



Встреча по улучшению доступности лечения и диагностики ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и туберкулеза в Российской Федерации

## **Протокол встречи с представителями государственного сектора Челябинской области**

**18 октября 2023 года**

### **Государственный сектор:**

**Ванин Евгений Юрьевич** – заместитель Министра здравоохранения Челябинской области.

**Авдеев Сергей Александрович** – администрация г. Челябинска (заместитель главы города Челябинска по социальному развитию).

**Матушкина Анна Борисовна** – консультант отдела профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни управления организации медицинской помощи детям и матерям, при социально значимых заболеваниях и профилактики Министерства здравоохранения Челябинской области

**Радзиховская Маргарита Владимировна** – Главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Министерства здравоохранения Челябинской области в Челябинской области, главный врач ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» г. Челябинск.

**Магадеев Харис Дамирович** - Заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными»

**Севрюкова Валерия Сергеевна** – заместитель главного врача по организационно-методической работе ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

**Авдеев Юрий Александрович** – представитель НИЦ «Есть мнение» Челябинск.

### **Начало встречи. Представление участников.**

**Презентация главного врача Челябинского Областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Радзиховской Маргариты Владимировны.**

Уважаемые коллеги, хочу выразить вам благодарность за организацию данной встречи. На многие из ваших предварительных вопросов я могу четко и конкретно дать ответы в ходе презентации. Я представляю Вам опыт Челябинской области по реализации Государственной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции, как одного из высокопораженных регионов РФ. В этой связи, я думаю, что некоторые аспекты

нашей работы будут для вас интересны, и я постараюсь ответить на ваши вопросы в рамках своей компетенции.



ФГБУЗ «ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ  
И БОРЬБЕ СО СПИДом  
И ИНФЕКЦИОННЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»  
«Аида по-человечески»

## Челябинская область (медикодемографические характеристики региона)

Среднегодовая численность населения субъекта на 01.01.2023

**3 407 145 человек (без ЗАТО – 3 213 508)**

Административно-территориальное устройство Челябинской области представлено 27 муниципальными районами и 16 городских округов, протяженность территории более 400 км.

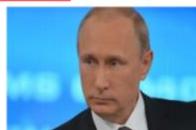


Как вы видите, Челябинская область территориально граничит на юге с Казахстаном, а с севера – со Свердловской областью. Географическое расположение и транспортные пути явились одной из причин высокой заболеваемости ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей в регионе в начале 2000 гг. Только за 2001 год было выявлено более 5000 новых случаев заболевания ВИЧ-инфекцией. В дальнейшем, период 2003–2011 гг. отмечался стабилизацией эпидемического процесса, с 2012 г. рост заболеваемости связан с увеличением доли полового пути распространения заболевания и выходом за пределы ключевых групп в общую популяцию населения.

Своевременная разработка и реализация Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу, утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 20 октября 2020 г. (далее – Государственная Стратегия) обеспечило возможность широкого внедрения доступности противовирусной терапии всем пациентам с ВИЧ-инфекцией, проведению широкого скрининга населения на ВИЧ-инфекцию с целью своевременной диагностики заболевания и расширение профилактических программ, в том числе и в трудовых коллективах и молодежной среде.



**В.В. Путин, президент РФ:**  
Цели государственной политики в сфере охраны здоровья граждан заключаются в профилактике заболеваний, **предотвращении роста заболеваний, представляющих опасность для окружающих**, повышении доступности для населения медицинской помощи, повышении эффективности и качества медицинских услуг, снижении уровня инвалидности, разработке и внедрении новых медицинских технологий и лекарственных средств...



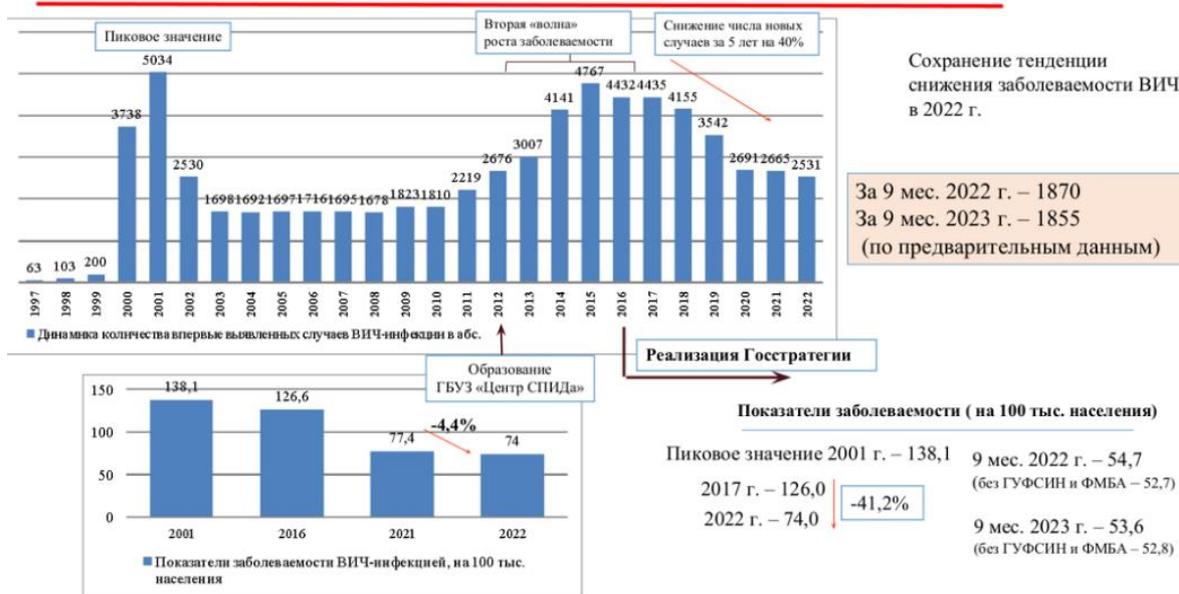
Цель Стратегии - **предупреждение распространения ВИЧ-инфекции** на территории Российской Федерации путем достижения постоянного **снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции** среди населения и **снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом**, чтобы к 2030 году это заболевание перестало быть угрозой общественному здоровью.



Объективным положительным результатом реализации Государственной стратегии в Челябинской области является снижение заболеваемости ВИЧ-инфекцией в 1,7 раза (показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией 2016 г. - 126,6; показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией 2022 г. – 74,0 на 100 тыс. населения), что соответствует основной цели Государственной Стратегии. А показатель смертности от СПИД-индикаторных заболеваний за тот же период уменьшился на 66%.



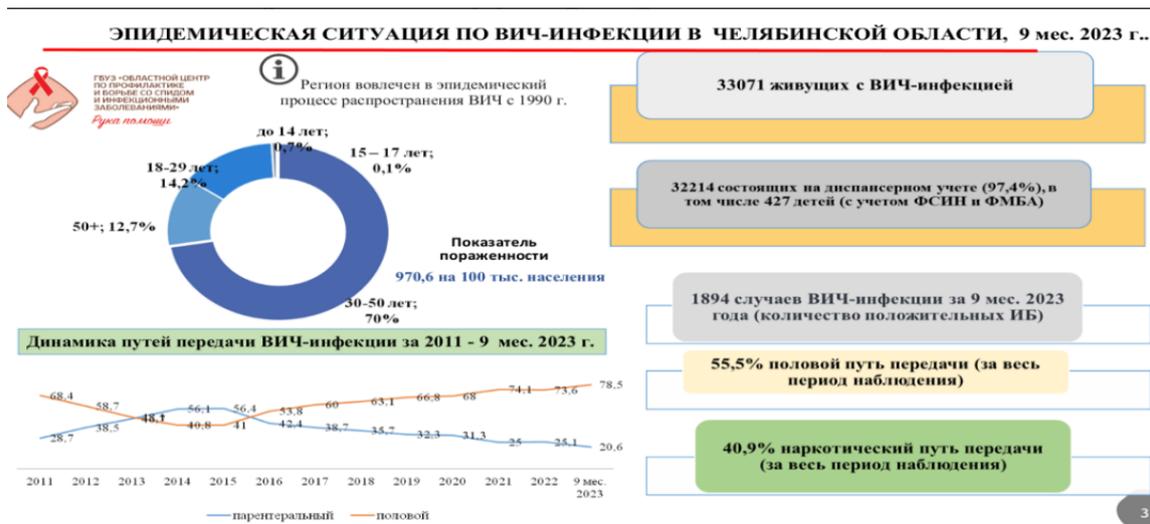
Анализ основных эпидемиологических показателей по ВИЧ-инфекции в Челябинской области



Эффективный скрининг, своевременная диагностика ВИЧ-инфекции на ранних стадиях заболевания, незамедлительное назначение высокоактивной антиретровирусной терапии (далее – АРТ) является основой снижения смертности ВИЧ-инфицированных пациентов, повышения качества их жизни соответственно увеличению группы диспансерного наблюдения, а значит и увеличению распространенности ВИЧ-инфекции среди населения области, но при этом данная динамика не является негативной.

На сегодняшний день показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией составляет 970,6 на 100 тыс. населения – это практически 1% среди всей популяции

региона. На диспансерном наблюдении состоит 32 214 пациентов с ВИЧ. За 9 месяцев 2023 года у нас уже зафиксировано 1894 новых случая. За весь период наблюдения половой путь передачи составил 55,5%, по данным 2022 г. данный путь передачи заболевания составляет 73,6%. Если рассмотреть данный фактор в гендерной дифференциации, то среди женщин он составляет – 90%. Это значит, что фокус нашего внимания в большей мере должен быть направлен на женщин фертильного возраста,



В основе, реализуемой на сегодняшний день Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2030 г., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 21 декабря 2021 г. № 3468-р, положена главная цель - постоянного снижения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения и снижения смертности от заболеваний, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией и СПИДом, чтобы к 2030 году это заболевание перестало быть угрозой общественному здоровью. Одним из ключевых мероприятий Государственной стратегии на период до 2030 г. является увеличение охвата антиретровирусной терапией лиц с ВИЧ-инфекцией и дальнейшее снижение риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку, совершенствование ведения Федерального регистра, в том числе для обеспечения мониторинга эффективности антиретровирусной терапии. Внедрение Федерального регистра ВИЧ-инфицированных пациентов (далее – ФР ВИЧ) позволяет совершенно прозрачно формировать четкие, реальные данные по количеству вновь выявленных пациентов, количеству пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении и получающих АРТ. А также проводить детальную аналитику по эффективности проведения мероприятий Государственной Стратегии, планировать необходимые ресурсы, внедрять принципы персонализированного лечения. В настоящее время учитываются пациенты с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, подтвержденного не просто лабораторно, но и в соответствие с имеющимися алгоритмами постановки диагноза, т.е. при осмотре врачом-инфекционистом, эпидемиологом (проведение эпидемиологического расследования), дообследованием и дальнейшем формированием тактики его наблюдения и лечения.



## Реализация плана первоочередных мероприятий по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Челябинской области



В соответствии с Государственной Стратегией в регионе совместно с Минздравом области разработан комплексный план мероприятий, направленный в первую очередь на предотвращение новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией. В данный план входит непрерывная пропаганда и мотивация населения к безопасному образу жизни на основе наиболее эффективных технологий первичной профилактики, в основе чего лежат постоянные социологические исследования с применением опросов и анкетировании среди различных категорий жителей.

Далее, диагностика ВИЧ-инфекции на ранних стадиях – скрининг в ключевых и уязвимых группах. Здесь мы активно работаем с нашими партнерами-некоммерческими организациями, которые нам помогают «попасть» в эти ключевые группы.

Для пациентов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции необходимо в первую очередь обеспечить доступность и качество оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями и Стандартом, что на сегодняшний день и реализовано в Челябинской области.

### Контроль качества по профилю «ВИЧ-инфекция»



Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции обеспечена высоким охватом и доступностью скринингового обследования на ВИЧ во всех медицинских организациях региона, обследование на ВИЧ предлагается в рамках профилактических осмотров и диспансеризации населения, с высоким охватом социально-адаптированных женщин 30+.



В регионе непрерывно проводятся обучающие семинары с врачами первичного звена по проведению до- и после тестового консультирования при обследовании на ВИЧ-инфекцию. Специалисты Центра СПИД на регулярной основе выезжают в территории с целью оказания нормативно- методической помощи и проведения анализа работы медицинских организаций по оказанию медицинской помощи пациентам с ВИЧ, участия в межведомственных комиссиях

В Челябинской области ежегодно по медицинским округам проводится пять больших семинаров, где собирается большая аудитория врачей-специалистов, и руководителей медицинских организаций с анализом имеющихся внутриучрежденческих междисциплинарных взаимодействий по своевременному выявлению и привлечению к диспансерному наблюдению пациентов с ВИЧ. Как выстраивается алгоритм информирования пациента с вновь выявленным заболеванием, проживающем в отдаленном населенном пункте.

По данным статистики отмечается динамика снижения показателя заболеваемости, и самое главное – снижаются показатели выявляемости. Так, за 2017 год в среднем показатель выявляемости составлял 0,4% среди общей категории пациентов, то за 2022 г. он составил в среднем 0,2%.

Из числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, состоит и регулярно наблюдается 32 214 пациентов – 97,4%.

Как и везде, в отдельных случаях, существуют некоторые особенности, связанные с выстраиванием диалога между пациентами и врачами. Наши специалисты получают обратную связь, регулярно участвуя в работе группы взаимопомощи пациентов. Есть проблемы со стороны пациентов, которые приходят

без записи, не планируя заранее, но все эти вопросы решаются незамедлительно. Выстраиваются цивилизованные формы диалога пациента и врача. Необходимо решать все проблемы коллегиально между доктором и пациентом в рамках взаимоуважения и конфиденциальности. Важно помнить, что мы работаем для пациентов, чтобы им было удобно, создавая комфортные условия пребывания в медицинской организации.

### Принцип доступности медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией



**Увеличение привлекательности учреждения**

В учреждении созданы условия для комфортного пребывания пациентов, в том числе с детьми.

Реализация принципа «Доступная среда» для лиц с ограниченными возможностями

В работе СПИД Центра активно принимают участие психологи, социальные работники, юристы.

Расширение спектра услуг

На сегодняшний день Центр СПИДа – это современное, отвечающее всем требованиям медучреждение, оснащенное современным оборудованием, имеется флюорограф, цифровой рентген-аппарат, стоматологический кабинет, осуществляется прием врачей акушеров – гинекологов, неврологов, психиатров наркологов, оториноларингологов, дерматовенерологов, фтизиатров, клинических психологов, терапевтов и клинического фармаколога. При необходимости мы делаем кольпоскопию, направляем биопсию, делаем гистологию. Мы отработали региональную схему маршрутизации пациенток при подозрении на шейк матки с онкологами, создавая зеленые коридоры. Мы делаем все, что необходимо, и даже больше.



### Организация доступной среды



Мы расширяемся, открываем новые структурные подразделения, улучшаем условия пребывания пациентов. До 2012 г. Центр СПИДа располагался в помещении 1165 кв. м., на сегодняшний день площадь составляет почти 5 тысяч кв. м.

Мы открыли структурное подразделение в Миассе – было барачное здание, а теперь комфортное здание с современным ремонтом и великолепными условиями. Сейчас мы открыли структурные подразделения в отдаленных районах: г. Сатка, г. Кыштым. В планах на 2024 г. - в г. Касли и г. Магнитогорск. Это все делается для того, чтобы повысить доступность оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ.

Соответственно увеличен штат специалистов, так на 2012 г. штат Центра СПИД составлял 65 человек, на сегодняшний день это 264 штатные единицы, с укомплектованностью по врачам – 88,6%, по среднему персоналу – 86,5%.

За весь период работы Центра СПИД сформирована команда единомышленников, нацеленная на эффективное решение поставленных задач.

Организована работа выездных бригад, в том числе и для оказания помощи паллиативным пациентам на дому, чтобы сохранить приверженность к лечению. У нас 40 организационно-методических выездов, 300 выездов к паллиативным пациентам, ведется реестр пациентов, которые по состоянию здоровья находятся дома. Каждое назначение АРВТ происходит врачебной комиссией Центра СПИД, и это грандиозная работа.



В Центре СПИД четко выстроена работа по контролю качества оказания медицинской помощи – все обращения пациентов оперативно рассматриваются. Мы следим за четким выполнением Стандартов оказания медицинской помощи, в основу положен пациентоориентированный подход. Многоуровнево выстроена система записи на прием к врачу, которая возможна как через регистратуру поликлиники, через единый центр обслуживания, через электронный терминал в холле, портал госуслуг – региональный центр запись на прием. Мы внедрили новый сервис, который осуществляет напоминания звонками о приеме пациентам. Голосовой робот-помощник звонит накануне приема и фиксирует ответы пациентов и передает их в систему.

Учитывая развитие когнитивных нарушений у детей с ВИЧ-инфекцией и необходимости ее коррекции в Центре организовано тестирования детей тестом Векслера, работает 4 психолога, в том числе и детский.



Организация обеспечения пациентов АРВ-препаратами основано на Постановлении Правительства Российской Федерации от 28.12.2016 г. № 1512, которое определяет порядок обеспечения лекарственными препаратами. В нем отражено, что в соответствии с информацией от пациента, о том, что он собирается более чем на полгода покинуть территорию области, мы обязаны обеспечить его препаратами на месяц. За это время пациент может переехать в другой регион и встать на учет с передачей сведений по федеральному регистру. В случае, если пациент сообщает, что уезжает менее чем на полгода, то решением врачебной комиссии ему выдаются препараты на срок приема, равный сроку его выезда за пределы территории региона. Но для нас тоже существует дилемма: как пациент подтвердит, на какой срок он уехал? Мы принимаем все доводы пациентов и стараемся идти им навстречу, и то, о чем вы говорите (*Примечание. Речь идет об отказах в постановке на учет без регистрации в регионе*), мы не наблюдаем. У нас идет бесперебойное обеспечение антиретровирусными препаратами.

Также мы сейчас активно видим, что к нам едут пациенты из других городов, мы делали выгрузку – это Питер, Екатеринбург, Башкортостан. Вопрос регистрации является достаточно непростым.

Мы непрерывно проводим анализ обращений от пациентов. Многие из этих обращений, не имеют к нам отношения – оформление инвалидности и т. д. У нас работает платформа обратной связи через Госуслуги, и мы оперативно анализируем и реагируем на все обращения. Охват АРВТ у нас на сегодняшний день – 88,4%, и до конца года мы достигнем индикатора (84%). Если говорить в цифрах, то на АРВТ на данный момент – 28482 пациента.

Ежегодно для обеспечения непрерывности лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией из регионального бюджета выделяется более 85 млн. руб.

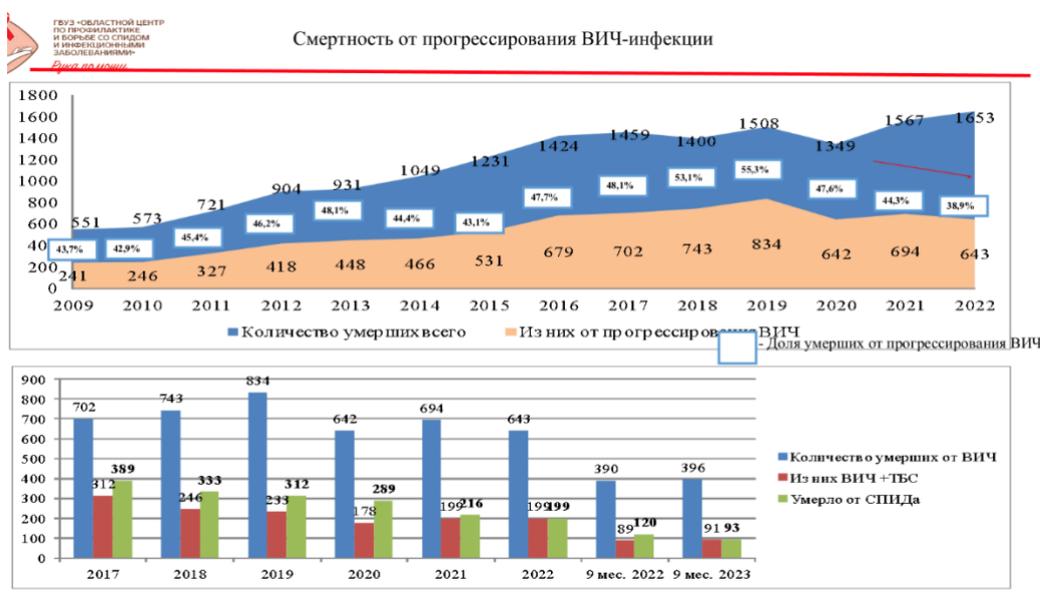
**Вопрос:** По поводу новых комбинированных препаратов, которые также разрешены для подростков («Генвоя» или «Биктарви»), не планируется ли их закупать?

Ответ: Мы уже ранее их купили, на них сохраняем пациентов.



Мы наблюдаем снижение заболеваемости туберкулезом у категории ВИЧ-инфицированных пациентов, наша цель – добиться показателя заболеваемости туберкулезом у ВИЧ-инфицированных равного общепопуляционному. А для этого нам нужно, чтобы все наши пациенты получали препараты и были иммунокомпетентны. Мы видим, что те, кто погибает от туберкулеза – это пациенты, которые не принимают препараты. И это происходит несмотря на все наши усилия: дозвон, напоминания. Необходимо формировать у пациентов ответственность за свое здоровье.

Если говорить о смертности, то мы видим, что это в основном пожилые люди, у которых причиной смерти не является ВИЧ-инфекция.



Мы лечим гепатит С. На данный момент у нас пролечено уже 646 человек за три года плюс еще 212 до конца этого года, и в 2024 году мы планируем пролечить еще 500 человек. Хочу еще показать, что у нас эффективности терапии 97%, и у нас был только один пациент с вирусологической неэффективностью. Это большая работа с пациентами: врачи постоянно находятся с ними на связи.

### Организация проведения лечения хронического гепатита С у ВИЧ-инфицированных пациентов



Перинатальная профилактика трехэтапная у нас составляет 100%.

ГБУЗ «Центр СПИДа» реализует мероприятия по розыску пациентов, но их эффективность – менее 10%. Сколько мы не выезжали, только менее 10% пациентов возвращаются на диспансерное наблюдение.

Мы провакцинировали от ВПЧ всех детей, имеющих показания для вакцинации.

Учитывая наличие нейрокогнитивных расстройств у детей, мы создали мобильное приложение sART для подростков. Идея создать приложение появилась после проведения исследования среди подростков, где мы узнали от их о трудностях с приемом АРВТ, причинах нарушения приверженности. Мы думали о том, что можно сделать, и какие есть механизмы и инструменты, чтобы повысить приверженность. Подростки написали, что им нужно напоминать. Приложение может помогать мониторить вирусную нагрузку, контролировать прием терапии, прогнозировать состояние пациента, информировать пациентов и их родителей. Подросток может видеть принятые препараты, может смотреть все препараты. Там также есть чат-боты, общение с другими пользователями, раздел «Мое лечение», чаты, новости, уведомления. Они могут пообщаться с психологами. Разработчиками была четко прописана конфиденциальность. Приложение сопряжено с любыми смартфонами. У приложения достаточно большой функционал, который понятен и удобен для подростков.



## Мобильное приложение «sART»



Цель создания приложения:

улучшение качества и увеличение продолжительности жизни **пациентов** с диагнозом ВИЧ.

Возможности приложения:

1. Мониторинг вирусной нагрузки.
2. Контроль назначенной схемы лечения пациента.
3. Контроль медицинских мероприятий (анализы, осмотры и т.д.).
4. Психологическая помощь без необходимости обращаться в ЦЕНТР СПИДа и/или медицинскую организацию.
5. **Прогнозирование состояния пациента (комплаинс диспансерного наблюдения).**
6. Оперативная корректировка лечения в случае необходимости.
7. **Информирование пациентов и их родителей.**
8. Предупреждение распространения ВИЧ (формирование безопасного поведения).

Мы всегда открыты к диалогу с пациентами, вы можете к нам обращаться.  
Спасибо за внимание!

**Вопрос:** Спасибо большое за вашу работу! Я услышала в вашей презентации, что основной возраст женщин, у которых выявляется ВИЧ-инфекция, это 30+. Хотелось бы уточнить, есть ли при вашем СПИД Центре равные консультанты для женщин?

**Ответ:** Мы работаем в рамках штатного расписания, которое соответствует приказу Минздрава России "Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при ВИЧ-инфекции», которым предусмотрено наличие в штатном расписании социального работника и психолога, но равного консультанта нет. Что это за специалист? Какие к нему профессиональные квалификационные требования (требования к специальности, стажу работы, профессиональным знаниям и умениям)? Какой у него диплом? На сегодня нет нормативного акта, определяющего данную специальность. Если у нас возникают такие вопросы, то здесь как раз у нас есть точки соприкосновения с некоммерческими организациями. Поддержка всегда есть, особенно если мы говорим про неприятие диагноза или стрессовые ситуации. Пациент может прийти к нам на группы, у нас есть группы взаимопомощи.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** По опыту Санкт-Петербурга могу сказать, что у нас на базе Центра СПИД есть равный консультант - женщина, которая в основном работает с матерями, беременными женщинами, либо с женщинами, которые получили ВИЧ-инфекцию половым путем. Это очень здорово работает, и женщины остаются в лечении.

**Ответ:** Тут еще вопрос, в каком статусе он трудоустроен в штат Центра СПИДа. И вопрос в их количестве. Социальные специалисты тоже должны быть. Если есть такой вариант, то это хорошо. Я думаю, проблема в том, что при найме социального работника, у него должен быть диплом социального работника, то есть специалист должен подтвердить свою компетенцию.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Есть еще один выход, если есть двухстороннее соглашение между СПИД Центром и некоммерческой организацией, которая работает с уязвимыми группами, то соглашение позволит привлекать равных консультантов из этих организаций. Это также может помочь и в работе с «потеряшками».

**Ответ:** В этом вопросе мы работаем с некоммерческим сектором.

**Вопрос:** Вы говорите, что у вас 32 214 пациентов на диспансерном учете, и при этом 24 000 получают АРВТ. В вашей презентации написано, что охват лечением 83,4%, а у меня получилось 75%. Объясните, пожалуйста, ваши подсчеты.

**Ответ:** Цифра 32214 человек – это состоящие на учете на 9 месяцев 2023 г. с учетов ФСИН и ФМБА, из них получают АРВТ 28482 человека – 88,4%. Чуть более 24 тысяч – это цифра получавших АРВТ на конец 2022 года без учета ФСИН и ФМБА – 83,4% от состоящих в Федеральном регистре.

**Вопрос:** В вашей презентации была информация о том, что 73,6 % — это половой путь передачи. В нашем регионе ситуация схожая, и я бы хотел спросить, куда делись, например, люди употребляющие наркотики? Они стали меньше употреблять? Или, может быть, вы думали о том, что пациенты из уязвимых групп намеренно указывают другой путь передачи? Мы просто у себя в регионе удивились этой статистике, а у вас она получается такая же. Возможно, сами пациенты говорят, что путь передачи половой, а не инъекционный.

**Ответ:** Коллеги, пути передачи у нас определяются исходя из четвертой формы, которая определяется по тому, какой код обследования выставляется врачом, который назначил тест на ВИЧ. Мы апеллируем теми официальными данными, которые у нас устанавливаются врачом, который берет тест на ВИЧ. Для получения достоверного кода обследования мы проводим обучение для врачей первичного звена. У нас даже есть 18-часовой обучающий цикл на кафедре общественного здоровья и здравоохранения повышение квалификации «Организация до и после тестового консультирования при обследовании на ВИЧ для врачей первичного звена». В единичных случаях при проведении эпидемиологического расследования специалистами Центра СПИДа выявляется прием наркотиков пациентом в анамнезе – мы это указываем в эпид.карте. Но официально путь передачи ставится по Форме номер 4.

**Вопрос:** Вы так много рассказали о своих успехах, и давно уже существует мнение, что ваш Центр СПИД – образцово-показательный. Но не могли бы вы рассказать, какие на сегодняшний день существуют сложности и проблемы в вашем Центре СПИД?

**Ответ:** Конечно, сложности и проблемы существуют. Для нас это не препятствия, а точки роста.

**Вопрос:** Вы сказали, что в следующем году в заявке планируется закупить 500 курсов для лечения гепатита С. Хотелось бы уточнить, какова очередь и потребность? Есть ли у вас цифры по количеству пациентов, которые находятся в очереди на получение препаратов? Есть ли критерии того, как происходит отбор пациентов, которым лечение положено в первую очередь? Как происходит выбор, кого лечить первым и последним? Запрещаете ли вы своим врачам консультировать пациентов, которые решили лечиться за свой счет? Часто ли случается так, что пациенты покупают препараты за свой счет, но врачи отказываются их консультировать.

**Ответ:** Пациенты бывают сложными, и вопрос отбора пациентов регламентируется нормативными документами. И очень важны не только медицинские показания, но и приверженность к терапии. У нас в Центре СПИД стоит фиброскан, и у нас нет никакой очереди. Приходите, мы в плановом порядке делаем все анализы, фиброзы и флюорографию. Врач записывает, далее происходит назначение. При подготовке к этой встрече я общалась с врачами и мне хотелось понять, в чем проблема, и они мне говорили, что пациенты добиваются лечения и пишут обращения. Например, пишет мама: «Моему сыну нужно срочно вылечить гепатит». Хорошо, давайте. Обследовали генотип, у нас разные схемы, поэтому мы и генотипы делаем. Ему назначили терапию, а в следующий раз врач звонит, а пациент трубку не берет. Мы звоним его маме, а она нам говорит, что все, он уехал. Врач должен быть уверен в том, что он доведет пациента до результата, а именно до излечения гепатита С. Мы работаем на эффект, а не на формирование резистентных штаммов. Для нас очень важна приверженность пациента, а уже затем нужно подобрать терапию, или сменить схему терапии, если они не сочетаются. Если наша заявка будет удовлетворена, то мы быстрее достигнем элиминации гепатита С среди популяции ВИЧ-инфицированных, чем может-быть даже в целом. Потому что это меньшие затраты.

**Вопрос:** А какова реальная очередь на получение лекарств для лечения гепатита С?

**Ответ:** У нас очереди как таковой нет. Мы знаем количество пациентов, и у каждого врача сформирован перечень.

**Вопрос:** У вас стояло число 2012 человек в 2023 году, правильно? Из них 135 было пролечено за 9 месяцев 2023 года, а всего было пролечено 2012 человек. Следующая заявка – 500 человек. Сколько из вашей заявки на препараты для лечения гепатита С в 2023 году вам утвердил Минздрав? Сколько вы просили для лечения ВИЧ-инфицированных, и сколько вам в итоге одобрили?

**Ответ:** 212 человек идет плюсом в 2023 году. 700 мы пролечили за три года. Если это будет необходимо, мы готовы письменно ответить на этот вопрос.

**Вопрос:** Учитывая, что практически все средства федерального бюджета потрачены на АРВ-препараты, получили ли вы достаточно препаратов для лечения гепатита С? Мы знаем, что закуплена не вся номенклатура. Закуплена только схема софосбувир/даклатасвир и все. Вы лечите пациентов только этой схемой?

**Ответ:** У нас еще есть Зепатир, купленный на региональные деньги. Могу сказать, что в 2022 году очень много препаратов для лечения гепатита С закупили из областного бюджета. Федеральные поставки препаратов также были.

**Ответ заместителя Министра здравоохранения Челябинской области:** Мы приветствуем вас от имени Министра здравоохранения Челябинской области. Прежде всего я хочу сказать, что здесь мы работаем большой и дружной командой, потому что много лет знаем друг друга лично, мы вместе учились и живем рядом, и мы понимаем друг друга с полуслова. Самое положительное – есть понимание у руководства нашей области, и у нас четко выстроена система. Прежде всего – это наш основной 323 Федеральный закон 6 статья – приоритет интересов пациента. Кроме того, у нас есть клиентоцентричность, то есть у нас есть наш внешний клиент – пациент, и наш внутренний клиент – это наш сотрудник, медицинский или социальный работник, который работает в системе здравоохранения или социальных служб, на которого тоже сейчас нужно обращать внимание. Это один из приоритетных вопросов.

В 2020 году была разработана и принята «Программа развития системы здравоохранения Челябинской области» и подпрограмма «Противодействие распространению ВИЧ-инфекции» в рамках которых выделяется областное финансирование. Кроме этого, ежегодно на уровне первого курирующего вице-губернатора системы здравоохранения принимается «План противодействия распространению ВИЧ-инфекции», который включает в себя огромное количество мероприятий, в том числе информационно-коммуникационные, которые затрагивают все слои населения нашей области, включая школьников, детей, студентов и т. д. Кроме того, во всех муниципалитетах разработаны и приняты муниципальные программы здоровья сбережения, в которых также заложены показатели и охваты тестирования. Мы пошли еще дальше, и с прошлого года я самостоятельно веду секцию на нашем Форуме промышленников и предпринимателей, которая посвящена развитию корпоративных программ. Вы знаете, что Челябинская область – индустриальная, где находятся крупные промышленные, оборонные предприятия и закрытые территориальные образования. И мы именно через сообщество промышленников и предпринимателей, показывая им экономическую выгоду, на сегодняшний день у нас в области реализовано 745 промышленных корпоративных программ. Мы показываем эффективность тех финансовых минимальных затрат, которые могут быть предприняты в конкретных учреждениях, и их эффективность в рамках именно сохранения и сбережения здоровья населения.

Что касается денег, позвольте назвать несколько цифр: в 2023 году на закупку АРВТ для лечения ВИЧ и гепатитов В и С только из средств региональных бюджетов было потрачено 86 миллионов рублей. За 3 года на закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения ВИЧ-инфекции было выделено 415 миллионов рублей, 216 из них – федеральный бюджет, и чуть меньше – софинансирование за счет регионального бюджета. Дополнительно для проведения необходимых

исследований в диспансерной группе Минздравом региона было направлено по ходатайству 31,5 миллион рублей.

Мы также продолжаем осуществлять все необходимые мероприятия по поддержке и развитию нашего Центра СПИД: мы укрепляем материальную базу, реорганизуем всю систему в рамках маршрутизации пациентов и обеспечении доступности для пациентов на территории Челябинской области в труднодоступных и отдаленных районах. Мы с вами сейчас находимся в центре области, и если мы поедем на Юг – это 470 км, если мы поедем на Запад в Горнозаводскую область – это 420 км. Наша санитарная авиация доставляет пациентов из труднодоступных и горных территорий. Мы прирастаем и укрепляем молодыми кадрами нашу службу профилактики, потому что она очень достойно показала себя не только как Центр борьбы со СПИДом, но и как якорная организация в борьбе с COVID-19. Это крупнейшая лабораторная база, база Университета и консультации ВИЧ-специалистов. Мы уже не первый год выделяем гранты для НКО, и поддерживаем их работу на территории нашей области.

По гепатитам также есть цифры – на лечение пациентов с ВИЧ от гепатита С выделено 38 миллионов за 2020 год, практически 70 миллионов за 2021 год, за 2022 год – 101 миллион рублей, и в 2023 году мы уже потратили порядка 60 миллионов рублей. На 2024 год, как мы уже сказали, на лечение гепатит С у 500 человек заявка на 178 миллионов уже на утверждении.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Мы действительно видим по закупкам, что Челябинская область входит в первую двадцатку регионов, которые тратят собственные деньги. Кроме того, по закупкам видно, чего не хватает, и мы видим, что Челябинская область выделяет достаточно большие суммы, на тот же долутегравир, например.

**Вопрос:** Подскажите, а насколько была удовлетворена Федеральным Минздравом ваша заявка на закупку АРВ-препаратов на 2023 год?

**Ответ:** По среднерасчетным данным заявка удовлетворена примерно на 80%. Мы видим, что это может быть общероссийская тенденция. Мы к этому вопросу подходим с доказательной точки зрения – доказываем свою объективность. Вопрос еще и в том, что часть препаратов была закуплена в 2022 году за счет бюджета 2023 года, и мы были полностью обеспечены препаратами. Получается, что нам удалось перекрыть практически 100% пациентов и сохранить у них существующие схемы без тотального перевода за счет областного бюджета.

**Вопрос:** Вы говорили о том, что ведется работа по поиску пациентов, которые теряются. Ведется ли у вас статистика по количеству отказов пациентов от терапии? Когда начинается их поиск? И, если я правильно понял, то у вас нет ставки равного консультанта при Центре СПИД. В Республике Татарстан пациентское сообщество добилось того, что в каждом филиале появилась эта ставка. И решили вопрос с тем, как эту ставку внедрить и оплачивать. Я вам могу сказать о том, что в городе Елабуга резко возросло число тех пациентов, которых удалось найти, благодаря равному

консультанту. Примерно на 80% увеличилась приверженность. Но есть и другой аспект этого вопроса, когда равный консультант разыскивал пациентов, он также тестировал их близких на ВИЧ, что привело практически к двукратному росту статистики по новым случаям ВИЧ-инфекции. В город приехала Комиссия и остановила работу равного консультанта в связи с тем, что резко повысилась выявляемость новых случаев в конкретно этой местности. Есть ли у вас планы по внедрению равных консультантов в вашу работу? Есть конкретные примеры, где в регионах с появлением равных консультантов увеличивается приверженность, но и выявляемость тоже увеличивается.

**Ответ:** Может быть, это ваше мнение, но наша задача заключается в том, чтобы всех выявить и обследовать. Мы этим и занимаемся, и мы будем только благодарны. Ведь если эти люди не выявятся сейчас, то они выявятся потом и на поздних стадиях, но тогда уже слетит другой индикатор. Мы не боимся роста заболеваемости, если она объяснима. Если рост заболеваемости наблюдается и на поздних стадиях, то тогда объективно есть за что ругать. Мы собираемся по медицинским округам и рассматриваем каждую территорию именно с объективной точки зрения. Если в одной территории пошел рост заболеваемости, то мы выясняем причины того, что там половой путь или очаг, почему так произошло. И главные врачи рассказывают, что они нашли очаг заболеваемости, пришли туда, всех протестировали, и нашли еще несколько новых случаев. Тогда мы им говорим, что они молодцы, и будем хвалить их за это, а не ругать. Тут у нас все связано.

**Вопрос:** Как вы считаете, проблема отсутствия ставки равного консультанта в Центре СПИД – это проблема или нет?

**Ответ:** В Стандарте оказания медицинской помощи четко прописано какие могут быть специалисты.

**Ответ:** У нас действует Стандарт оказания медицинской помощи, в котором четко прописано, какие должны быть специалисты. В реестре должностей Российской Федерации нет профессии равный консультант. И с учетом того, что сегодня в третьем секторе денег чуть больше, чем в государственном, и если в регионе между Центром СПИД и НКО не выстроена работа, то надо собрать главного врача и руководителей трех профильных НКО, и отправить куда-нибудь другой регион поднимать. Здесь сегодня проблем нет, в том плане, что, если есть потребность, то люди в рамках проектной деятельности берут равного консультанта, а далее мы наблюдаем, какой к нему поток пациентов. Если мы видим, что поток к равному консультанту больше, чем к психотерапевту или врачу-инфекционисту, хотя бы на 25%, то нет вопросов. Эти деньги можно застолбить на следующий год. Равный консультант может работать на НКО, и нет необходимости ему обременять себя трудовой книжкой, чтобы работать в Центре СПИД. Это же не профессия на всю его жизнь, он год в этом погорит, а потом пойдет дальше деньги зарабатывать для семьи. Он свою социальную функцию выполнит и «До свиданья!». Представьте, если эта ставка будет в структуре гос. учреждения – ему нужно будет проходить

множество проверок, включая медицинский осмотр, чтобы трудоустроиться. Он 8 месяцев отработает – и все, новый специалист. Сегодня проблемы носят организационный характер. Надо просто понимать, как организовать решение той или иной проблемы.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Сейчас нет четкого рецепта, как работать равному консультанту, ни в нашей стране, ни в других странах. И мы до сих пор не знаем, что эффективней, когда равный консультант в штате Центра СПИД, или же, когда равный консультант находится на базе НКО. В принципе, наверное, лучше, когда от НКО, потому что в таком случае он представляет сообщество. Но дальше встает структурный вопрос - насколько открыты Центры СПИД, предоставляют ли они кабинеты для равных консультантов, отлажены ли механизмы. Сначала всегда будет сопротивление, это даже не обсуждается. У нас сейчас уже 3 кабинета НКО на базе Центра СПИД, но это наши консультанты, двух НКО. И сейчас нам Минздрав прописал, что мы в 8 кабинетах Новосибирской области можем поставить наших консультантов. Вопрос состоит в готовности системы. Я думаю, что мы не дождемся, кроме СанПин, что могут осуществлять тестирование специально-подготовленные консультанты, а все остальное в каждом регионе пока решается по-разному, но тут вопрос доброй воли госчиновников.

**Вопрос:** Вы в своей презентации, сказали, что вопрос объединения с Магнитогорском не решается за 2 дня. Но мы с вами встречались 2 года назад, и уже тогда поднимали этот вопрос. Почему за 2 года так и не удалось объединиться? В чем сложности?

**Ответ:** Важно сказать о том, что за эти годы у нас было много задач, включая COVID-19. Мы много времени потратили на то, чтобы обеспечить пациентов, которые не могли выйти из дома или попадали в стационар, открывали филиалы в других муниципальных образованиях, в том числе Миасс. На данный момент уже принимаются реальные шаги, и Минздрав Челябинской области четко сказал, и мы поняли, что нужно делать, чтобы произошло объединение. Объединение с Магнитогорском на данный момент для нас является приоритетной задачей. Мы думаем, что, когда мы с вами встретимся через 2 года, то сможем вас порадовать этой новостью.

**Вопрос:** Мой вопрос касается выдачи препаратов на полгода. Мне, как приверженному пациенту, очень удобно, когда я получаю препараты на полгода. Я не беспокою своего врача и, если что-то произойдет, я могу просто написать ему сообщение. Это высвобождает его время, и он может заниматься другими пациентами. Есть ли у вас статистика приверженных пациентов, которым вы выдаете терапию на полгода? Возможно, у вас есть расчеты по финансовой эффективности данного вопроса. Мне кажется, что такой подход эффективен для обеих сторон – приверженных пациентов и врачей Центра СПИД. Алексей Израилевич Мазус в свое время говорил, что всем пациентам, в том числе и в COVID-19, препараты выдаются на полгода, что не является правдой.

**Ответ:** В российских клинических рекомендациях прописано, что Центр СПИД может выдавать препараты до полугода стабильным пациентам, но по решению врачебной комиссии. Я, как врач, прекрасно понимаю, что это удобно и для врача, и для пациента. У каждого из наших пациентов на Д-учете состоит по 3000 пациентов, и больше 2000 принимает непрерывно АРВТ. Однако, это также большая ответственность для врача, поскольку он может выдать препарат, а пациент потом пропадет, или препарат окажется на коммерческом рынке.

**Вопрос:** Вы рассказали нам про новое приложение, но хочу заметить, что таких приложений достаточно много, и их создавали и некоммерческие организации, и государственные учреждения. Лично я не видел, чтобы популярность таких приложений была слишком высокой. Есть ли у вас статистика по тому, сколько человек на данный момент пользуются приложением? Насколько оно является распространенным? Когда-то некоммерческая организация Life4me+ создавала приложение с таким же функционалом, однако, оно не стало популярным. Насколько ваше эффективно выстрелило?

**Ответ:** Вы можете обсудить этот вопрос после встречи с нашими специалистами, которые могут рассказать подробнее.

**Вопрос:** Как осуществляется наркологическая помощь в туберкулезном отделении?

**Ответ заместителя главного врача по организационно-методической работе противотуберкулезного диспансера:** В нашем туберкулезном диспансере ведется аналитика по отрывам от лечения как в дневном, так и в круглосуточном стационарах. Мы ведем ее на протяжении трех лет, и, к сожалению, очень большой вклад в это внес COVID-19, потому что если человек является бактериовыделителем, в том числе с ВИЧ-инфекцией, то он обязан находиться в стационаре до прекращения выделения микобактерий туберкулеза вовне. Получается, что если он отрывается от лечения, то мы обязаны поставить в известность органы внутренних дел, и начинаются поиски этого пациента, а затем – принудительное лечение. Конечно, это психологически тяжело находиться в туберкулезном диспансере в течение минимум 5–6 месяцев, а в COVID-19 этот процесс лечения удлинялся и утяжелялся. Естественно, что в COVID-19 мы наблюдали больше отрывов от лечения, и мы проанализировали эту ситуацию, и в том числе людей наркопотребителей. Но мы выяснили, что среди пациентов, которые не являлись наркопотребителями, наибольшее количество отрывов от лечения наблюдается в течение первого месяца лечения. Для помощи наркологическим пациентам у нас проводятся консультации психиатра-нарколога, помощь психотерапевта. Мы также оказываем экстренную неотложную помощь. Таких пациентов консультируют, обязательно помощь психотерапевта. В этом вопросе у нас все налажено.

**Вопрос:** У вас проходящий психиатр-нарколог?

**Ответ:** Нет, он работает у нас в штате. И у нас есть лицензия на его работу в качестве психиатра. Мы проанализировали 9 месяцев этого года, и у нас уже количество отрывов от лечения пошло на убыль. Но мы согласны с тем, что такая проблема есть. Но мы приняли большое количество мер. Но у нас нет лицензии наркологической.

**Ответ:** Но, конечно, это проблема, нет наркологической помощи.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Неоднократно велась дискуссия о том, чтобы оказывать наркологическую помощь и выводить пациентов из этого состояния абстиненции, применять сильнодействующие препараты, но это все сошло на нет.

**Ответ:** Это вопрос требования к Стандартам порядка оказания медицинской помощи на уровне федерального законодательства.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Ну то есть людям, употребляющим наркотики практически нереально долго оставаться на лечении, и мы знаем, что в некоторых регионах их выгоняют за нарушение режима.

**Ответ:** Нет, их не выгоняют. Осознанность никто не отменял. Надо быть ответственным за свое здоровье. При поступлении пациент подписывает согласие, о том, что он ознакомлен с режимом и внутренним распорядком больницы. Если пациент будет нарушать распорядок, то он будет подвергаться опасности окружающих. Со своей стороны наши врачи бесконечно идут навстречу.

**Вопрос:** В чем основная проблема получения наркологической лицензии для туберкулезного диспансера? Пытаетесь ли вы это сделать?

**Ответ:** Там есть определенные требования. Во-первых, это связано с Правилами, со Стандартом оказания медицинской помощи. Во-вторых, это должно быть целесообразно. Необходим определенный объем медицинской помощи, а у нас в стационаре это не настолько развито внутри стационаров, чтобы сейчас это стало острой необходимостью. В нашем стационаре это не стоит на столько остро, чтобы нам была нужна лицензия. Более того, у нас возникает по общесоматическим патологиям среди больных ВИЧ/ТБ, и это далеко не наркопотребители с острыми ситуациями. Это начиная от онкологии заканчивая кесаревым сечением. И наркопотребители здесь вообще даже не звучат. Там все оказывается – неврология, онкология и до родов. И наркопотребители здесь даже не звучат. На данный момент мы оказываем помощь наркопотребителям в достаточном объеме.

**Комментарий:** Ну то есть он уходит с БК+?

**Ответ:** Да. Но тут включается механизм, сообщение в органы, суды принудительное лечение, этот процесс у нас поставлен. Этим занимается два юриста.

**Вопрос:** Получается, что у вас налажена работа по возвращению на лечение тех, кто от него оторвался?

**Ответ:** Да, мы оперативно сообщаем об этом в органы внутренних дел, и нам регулярно привозят этих пациентов. Дальше – принудительное лечение. У нас это однозначно поставлено на поток. Пациентов регулярно привозят.

**Вопрос:** Может быть для некоторых пациентов нахождение с стационаре полгода – излишняя мера?

**Ответ:** Полгода – это Стандарт. Пациент может прекратить бактериовыделение через 1,5 месяца, и в этом случае можно рассмотреть возможность перевода на дневной стационар в более удобные и комфортные условия с нахождением дома. Эта мера не является излишней.

**Вопрос:** Если, например, человек привержен и ответственен, и он может соблюдать меры безопасности, то может быть его можно сразу взять на дневной режим?

**Ответ:** Нет, это категорически запрещено санитарно-эпидемическим режимом. Бактериовыделитель должен находиться в стационаре, до прекращения бактериовыделения.

**Вопрос:** Много ли у вас пациентов лечится Перхлостоном? Препарат достаточно неоднозначный и имеет целый ряд побочных эффектов, но компания-производитель нас убеждает, что это вполне нормально.

**Ответ:** Это я вам категорически не могу сказать. Я так понимаю, у назначения этого препарата узкие показатели.

**Вопрос:** Пациенты жалуются на ужасающие и невыносимые условия в туберкулезном диспансере. Скажите, пожалуйста, ведется ли работа по улучшению условий? Почему у пациентов региона такие отзывы о ваших учреждениях?

**Ответ:** Вы меня не удивили этим. Во-первых, на какие конкретно условия жалуются пациенты?

**Вопрос:** На бытовые условия: отсутствие ремонта.

**Ответ:** Мы государственное бюджетное учреждение, и учитывая то, что часть наших зданий была построена в 1938 году, соответственно, все структурные изменения требуют согласований и финансовой поддержки. По этому вопросу у нас ведется очень большая работа. Мы проводили очень большое количество ремонтов, у нас отремонтировано детское отделение, и в том числе по отделениям проведены ремонты. Конечно, у нас есть с этим проблемы, как и у всех бюджетных медицинских организаций, и учитывая, что ужасные бытовые условия касаются статьи

капитального ремонта, то мы не можем на это повлиять. Если большая часть средств на лекарства выделяется из федерального бюджета, то капитальный ремонт – это финансирование областного бюджета, которое имеет свои особенности финансирования, с которыми мы пытаемся справляться самостоятельно. Важно смотреть на долю этих жалоб, на какие именно условия жалуются пациенты и на какие именно площадки, у нас их много. Этот вопрос размазан в воздухе, и на него нужно смотреть предметно.

**Вопрос:** Как вы сами оцениваете состояние ваших площадок?

**Ответ:** Я оцениваю адекватно и объективно. Разумеется, там нет одноместных номеров. У нас, например, Комаровского 14 – структурное подразделение, было абсолютное новое отделение, которое открылось в COVID-19, и туда запустили иностранцев, которые застряли на территории Челябинской области. Мы не успели туда запустить ни одного больного туберкулезом. Первые посетители – дружелюбные китайцы. И на протяжении 2,5 лет в этих совершенно роскошных условиях был ковидный госпиталь. И там шикарные условия: одноместные или двухместные палаты, в каждой из которых есть душ и туалет. Эти отделения изначально планировались для пациентов с ВИЧ и туберкулезом, потом произошла обработка, и сейчас они там и находятся.

**Вопрос:** Мне кажется, что если в больнице хорошие бытовые условия, то и пациент дольше сможет продержаться на лечении. Я, например, знаю, какая туберкулезная больница была в Санкт-Петербурге до ремонта – это было страшно. Там было невыносимо находиться.

**Ответ:** Это, безусловно, играет роль, но мы на протяжении трех лет анализируем отрывы от лечения, и они на всех площадках практически идентичны несмотря на то, что условия у площадок разные. Это психологический аспект прежде всего.

**Вопрос:** Много ли у вас пациентов с множественной лекарственной устойчивостью и хватает ли препаратов для их лечения?

**Ответ:** У нас полный охват пациентов лечением. Видите ли, множественная лекарственная устойчивость включает в себя два понятия: среди вновь выявленных, в том числе пациентов с ВИЧ, и среди контингента. И она нарастает за счет вновь выявляющихся пациентов, потому что вновь выявляющийся пациент подходит под обследования, в которых выявляется, какие препараты ему подходят, и к чему он чувствителен и устойчив, естественно с учетом приверженности. Можно сказать, что его уговаривают, потом ведут как ребеночка, потом он отрывается от лечения, формирует лекарственную устойчивость, распространяет ее, потом возвращается уже с другой устойчивостью, возможно уже широкой (ШЛУ и пре-ШЛУ) и это усложняет ситуацию. Все назначения для МЛУ и ШЛУ происходят коллегиально на врачебной комиссии. И у нас стараются всех покрывать препаратами. Мы с этого впервые года начали вести школу пациентов в туберкулезном диспансере силами

сотрудников нашего отдела на всех площадках в Челябинске. Например, недавно проводили семинар для областных площадок, и очень надеемся на сокращение отрывов от лечения.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Когда мы говорим о вхождении наших равных консультантов в штаты Центров СПИД, эти люди сразу становятся государственными служащими. Они уже перестают быть общественным сотрудником. Мы вот уже сколько лет работает в Центре СПИД, и нам предоставляют помещение, у нас есть договора, но мы категорически отказываемся от ставок. Мы хотим сохранять свою автономность. В этом наше отличие – мы можем делать то, что не могут делать врачи, и наоборот.

**Вопрос:** Есть ли у вас статистика по тому, сколько пациентов с ВИЧ-инфекцией в вашем Центре СПИД сходит с лечения?

**Ответ главного врача Челябинского Центра СПИД:** Если смотреть в общей массе, то на данный момент я не могу вам назвать конкретные цифры. Мы постоянно анализируем цифры, и меня беспокоят сходы пациентов по причине смерти, и это те пациенты, которым поздно назначена терапия. И это тоже не наша зона ответственности. Пациенты сейчас делятся на две группы: те, которые были до принятия гос. стратегии, в основном наркопотребители, и после. Первая группа – это пациенты, которым назначали терапию не сразу, и они переставали обращаться за медицинской помощью в Центр СПИДа, а теперь мы не можем их найти. На сегодняшний день мы их находим в туберкулезных диспансерах. И эта категория, которая погибает. Мы назначаем им терапию, у них начинает развиваться СВИС-синдром (*Примечание: синдром восстановления иммунной системы*) с последующим летальным исходом от туберкулеза. У меня к вам просьба, как к сообществу - мы открыты, пусть пациенты к нам приходят. Мы обеспечим препаратами. Все для вас. Надо приходиться.

**Вопрос:** У вас был график, на котором было показано, что с 2021 года количество новых случаев снижается. Почему это случилось именно с принятием государственной стратегии 2030, а не со стратегией 2020?

**Ответ:** У нас в графике идет снижение количества новых случаев с 2016 года.

**Вопрос:** Но именно с 2021 года идет резкое снижение количества новых случаев.

**Ответ:** Снижение идет с 2016 года. С 2021 года начал преобладать половой путь передачи. Кроме того, государственная стратегия дает отсроченный результат, так как всех нужно взять на лечение, всем выдать терапию. Должен быть накопительный эффект, чтобы люди перестали умирать. На моем графике четко показано, что с 2016 года идет снижение.

**Ответ заместителя главы города Челябинска по социальному развитию:** Хотелось бы уйти с посылом к сообществу. Моя карьера в Центре СПИД началась в 2001 году, я, будучи молодым медбратом, заносил иммунные блоты в компьютер. Вот здесь мы уже почти лечили, если мне не изменят память, то это было всего 24 пациента. На 2012 год штатная численность врачей-инфекционистов в Центре СПИД составляла всего 24,5 врачебных ставки и 24 пациента. А вот здесь уже 24 000 пациентов, и мы видим увеличение в 1000 раз, а штат увеличился примерно в 3 раза. И понятное дело, что на сегодняшний день невозможно идеально выстроить работу государственного учреждения здравоохранения, в котором настолько увеличился поток и оказания помощи пациентам. Часто ВИЧ-инфекцию сравнивают с сахарным диабетом, нужно только встать на диспансерный учет и получать лекарства, как и с инсулином. Практически такая же траектория сложится. Сейчас многие сравнивают ВИЧ-инфекцию с некоторыми онкологическими заболеваниями, которые могут лечиться антагонистами гормонов, что также похоже на лечение ВИЧ-инфекции – очень длинная траектория лечения. Но тем не менее, пациенты с подобными онкологическими заболеваниями получают препараты один раз в неделю. Я думаю, что большой ответ на наш формат лежит в информатизации, так как в будущем пациент будет взаимодействовать с государственным учреждением здравоохранения не только очно, но и дистанционно. Несмотря на существующие приложения, в нашей стране нет четкого и адекватного технического задания ни на один информационный продукт.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Была попытка на национальном уровне разработать программу в сфере ВИЧ-инфекции, но возникли проблемы связи этого программного обеспечения с Центром СПИД. Было несколько заседаний при Минздраве, но идея в итоге провалилась.

**Ответ:** Возьмите один конкретный регион, поймите, какой data-центр должен быть в учреждении здравоохранения, кто там должен работать, как будут обрабатываться эти данные, как получить телеконсультацию. Если все эти шаги будут четко прописаны, то через несколько лет мы получим готовый продукт.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Те, кто этим занимался, так и планировали это разрабатывать, но возникли вопросы, связанные с безопасностью данных. Если вам это удастся реализовать, это будет хорошо.

**Вопрос:** Можно ли встать на учет в Центре СПИД в Челябинской области без регистрации?

**Ответ:** К нам обращаются пациенты, пишут заявление и встают на учет. Не нужно оформлять регистрацию.

**Вопрос:** В последний месяц пациентам сообщают, что больше нельзя будет написать такое заявление, и необходимо будет в обязательном порядке предоставить регистрацию. Что делать таким пациентам?

**Ответ:** Есть персональные данные по этому обращению?

**Вопрос:** Не могу сказать.

**Ответ:** Зря. Мы же открытые. Я отвечаю за учреждение, значит мы должны работать в унисон. Я не знаю, у кого вы спрашивали. Это опять из серии провокации. Вы всегда можете прийти ко мне в кабинет и решить этот вопрос.

**Вопрос:** Мы не спрашиваем, мы сейчас прямо обращаемся. Я приходила, но меня не приняли. Спросили: «Что я здесь делаю, в СПИД-Центре? Кто я такая? Чем я тут занимаюсь здесь каждый день?». Я вам могу объяснить, я занимаюсь медико-социальным сопровождением, помогаю пациентам, живущим с ВИЧ, сохранять приверженность и замотивировать его на лечение.

**Ответ:** Существуют реабилитационные центры, у которых есть программы помощи пациентам. Если такие организации работают в правовом поле, то они должны соблюдать миграционное законодательство, которое подразумевает, например, временную регистрацию.

**Вопрос:** Но в Поручении Правительства Минздраву РФ (Голиковой) указано, что терапия должна выдаваться всем пациентам, независимо от регистрации.

**Ответ:** Это про разное. Мы говорим про терапию и говорим про работу реабилитационных центров.

**Комментарий представителя пациентского сообщества:** Мы говорим про АРВ-терапию.

**Ответ:** У нас по федеральному регистру передаются пациенты, невзирая на то, где он прописан. В соответствии с Постановлением Правительства, в течение 10 дней с момента как пациент перешел к нам по федеральному регистру, мы обязаны обеспечить его терапией.

**Вопрос:** Есть письмо Министерства здравоохранения, направленное региональным Минздравам, в котором указано, что не допускается отказ в лечении пациентам с ВИЧ, в том числе бездомным гражданам. Могут ли люди в Челябинской области без регистрации получить терапию от ВИЧ?

**Ответ:** Это письмо было представлено у меня на слайде. Мы работаем в рамках Постановления Правительства. Если он является гражданином Российской Федерации, то может.

**Вопрос:** Мы хотим выстроить взаимодействие НКО и Минздрава Челябинской области и Центра СПИД. Это не голословные вопросы, мы лично знаем случаи, когда

отказывают в терапии пациентам, даже тем, кто уже получал терапию полгода и причина тому отсутствие регистрации, а пациенту негде сделать регистрацию. Мы задаем вопросы по поводу регистрации, так как видим, что за последний месяц это стало большой проблемой для пациентов. Пациентам отказывают в лечении по причине отсутствия регистрации. Как быть пациенту, который не может сделать регистрацию?

**Ответ:** Мы активно работаем с пациентами и всегда находимся на рабочем месте, я, мои замы, заместитель по лечебной работе, и мы готовы решать этот вопрос. Давайте конкретно - на мое имя не было ни одного обращения по вопросу регистрации. Если что-то не устраивает – пишется обращение, а мы на него отвечаем. Я всегда нахожусь на рабочем месте, и вы можете всегда ко мне зайти и обратиться.

**Ответ:** Коллеги, 15 лет назад мы могли об этом говорить. Но после того, как появился 59 Федеральный закон (*Примечание: 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»*) – Платформа обратной связи, и еще к платформе прикручен инцидент- менеджмент. То есть любое негативное обращение, в том числе в соцсетях в адрес любого первого лица должностного лица, вы даже не представляете, до какого уровня это разбирается. Причем, сегодня мы уже разбираем обращения граждан до 4 уровня. То есть, трижды отказав и разобрав ситуацию, и все сделав и доказав прокуратуре, что все было правомочно, только после этого мы можем в принципе отказаться от документа. И когда мы начинаем вести разговор в таком ключе, мол: «Бабка надвое сказала, что Василесе не дали таблетки, потому что она и еще что-то...». Коллеги, воспользуйтесь законным правом: зайдите на сайт Министерства Здравоохранения, напишите обращение, и, если через 30 дней... .

**Ответ:** ЕПГУ (Госуслуги), личный кабинет.

**Вопрос:** Вы нам даете добро на написание обращений?

**Ответ:** Да.

**Комментарий о представителе сообщества:** В какой-то момент времени был диалог о том, что не нужны обращения, мы все решаем.

**Ответ:** Так вы ко мне ни разу не подходили с этой проблемой.

**Комментарий о представителе сообщества:** Я не подходил? Почему я должен подходить, пациенты же приходят.

**Ответ:** Пациенты ко мне не подходили.

**Комментарий о представителе сообщества:** Не все пациенты могут и здесь вопрос кто, представитель пациента, сопровождающее лицо или сам пациент?

**Ответ:** У нас есть несколько точек входа, как вы можете оставить обращение: единый колл-центр 122, где вы можете оставить обращение, через платформу Госуслуги (личный кабинет), через пациентских чат-ботов (9 в области), мы работаем в режиме онлайн, и через форму приема обращений на сайте медицинской организации.

**Вопрос:** Вот есть конкретный пример, маломобильному пациенту из Троицка Челябинской области из-за сильных побочных эффектов была необходима смена терапии, но для этого ему сказали, что нужно ехать в Челябинский Областной ЦС и только благодаря личным связям и помощи НКО, ему удалось сменить терапию без визита в Челябинск. Как у вас выстроена система децентрализация услуг оказания помощи пациентам между Челябинском и районами Челябинской области? Что делать в случае, если пациенту необходимо заменить терапию, но при этом ему необходимо добираться до Центра СПИД в г. Челябинске, что он физически сделать не может?

**Ответ:** У нас на базе других медицинских организаций есть кабинеты по ВИЧ и кабинеты инфекционных болезней, там работают врачи-специалисты, которые не являются моими сотрудниками, и у них есть непосредственные руководители. Что касается структуры она следующая: врач делает обследование пациенту, а затем представляет протокол (выписку) на врачебную комиссию, который мы рассматриваем, и возвращаем ему назад. Пациенту необходимо ехать к нам только в крайних случаях, когда пациенту нужно уделить особое внимание, вопросы с приверженностью или дополнительные специалисты нужны, но к нам не направляют пациентов. Нам направляют только документы на врачебную комиссию.

**Вопрос:** Как вы взаимодействуете с НКО? Есть ли у вас сейчас доступ к ключевым группам ТГЛ и MSM, учитывая недавно принятые законы в Российской Федерации? Снизилось ли количество таких обращений? Ведется ли статистика по обращениям от ключевых групп? Тут вопрос, скорее, про самостигму.

**Ответ представителя НИЦ «Есть мнение»:** С людьми, употребляющими наркотики, работают «Источник надежды» и «Точка опоры», также они работают и с ТГЛ. Мы, НИЦ «Есть мнение», работаем с MSM много лет. У нас большой компонент. Не знаю, как в других регионах, но у нас есть даже ежегодная субсидия от Минздрава, в которой четко прописано, что средства направлены на программы для мужчин, практикующих секс с мужчинами. У нас эта группа осталась в Постановлении. У нас есть соглашение, и выделяются достаточно большие деньги, со своими критериями и индикаторами. 8 лет назад я видел в статистике Центра СПИД 0 MSM по 103 коду, и проводили семинары для врачей-инфекционистов по вопросам снижения стресса у меньшинств и соответственно все сопровождение идет через нас. У нас нет проблем при взаимодействии с Центром СПИД.

**Вопрос:** У вас в регионе проводилось исследование по доконтактной профилактике (ДКП). Применяются ли где-то эти данные? Как вы думаете, может ли ДКП войти в Клинические рекомендации? Есть ли вероятность подвижек в эту сторону?

**Ответ:** Это была сложная работа, мы привлекали общественный совет, и к нам на круглый стол приезжал на тот момент главный внештатный специалист по ВИЧ Воронин Е.Е., информация о ходе реализации программы предоставлялась ему. АО «Фармасинтез» безвозмездно передал нам препараты. У нас было препаратов на 180 человек. Но, к сожалению, участие в программе приняло всего 54 человека. Программа включала в себя информирование о ДКП на всех сайтах и доступных источниках, но, к сожалению, ДКП оказалась невостребованной. Мы смотрели, обследовали, и у нас даже был отдельный врач, который занимался этой проблематикой. Мы бесплатно выдавали препараты, но спроса не было.

**Ответ:** Мы знаем, что представители МСМ, которые за свой счет все это делают, то есть это такое осознанное решение, это взрослые люди, которые готовы сами закупать.

**Вопрос:** Как вы думаете, если бы ДКП была включена в Клинические рекомендации, ситуация со спросом бы улучшилась?

**Ответ:** Вероятно, нет. Если люди не хотят принимать, то утверждение не поможет. Если из 180 комплектов взяли 54, ну вот где их еще утвердить? Только в церкви. Это всего лишь 25%. Никто не хотел ходить и регулярно обследоваться.

**Вопрос:** Есть ли у вас данные по психиатрии у ваших пациентов? Вы говорите, что есть сложные пациенты, и на наш взгляд, они будут становиться сложнее, пациенты возрастные, алкоголизм и прочие сопряженные заболевания. Может быть, у вас есть дополнительный сервис по психологической поддержке?

**Ответ:** У нас есть врач психиатр-нарколог. Он входит в Стандарт. Он достаточно загружен пациентами. Функция всех специалистов – определить начало терапии и приверженности. Если психиатр выявляет патологию, он выдает направление в специализированное учреждение.

**Ответ представителя НИЦ «Есть мнение»:** По поводу психологической помощи. Я много лет наблюдаю, что у пациентов с ВИЧ психолог не очень востребован, и поэтому, психолог в основном занимается приверженностью. И в тубдиспансере. Я также уже много лет провожу группы взаимопомощи, и вижу, как изменился состав групп и вырос большой запрос на психологическую помощь от пациентов. Я вижу, что люди готовы самостоятельно за деньги получать психологическую помощь. Мы видим, что растет запрос на индивидуальную психологическую консультацию, но это может быть связано и с общей возрастающей тенденцией заботы о собственном психическом здоровье.

**Ответ:** Это в принципе тенденция нашего общества – даже дети стали обращаться к психологам.

**Комментарий о представителе сообщества:** Вы жалуетесь на то, что пациенты становятся более сложными, и это тоже современная тенденция.

**Ответ:** Мы не говорим, о том, что все пациенты становятся сложными. Мы говорим об определенных группах. Пациентам и врачам нужно учиться взаимодействовать, не нарушая при этом чьи-либо личные границы.

**Комментарий от заместителя главы города Челябинска по социальному развитию:** Я бы хотел попросить главврача Маргариту Владимировну и коллег, которые говорят, что они не могут достучаться, давайте время назначим, но только с клиническими случаями, с конкретными пациентами, я предлагаю пятницу 14-00.

**Завершение встречи.**