

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 13 февраля 2012 г. N 16

О НЕОТЛОЖНЫХ МЕРАХ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Я, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации, Г.Г. Онищенко, проанализировав эпидемиологическую обстановку по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, порядок организации, объем и эффективность противоэпидемических мероприятий, направленных на противодействие распространению этой инфекции, установил, что сохраняющийся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, неснижающиеся темпы прироста новых случаев заражения, увеличение общего числа ВИЧ-инфицированных и активизация выхода эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию свидетельствуют о том, что организационные и профилактические мероприятия, направленные на борьбу с этой инфекционной болезнью, осуществляются на недостаточном уровне и не позволяют добиться ощутимых результатов в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции.

В Российской Федерации, по предварительным данным на 31.12.2011 нарастающим итогом зарегистрировано 650 231 ВИЧ-инфицированных граждан страны, что составляет 0,4% от всего населения, из них 5 844 детей в возрасте до 15 лет, а среди возрастной группы 15 - 49 лет инфицированы ВИЧ 0,7% населения. Ситуация имеет стойкую тенденцию к ухудшению, распространенность ВИЧ-инфекции увеличивается. Так, на конец 2010 года россияне, живущие с установленным диагнозом ВИЧ, составляли 0,340%, а в 2011 - 0,387% от числа всего населения страны.

За 12 месяцев 2011 года выявлено более 62 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, среди которых отмечается значительное увеличение числа новых выявленных случаев в возрастной группе 30 - 40 лет. Тенденция увеличения случаев инфицирования в данной возрастной группе прослеживается с 2000 года, когда было зарегистрировано 9% людей, живущих с ВИЧ, в 2010 году их доля составила 36,9%, в 2011 - 42,1%, что свидетельствует об активном вовлечении лиц этого возраста в модели рискованного поведения.

Наибольшее распространение вирус иммунодефицита человека получил среди мужчин 30 - 35 лет, где удельный вес инфицированных ВИЧ от общего числа населения составил 2,2%, и среди женщин в возрасте 25 - 34 лет - 1%.

Смещение эпицентра эпидемии ВИЧ-инфекции в старшие возрастные группы населения, где профилактические программы практически не проводились, свидетельствует об острой необходимости разработки методологии и расширения профилактических программ на рабочих местах.

По данным мониторинга в Российской Федерации умерло по разным причинам 102 742 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. за 2011 год 18 414, что на 17,5% больше, чем в позапрошлом году. Вместе с тем, необходимо отметить, что вследствие развития собственно ВИЧ-инфекции умерли 5568 человек (30,2%), остальные умершие погибли от причин, не связанных с ВИЧ (передозировки наркотиков, насильственная смерть, суициды, заболевания, не связанные с ВИЧ и др.).

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации.

Особенно неблагоприятная ситуация сложилась в Кемеровской, Самарской, Новосибирской, Оренбургской, Ленинградской, Ульяновской, Иркутской, Тверской, Челябинской областях, Ханты-Мансийском автономном округе, Пермском и Алтайском краях.

Неудовлетворительно организованная и недостаточно эффективная работа по профилактике и борьбе с наркоманией приводит к тому, что в большинстве субъектов Российской Федерации на протяжении ряда лет основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в России продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием, составляя к настоящему времени 57,6% от всех новых случаев заражения.

Темпы развития наркомании приобрели масштабы, непосредственно угрожающие здоровью нации. Число зарегистрированных потребителей наркотиков за последние 5 лет возросло на 10%. Среди всех зарегистрированных наркозависимых потребители инъекционных наркотиков составляют 72%, а распространенность в ряде регионов страны инъекционного потребления наркотиков составляет 2 - 3% от общей численности населения.

Данный способ употребления носит, как правило, коллективный характер, связан с различными поведенческими факторами риска, такими как: совмещение различного рискованного поведения, промискуитет, оказание сексуальных услуг, пренебрежение к использованию индивидуальных средств профилактики, что способствует заражению ВИЧ.

Большинство программ по профилактике ВИЧ-инфекции в наиболее уязвимых группах населения, успешно осуществлявшиеся в предыдущие годы, практически свернуты, а профилактические мероприятия, проводимые среди общей популяции населения и основывающиеся исключительно на пропаганде здорового образа жизни, малоэффективны для указанных групп населения.

Только комплексный и сбалансированный подход, учитывающий необходимость использования как морально нравственных аспектов, так и специальных мероприятий, предназначенных непосредственно и целенаправленно для представителей наиболее уязвимых групп населения, приносит результаты.

Позитивный опыт организации и осуществления такой работы имеется в Астраханской, Воронежской, Псковской, Липецкой, Калужской, Пензенской, Нижегородской, Томской областях.

В остальных субъектах Российской Федерации мероприятия по противодействию распространению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату, проводятся в недостаточном объеме, при

отсутствии должной координации и сотрудничества со стороны органов государственной власти, неправительственных и общественных организаций, работающих в этой области, а также органов и учреждений здравоохранения.

Наркотический путь распространения ВИЧ-инфекции тесно связан с половым, что подтверждается исследованиями, проведенными в рамках приоритетного национального проекта в 2007 - 2009 гг. Так, от 15 до 50% потребителей внутривенных наркотиков женского пола были вовлечены в оказание сексуальных услуг.

Гетеросексуальный контакт как основной путь заражения был указан у 39,2% впервые выявленных ВИЧ-позитивных, и отмечается его продолжающийся рост (2011 г. - 39,9%, 2010 г. - 38,9%, в 2009 г. - 36,2%, 2008 г. - 35,1%).

Увеличивается доля ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых связано с половыми контактами между мужчинами, в 2011 году их доля составила почти 1,5%, увеличившись за последние 5 лет в два раза.

Серьезные недостатки имеют место в проведении диагностических исследований на ВИЧ-инфекцию. Несмотря на высокий уровень обследования населения в 2011 году, составивший более 24,7 млн. (104,4% от запланированного годового объема), значительно сократилось количество обследуемых из числа групп риска, что безусловно оказывает негативное воздействие на эпидемиологическую обстановку в стране, препятствует объективному анализу ситуации в целом и затрудняет прогнозирование ее развития в будущем.

Так, среди потребителей наркотиков зарегистрировано снижение числа проведенных тестов на ВИЧ в 2011 году на 7,9% по сравнению с 2010 годом; среди больных вензаболеваниями - на 7,4%, среди лиц, находящиеся в местах лишения свободы, - на 12,0%.

В нескольких субъектах Российской Федерации зафиксированы низкие показатели работы по обследованию населения на ВИЧ-инфекцию: Кабардино-Балкарская Республика (66,5%), Республика Карелия (85,7%), Приморский край (87,2%), Карачаево-Черкесская Республика (90%), Республика Адыгея (91,8%), Новосибирская область (91,6%) от плана.

По данным эпидемиологического мониторинга, лабораторные обследования (вирусная нагрузка и иммунный статус), необходимые для обеспечения контроля за состоянием здоровья ВИЧ-инфицированных и проведения им антиретровирусной терапии, в соответствии с требованиями действующих стандартов оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным выполнены в недостаточных объемах, что снижает эффективность лечения ВИЧ-инфекции и негативно сказывается на противоэпидемической составляющей антиретровирусной терапии.

Среди лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, обследованы по определению иммунного статуса 73,7% пациентов, по определению вирусной нагрузки только 56%.

Следует отметить неудовлетворительное качество лабораторного сопровождения в части обследования на вирусную нагрузку при проведении диспансеризации в республиках Башкортостан, Кабардино-Балкария, Дагестан, Карачаево-Черкесия, Марий Эл, Северная Осетия - Алания, Удмуртия, Алтайском, Красноярском, Краснодарском, Пермском, Приморском, Ставропольском краях, Архангельской, Волгоградской, Ивановской, Калужской, Кемеровской, Кировской, Ленинградской, Новосибирской, Самарской, Тверской, Тамбовской областях, г. Санкт-Петербурге.

Возросла распространенность первичной резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам. По предварительным данным исследования, проведенного в 2010 году, в стране впервые был обнаружен средний уровень (5 - 15%) распространенности передаваемой лекарственной устойчивости ВИЧ, что может потребовать пересмотра стандартов лечения и схем терапии ВИЧ-инфекции первого ряда. Ситуация усугубляется высокой гомогенностью ВИЧ-1 на территории страны в целом, т.к. подавляющее большинство инфицированных ВИЧ (более 90%) были инфицированы субтипом A1.

До настоящего времени отсутствует единый набор индикаторов раннего предупреждения развития резистентности ВИЧ, не унифицированы способы сбора, накопления, обработки, анализа и передачи информации. Не разработаны нормативные документы по профилактике распространения резистентности ВИЧ к антиретровирусной терапии, отсутствует стратегия предупреждения распространения резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам.

Основным СПИД-индикаторным заболеванием в России продолжает оставаться туберкулез. Именно это заболевание является основной причиной летальных исходов, и среди причин смерти, связанных с инфекцией ВИЧ, туберкулез как вторичное заболевание составляет более 60%.

По данным эпидемиологического мониторинга, 23% ВИЧ-инфицированных, состоящих на учете в Центрах СПИДа, в 2011 году не были обследованы на туберкулез. Из прошедших диспансеризацию ВИЧ-инфицированных обследованы на туберкулез только 80%. Остались не обследованными на туберкулез в 2011 году 96 016 ВИЧ-позитивных.

Неудовлетворительно организована работа по обследованию на туберкулез ВИЧ-инфицированных, состоявших на учете в Центрах СПИД, в Карачаево-Черкесской Республике (обследовано 39,3%), Республике Карелия (43%), Архангельской области (59,8%), Смоленской области (59,5%), Забайкальском крае (60,3%), г. Санкт-Петербурге (66,6%), Кабардино-Балкарской Республике, Чеченской Республике, Костромской, Ярославской областях (66%), Республике Саха (67%), Камчатском крае (68%), г. Москве (71%).

Не решена полностью проблема внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Так, при проведении эпидемиологического расследования по поводу выявления ВИЧ-инфекции у детей, чьи родители были здоровы, ретроспективно были выявлены очаги внутрибольничного инфицирования: в Пензенской области - 1, в Чеченской Республике - 3, в Ростовской области - 1, с общим числом пострадавших 13 человек. Из них 5 детей инфицировано при перинатальном контакте ВИЧ-инфицированными матерями. До обнаружения наличия ВИЧ-инфекции у контактных детей они неоднократно находились в детских стационарах и лечились как ВИЧ-отрицательные.

Во всех эпизодах причиной инфицирования являлись: халатность при выполнении противоэпидемических мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях, недостатки в организации работы по выявлению ВИЧ-инфекции у беременных женщин, непроведение химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

При росте числа ВИЧ-инфицированных и увеличения количества медицинских манипуляций, проводимых при оказании им стационарной и амбулаторной медицинской помощи, за последние 5 лет число зарегистрированных случаев травматизации медицинского персонала возросло в 1,5 раза, что влечет за собой необходимость своевременной организации и проведения химиопрофилактики профессионального заражения ВИЧ для большего числа медицинских работников и обеспечения лечебно-профилактических организаций

антиретровирусными препаратами для этих целей.

Отмечается крайне негативная тенденция, связанная с регистрацией случаев инфицирования детей при грудном вскармливании. По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИД в 2009 году выявлено 12 инфицированных детей, в 2010 - 16, в 2011 - 18, из них: в Новосибирской области - 6, Волгоградской - 4, Тюменской - 2, Брянской - 1, Вологодской - 1, Челябинской области - 1, Алтайском крае - 1, Красноярском крае - 2.

Установлены факты сокрытия ВИЧ-инфицированными отцами/половыми партнерами наличия у них заболевания, что послужило в дальнейшем причиной заражения ВИЧ матери и ребенка, находившегося на грудном вскармливании.

Еще одной проблемой, ставшей чрезвычайно актуальной в последнее время, является проблема мигрантов, число которых в Российской Федерации ежегодно увеличивается.

В 2011 году в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 02.04.2003 N 188 "О перечне инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 14, ст. 1286; 2005, N 7, ст. 560) освидетельствовано на наличие инфекционных заболеваний 1 070 887 иностранных граждан и лиц без гражданства.

Выявлено 6114 лиц с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих и являющихся основанием для принятия решения о нежелательности пребывания в Российской Федерации, в том числе ВИЧ-инфицированных - 1215 человек, больных туберкулезом - 2653, больных ИППП - 2246.

Наиболее эффективно работа по медицинскому освидетельствованию мигрантов организована в г. Санкт-Петербурге (обследовано 181 959 человек), Свердловской области (58 313), Краснодарском крае (59 001), Ханты-Мансийском АО (49 049), Приморском крае (36 034), Воронежской (35 969), Новосибирской (24 103), Тульской (20 756) областях, Ямало-Ненецком АО (20 483), Хабаровском крае (19 467), Волгоградской (19 928), Нижегородской (18 433) областях.

В ряде субъектов Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, Тульская область) работа по проведению медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства организована по принципу "единого окна". Основной целью внедрения метода работы в режиме "единого окна" является обеспечение максимального охвата медицинским освидетельствованием иностранных граждан, сокращение до минимума сроков проведения необходимых обследований.

В рамках выполнения постановления Правительства Российской Федерации от 07.04.2003 N 199 "Об утверждении Положения о принятии решения о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации и перечня федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных принимать решение о нежелательности пребывания (проживания) иностранного гражданина или лица без гражданства в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 15, ст. 1369; 2005, N 44, ст. 4562; 2008, N 14, ст. 1412; 2008, N 46, ст. 5361; 2009, N 51, ст. 6307) в 2011 году Роспотребнадзором принято 1327 решений о нежелательности

пребывания в Российской Федерации иностранных граждан из 38 стран. Самостоятельно выехали из России или были депортированы 727 мигрантов.

В то же время, требует совершенства организация мероприятий по выявлению у иностранных граждан и лиц без гражданства инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для принятия решений о нежелательности пребывания, а также контроль за реализацией принятых решений о нежелательности пребывания.

Вызывают настороженность низкие цифры выявления случаев инфекций, передаваемых половым путем, среди мигрантов во Владимирской, Тверской, Ленинградской, Псковской, Самарской, Кировской, Пензенской, Ульяновской, Кемеровской, Магаданской областях, Республиках Карелия, Коми, Ставропольском крае, Ханты-Мансийском А.О. Такая низкая выявляемость не соответствует среднестатистическим показателям и свидетельствует о неудовлетворительной организации работы по обследованию иностранных граждан на указанные заболевания.

Особое внимание обращает на себя ситуация в таких наиболее привлекательных для мигрантов в плане получения работы субъектах Российской Федерации, как Москва и Московская область. Именно здесь работа по освидетельствованию иностранных граждан поставлена неудовлетворительно и количество обследованных непропорционально ниже, чем в других территориях с более низкой экономической привлекательностью и с меньшим количеством мигрантов. Так, в 2011 году в г. Москве обследовано менее 25 000 человек, тогда как квота на выдачу иностранным гражданам разрешений на работу составила 128 803 человека, т.е. свыше 100 000 мигрантов остались необследованными. Аналогичная ситуация сложилась и в Московской области, где было обследовано чуть более 30 000 человек при квоте 108 090.

В то же время практически отсутствуют профилактические программы по предупреждению ВИЧ-инфекции среди мигрантов.

В целях обеспечения охраны здоровья населения, повышения эффективности принимаемых мер по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21; N 1 (ч. I), ст. 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801; N 29 (ч. I), ст. 3418; N 30 (ч. II), ст. 3616; N 44, ст. 4984; N 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17; 2010, N 40, ст. 4969; 2011, N 1, ст. 6; N 30 (ч. I), ст. 4563; N 30 (ч. I), ст. 4591) постановляю:

1. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовать:

1.1. Внести в программы по борьбе с ВИЧ/СПИД в субъектах Российской Федерации коррективы с учетом изменения эпидемиологической обстановки, обратив особое внимание на организацию и проведение профилактических мероприятий среди молодежи и населения возрастной группы от 25 до 45 лет, потребителей инъекционных наркотиков и лиц, предоставляющих сексуальные услуги за плату.

1.2. Включить в план работы Комиссий по социальным вопросам отчет руководителей предприятий о выполнении ст. 4.8 "Генерального Соглашения между общероссийским объединением профсоюзов, общероссийским объединением работодателей и Правительством

Российской Федерации на 2011 - 2013 гг." о профилактике социально значимых заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и наркомании.

1.3. Обеспечить поддержку неправительственных организаций и объединений, работающих в сфере профилактики ВИЧ-инфекции и оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, шире привлекать их для реализации мероприятий, направленных на противодействие распространению ВИЧ-инфекции, и изыскать возможность финансирования их деятельности из средств, выделяемых в рамках субсидий федерального бюджета на реализацию программ поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций (постановление Правительства Российской Федерации от 23.08.2011 N 713 "О предоставлении поддержки социально ориентированным некоммерческим организациям" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 35, ст. 5097)), а также из средств местных бюджетов.

1.4. Рассмотреть вопрос о выделении в текущем году ассигнований для финансирования программ первичной профилактики ВИЧ и наркомании, а также программ оказания помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактики девиантного поведения и реабилитации наркозависимых.

1.5. Оказать помощь органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан в укреплении материально-технической базы и кадрового состава центров по профилактике и борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями в целях повышения эффективности их деятельности по противодействию распространению ВИЧ-инфекции.

1.6. Принять меры по обеспечению в необходимых объемах ВИЧ-инфицированных женщин, имеющих грудных детей, молочными смесями для искусственного вскармливания в целях недопущения инфицирования детей вирусом иммунодефицита человека при грудном вскармливании.

1.7. Обеспечить активное привлечение средств массовой информации для проведения разъяснительной работы среди населения о мерах личной и общественной профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании, реализации законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения этих социальных заболеваний.

1.8. Рассмотреть вопрос о включении в межведомственные советы по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИД представителей Русской Православной Церкви и других религиозных конфессий в целях координации деятельности и расширения сотрудничества государственных органов, неправительственных и общественных организаций, работающих в данной сфере, для повышения эффективности проводимых организационных и практических мероприятий.

1.9. Провести анализ эффективности деятельности по организации медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства на инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих и являющиеся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранным гражданам и лицам без гражданства, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации и реализации принятых решений о нежелательности пребывания на территории субъектов Российской Федерации.

2. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан рекомендовать:

2.1. Принять дополнительные меры по сокращению необоснованных обследований на антитела к ВИЧ и расширению охвата групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией.

2.2. Обеспечить оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным в соответствии с требованиями действующих стандартов, обратив особое внимание на своевременность и объем таких лабораторных обследований, как вирусная нагрузка и иммунный статус, необходимых для обеспечения контроля за состоянием здоровья ВИЧ-инфицированных, назначения им антиретровирусной терапии и мониторинга ее эффективности.

2.3. Рассмотреть на коллегиях органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации вопросы о ходе реализации мероприятий по ограничению распространения ВИЧ-инфекции в регионе и внести необходимые коррективы с учетом конкретной эпидемиологической ситуации.

2.4. Принять меры по решению вопроса о выделении ассигнований на приобретение антиретровирусных препаратов для проведения профилактики профессионального инфицирования ВИЧ у медицинских работников в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции" (введены в действие постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.01.2011 N 1, зарегистрированы в Минюсте России 24.03.2011, регистрационный N 20263).

2.5. Разработать и принять порядок оказания помощи и проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции в случае аварийной ситуации в ЛПУ в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.5.2826-10.

3. Руководителям управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан:

3.1. Провести анализ хода реализации программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД в субъектах Российской Федерации, внести предложения в органы исполнительной власти по корректировке этих программ в соответствии с изменениями эпидемиологической обстановки.

3.2. Обеспечить координацию деятельности и расширение сотрудничества учреждений здравоохранения и, прежде всего, центров по профилактике и борьбе со СПИД, территориальных управлений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях повышения эффективности организационных и практических мероприятий, направленных на противодействие распространения этой инфекции.

3.3. Провести анализ эпидемиологической ситуации и принять меры по недопущению внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции в учреждениях родовспоможения, в т.ч. перинатальных центрах, центрах экстракорпорального оплодотворения и других лечебно-профилактических организациях.

3.4. Обеспечить осуществление контроля за своевременностью и полнотой диспансеризации детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, своевременностью постановки диагноза ВИЧ-инфекции и снятия с учета детей с перинатальным контактом по ВИЧ.

3.5. Систематически проводить плановые выборочные (дозорные) серологические и поведенческие обследования среди групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией и трудно идентифицируемых контингентов населения (потребителей инъекционных наркотиков - ПИН, мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, - МСМ, коммерческими секс работниками - КСР) и использовать полученные данные для

усовершенствования профилактических мероприятий и повышения их эффективности.

3.6. Продолжить практику использования пилотных площадок проекта "Поддержка системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в группах высокого риска в Российской Федерации" (Саратов, Иркутск, Екатеринбург) в целях разработки и апробации унифицированных методик проведения эпиднадзора второго поколения в группах высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией и трудно идентифицируемых контингентах населения: ПИН, КСР, МСМ.

4. Просить Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации:

4.1. Включить в Стандарт медицинской помощи, оказываемой в реабилитационных центрах для наркозависимых, антиретровирусную терапию для ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков и проведение лабораторного мониторинга эффективности лечения антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении.

4.2. При разработке порядка оказания медицинской помощи в медико-реабилитационных центрах для наркозависимых включить раздел об обеспечении антиретровирусными препаратами за счет средств приоритетного национального проекта ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в лечении, независимо от места их фактической регистрации.

4.3. Включить в перечень профилактических мероприятий, финансирование которых предусматривается в рамках приоритетного национального проекта на 2012 г., ценностно-ориентированные программы первичной профилактики ВИЧ и наркомании, программы оказания помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактики девиантного поведения и реабилитации наркозависимых, а также паллиативной помощи силами православных сестричеств милосердия и другими общественными и религиозными организациями.

5. Просить Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков:

5.1. Включить в план мероприятий по реализации Стратегии государственной антинаркотической политики поддержку неправительственных и общественных организаций, осуществляющих программы низкопороговой доступности для групп высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией.

5.2. Оказать поддержку в распространении в регионах ценностно-ориентированных программ первичной профилактики ВИЧ и наркомании, разработанных в рамках проекта "Поддержка инициатив религиозных организаций по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа, наркомании и паллиативному уходу в Российской Федерации", включающих в себя первичную профилактику наркомании и ВИЧ-инфекции, укрепление навыков здорового образа жизни, оказание помощи людям, затронутым ВИЧ/СПИДом, профилактику девиантного поведения и реабилитацию наркозависимых.

6. Просить Федеральную службу Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Министерство внутренних дел Российской Федерации дать указание подведомственным органам и учреждениям оказывать помощь и поддержку органам и учреждениям Роспотребнадзора и здравоохранения, а также неправительственным и религиозным организациям, осуществляющим проведение программ по профилактике ВИЧ/СПИД среди наркопотребителей и лиц, оказывающих сексуальные услуги за плату.

7. Контроль выполнения настоящего постановления оставляю за собой.

Г.Г.ОНИЩЕНКО