пор уже никого не уговари-

ваю, только предлагаю презерватив: хочешь — пользуйся, не хочешь — твои проблемы». Так кто в этой ситуации виноват? Что, этот страстный партнер никогда не слышал о СПИДе?

Возможна и такая постановка вопроса: а почему бы ВИЧ-положительному вообще не отказаться от секса? Добровольно, конечно. Что в этом страшного? Миллионы людей спокойно живут, отказавшись от тех или иных привычек: от алкоголя, сахара, мяса и т.д. Еще до семинара мы спорили об этом с Николаем Недзельским. Я настаивала, что именно на это и надо ориентировать ВИЧ-положительных и лично я бы именно так и поступила. Николай возражал:

— Не забывай, что большинство ВИЧ-положительных — люди молодые и для них секс — и физическая, и психическая потребность. Отказываться от него не лучший выход. Я много раз замечал: тот, кто категорически запретил себе сексуальную жизнь, угасает буквально за год-полтора. Тот, кто живет полнокровно, гораздо дольше чувствует себя здоровым.

... По сценарию игры мне досталось две роли. Вторая — роль женщины, которая ведет довольно осторожную, почти целомудренную жизнь. Муж у нее — единственный мужчина, она у него — тоже единственная. И вдруг — положительный анализ. В чем дело? Кто виноват? И никто, и оба. Возможно, муж был инфицирован задолго до их встречи, но не подозревал об этом, ведь первые признаки недомогания могут появиться порой через несколько лет. И если ты не относишь себя к известным «группам риска», то и не бегаешь регулярно сдавать анализы. Специалисты называют это чувством «ложной защищенности».

Если вы помните, первые вспышки инфекции были зарегистрированы среди мужчин-го-



мосексуалов, затем к ним присоединились потребители наркотиков, гетеросексуальные женщины. Сегодня в мировой статистике такое понятие, как «группа риска» отсутствует. По мнению экспертов ВОЗ, все население подвержено риску в равной степени.

Так что все мы сегодня рискуем одинаково, только не хочется в это верить и соответственно поменять свое поведение, позаботиться о собственной защите, наконец, регулярно и добровольно проходить тестирование на ВИЧ. Проще искать виноватых и загонять их, как диких зверей. Или засунуть голову в песок. Весьма уязвимая поза, но для членов клуба самоубийц самая подходящая.

Запишите меня добровольцем

Когда трехдневный семинар закончился, его участникам раздали анкеты. Там было много вопросов, в том числе такие: изменилось ли твое отношение к проблеме СПИДа? Хочешь ли ты изменить свой образ жизни, в частности, сексуальное поведение?

Большинство ответили, что постараются максимально уменьшить риск заражения. Те, кто ответил, что не считает нужным изменить свое сексуальное поведение, видимо, считают его безупречным. И это вполне может соответствовать действительности. Но вот что написала одна из участниц: «Раньше, размышляя об опасности СПИДа, я имела в виду только себя и мужа. А сейчас вдруг подумала: моему сыну семь с половиной лет — пора уже и ему начинать как-то объяснять».

Две девушки-студентки написали, что хотят стать добровольцами какой-нибудь миссии милосердия и помочь ВИЧ-положительным. Одну из них, Ольгу, я попросила объяснить свое решение и вот что услышала: «Я случайно попала на семинар. За компанию. До этого, конечно, имела некоторое представление о СПИДе, но меня это, честно говоря, не трогало. Самое сильное впечатление произвел документальный фильм, где больные рассказывают о себе, о своей боли и одиночестве. А потом нам сообщили, что большинства из этих людей уже нет в живых. Больше всего жалко мальчишку лет 9–10 — сверстники бьют его, издеваются. Мне так захотелось оказаться с ним рядом».

Большинству из нас кажется: СПИД — это, конечно, очень страшно, но это где-то далеко, где-то в Америке, в Африке, где-то в лабораториях и пробирках, но не у меня. Как же мы беспечны! И эта беспечность нам может стоить жизни. Конечно, совсем не обязательно поголовно вступать в ряды сестер милосердия (для этого нужно как минимум быть милосердным). Но позаботиться о себе, о своих близких, о своих детях и внуках должен каждый из нас сам.

8 800 200 5555

РАВНЫЙ-РАВНОМУ

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ-ПОЛОЖИТЕЛЬНОМУ

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ

«ШАГИ»

www.hiv-aids.ru

С газетой «Шаги экспресс»



к здоровому образу жизни