

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616-039.78:616.9

ПОТРЕБНОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММ ПО ВИЧ-МЕДИЦИНЕ*

*1,2,3Н.А.Беляков, 1,2Т.Н.Виноградова, 2В.Е.Жолобов, 1,2Е.В.Степанова, 1,3А.С.Бобрешова*¹Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Россия³Институт экспериментальной медицины, Санкт-Петербург, Россия

FUNDING DEMANDS OF AND OPPORTUNITIES FOR HIV MEDICINE PROGRAMS

*1,2,3N.A.Belyakov, 1,2T.N.Vinogradova, 2V.Ye.Zholobov, 1,2E.V.Stepanova, 1,3A.S.Bobreshova*¹Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases²First Pavlov State Medical University of Saint-Petersburg, Russia³Institute of Experimental Medicine, Saint-Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

Проведен анализ возможностей финансирования основных программ в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Отмечено увеличение финансирования по федеральным и региональным каналам, которые, тем не менее, существенно отстают от потребностей. Увеличение расходов обусловлено необходимостью финансирования профилактических программ, расширения и повышения качества лабораторной диагностики и значительного увеличения числа пациентов, требующих высокоактивной антиретровирусной терапии, ростом цен на антиретровирусные препараты, в том числе на дженерики, производимые в стране. В 2015 году, при объявленном уровне финансирования, может начаться кризисный период по обеспечению ВААРТ, который усилится в I и II кварталах 2016 г. Предлагается ряд мероприятий по минимизации финансового дефицита в области ВИЧ-медицины.

Ключевые слова: фармакоэкономика, дефицит средств на ВИЧ-медицину, пути минимизации затрат.

An analysis of opportunities for funding of the main programs in the field of HIV prevention and treatment shows an increase in funding through federal and regional avenues, which however lags behind the current demands. Expenses are increasing because of the needs to support preventive programs, expand and improve laboratory diagnostics, and meet the increasing number of patients requiring HAART and rising prices of ART drugs, including domestically produced generics. With funding declared for 2015, crisis in HAART provision is possible. The crisis will aggravate in the first half of 2016. Measures for the minimization of funding deficit in HIV medicine are suggested.

Key words: pharmacoeconomics, deficit of funding, HIV medicine, minimization of expenses.

Введение. В России системный анализ и публичное обсуждение фармакоэкономики в формате службы борьбы с ВИЧ-инфекцией, по-видимому, был начат в 2009 году, при проведении первого симпозиума в рамках конференции «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии» (Виноградовские чтения). Последние три года этот симпозиум выделился в отдельный форум и проводится в Санкт-Петербурге в начале первого квартала, то есть в период начала повсеместных закупок антиретровирусных препаратов Центра СПИД [1–3].

Служба ВИЧ-медицины прошла определенную эволюцию, основные этапы, которой представлены на рис. 1. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) эпизодически использовалась с 90-х годов XX века и была внедрена на государственном уровне с 2006 г. Вместе с тем эпидемия ВИЧ-инфекции продолжается, захватывая новые регионы или формируя вторую волну заболеваемости на тех территориях, где она прошла пик в начале столетия [4].

Во все годы, начиная с момента формирования службы, основное внимание уделялось первоначаль-

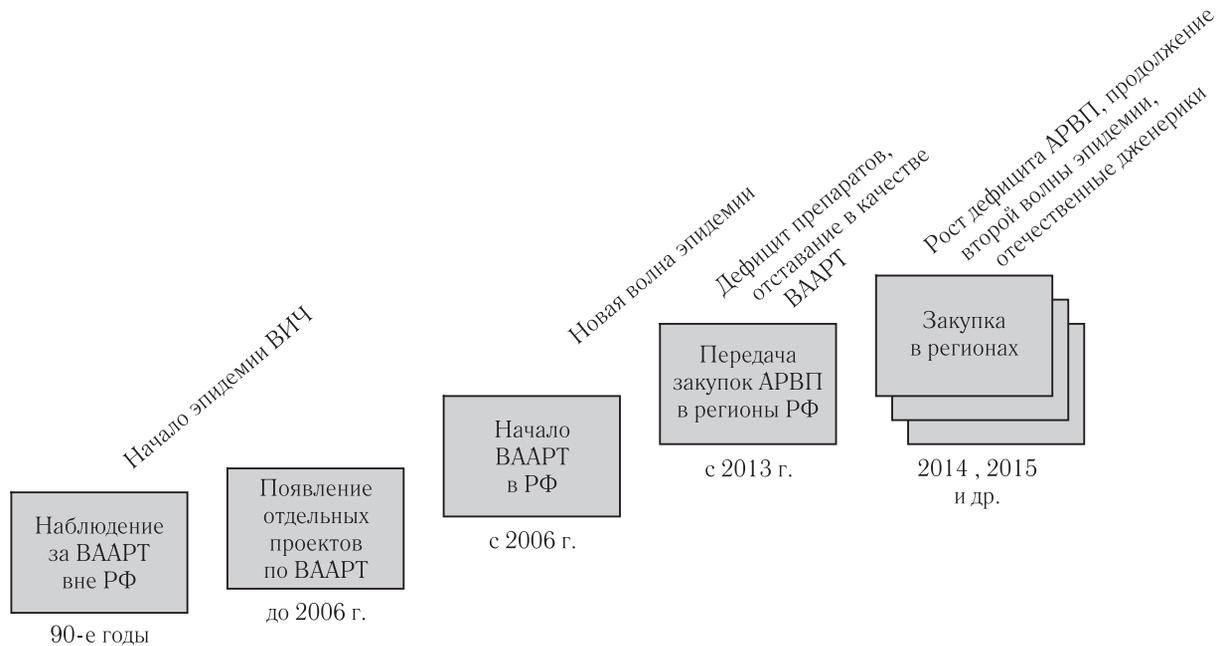


Рис. 1. Этапы внедрения ВААРТ в России.

но диагностике ВИЧ, профилактике и далее лечению больных. В мировой практике по мере охвата больших контингентов людей, живущих с ВИЧ, стал пропагандироваться лозунг: «Профилактика ВИЧ через лечение». Однако, как показывает анализ заболеваемости в ряде стран, в том числе в России, он себя не оправдал [4]. Мы отдаем себе отчет в том, что для профилактики и генерализации эпидемии ВИЧ в равной мере важны все направления [5] (рис. 2).

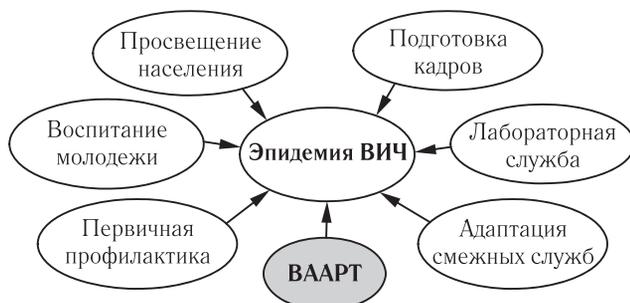


Рис. 2. Финансирование отдельных направлений в борьбе с ВИЧ-инфекцией.

В настоящее время вряд ли кто-то может назвать точно суммы средств, направленные на просвещение населения, воспитание молодежи, первичную профилактику, смежные службы и подготовку кадров. Они финансируются из разных источников, как федеральных, так и региональных. В большей мере средствами обеспечены те субъекты Федерации, где осознают проблемы по борьбе с ВИЧ/СПИДом на политическом и финансовом уровнях. К таким регионам относится Санкт-Петербург, где начиная с 90-х годов, такая программа существует и относительно хорошо насыщена [6] (рис. 3).

С 2006 по 2012 гг. закупки антиретровирусных препаратов производились централизованно МЗ РФ по заявкам регионов, что обеспечивало пациентов с ВИЧ-инфекцией лечением в полном объеме. Необходимо отметить, что с момента начала закупок в регионах в 2013 году ответственность региональ-



Рис. 3. Финансовое обеспечение службы ВИЧ по Центру СПИД в Санкт-Петербурге (тыс. руб., прирост в %, по всем каналам финансирования и из местного бюджета).

ных министерств, комитетов здравоохранения и Центров СПИД существенно возросла. Можно вести диалог о целесообразности и нецелесообразности централизованных закупок и в дискуссии опираться на различие цен по аукционам различных регионов страны (табл. 1).

Схема обеспечения больных АРВП представлена на рис. 4. Она включает в себя законодательную, исполнительную структуры федерального и регионального уровней, контролирующие органы и всю

Таблица 1

Децентрализация закупок АРВП

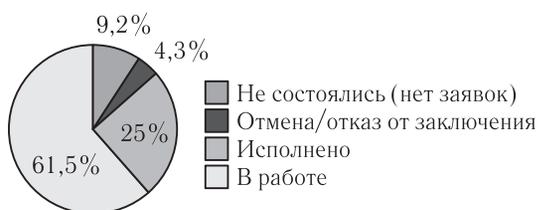
	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Федеральный трансферт, СПб	1011 тыс. руб.	1044 тыс. руб.	1179 тыс. руб.
Россия	13 687 тыс. руб.	14 061 тыс. руб.	14 061 тыс. руб.

Оценочная потребность в ВААРТ: СПб — 14–21 тыс. руб., Россия — 140–210 тыс. руб.



Рис. 4. Схема обеспечения больных АРВП в России.

цепочку разработки, испытаний, продажи и использования АРВП больными. Ключевую роль в этом процессе на завершающем этапе играют Центры СПИД либо уполномоченные органы, проводящие аукционы, поскольку им приходится брать на себя бремя ответственности по формированию структуры и закупок с учетом схем ВААРТ, проведение диалога с дилерами продаж и производителями АРВП. Весь этот процесс затягивается на весь текущий год, что связано, как правило, с поздним поступлением



«Коалиция по готовности к лечению»: Децентрализация закупок АРВ-препаратов: от острой фазы к хронической. Промежуточный отчет по мониторингу закупок и предоставлению АРВ-препаратов в России в 2014 году.

Рис. 5. Состояние закупок АРВП в РФ на 31.10.2014.

средств, неопределенностью с ценами (это особо характерно в 2015 году), а также технологическими сложностями проведения аукциона и контролем со стороны региональных администраций, Федеральной

антимонопольной службы, общественных организаций и др. На рис. 5 приведены данные на конец 2014 года, которые полностью отражают сложности проведения аукционов. К 1 декабря более 60 аукционов по России еще не были завершены, что сказывалось на обеспечении больных АРВП.

Выделяемое федеральное финансирование существенно отстает от прироста больных на ВААРТ по большинству регионов, в том числе в Санкт-Петербурге (рис. 6).



Рис. 6. Прирост больных на ВААРТ и увеличение финансирования в Санкт-Петербурге в % от предыдущего года.

Более того, в последние годы отмечается выраженная тенденция утяжеления впервые выявленных пациентов, которые были инфицированы несколько лет тому назад. Они были представлены различными социальными группами и не попадали под скрининговое обследование, которое, как известно, регламентировано законодательными и нормативными актами [7].

В РФ изменился статус пациентов, которым назначается антиретровирусная терапия: большой процент больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции на фоне оппортунистических заболеваний, «низкого» иммунного статуса. Увеличение количества женщин, числа больных в старших возрастных группах с наличием сопутствующей патологии. Лица с поздно установленным диагнозом требуют особого внимания, примерно у 25% пациентов диагноз поставлен слишком поздно, чтобы можно было провести эффективное лечение. Для эффективной терапии такой группы пациентов требуется применение более чем стандартной схемы — дорогостоящей высокоэффективной комбинации препаратов.

На рис. 7 показаны результаты исследований иммунологических показателей в 2013–2014 гг.

Эти материалы систематизированы по результатам проведения комиссий по назначению АРВП в Санкт-Петербурге. Большинство больных, около 85%, нуждались в назначении терапии из-за выраженной иммуносупрессии, у половины — показатель CD4-лимфоцитов в крови был ниже 200 кл/мкл, что по классификации CDC свидетельствует о стадии

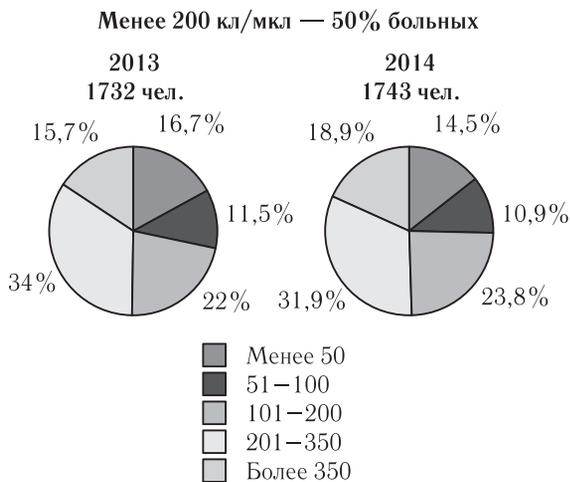


Рис. 7. Распределение по иммунологическим показателям больных с ВИЧ-инфекцией при назначении АРВП в СПб Центре СПИД.

СПИДа. Эта картина существенно отличается от того, что мы наблюдали 5–7 лет тому назад и объясняется особенностями эпидемии в нашей стране [8]. Можно полагать, что эта тенденция на ближайшие годы сохранится, потребовав существенного, дополнительного финансирования на закупку АРВП.

В последние годы в мире при выборе режимов АРТ в целях повышения приверженности и удлинения периода времени на терапии предпочтение рекомендуется отдавать режимам с минимальным количеством таблеток, применяя фиксированные комбинации доз и режимов с приемом один раз в день.

По расчетам зарубежных специалистов подобный подход имеет клинические (улучшение приверженности пациентов терапии и эффективности АРТ в долгосрочной перспективе) и социальные (улучшение качества жизни пациентов с ВИЧ, что позволяет вести им социально-активный образ жизни) преимущества. А в перспективе безусловно должен иметь и экономические преимущества, позволяя снизить затраты государства на медицинское сопровождение за счет снижения частоты обследований и госпитализаций [11, 12].

Российские схемы лечения значительно уступают по набору современных препаратов западноевропейским и североамериканским странам (табл. 2).

Таблица 2

Рейтинг АРВП, закупаемых в Санкт-Петербурге для лечения больных с ВИЧ-инфекцией

Антиретровирусные препараты	Млн. руб.
Лопинавир + ритонавир 200 мг+ 50 мг; 100 мг+ 25 мг (Калетра)	249,2
Дарунавир 400 мг, 600 мг (Презизта)	141,6
Атазанавир 150 мг, 200 мг, 300 мг (Реатаз)	139,0
Ралтегравир 400 мг (Исентресс)	85,4
Ритонавир 100 мг	53,6
Абакавир 600 мг + ламивудин 300 мг (Кивекса)	49,5
Абакавир 300 мг (Олитид, Зиаген)	46,6
Диданозин 250 мг, 400 мг (Видекс)	45,2
Саквинавир 500 мг (Инвираз)	44,4
Фосампренавир 700 мг (Телзир)	42,2
Этравирин 100 мг (Интеленс)	40,0
Зидовудин 300 мг + ламивудин 150 мг (Вирокомб)	34,9
Фосфазид 400 мг (Никавир)	25,4
Энфувиртид 90 мг (Фузеон)	25,3
Эфавиренз 200 мг, 600 мг (Стокрин)	18,9
Тенофовир 300 мг (виреад)	18,9
Тенофовир 300 мг + эмтрицитабин 200 мг (Трувада)	13,7
Рилпивирин 25 мг (Эдюрант)	12,7
Ламивудин 150 мг (Эпивир)	6,9
Ставудин 30 мг (Стаг, Зерит)	6,4
Маравирок 300 мг (Целзентри)	2,3
Невирапин 200 мг (Вирамун)	1,0

В таблице приведены материалы по Санкт-Петербургу за 2014 год. В относительных показателях они мало отличаются от Российской Федерации [9].

В таблице 3 показано распределение пациентов, принимающих препараты в тех или иных схемах: 61,5% — ингибиторы протеазы, 36% — нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, 2,3% — ингибитор интегразы, и менее 1% — блокаторы слияния и рецепторов ССР5; 99% больных принимают нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы.

В таблице 3 показано распределение пациентов, принимающих препараты в тех или иных схемах: 99% больных принимают НИОТ, 61% — ингибитор протеазы, 2,3% — ингибитор интегразы, и менее 1% — блокаторы слияния и рецепторов ССР5. Как следует из таблицы, препараты последнего поколения Тенофовир, Трувада и Эвиплера и др. находятся в конце этого списка. Необходимо отметить, что отставание в использовании новых препаратов связано не только с финансовыми аспектами. Часть из них, не включены в перечень

Таблица 3
Относительное количество пациентов
(% от общего числа), принимающих АРВП

Препараты	%
Ламивудин+Зидовудин (Вирокомб)	45,7
Ламивудин	35,5
Лопинавир + Ритонавир (Калетра)	31,7
Эфавиренз	28,7
Ритонавир	19
Атазанавир	18,5
Абакавир+Ламивудин (Кивекса)	13,2
Диданозин	13,2
Абакавир	12,3
Ставудин	8,9
Фосфазид	8,8
Дарунавир	5,4
Невирапин	5,1
Фосампренавир	3,1
Саквинавир	2,8
Ралтегравир	2,3
Этравирин	2,2
Тенофовир	1,6
Эмтрицитабин/тенофовир (Трувада)	1
Рилпивирин	0,2
Рилпивирин/эмтрицитабин/тенофовир (Эвиплера)	0,1
Энфувиртид	0,1
Маравирок	0,07

Минздрава РФ жизненно важных лекарственных препаратов, что исключает возможность их закупки на федеральные средства (табл. 4).

С 2013 г. начался период активного освоения в России различных дженериков для АРВП. Надо отметить, что предыдущий клинический опыт настаивал врачей Центров СПИД, которые ранее встречались с негативными явлениями или осложнениями при применении дженериков разных фирм.

По утвержденному отечественному регламенту оценки дженериков в основу положена лишь оценка лекарственной принадлежности. Дженерики должны быть сопоставимы с оригинальными препаратами по всем показателям эффективности, безопасности, переносимости и качества, а так же эквивалентны по трем видам лекарственной эквивалентности:

— фармацевтическая (тождественность состава, дозы активного вещества, силы его действия и лекарственной формы);

— биоэквивалентность (подтверждает сопоставимость фармакокинетических параметров);

— терапевтическая (отражает сравнимость фармакодинамических эффектов, переносимости и безопасности дженерика относительно оригинала).

В РФ исследования терапевтической эквивалентности не обязательны.

При формальном тождестве и одинаковой форме выпуска оригинальных препаратов они содержат химически оптимальный состав действующих

Таблица 4
АРВП, которые не включены в перечень Минздрава
России, но используются в России

МНН	Торговое наименование
ННИОТ	
Рилпивирин 25 мг	Эдуронт
Комбинированные препараты	
Тенофовир 300 мг + эмтрицитабин 200 мг	Трувада
Тенофовир 300 мг + эмтрицитабин 200 мг + рилпивирин 25 мг	Эвиплера
Ингибиторы интегразы	
Долутегравир 50 мг	Тивикай
Ингибиторы ССR5	
Маравирок 300 мг	Целзентри

Тенофовир включен в перечень Минздрава России по жизненно-важным лекарственным препаратам с 2015 г.

веществ, максимально подобранную комбинацию вспомогательных компонентов, более солидную доказательную базу эффективности и безопасности.

На качество воспроизведённого АРВТ существенное влияние оказывают качество субстанций, вспомогательных веществ и упаковки. Качество субстанции является важным фактором, поскольку составляет почти половину затрат на производство препарата. Качество таких субстанций может быть невысоким вследствие изменения методов синтеза, приводящих к появлению токсичных примесей и продуктов деградации. Для выявления тонкостей в изменении синтеза необходима химико-аналитическая экспертиза субстанции [10].

Как правило, цены на дженерики регламентируются государством (Франция, Польша, Греция, Португалия, Венгрия), в Великобритании и Германии на стоимость влияет конкуренция. Стоимость дженерического ЛС в странах Европейского сообщества устанавливается в процентном соотношении к цене оригинального продукта. Так в Польше цена на дженерик в среднем на 45% ниже стоимости оригинала, в Венгрии и Германии — на 55%, в Португалии, Греции и Франции — на 60%, в Великобритании — на 75% [11].

Опыт диалогов с ведущими компаниями показал, что дилеры в России не склонны придерживаться международной практики ограничения цены на дженерики, даже в том случае, когда поставка субстанции препарата или самого препарата из-за рубежа

остается прежней. На сегодняшний день Россия относится к странам с предельно высокими ценами на АРВП, что неоднократно звучало на уровне международных конгрессов, заседаниях ВОЗ и ООН. Эти материалы были представлены региональным директором ЮНЕЙДС — Винеем Салданом [12], который любезно дал согласие на цитирование его графиков (рис. 8).

Россия относится к странам с неблагоприятным развитием и течением эпидемии. Вместе с тем, по мнению аналитиков расходы на закупку препаратов могут быть оптимизированы низкими ценами, что позволит расширить охват пациентов на ВААРТ.

СПИД, что в ближайшее время мало реально. При этом необходимо учесть, что Санкт-Петербургский центр СПИД, в сравнение с таковыми по другим регионам, является организацией с высоким бюджетом. Это несоответствие ставит в крайне сложное положение администрации и лечащих врачей Центров, поскольку их реальные возможности не совпадают с регламентами, на которые ориентированы контролирующие и судебные инстанции.

Ниже сформулированы некоторые тезисы по проблемам лабораторной диагностики:

— Скрининг на ВИЧ регламентируется законодательно и нормативно, призывы к расширению тре-

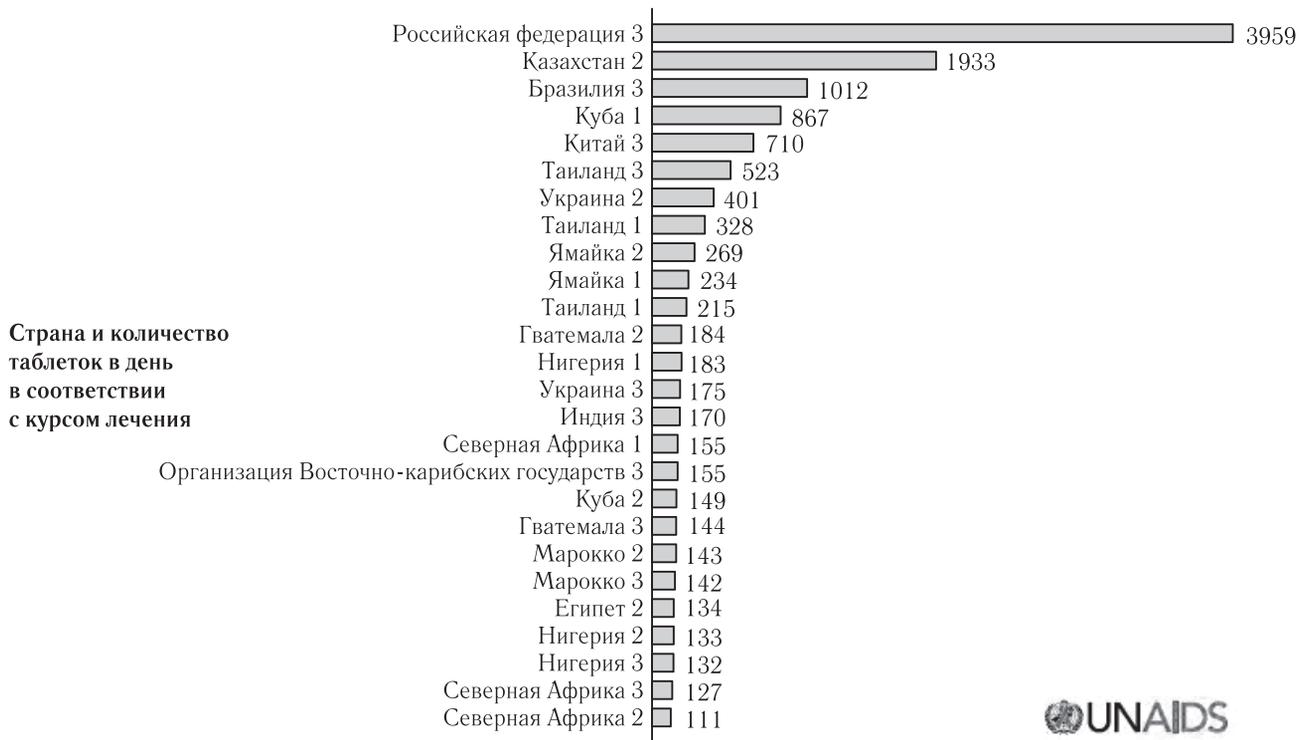


Рис. 8. Фактическая стоимость курса лечения препаратами первого ряда, рекомендованного ВОЗ (американских долларов на одного пациента в год).

Виней Салдан привел материалы математического моделирования расходов на закупку препаратов, которые должны быть существенно увеличены для предотвращения распространения эпидемии вируса. Такая политика была сформулирована как реализация амбициозных целей на ближайшие годы [12].

Особый раздел занимает лабораторная и инструментальная диагностика у больных с ВИЧ-инфекцией.

В последние годы, когда готовились разного рода рекомендации и стандарты, а так же СанПИНЫ [13, 14], не были учтены экономические возможности выполнения всех исследований. Наши достаточно обобщенные оценки показали, что для выполнения всех требований по обследованию больных пришлось бы как минимум удвоить текущий бюджет Центра

буют изменения юридической базы, однако в 1/2 случаев скрининг проводится повторно, а в 1/4 — многократно;

— Регламент лабораторного и клинического обследования может выполняться лишь в условиях ОМС, бюджеты Центров СПИД недостаточны;

— Регламент обследования на CD4-лимфоциты и РНК ВИЧ должен быть оптимизирован;

— Генотипирование и исследование на фармако-резистентность ВИЧ и ХВГ не укладываются в регламент и требуют дополнительного финансирования;

— Расчетные затраты по регламенту обследования в несколько раз превосходят финансовые возможности учреждений, требуя финансового подтверждения или пересмотра.

В 2014 г. на нашем симпозиуме по фармакоэкономике мы попытались минимизировать пути снижения на ВААРТ и через год проверили, какие инстанции каким образом реализовывали наши пути (табл. 5).

Итак, мы не увидели значительного увеличения федерального и регионального финансирования. К финансированию не присоединились какие-то

В таблице 6 приведены факторы распространения ВИЧ и институты, способные повлиять на эпидемию. Все они должны вносить собственный вклад, в том числе финансовый, для улучшения эпидемической обстановки в стране [5].

До конца 2014 года мы ожидали дополнительного федерального финансирования через трансферты

Таблица 5

Возможные пути снижения затрат на ВААРТ (2014)

Пути	Механизмы
Увеличение федерального финансирования	Изменения в Законе о бюджете
Увеличение регионального участия	Изменения в бюджете субъектов РФ
Привлечение дополнительного финансирования	Международные фонды, спонсоры, оплата АРВП пациентами
Снижение стоимости АРВП	Политика производителей, продавцов и покупателей
Назначение ВААРТ больным с низкой приверженностью	Решение КЗ (?), ЛПУ (?), лечащих врачей (?)
Выбор «дешевых» схем лечения	Решение КЗ (?), ЛПУ (?), лечащих врачей (?)
Переход на дженерики	Решение КЗ (?), ЛПУ (?), лечащих врачей (?), условия аукциона

Таблица 6

Факторы распространения и институты государства, способные повлиять на эпидемию ВИЧ

Факторы распространения ВИЧ	Структуры, влияющие на эпидемию
Применение инъекционных наркотиков	Семья, школа, силовые структуры, общественные организации, медицина, социальные службы
Расширение коммерческого секса	Политические, общественные и религиозные организации, СМИ, школа, семья
Беременность у женщин с ВИЧ	Медицина, общественные организации, социальные службы
Существование большого числа людей с ВИЧ	Медицина, социальные службы, общественные организации, СМИ
Низкая приверженность к ВААРТ	Медицина, социальные службы, СМИ
Увеличение МСМ	Семья, политики, СМИ, религиозные организации
Формирование резистентных форм ВИЧ	Фарминдустрия, медицина
Социальные и экономические потрясения, увеличивающие группы риска	Политики, экономические институты, бизнес, СМИ

новые фонды, о высокой стоимости препаратов сказано выше. Комитеты и Министерства по здравоохранению субъектов Федерации, не имея рычагов воздействия, переложили всю ответственность на Центры СПИД, которые всеми путями старались минимизировать затраты. Такой подход не может привести к успеху и закончится истощением ресурсов и исчезновением АРВП для некоторых категорий пациентов, в первую очередь, находящихся на второй и третьей линиях терапии, то есть более дорогостоящих.

на АРВП и через субсидии на лабораторную диагностику, этого не произошло, что сделало ситуацию напряженной. Мы надеемся, что люди, принимающие политические и экономические решения, оценят обстановку адекватно и примут соответствующие меры по ее улучшению. Для закупки АРВП федеральное финансирование необходимо увеличить как минимум на треть, присоединяя средства региональных бюджетов на другие направления борьбы с эпидемией.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фармакоэкономика* ВИЧ-инфекции: Медицинский тематический архив / Под ред. Н.А.Белякова, Н.В.Сизовой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, — 2013. — 138 с.
2. *Экономические* и клинические вопросы ВИЧ-инфекции: Медицинский тематический архив / Под ред. Н.А.Белякова, Н.Г.Захаровой, Н.В.Сизовой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, — 2014. — 210 с.

3. 3-й Межрегиональный научно-практический симпозиум «ВИЧ-медицина и фармакоэкономика» — URL: <http://www.hiv-spb.ru/news/vich-mediczina-i-farmakoeconomika-obnovlenie.html> (дата обращения 20.03.2015).
4. Покровский В.В. Стратегия выжидания // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2015. — № 1. — С. 4–9.
5. Вирус иммунодефицита человека — медицина / Под ред. Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2011. — 656 с.
6. Профилактика заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), в Санкт-Петербурге на 2013–2015 годы: Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.01.2013 № 28 (ред. от 04.02.2015) // Консультант Плюс. — URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=SPB;n=157676> (дата обращения 21.03.2015г.).
7. Виноградова Т.Н., Лисицина З.Н., Крутицкая Л.И., Еришова И.А., Маклакова В.А., Сизова Н.В., Дубикайтис П.А. Возможности и необходимость оптимизации скрининга населения на ВИЧ-инфекцию // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4. № 2. — С. 101–108.
8. Сизова Н.В., Пантелеева О.В. Особенности клинического течения и иммунологических проявлений ВИЧ-инфекции как показателя для начала антиретровирусной терапии на разных этапах эпидемии у больных в Санкт-Петербурге // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 2. — С. 58–65.
9. Децентрализация закупок АРВ-препаратов: от острой фазы к хронической. Промежуточный отчет по мониторингу закупок и предоставления АРВ-препаратов в РФ в 2014 году // ИТРСги Коалиция по готовности к лечению — URL: <http://itpcru.org/monitoring/> (дата обращения 20.03.2015 г.).
10. Леонова О.Н., Шеломов А.С., Степанова Е.В., Ефимов Г.А. Продвинутое стадии ВИЧ-инфекции и применение ингибитора слияния вируса иммунодефицита человека с CD4-лимфоцитами // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6. № 4. — С. 35–44.
11. Дмитрик Е. Прогноз расходов на лекарственные средства для стран ЕС до 2016 г. // Аптека. — 01.07.2013. — № 897 (26). — URL: <http://www.apтека.ua/article/239552>.
12. Винеи Салдан. Можем ли мы добиться прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году? — URL: <http://www.hiv-spb.ru/news/vich-mediczina-i-farmakoeconomika-obnovlenie.html> (дата обращения 20.03.2015 г.).
13. СанПин 3.1.5 2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» — URL:<http://www.gospotrebnadzor.ru/> (дата обращения 20.03.2015 г.).
14. Покровский В.В., Юрин О.Г., Кравченко А.В., Беляева В.В., Канестри В.Г., Афонина Л.Ю., Ермак Т.Н., Буравцова Е.В., Шахгильдян В.И., Козырина Н.В., Нарсия Р.С., Зимица В.Н., Покровская А.В., Конов Д.С., Конов В.В., Голицуова М.А., Ефремова О.С., Попова А.А. Протоколы диспансерного наблюдения и лечения больных ВИЧ-инфекцией. Национальное общество инфекционистов // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. — 2012. — № 6, приложение 1. — 48 с.

Статья поступила 07.04.2015 г.

Контактная информация Бобрешова Алина Сергеевна, e-mail: alina_8308@mail.ru

Коллектив авторов:

Беляков Николай Алексеевич — академик РАН, заведующий кафедрой социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; главный научный сотрудник Института экспериментальной медицины; руководитель Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Виноградова Татьяна Николаевна — к.м.н., доцент кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова; заместитель руководителя Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53;

Жолобов Владимир Евгеньевич — д.м.н. профессор кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8;

Степанова Елена Владимировна — д.м.н., профессор, заместитель главного врача по медицинской части Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями; профессор кафедры социально-значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, 190020, Санкт-Петербург, ул. Бумажная, д. 12, (812) 786-32-15;

Бобрешова Алина Сергеевна — психолог Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 251-08-53.

ПОДПИСНЫЕ ИНДЕКСЫ:
ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ «ПРЕССА РОССИИ» — 42178
КАТАЛОГЕ АГЕНТСТВА «РОСПЕЧАТЬ» — 57990