

**СТРАНОВОЙ ОТЧЕТ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В
ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ-
ИНФЕКЦИЮ В 2014 ГОДУ**

[КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА]

Отчетный период: январь 2012 – декабрь 2013 гг.

Дата подачи: 31 марта 2014

Бишкек – март 2014 г.

Отчет подготовлен межведомственной рабочей группой созданной указанием Министерства здравоохранения КР по инициативе Правительства Кыргызской Республики при поддержке ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ВОЗ

Состав рабочей группы:

Майтиева В.С.	ведущий специалист отдела общественного здравоохранения МЗ КР
Мамбетов Т.С.	заведующий отделом МиО РЦ «СПИД»
Акматова Ж.К.	и.о. зав. эпидемиологическим отделом РЦ «СПИД»
Янбухтина Л.Ф.	специалист по МиО РЦ СПИД
Байызбекова Д.А.	заместитель директора Научно-производственного объединения «Профилактическая Медицина», д.м.н.
Джумалиева Г.А.	руководитель Республиканского научно-практического центра инфекционного контроля, НПО ПМ, д.м.н.
Башмакова Л.Н.	программный координатор ЮНЭЙДС
Карымбаева С.	координатор ВОЗ по вопросам ВИЧ, ТБ, ИППП
Дооронбекова А.	специалист по МиО проекта «Содействие»/ICAP
Исмаилова А.Д	специалист по ВИЧ, ЮНИСЕФ

Рабочая группа выражает благодарность:

ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, проекту «Содействие»/ICAP, учреждениям МЗ КР (РЦ «СПИД», НПО «ПМ», РЦН, РМИЦ и др.), национальному статистическому комитету, а также другим министерствам и ведомствам, представителям государственных и неправительственных организаций, которые приняли участие в предоставлении информации, обсуждении, предоставлении комментариев по отчету, а также индекса политики.

Рабочая группа также выражает благодарность ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ за финансовую и техническую поддержку в подготовке данного отчета.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
I. Краткий обзор	5
II. Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции	11
III. Национальные меры в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции	15
3.1. Достижение цели 1. Сокращение передачи ВИЧ половым путем.	15
3.1.1. Профилактические программы для молодежи и населения в целом	15
3.1.2. Профилактические программы для секс-работников (СР) и МСМ	16
3.2. Достижение цели 2. Сокращение передачи ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков.	16
3.2.1. Профилактические программы для ПИН	16
3.3. Достижение цели 3. Искоренение передачи ВИЧ от матери ребенку и сокращение материнской смертности от СПИДа	17
3.4. Достижение цели 4. Обеспечение предоставления антиретровирусной терапии для ЛЖВ	18
3.5. Достижение цели 5. Сокращение смертности по причине туберкулеза среди ЛЖВ	18
3.6. Достижение цели 6. Увеличение расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов	19
3.6.1. Расходы в связи со СПИДом	19
3.7. Достижение цели 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития	19
3.7.1. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом	19
3.7.2. Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период	20
IV. Передовая политика	21
V. Основные проблемы и меры для их устранения	22
VI. Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране	26
VII. Система мероприятий по мониторингу и оценке	28
Приложения	31
Приложение 1: Консультационный процесс/ подготовка странового отчета о мониторинге выполнения Декларации о приверженности борьбы с ВИЧ	
Приложение 2: Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)	

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВГС	- вирусный гепатит С
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ГСИН	- Государственная служба исполнения наказаний
ГФСТМ	- Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	- добровольное консультирование и тестирование
ДЭН	- дозорный эпидемиологический надзор
ИОП	- информационно-образовательные программы
ИППП	- инфекции, передающиеся половым путем
КР	- Кыргызская Республика
ЛЖВ	- люди, живущие с ВИЧ
ЛПВ	- люди, пострадавшие от ВИЧ
ЛПО	- лечебно-профилактическая организация
МВД КР	- Министерство внутренних дел Кыргызской Республики
МЗ КР	- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики
МиО	- мониторинг и оценка
МСМ	- мужчины, имеющие секс с мужчинами
МЮ КР	- Министерство Юстиции Кыргызской Республики
НПО	- неправительственная организация
НПС	- Национальные программы по СПИДу
НСК	- Национальный статистический комитет
ООН	- Организация Объединенных Наций
ПИН	- потребители инъекционных наркотиков
ПРООН	- Программа развития Организации Объединенных Наций
ПЦР	- полимеразная цепная реакция
РМИЦ	- Республиканский медико-информационный центр
РЦН	- Республиканский центр наркологии
РЦ СПИД	- Республиканский центр «СПИД»
СМИ	- средства массовой информации
СКК	- Страновой координационный комитет
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СР	- секс-работники
ТБ	- туберкулез
ТВ	- телевидение
УГ	- уязвимые группы
ЮНИСЕФ	- Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	- Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	- Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	- Агентство США по международному развитию
CDC	- Центр контроля заболеваемости США

I. КРАТКИЙ ОБЗОР

(а) Участники процесса написания отчета

Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию в КР подготовлен рабочей группой из 10 специалистов. В обсуждении отчета и Национальных обязательств и политических инструментов (НОПИ), в том числе Национального комбинированного индекса политики приняли участие представители более 30 организаций гражданского общества (НПО и международные организации) и более 25 человек из числа ведущих специалистов ключевых государственных организаций.

В ходе подготовки отчета использованы данные официальной статистики за 2012-2013 гг. Республиканского центра «СПИД» МЗ КР, Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ), отчеты НСК, Республиканского центра наркологии, Республиканского кожно-венерологического диспансера. Были использованы также результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за 2013 год; медико-демографического исследования НСК за 2012 год; оценки численности МСМ и РС, проведенной консалтинговой компанией М-вектор, при финансовой поддержке ГФСТМ; оценки численности ПИН, проведенной Центром анализа политики здравоохранения при финансовой поддержке ГФСТМ; оценки внедрения системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения КР при финансово-технической поддержке ГФСТМ; оценки эффективности внедрения ППМР в КР, проведенной Общественным Фондом «Позитив Хелп», при финансовой и технической поддержке ЮНИСЕФ и ГФСТМ; ситуационного анализа по оказанию услуг детям, рожденным от ВИЧ-позитивных матерей и оценки проводимой АРТ у детей и женщин с ВИЧ, проведенной НЦОМид, при поддержке ЮНИСЕФ; результаты анкетирования по определению индекса стигмы и дискриминации, проведенное ОЮЛ «Ассоциации Анти СПИД» и содействию партнеров.

Сбор и анализ информации о финансовых вложениях государственных и международных организаций осуществлялся с помощью «Матрицы национального финансирования».

Национальный отчет обсужден на заседании Круглого стола с привлечением всех заинтересованных сторон и утвержден Министерством здравоохранения КР.

(b) Статус эпидемии

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике на 100000 населения составлял в 2011 г. – **10,8**, в 2012 г. – **12,5**, в 2013г. – **8,5**. По оценкам программы прогнозирования «Спектрум» в 2013г. в стране проживало 8 012 ЛЖВ. Распространенность среди ключевых групп населения составляла: среди ПИН 14,6% в 2010 г. и 12,4% в 2013 г.; среди СР 3,5% в 2010 г. и 2,2% в 2013 г.; среди МСМ 1,1% в 2010 г. и 6,3% в 2013 г.; среди заключенных 13,7% в 2010 г., и 7,6% в 2013 г.

В течение 2012–2013 гг. эпидемия ВИЧ-инфекции находится на концентрированной стадии. Сохраняется низкая превалентность среди беременных женщин - 0,03% (2013 г.).

(с) Реализация ответных политических мер и программ

Разработана и утверждена постановлением правительства № 867 от 29.12.2012 г. новая «Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы» на основе стратегии ВОЗ и ЮНЭЙДС с учетом стадии и характера эпидемии в стране. Программа направлена на продолжение и усиление ранее начатых мероприятий в области ВИЧ-инфекции, выполняемых тремя предыдущими национальными и государственными программами в этой области начиная с 2007 года. Данная программа учитывает извлеченные уроки из реализации предыдущих программ, рекомендации международных экспертов и материалы оценок. Новая Государственная программа, в отличие от предыдущих четко сфокусирована на приоритетах, направленных на стабилизацию эпидемии. В этой связи в ней сокращено количество стратегических направлений (5) и задач (16). Стратегии изложены с учетом степени приоритетности направления и уровня воздействия на эпидемию ВИЧ. Составляющими данной программы являются рабочий план, бюджет, положение и план МиО.

Программа является составной частью Стратегии развития страны, основанной на Целях развития тысячелетия. Проведена гармонизация новой государственной программы и программы реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг., где одним из 4 приоритетных направлений является ВИЧ-инфекция.

Программа направлена на предотвращение дальнейшего распространения ВИЧ, прежде всего, инъекционным путем, а также половым, внутрибольничным путем и от матери ребенку. Значительное внимание уделено доступу к диагностике, лечению, уходу и поддержке ЛЖВ, усилению системы здравоохранения, а также вопросам координации, управления, мониторинга и оценки.

Положение о единой системе мониторинга и оценки Государственной программы по ВИЧ-инфекции на 2012-2016 годы включает 12 компонентов МиО и является составной частью государственной программы. Обученные специалисты, руководствуясь утвержденной системой МиО оценивают эффективность всех проводимых мероприятий и обеспечивают единый механизм учета финансовых средств и получение стратегической информации, необходимой для корректировки деятельности.

Во исполнение Государственной программы были разработаны и утверждены областные программы и ведомственные планы по реализации мероприятий Государственной программы, а также планы мониторинга и оценки Государственной программы.

Выполнение мероприятий в рамках стратегий Государственной программы отслеживается на основе национальных индикаторов и отчетов по реализуемым мероприятиям. Сбором данных осуществляет Министерство здравоохранения и ежегодно предоставляет обобщенный отчет в Правительство КР.

Разработана и утверждена новая Концепция государственной антинаркотической политики КР, которая определяет комплексный подход к вопросам профилактики и иных мер, связанных с наркопотреблением, и направлена на обеспечение доступа ПИН к комплексным услугам, включая опиоидную заместительную терапию, стерильному инъекционному оборудованию, а также на предупреждение смертности от передозировок с использованием налоксона.

(d)Сводная таблица ключевых показателей по выполнению Декларации приверженности борьбы с ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике

№ пп	Индикаторы	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50%до 2015 года				
	<i>Общее население</i>			
1.1.	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*	н/д	н/д	23,4%
1.2.	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	н/д	н/д	0,5%
1.3.	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	н/д	н/д	2,5%
1.4.	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*	н/д	н/д	60,1%
1.5.	Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	н/д	н/д	9,8%
	<i>Работники секс-бизнеса</i>			
1.7.	Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ	45,2%	н/д	64,9%
1.8.	Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	88,1%	н/д	90,6%
1.9.	Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	34,9%	н/д	55,9%
1.10.	Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ	н/д	н/д	2,2%
	<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>			
1.11.	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами	н/д	н/д	78,9%

	профилактики ВИЧ			
1.12	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	н/д	н/д	81,6%
1.13	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	н/д	н/д	40%
1.14	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ	н/д	н/д	6,3%
	Тестирование на ВИЧ			
1.16 .1	Процент учреждений здравоохранения, отпускающих экспресс тесты, которые испытывали дефицит в экспресс тестах в течение последних 12 месяцев	н/д	н/д	0%
	ИППП			
1.17 .1	Доля женщин, обратившиеся за услугами по дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис при первом посещении службы дородовой помощи	92,2%	88,7%	82,3%
1.17 .2	Доля женщин, обратившиеся за услугами по дородовой помощи с положительным результатом тестирования на сифилис	0,04%	0,06%	0,03%
1.17 .3	Доля женщин, обратившиеся за услугами по дородовой помощи с положительной серологической реакцией на сифилис и которые получили лечение	100%	100%	100%
1.17 .4	Процент работников секса с активным сифилисом	н/д	н/д	н/д
1.17 .5	Процент МСМ с активным сифилисом	н/д	н/д	н/д
Цель 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.				
2.1	Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год	151	253	292
2.2	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта	49,4%	н/д	39,9%
2.3	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием	71,5%	н/д	91,8%

	во время последнего употребления инъекционных наркотиков			
2.4	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	54,0%	н/д	43%
2.5	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ	н/д	н/д	12,4%
2.6.	Число лиц, потребляющие опиатные наркотики, которые получают ОЗТ	1005	961	1100
2.7.	Число пунктов, участвующих в программе обмена шприцев (ПОШ)	47	59	53
Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа				
3.1	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	23,0%	81,6%	94,8%
3.2	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения	3,4%	15,4%	14,7%
3.3	Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку (смоделировано)	3,6%	3,3%	2,9%
3.4.	Процент беременных, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты во времени беременности в период схваток и изгнания и после родов (меньше 72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ статусом	72%	94,1%	74,9%
3.6.	Процент ВИЧ положительных беременных, которые были оценены на предмет соответствия критериям для назначения АРВ по клиническим критериям или уровню CD4	н/д	67,2%	95%
3.7.	Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших АРВТ для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в течение первых 6 недель жизни	24%	92,3%	93,1%
3.9.	Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которые начали профилактику котримоксазолом в первые 2 месяца жизни	н/д	83,5%	78,4%
Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ.				

4.1	Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают***	19,3%**	64,%**	13,4%**
4.2	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	88,2%	73%	82,6%
4.2. в	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 60 месяцев после его начала	17,3%	49%	61%
4.4.	Процент учреждений здравоохранения, отпускающих антиретровирусные (АРВ) препараты для антиретровирусной терапии, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов в последние 12 месяцев	11%	0%	0%
Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 г.				
5.1	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	22,9%	98,3%	72,8%
5.3.	Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом	0,7%	0,75%	16%
5.4	Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита за отчетный период	10,5%	61,3%	91,2%
Цель 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов				
6.1	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования (в долл. США)	5 720 875	13 399 289	17 609 990
	Государственные источники:	1 441 565	3 886 526	4 192 877
	Международные источники:	4 279 280	9 512 763	13 417 113
	Частные источники:	0	0	0
Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития				
7.1	Национальные обязательства и политические инструменты (профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, вовлечение гражданского общества, гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация,	0,9	н/д	0,8

	мониторинг и оценка)			
7.2	Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев	0,01%	н/д	17,1%****
7.3	Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*	н/д	н/д	н/д
7.4	Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев	н/д	н/д	н/д
Цель 8. Решение проблем стигмы и дискриминации				
8.1.	Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ	-	-	57,2%*****

(а) * 2009 г. - результаты исследования среди организованной молодежи (школьники, студенты); 2010 г. – результаты исследования среди лиц с симптомами ИПП

(б) ** - в 2013 году использованы оценочные данные общего количества ЛЖВ, в 2012 – использованы фактические данные о количестве ЛЖВ, нуждающихся в АРВТ, 2011 - использованы оценочные данные о количестве ЛЖВ, нуждающихся в АРВТ

(с) *** Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации

(д) **** - в 2011 г. – использованы данные РМИЦ, основанные на обращаемости пострадавших женщин в медицинские организации, в 2013 г. – использованы данные медико-демографического глубинного исследования домохозяйств

(е) ***** Данные Медико-демографического исследования в Кыргызской Республике, ответ только на 1 вопрос «Вы бы купили свежие овощи у продавца или торговца, если бы знали, что этот человек болен ВИЧ»

II. ОБЗОР ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ^{1,2}

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ. По данным РЦ СПИД на 1 января 2014 года всего зарегистрировано 5115 ВИЧ-позитивных лиц, из них 4893 граждане КР, в т.ч. детей - 488, 600 больных СПИД. Умерло за все годы 877 ВИЧ-позитивных, из них на стадии СПИД - 292 человека. Среди лиц, живущих с ВИЧ (далее ЛЖВ) потребители инъекционных наркотиков составляют 57,5% (2816).

Показатель заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Кыргызской Республике на 100 000 населения составил в 2011 г. – **10,8**, в 2012 г. – **12,5**, в 2013г. – **8,5**. По оценкам программы прогнозирования «Спектрум» в 2013г. в стране проживало 8012 ЛЖВ.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех регионах республики. По данным РЦ СПИД на 1 января 2014 г. наибольшее число ЛЖВ зарегистрировано в Чуйской области (29,7% от всех зарегистрированных), в Ошской области (20,1%), г. Ош (17,8%) и г. Бишкек (17%). Наименьшее число ЛЖВ зарегистрировано в Таласской (1,2%) и Нарынской (1,2%) областях (рис.1.).

¹ По данным официальной статистики Республиканского центра СПИД

² Отчет по результатам ДЭН за 2013 г. РЦ СПИД

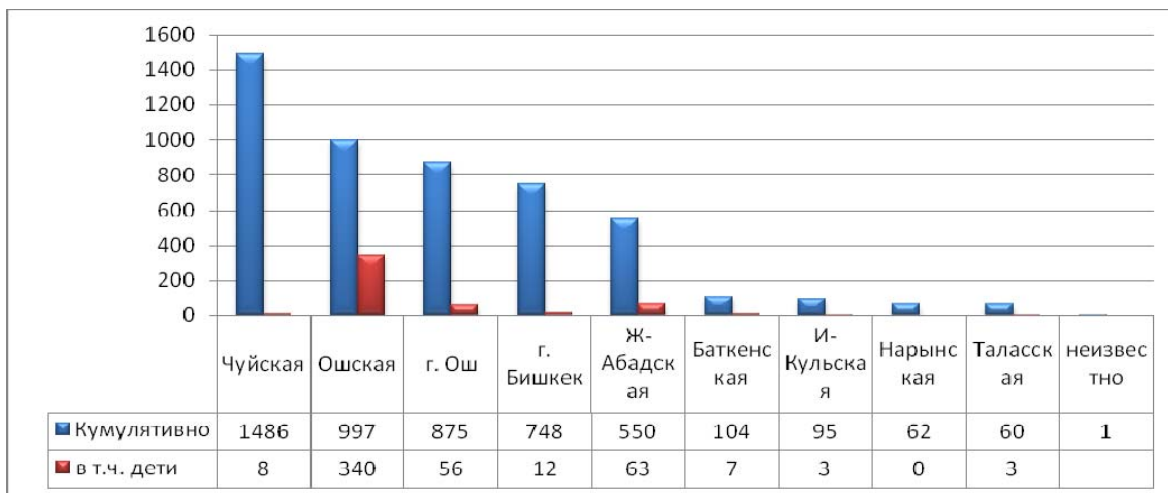


Рис. 1. Количество случаев ВИЧ-инфекции (кумулятивное) по регионам Кыргызской Республики на 01.03.2014

За отчетный период кумулятивное количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 31,5% с 3887 случаев в 2011 году до 5115 случаев в 2013 году. Однако, при ежегодном выявлении новых случаев в сравнении с 2012 г. отмечается снижение выявленных ЛЖВ на 31% с 724 случаев в 2012 году до 504 в 2013г.

Основная доля выявления ВИЧ-инфекции приходится на категорию трудоспособного и репродуктивного возраста 20-39 лет – 68,1%. Доля ВИЧ-положительных детей в возрасте до 15 лет составила 9,9 % (рис.3.).

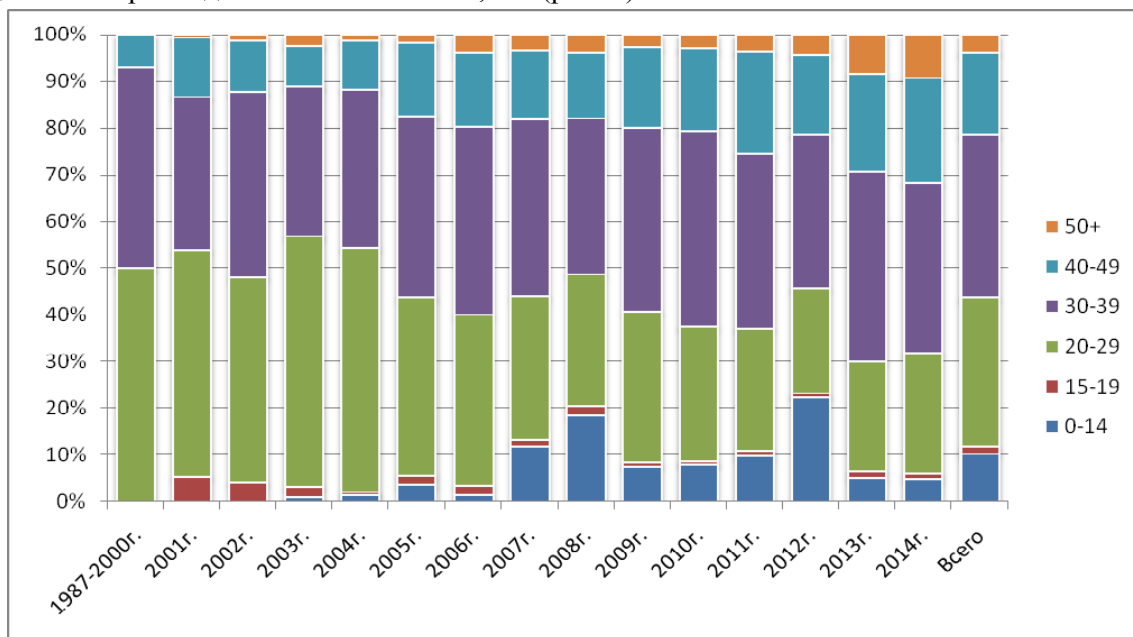


Рис.3. Ситуация по ВИЧ-инфекции в разбивке по возрасту (на 01.03.2014)

Отмечается рост числа случаев инфицирования ВИЧ среди женщин с 30,3% в 2011 г. до 41,9% в 2013 году.

Показатели распространенности более 5% отмечаются в трех ключевых группах населения (ПИН, заключенные, МСМ). Среди беременных женщин сохраняется низкая

превалентность ВИЧ-инфекции, которая составила 0,03% в 2013 году, что позволяет сделать вывод, что эпидемия ВИЧ-инфекции в КР остается на концентрированной стадии.

Наиболее пораженной группой населения, по данным ДЭН, остаются потребители инъекционных наркотиков. Так распространенность в этой группе населения в 2010 году составила, по данным ДЭН, 14,6%, в 2013 году 12,4%.

Однако, отмечаются изменения в тенденциях путей передачи (рис.2.). Так, уменьшается доля передачи парентеральным (инъекционным) путем с 60,3% в 2011 г. до 36,9% в 2013 г. Тем не менее, этот путь все еще определяет характер эпидемии в стране. Позитивным фактором является снижение распространенности ВИЧ среди молодых ПИН в возрасте до 25 лет на 6,4% (с 8,0 в 2010 г. до 1,6% в 2013 г.). Если в 2010 году показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в возрастной группе 18-19 лет составлял 5%, то в 2013 году ВИЧ в данной возрастной группе не был зарегистрирован.

Отмечается изменение в тенденции полового пути распространения ВИЧ-инфекции, который вырос с 30,3% в 2011 г. до 57,7% в 2013 г., при этом гомосексуальный механизм передачи среди MSM составил 4,3%. Следует отметить, что MSM явилась единственной группой, в которой распространенность ВИЧ существенно увеличилась за прошедший период с 1,1% в 2010 г. до 6,3% в 2013 г. (в Бишкеке – 13,3%). Распространенность вирусного гепатита С среди MSM уменьшилась более чем в 4 раза (с 6,8 в 2010 г. до 1,6% в 2013 г.). Низкий уровень распространенности вирусного гепатита С (2,2 % в г. Бишкек и 1% в г. Ош) в 2013 г., а также его снижение по сравнению с 2010 г. позволяет предположить преимущественно половой путь передачи ВИЧ среди MSM. Так, уровень антител к сифилису увеличился в обследуемой группе с 5,7% в 2010 г. до 7,9% в 2013 г. (в Бишкеке – 13,3% и 3% в г. Ош). Этот показатель существенно коррелирует с возрастом MSM, увеличиваясь от нуля в возрастной группе до 20 лет до 14% в возрасте 35-39 лет. Следует отметить также, что у MSM в возрасте до 20 лет не было выявлено случаев ВИЧ, а также вирусного гепатита С и сифилиса. В то же время представители этой группы имеют и наименьшее количество половых партнеров, но 17% из них указали на наличие симптомов ИППП.

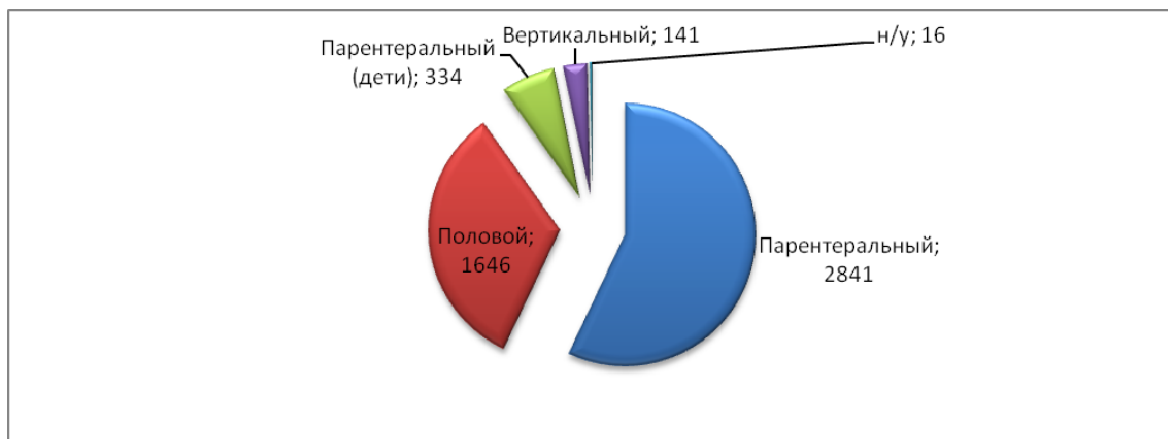


Рис.2. Удельные вес случаев ВИЧ-инфекции по путям передачи (по состоянию на 01.03.2014 г.)

Отмечается снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди секс-работников с 3,5% в 2010 г. до 2% в 2013 г. в целом по стране. Наблюдается также снижение вирусного гепатита С среди СР на 1,9% (с 5 до 3,3%), а сифилиса на 10,4% (по сравнению с 2009 г.). Вместе с тем, отмечается высокая распространенность антител к сифилису среди СР

(23,9%), при этом самая высокая распространенность наблюдалась в городе Бишкек (33%), а каждая вторая СР со стажем работы свыше 4 лет имела антитела к сифилису.

Также, в 2013 году отмечается снижение удельного веса внутрибольничной передачи – с 6,3% 2011г. до 2,7% и вертикального пути – с 2,9% в 2011 году до 2,1% в 2013 г.

Распространенность ВИЧ среди заключенных сократилась почти вдвое (с 13,7 до 7,6%); вирусного гепатита С на 3% (с 37,5 до 34,5%). Тем не менее, распространенность ВИЧ среди заключенных остается достаточно высокой и составляет 7,6%. При этом у лиц, находящихся в местах лишения свободы менее 1 года, распространенность ВИЧ была почти в 2 раза ниже, чем у лиц, находящихся в местах лишения свободы от одного до трех лет (5 и 10% соответственно), что не позволяет исключить возможности передачи ВИЧ в пенитенциарной системе. Так люди, находящиеся в местах лишения свободы более 8 лет имеют самую высокую распространенность ВИЧ (22%). Об этом же свидетельствует зависимость инфицирования ВИЧ от кратности пребывания в местах лишения свободы. Так, лица, которые первый раз находятся в заключении имели в 7 раз ниже распространенность ВИЧ (2% по сравнению с 14%) в 6 раз ниже распространенность вирусного гепатита С (10 и 60% соответственно) и более чем в 2 раза ниже распространенность сифилиса (9 и 20% соответственно). Случаи ВИЧ-инфекции, гепатита и сифилиса у заключенных в возрасте до 20 лет не выявлены, наблюдались значительно более низкие показатели у лиц до 25 лет, по сравнению со старшими возрастными группами. Позитивным фактором является отсутствие выявленных случаев ВИЧ-инфекции в результате ДЭН в женской колонии и колонии для лиц, которые отбывают наказание впервые.

Несмотря на стабилизацию и некоторую тенденцию к снижению распространенности вирусного гепатита С в пенитенциарных учреждениях (с 37% в 2010 до 35% в 2013 году), данный показатель остается высоким. При этом, в 6 из 9 обследованных пенитенциарных учреждений распространенность вирусного гепатита составляла 50 и более процентов. В двух учреждениях (колония строгого режима для больных ТБ с отделением для лечения МЛУ - ТБ ИК-27 и усиленного режима – ИК-16) она составляла 80 и 70% среди обследованных лиц. В этих же колониях наблюдалась и самая высокая распространенность ВИЧ-инфекции – 15 и 23,8% соответственно.

В связи с ростом числа случаев ВИЧ среди детей с 2007 года, а также с целью изучения факторов риска передачи, разработки профилактических мероприятий и своевременного назначения антиретровирусной терапии в 2011-2012 гг. в 2 областях южного региона страны (Ошская, Жалал-Абадская области) проведено сплошное скрининговое тестирование детей в возрасте 4-8 лет, а также детей до 14 лет, поступающих на лечение в стационары. По данным рутинного эпиднадзора, в 2011 г. протестировано 65 263 ребенка по клиническим и эпидемиологическим показаниям, из которых выявлено 57 детей с ВИЧ. В 2012г. протестировано 110 203 ребенка, выявлено 157 детей с ВИЧ. Это определило изменение структуры заболеваемости ВИЧ и увеличение численности выявленных ЛЖВ в 2012 г.

В 2013 г. протестировано 395 325 граждан КР, что составило 6,8% от населения КР. Всего в 2013 г. из числа протестированных 72,9% узнали свои результаты. Основное количество обследований, по-прежнему, приходится на беременных женщин - 47,8% в 2013г., 42% в 2012г. Это увеличение объясняется повышением мотивирования на

тестирование на ВИЧ беременных женщин, получающих дородовое наблюдение, по инициативе медицинских работников. Это позволило увеличить охват беременных женщин ППМР антиретровирусными препаратами до 81.6%³ в 2012г., 95% в 2013г. от оценочного числа ВИЧ-позитивных беременных женщин. Стоит отметить, что уменьшилось оценочное количество ВИЧ-позитивных беременных женщин с 228 в 2011 г. до 136 в 2013г.

II. НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ В ОТВЕТ НА ЭПИДЕМИЮ СПИДА

В данном разделе представлены только предпринятые национальные меры и достижения в ответе на эпидемию ВИЧ-инфекции в республике за отчетный период. Проблемы представлены в разделе V «Основные проблемы и меры для их устранения».

3.1 Достижение цели 1. Сокращение передачи ВИЧ половым путем 50% к 2015 году.

3.1.1. Профилактические программы для молодежи и населения в целом

На 1 января 2014 года все население республики составляет 5 776 570 человек, число молодых людей в возрасте 14-28 лет составляет 1 676 033 (29% населения Кыргызстана), в т.ч. 847 415 мужчин, 828 618 женщин. Около 67% от общего числа молодых людей Кыргызской Республики проживают в сельской местности.

Образовательные программы для школьников институционализированы путем разработки, утверждения и внедрения модулей классных часов по формированию здорового образа жизни для учащихся 6-9 и 10-11 классов, где включены вопросы профилактики ВИЧ-инфекции. Определен механизм проведения занятий по формированию здорового образа жизни в школах путем включения в учебные планы на 2013-2014 годы часов по ЗОЖ.

Разработаны инновационные подходы по образованию учителей путем разработки пособия для учителей по профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании и ИППП (в стадии рассмотрения и утверждения МОиН). Специалисты 50% образовательных учреждений обеспечены электронным интерактивным курсом «Улучшение знаний по ВИЧ/СПИДу», выпущенном на государственном (кыргызском) языке.

Все ПТУ республики охвачены образовательными программами и акциями по вопросам профилактики ВИЧ.

Впервые в республике при проведении медико-демографического исследования в 2012 году был включен ряд индикаторов, характеризующих уровень знаний, навыков и практик по профилактике ВИЧ-инфекции. При этом, было отмечено, что доля осведомленных женщин о ВИЧ-инфекции, за последние 6 лет практически не изменилась (2006 – 92%, 2012 – 91%). Процент женщин в возрасте 15-24 лет, владеющих адекватными знаниями о путях передачи ВИЧ-инфекции, составляет 24% среди женщин, 26% среди мужчин. Осведомленность о методах предотвращения ВИЧ-инфекции среди женщин 15-24 лет составляет 51,5% и среди мужчин в этой же возрастной группе составляет 51,7%

Несмотря на высокую осведомленность о ВИЧ-инфекции, уровень знаний среди молодежи остается на низком уровне (30%).

³ЮНЭЙДС Страновой отчет о проделанной работе, 2013

3.1.2. Профилактические программы для секс-работников (СР) и МСМ

Услуги по диагностике и лечению ИППП для СР и МСМ предоставляются 10-ю дружественными клиниками и организациями здравоохранения первичного уровня. Пакет услуг по профилактике ВИЧ для СР и МСМ предоставляется семью НПО. Минимальным пакетом услуг охвачено 69,3% СР и 7,8% МСМ (из оценочного числа). Кроме того, разработаны справочные руководства по комплексным пакетам услуг для СР и МСМ.

Разработаны клинические протоколы по лечению сифилиса, гонореи и хламидиоза. Разработан протокол по синдромному ведению ИППП на первичном уровне медико-санитарной помощи. Проведены обучающие семинары для дермато-венерологов и врачей первичного уровня медико-санитарной помощи.

Впервые в 2013 году внедрено экспресс-тестирование на ВИЧ по около-десневой жидкости на ВИЧ, охвачено 22,5% СР и 1,8% МСМ (из оценочного числа). Разработано и утверждено Руководство по экспресс-тестированию на ВИЧ.

Проведена оценка численности СР в 2013 году, консалтинговой компанией М-вектор. Так, оценочное число СР составило 7 100 человек, МСМ – 22 000 человек.

По данным ДЭН, проведенном в 2013 году, увеличился процент СР и МСМ, охваченных профилактическими программами: СР с 45,2% в 2010 году до 64,9% в 2013 году, МСМ с 42% в 2010 году до 78,9% в 2013 году. Увеличение охвата СР и МСМ программами профилактики ВИЧ-инфекции повлияло и на улучшение поведенческих реакций. Так, по данным ДЭН (2013 г.) отмечается увеличение процента использования презервативов среди СР во время полового контакта с последним клиентом с 88,1% в 2010 до 90,6% в 2013 г., а также процента СР, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты с 34,9% в 2011 году до 55,9% в 2013 году.

Улучшился доступ к наиболее закрытым группам МСМ, что позволило определить реальную распространенность ВИЧ-инфекции среди МСМ. Так, этот показатель в 2010 году (ДЭН, 2010 г.) составлял 1,1%, тогда как по данным ДЭН 2013 года составил 6,3%.

3.2. Достижение цели 2. Сокращение передачи ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков.

3.2.1. Профилактические программы для ПИН

Увеличилось общее количество пунктов, где ПИН могут получить минимальный пакет услуг, с 29 в 2012 году до 46 в 2013 году. С 2011 года было увеличено количество ОЗТ с 20 до 30 пунктов в 2013 году. Увеличилось количество шприцев розданных на 1 ПИН в год со 151 шт. в 2011 году до 292 в 2013 году.

Улучшились поведенческие практики среди ПИН, связанные с использованием стерильного инъекционного инструментария с 47,7% в 2010 году до 57,5% в 2013 году (данные ДЭН 2010 и 2013 г.). При этом 91,8% ПИН, указали на пользование стерильным инструментарием во время последнего потребления инъекционных наркотиков в 2013 году против 71,5% в 2010 году.

Впервые в 2013 году проведен ДЭН среди половых партнеров ПИН (в настоящее время идет аналитическая обработка данных). По предварительным данным около 5%

половых партнеров ПИН инфицированы ВИЧ. Данное исследование позволит определить приоритетные направления и подходы в работе с половыми партнерами ПИН, что позволит снизить половой и вертикальный путь передачи ВИЧ.

Предпринимаемые меры позволили снизить распространенность ВИЧ среди ПИН. Так, по данным рутинной диагностики количество ПИН среди вновь выявленных ЛЖВ уменьшилось с 60,3% в 2011 году до 36,9% в 2013 году. А по данным ДЭН распространенность ВИЧ среди ПИН снизилась на 2,2%. Тем не менее, необходимо расширение и повышение эффективности программ для ПИН. Остается высоким уровень опасного поведения, только 57% практиковали безопасное поведение.

Разработаны клинические протоколы по скринингу беременных женщин на потребление психоактивных веществ с применением вопросника ASSIST. А также разработан клинический протокол неонатального синдрома у новорожденных, рожденных от женщин ПИН. Адаптирован для акушер-гинекологов республики обучающий видео-модуль по вопросам наркопотребления и ведения женщин ПИН. Внедрение указанных протоколов и видео-модуля начато в пилотных организациях здравоохранения г. Кара-Суу и г. Бишкек.

Неправительственной организацией «Астерия» в 2013 году проведено экспресс-тестирование по слюне на ВИЧ женщин ПИН, охвачено 212 женщин.

Разработан и утвержден приказ по приписке населения к группам семейных врачей, в котором облегчены условия приписки для уязвимых групп населения.

3.3. Достижение цели 3. Искоренение передачи ВИЧ от матери ребенку и сокращение материнской смертности от СПИДа

Отмечается снижение вертикальной передачи с 13,3% в 2011 году до 2,9% (смоделированный показатель процента ВИЧ-инфекции среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в течение последних 12 месяцев) за счет улучшения проведения ППМР в организациях здравоохранения и увеличения охвата беременных женщин ППМР. По данным программы СПЕКТРУМ уменьшилось оценочное количество ВИЧ-позитивных беременных женщин с 228 в 2011 г. до 136 в 2013г.

Пересмотрены клинические протоколы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (2012 г.), по уходу и лечению детей с ВИЧ-инфекцией (2013 год). Разработаны Руководство по ранней диагностике ВИЧ у младенцев и Клиническое руководство «Поддержка сексуального и репродуктивного здоровья людей, живущих с ВИЧ».

Обучение медработников по вопросам ППМР интегрировано в учебные программы до- и пост-дипломной подготовки, в 2013 году обучено 1 096 специалистов организаций родовспоможения.

Проведена оценка эффективности внедрения ППМР в КР (Общественным Фондом «Позитив Хелп» при финансовой и технической поддержке ЮНИСЕФ и ГФСТМ), а также ситуационный анализ по оказанию медицинских услуг детям, рожденным от ВИЧ-позитивных матерей и оценки проводимой АРТ у детей и женщин с ВИЧ (НЦОМид при поддержке ЮНИСЕФ). Охват ППМР беременных женщин составил 87% и средний уровень приверженности женщин с ВИЧ к приему АРВП составил 80,5%. В тоже время, по данным РЦ СПИД охват ППМР беременных женщин с ВИЧ-инфекцией составил в 2012 году 81,5%, а в 2013 году - 95%.

3.4. Достижение цели 4. Обеспечение предоставления антиретровирусной терапии для ЛЖВ

По состоянию на 31 декабря 2013 года, по данным РЦ «СПИД», АРТ получают 1 074 человека, из них 297 детей и 73 человека, находящихся в местах лишения свободы. Снижение в 2013 году процента взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают, объясняется изменением знаменателя при расчете показателя. Ранее показатель рассчитывался на оценочное количество ЛЖВ, нуждающихся в АРВТ, в 2013 году показатель рассчитывался на оценочное количество всех ЛЖВ (в 2012 – использованы фактические данные о количестве ЛЖВ). Несмотря на это, в 2013 году отмечается фактическое увеличение количества ЛЖВ, подключенных на АРВ терапию, с 97 ЛЖВ в 2011 году до 491 в 2013 году за счет расширения комплексного подхода к ведению ЛЖВ на уровне первичной медико-санитарной помощи и вовлечения гражданского сектора.

Отмечается увеличение приверженности к лечению в 2013 году по сравнению с 2012 годом. Так, увеличился на 10% процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала и составил в 2013 году 83%. Следует отметить и увеличение приверженности к лечению в группе ЛЖВ, длительно находящихся на лечении (получающие АРВТ спустя 60 месяцев) с 49% в 2012 до 61% в 2013 году.

Пересмотрен клинический протокол «Тактика ведения пациентов с коинфекцией гепатита В и ВИЧ-инфекции».

3.5. Достижение цели 5. Сокращение смертности по причине туберкулеза среди ЛЖВ

В соответствии с клиническим протоколом все ЛЖВ должны проходить скрининг на ТБ, а также в соответствии с приказом МЗ КР о мероприятиях при выявлении ВИЧ-инфицированных, все пациенты с туберкулезом, обследуются на ВИЧ.

В 2013 году у 91,2% ЛЖВ, включенных в программы помощи при ВИЧ-инфекции, был оценен (по вопроснику) и зарегистрирован статус в отношении ТБ во время их последнего визита, в 2011 году этот показатель составлял всего 10,5%.

В 2012 году были разработаны и внедряются модели комплексного подхода по оказанию услуг по туберкулезу, наркотической зависимости и ВИЧ на амбулаторном и стационарном уровне организаций здравоохранения. В связи с чем, увеличился процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом с 0,7% в 2011 году до 16% в 2013 году.

Отмечается увеличение процента оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом (ТБ), получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ с 22,9% в 2011 году до 72,8% в 2013 году.

Разработан клинический протокол «Лечение сочетанной формы туберкулеза и ВИЧ среди взрослых и подростков Кыргызской Республики».

В 2013 г. сотрудниками ВОЗ проведена экспертная оценка менеджмента предоставления медицинской помощи при ТБ/ВИЧ в Кыргызской республике. По результатам оценки сделаны рекомендации НЦФ и РЦ СПИД.

Тем не менее, остается высокая смертность ЛЖВ от туберкулеза. Так из 171 умерших ЛЖВ в 2013 году, от туберкулеза умерло 68 человек, что составляет 39%.

3.6. Достижение цели 6. Увеличение расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов

3.6.1. Расходы в связи со СПИДом

В 2012 году отмечалось увеличение процента финансирования из государственных источников на 3,8%, который составил в целом 29%. Однако, несмотря на то, что в 2013 году финансирование из государственных источников было увеличено и составило 4 192 877 долларов США, общий удельный вес составил 23,8%.

Расходы	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом	5 720 875	13 399 289	17 609 990
Государственные источники:	1 441 565 (25,2%)	3 886 526 (29%)	4 192 877 (23,8%)
Международные источники:	4 279 280 (74,8%)	9 512 763 (71%)	13 417 113 (76,2%)
Частные источники:	0	0	0

3.7. Достижение цели 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития

3.7.1. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

Разработана и утверждена постановлением правительства № 867 от 29.12.2012 г. новая «Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы», которая включает четкие целевые показатели как на конец так и на промежуточные этапы реализации программы и полностью соответствуют целям Политической Декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (2011). Программа является составной частью Стратегии развития страны, основанной на Целях развития тысячелетия.

Впервые утверждены Положение о единой системе мониторинга и оценки Государственной программы по ВИЧ-инфекции и план по МиО на 2012-2016 годы, являющихся составной частью Государственной программы.

Проведена гармонизация новой государственной программы и программы реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг., где одним из 4 приоритетных направлений является ВИЧ-инфекция.

При Институте омбудсмана КР организован Совет защиты прав ЛЖВ и уязвимых групп населения, в котором широко представлены представители гражданского общества.

Усилена роль министерства здравоохранения в национальном координационном механизме. Министр здравоохранения избран председателем СКК и проводит активную политику по усилению роли государства в национальном ответе на ВИЧ.

В мае 2013 года, в соответствии с положением СКК КР, проведены национальные форумы ЛЖВ и НПО, где проведены пере выборы представителей ЛЖВ и ТБ сообществ в СКК. В обновленном составе СКК представлены 2 ЛЖВ, 1 ЛЖВ/ТБ, 1 пострадавший от ТБ. Также в СКК представлены сообщества ПИН - 2 чел., РС - 1 чел., МСМ - 1 чел.

Утверждена новая Концепция государственной антинаркотической политики КР, которая определяет комплексный подход к вопросам профилактики и иных мер, связанных с наркопотреблением, и направлена на обеспечение доступа ПИН к комплексным услугам, включая опиоидную заместительную терапию, стерильному инъекционному оборудованию.

3.7.2. Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период

Регистрация случаев гендерно-обусловленного насилия в Кыргызской Республике проводится только по сообщениям самих жертв насилия. Однако, не все жертвы заявляют о фактах насилия либо обращаются по этому поводу в государственные структуры. Кроме того, официальная регистрация проводится только по фактам семейного насилия.

Тем не менее, отмечается улучшение регистрации случаев семейного насилия. Так, согласно данным официальной статистики *доля женщин в возрасте 15-49 лет, вступавших в брак или имевших интимного партнера, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев* составляла в 2011 году 0,01%, в 2013 году этот показатель составил 17,1%. При расчете показателя в знаменателе использовано количество женщин в возрасте 15-49 лет, только которые вступали в брак.

Кыргызстан относится к странам с эпидемией ВИЧ на ранней стадии, большинство детей-сирот, теряют своих родителей по другим, не связанным с ВИЧ, причинам. Социальная помощь (включая предоставление бесплатного начального и среднего образования) и пособия для детей по утере кормильца предоставляются всем детям-сиротам, независимо от причины смерти родителей. Поэтому формы учета официальной статистики не предусматривают регистрацию причин смерти родителей, том числе от ВИЧ/СПИДа. В связи с чем, данные по показателям *«Текущая посещаемость школ детьми-сиротами»* и *«Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев»* в стране не собираются.

3.8. Достижение цели 8. Решение проблем стигмы и дискриминации

3.8.1. Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ

С целью оценки уровня стигматизации женщин и мужчин в Медико-демографическое исследование Кыргызской Республики, проведенное в 2012 году, при опросе слышавших о СПИДе были включены следующие вопросы: готовы ли они ухаживать в своем домовладении за членом семьи, больным СПИДом; купили бы они свежие овощи у продавца, если бы знали, что этот человек имел ВИЧ-инфекцию; разрешили бы они продолжать преподавать учителю с ВИЧ-инфекцией в школе; хотели бы они сохранить в тайне то, что член их семьи инфицирован ВИЧ-инфекцией. Процент тех, кто терпимо отнесся бы ко всем четырем показателям, составил всего 4 процента.

Кроме того, впервые в Кыргызстане предприняты попытки по определению индекса стигмы и дискриминации. По результатам анкетирования, инициированное и проведенное сотрудниками ОЮЛ «Ассоциации Анти СПИД» и при содействии партнеров (НПО «Здоровое поколение», «Крик Журавля», «Улукман Дарыгер», ИГ «Мозаика»), среди женщин и мужчин в возрасте 18-63 лет (250 респондентов), индекс стигмы и дискриминации связанные с ВИЧ инфекцией составил – 9,4%.

В рамках Всемирной кампании против СПИДа НПО («Здоровое поколение», «Крик Журавля», «Улукман Дарыгер», ИГ «Мозаика», ИГ «Мирта») проведены акции по преодолению стигмы и дискриминации в городах Жалалабад, Ош, Бишкек, Каракол, в Чуйской области и Иссык-Атинском районе. В рамках акции предоставлялась информация о имеющейся стигме и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, обсуждались вопросы, связанные с проявлениями стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, а также возможными причинами этих проявлений: мифы, отсутствие профессиональной этики или должного воспитания, страх перед отторжением от общества и др.

IV. ПЕРЕДОВОЙ ОПЫТ

Созданы мультидисциплинарные команды, состоящие из врача, медицинской сестры, социального работника, консультанта («равный-равному»), работающие на местах и с выездом на места, что способствует улучшению качества и спектра услуг ЛЖВ на регулярной основе. Так увеличилось количество людей подключенных на АРВ терапию почти в 2 раза по сравнению с предыдущими годами (231 ЛЖВ в 2011 до 445 ЛЖВ в 2013 году).

Внедрение программ инфекционного контроля по безопасности медицинских процедур и безопасных систем обращения с остро-колющими медицинскими отходами позволило резко снизить случаи внутрибольничного инфицирования детей в организациях здравоохранения при оказании им медицинских услуг. Так, удалось снизить удельный вес случаев парентеральной передачи ВИЧ-инфекции среди детей с 6,3% в 2011 до 2,7% в 2013 году.

Внедряется проект по упрощению доступа к ранней диагностике ВИЧ у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, посредством внедрения метода «сухой капли» для сбора и транспортировки клинического материала на ПЦР-исследование в лаборатории РЦ СПИД.

С ноября 2012 года внедряется пилотный проект по экспресс-тестированию на ВИЧ по около-десневой жидкости среди ключевых групп населения, проводимые обученными сотрудниками НПО. Что позволило расширить доступ этих групп к тестированию на ВИЧ и повысить их мотивацию на определение своего ВИЧ статуса.

С 2013 года внедряются пилотные проекты «Единого окна» в г. Бишкек и г. Ош. Целью проектов является облегчение доступа ЛЖВ к услугам инфекциониста, фтизиатра и нарколога, получения АРВТ, ОЗТ и лечения ТБ, а также повышение приверженности к лечению.

Инсталлирована компьютерная программа по электронному слежению за случаями ВИЧ в РЦ СПИД и областных центрах борьбы со СПИДом. Предполагается, что внедрение электронного слежения позволит усовершенствовать систему учета и

регистрации ЛЖВ, своевременное назначение обследования и АРВ терапии, учета АРВ препаратов, проведение эпидемиологического ситуационного анализа для разработки и принятия адекватных мер по планированию закупок, стратегий лечения.

Начато внедрение использования индивидуальных идентификационных карточек для ЛЖВ с целью облегчения доступа к услугам в любом учреждении, в любом удобном для него месте, не открывая публично свой статус, а также исключения дублирования полученных им услуг.

V. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ПО ИХ РЕШЕНИЮ

(а) Прогресс в решении основных проблем, заявленных в страновом отчете за 2011 год и в ходе выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу, в 2013 году;

В стране замедлен рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции, как в абсолютных, так и в относительных показателях. Число вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции по итогам 2013 года уменьшился на 30 % по сравнению с 2012 г. и достигло абсолютного минимума за последние 6 лет. Изменилась и структура путей передачи среди вновь выявленных ЛЖВ. Если эпидемия определялась распространением ВИЧ среди ПИН, то начиная с 2012 года число ПИН в общей структуре выявленных ЛЖВ уменьшилось с 59,8% в 2011 г. до 37,1 в 2013 г. Вместе с тем, отмечается рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин (41,8%) параллельно с увеличением доли полового пути передачи среди вновь выявленных ЛЖВ (57,7%). По мнению специалистов, позитивные сдвиги в характере эпидемии явились результатом повышения эффективности профилактических программ, прежде всего, программ снижения вреда, а также достаточно стабильным финансированием программ из средств Глобального Фонда за последние три года (2011-2013). Тем не менее, рост числа случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и рост полового пути передачи, вызывает обоснованную тревогу и требует усиления профилактических мер в данном направлении.

За отчетный период увеличилось количество вовлеченных представителей сообществ ключевых групп населения и ЛЖВ, повышается мотивированность, социальная и психологическая поддержка представителей данных групп. Так, в стране функционируют 10 НПО, основанных на сообществе ЛЖВ, которые оказывают социальную и психологическую поддержку ЛЖВ. Созданные в 2012-2013 гг. 11 мультидисциплинарных команд (МДК) способствуют формированию приверженности к лечению, социальной и психологической поддержке ЛЖВ. Наряду с более широким вовлечением учреждений первичной медико-санитарной помощи ЛЖВ, вовлечение гражданского общества и работа МДК позволили увеличить охват АРВ терапией в 1,7 раза, а также повысить приверженность к терапии (83% ЛЖВ удерживались на АРВ терапии более 12 мес. в 2013 г.). Уровень охвата ЛЖВ диспансерным наблюдением увеличился с 40 до 53% (2138 из 4016 ЛЖВ). При этом, охват ЛЖВ, выявленных в 2013 г., составила уже 74,2% (356 из 480 ЛЖВ, граждан Кыргызстана). Начаты первые шаги по привлечению половых партнеров и близкого окружения ЛЖВ в рамках деятельности МДК, а также со стороны гражданского сектора. Помимо этого в стране впервые был проведен ДЭН среди половых партнеров ПИН, предварительные результаты которого

свидетельствуют о повышенном риске инфицирования ВИЧ среди данной группы населения (около 5%).⁴

Проводится консультативный процесс по использованию подхода «лечение как профилактика», которых в первую очередь должен коснуться женщин фертильного возраста и дискордантных пар ЛЖВ. Для повышения приверженности к АРВ среди ЛЖВ, кто потребляет наркотики путем инъекций, в 2013 г. стартовали программы по единому окну для клиентов метадоновых программ. Эта же работа будет продолжена на базе МДК, которые будут расширены в 2014 г. В результате повышения эффективности программ ППМР, вертикальная передача ВИЧ снизилась с 8,8% 2010 г. до 2,9% в 2013 г.⁵

В 2013 году уточнены данные по численности групп повышенного риска инфицирования ВИЧ (ПИН, СР, МСМ). С целью повышения эффективности программ снижения вреда, разработаны рекомендации по обеспечению комплексного пакета услуг для ПИН, СР, МСМ, а также стандарты услуг для этих групп населения. Вопросы повышения эффективности программ стоят на повестке дня СКК, Министерства здравоохранения, основных доноров и будет включено в Концептуальную записку для получения средств от ГФСТМ по Новой Модели Финансирования.

Регистрация случаев внутрибольничной передачи ВИЧ в медицинских организациях в период 2007-13 гг. потребовал от Министерства здравоохранения ужесточения подходов и повышения доли государственного финансирования на обеспечение мер инфекционного контроля. Был повышен уровень заработной платы для медицинских работников. Утверждены стандарты безопасности медицинских процедур и обращения с медицинскими отходами, в т.ч. с остро-колющими отходами, руководство по мониторингу и оценки исполнения требований инфекционного контроля. Усилена и институционализована в государственной системе непрерывного обучения медицинских кадров курс и модули по инфекционному контролю, безопасности медицинских процедур, обращению с медицинскими отходами. Министерство здравоохранения также провело широкомасштабное расследование случаев внутрибольничного инфицирования ВИЧ. Так за 2011-2012 было обследовано 172 466 детей, проходивших лечение на юге страны. В результате выявлено 214 детей, большинство из которых включены в программы лечения и социальной поддержки.

В 2013 году реализованы инициативы по институционализации профилактических программ по ВИЧ в систему школьного образования. Разработаны, утверждены Кыргызской Академией образования и изданы материалы по проведению образовательных программ для учащихся 6-11 классов общеобразовательных школ. Подготовлены электронные программы обучения педагогов на русском и государственном языках, которые доступны в большинстве школ страны. Все образовательные структуры среднего профессионального образования реализуют обязательные образовательные программы по снижению вреда включены в качестве специального образовательного курса для Академии МВД, которым охватывается 200 курсантов в год. Начаты образовательные программы по ВИЧ на уровне сельской общины через сельские комитеты здоровья – общинные организации при органах местного самоуправления.

⁴ ICAP/CDC, 2014

⁵ Смоделированные данные по программе СПЕКТРУМ, РЦ СПИД, 2014 г.

(b) Проблемы, наблюдавшиеся за отчетный период (2012—2013 гг.) и факторы, которые препятствовали реализации национальной программы по ВИЧ

Несмотря на очевидную приверженность Правительства КР к борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции, экономические трудности страны и связанные с этим недостаточный объем государственного финансирования мероприятий по ВИЧ, а также отсутствие финансовой поддержки из частных источников, не позволяют обеспечить реализацию программ профилактики, лечения и ухода ВИЧ/СПИД, и оппортунистических инфекций в полном объеме по потребностям страны. Не до конца разработаны механизмы интеграции и межведомственной координации государственных структур, работающих в этой области, и организаций гражданского сектора, осуществляющих программы профилактики и социальной поддержки для уязвимых групп.

Наряду с недостаточным государственным финансированием и слабой межфункциональной координацией партнеров, частая смена руководителей и ключевых лиц в государственных структурах создает угрозу устойчивости профилактических программ.

Хотя НПО играют важную роль в эффективной борьбе с ВИЧ, способствуют участию людей, живущих с ВИЧ, и лиц из групп населения, особо пострадавших от эпидемии, используют важные инновационные формы и механизмы для установления контакта с основными группами риска и предлагают гибкий перечень услуг для удовлетворения потребностей этих групп населения, тем не менее, нет никакой информации об эффективности, в том числе экономической эффективности их деятельности. Многие общественные организации и НПО лишены информации о принятых решениях, и им недостает необходимых навыков для постановки вопросов на уровень принятия политических решений. Отсутствует государственный механизм по передаче некоторых функций неправительственным и общественным организациям, которые не имеют надежных средств финансирования. В результате, они сталкиваются с перерывами финансирования и выживают благодаря проектам донорских организаций, энтузиазму и приверженности своих сотрудников и волонтеров.

Высокий уровень бедности, невысокая заработная плата медицинского персонала приводит к текучести кадров и низкой их мотивированности, и вследствие этого к недостатку обученного персонала и высококвалифицированных специалистов, вовлеченных в мероприятия по профилактике, лечению и уходу ВИЧ/СПИД и оппортунистических инфекций.

Несвоевременная поставка комплектующих и расходных материалов, изношенность оборудования, недостаточно квалифицированный инженерно-технический сервис (особенно в регионах) приводит к запоздалой верификации диагноза ВИЧ (по иммуно-блоту), недостаточному охвату младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными матерями ранней диагностикой на ВИЧ (по сухой капле крови). Так, остается низким процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения, который составил в 2013 году всего 14,7%.

Не установлена надежная и устойчивая связь между услугами в области сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ) и ВИЧ в Кыргызстане. Сохраняется ограниченный доступ уязвимых групп (включая ЛЖВ и их половых партнеров) к услугам СРЗ, в частности по вопросам планирования семьи и к двойной защите по

контрацептивным средствам (за исключением презервативов). Интеграция связей СРЗ и ВИЧ будет способствовать снижению смертности от ВИЧ и СПИДа, снижению нежелательной беременности и вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку, увеличению количества женщин, прошедших тестирование на ВИЧ, увеличению охвата уязвимых групп профилактическими программами и услугами, снижению стигмы и дискриминации.

В настоящее время, когда отмечается существенный рост полового пути передачи ВИЧ. Вопросы по сексуальному и репродуктивному здоровью приобретают особую актуальность. В связи с этим, действия со стороны отдельных реакционных религиозных лидеров, недопонимание роли СРЗ и ВИЧ-инфекции со стороны лиц, принимающих решения в области обучения и развития молодежи, создают существенные барьеры преодоления эпидемии ВИЧ-инфекции.

Несмотря на закрепленные в Конституции КР равные права и отсутствие дискриминации для всех групп населения, а также закрепленные Законом о ВИЧ/СПИДе в КР положений о не дискриминации и развитии профилактических программ для ключевых групп населения, защита прав человека, включая ЛЖВ, остается важным и чувствительным вопросом в стране, требующим внимания и дальнейших последовательных действий. Сохраняются препятствия для осуществления профилактических программ для ключевых групп населения, связанные с неправомочными правоприменительными практиками со стороны отдельных сотрудников правоохранительных органов, которые противоречат законодательству КР, периодически делаются попытки формирования негативного общественного мнения по отношению к программам профилактики ВИЧ и СВ, особенно в отношении программы ОЗТ. В 2012 году распространялся документальный фильм, дискредитирующий программу ОЗТ. Совместными усилиями гражданского, международного и государственного секторов данные негативные инициативы были нейтрализованы. Тем не менее, угрозы и риски для программ, предназначенных для ключевых групп населения, остаются и требуют усиления мероприятий по адвокации и формированию благоприятной среды для работы программ.

Ряд парламентариев, высказываются за криминализацию секс-работы, высказываются угрозы в адрес МСМ со стороны официальных представителей религиозных структур, что создает существенные препятствия для доступа к ключевым группам и развитию профилактических программ. Такие действия также ограничивают действия страны в привлечении финансовых ресурсов со стороны ГФСТМ и других доноров.

(с) Планируемые меры по решению проблем для обеспечения достижения поставленных целей

Государственной программой по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в КР, предусмотрено увеличение доли государственного финансирования на 30% до конца 2016 года. Повышение доли государственного финансирования является одним из условий получения финансовых средств от ГФСТМ по новой модели финансирования на 2015-2017 годы.

Программой реформирования здравоохранения «Ден Соолук», которая включает вопросы ВИЧ в качестве одного из 4 приоритетных направлений, предусмотрено развитие

государственно-частного партнерства. В настоящий момент рассматривается вопрос о выделении средств ГФСТМ Кыргызстану через систему SWAP. Это предполагает расширение взаимодействия Министерства здравоохранения с частными и неправительственными организациями, в т.ч. их финансирование из бюджета здравоохранения по системе государственного заказа.

В стране проводится совершенствование структуры и функций СКК, направленных на усиление координации программ в области ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии. Рассматриваемый вопрос о передачи управления грантом ГФСТМ от ПРООН национальным партнерам будет способствовать усилению национальной координации и ответственности за реализацию программ в области ВИЧ-инфекции.

Будут продолжены действия по совершенствованию образовательных программ и их институализации в системе государственного медицинского образования. Министерство здравоохранения планирует пересмотр перечня и номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей и номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей, и тарифных ставок и доплат для отдельных специальностей.

Будет инициирован диалог на уровне парламента, правительственных структур, религиозных и общественных лидеров по вопросу развития профилактических программ для молодежи по СРЗ, ликвидации стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ и ключевым группам населения. Данные вопросы будут введены в образовательные программы для медицинских и педагогических кадров, а также в системе МВД.

Будут инициированы предложения от НПО о внесении дополнений и изменений в некоторые нормативные правовые акты КР, в частности в Закон КР «О государственных пособиях в Кыргызской Республике» о ежемесячных социальных пособиях для детей с ВИЧ-инфекцией или больных СПИДом, до восемнадцати лет, а также в специальный перечень специальностей и должностей, на которых не допускается использование труда лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.

VI. ПОДДЕРЖКА ОТ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ СТРАНЫ

(а) Основная поддержка, полученная от партнеров по процессу развития и планируемые дальнейшие действия партнеров

Мероприятия по реализации Государственной программы за период 2012-2013 гг. исполнялась благодаря поддержке доноров:

1. **Проект Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией** являлся основным источником финансирования Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа в Кыргызской Республике. За счет данных средств покрываются практически все программы среди групп повышенного риска (ПИН, СР, МСМ), программы лечения, включая лечение оппортунистических инфекций) и ППМР.
2. **Германский банк развития (KfW)** поддержал разработку стратегии по безопасности крови и усовершенствование 7 региональных банков крови. KfW также фокусировались на улучшение лабораторной диагностики включая закупку оборудования и обучение лаборантов, а также поддерживает проведение программ внешней оценки качества лабораторных исследований на ВИЧ и ИППП.

3. Проект в рамках *Германского технического сотрудничества GIZ* направлен на поддержку развития мер по сексуальному и репродуктивному здоровью, а также поддержка и развитие потенциала СКК.
4. *ЮСАИД* в Центральной Азии провел оценку частных, социальных и структурных барьеров в приверженности к АРВ терапии в Кыргызстане и предложил план действий
5. *СиДиСи* (Центр по контролю заболеваний США) в рамках PEPFAR предоставил финансирование программе provided funding to ICAP при Колумбийском Университете. В рамках этой программы были поддержаны исследования по вопросам ВИЧ, расширение программ ОЗТ и развитие подхода «единого окна». Данное финансирование было использовано также для оценки качества существующих программ для ЛЖВ, определения пробелов в таких услугах как заместительная терапия метадонотерапией и предоставления технической помощи для улучшения данной программы. Оказана поддержка проведения дозорного эпиднадзора среди половых партнеров ПИН. CDC также предоставили рекомендации СКК по закупкам оборудования для усиления работы по безопасности крови.
6. *СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW)* реализует проект по усилению взаимодействия ВИЧ/ТВ служб в Центральной Азии и работает с НПО и пенитенциарными учреждениями.
7. *UNICEF* проводит работу по ППМР, а также по лечению, уходу и поддержке детей, связанных с ВИЧ. Проведен анализ ситуации относительно предоставления медицинских услуг детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей в Кыргызской Республике. Ими также проведена оценка клинических знаний, отношения и практик, применяемых в рамках национальной программы профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. Было проведено интервьюирование медицинских работников и пациентов в центрах семейной медицины и роддомах в отдельных областях.
8. *Всемирная Организация Здравоохранения (WHO)* предоставляла техническую помощь многие годы, с особым фокусом на совершенствование политики, укрепление систем здравоохранения, улучшение лабораторной диагностики, эпидемиологического надзора за ВИЧ, профилактики, лечения, ухода и поддержки.
9. *ЮНЭЙДС* за счет гранта Российского Правительства и собственных средств поддерживает мероприятия, направленные на совершенствование системы рутинного эпиднадзора, ранней диагностики ВИЧ у младенцев и дополнение усилий проекта ГФ по совершенствованию инфекционного контроля в акушерских и детских стационарах. Помимо этого планируется оказание технического содействия в вопросах совершенствования политики, управления, подготовки отчетов по исполнению страной глобальных инициатив в области ВИЧ-инфекции и проведения NASA.
10. *ЮНФПА* оказывает содействие стране в укреплении сексуального и репродуктивного здоровья населения, в том числе путем поставки контрацептивных средств и товаров медицинского назначения, обеспечении репродуктивных прав граждан, разработке и претворении в жизнь стратегий гендерного равенства, проведении переписей населения. В рамках своего мандата, ЮНФПА работает в сфере профилактики полового пути передачи ВИЧ инфекции среди основных групп населения с повышенным риском заражения ВИЧ, в частности среди СР и MSM.

11. **ЮНОДК** вносит вклад в программы по профилактике ВИЧ среди наркопотребителей и молодежи по профилактике наркопотребления и ВИЧ, а также содействует развитию наркополитики и работы силовых структур в этой области.
12. **ЮНЕСКО** поддерживает мероприятия по усилению кадрового потенциала в области ВИЧ в системе образования.
13. **Фонд «Сорос-Кыргызстан»** поддерживает проекты, направленные на улучшение в сфере оказания паллиативной помощи, профилактика передозировок наркотиков при помощи нолаксона, расширение доступности лекарств путем совершенствования патентного законодательства, продвижение правовых аспектов, связанных с ВИЧ, в рамках образовательных программ в Академии МВД а также программ по медицинскому праву для медицинских и юридических факультетов.

VII. СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОНИТОРИНГУ И ОЦЕНКЕ

(а) Обзор текущей системы мониторинга и оценки (МиО)

Система мониторинга и оценки представляет собой используемый Правительством Кыргызской Республики на всех уровнях механизм отчетности, а также сбора, хранения, анализа, поиска и распространения информации о ситуации по распространению ВИЧ-инфекции, проводимой работе и ее результатах.

Положение о единой системе мониторинга и оценки Государственной программы по ВИЧ-инфекции на 2012-2016 годы включает 12 компонентов и является составной частью Государственной программы. Обученные специалисты в соответствии с утвержденной системой МиО должны отслеживать, и определять эффективность всех проводимых мероприятий, обеспечивать единый механизм учета финансовых средств и получение стратегической информации, необходимой для корректировки деятельности.

В рамках выполнения Государственной программы по ВИЧ и СПИДу на 2012-2016 годы министерствами, государственными комитетами и административными ведомствами Кыргызской Республики, а также местными государственными администрациями, органами местного самоуправления и организациями гражданского сектора разработаны ведомственные и областные планы ее реализации, в том числе планы МиО. Выполнение мероприятий в рамках стратегий Государственной программы будет отслеживаться на основе национальных индикаторов посредством предоставления РЦ «СПИД» систематических отчетов, который в свою очередь представляет сводный отчет в МЗ КР, правительство и СКК.

Все партнеры и заинтересованные стороны, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, должны согласовывать планы мониторинга и оценки своих программ и проектов с планом мониторинга и оценки Государственной программы, утвержденным Правительством Кыргызской Республики.

Система мониторинга и оценки включает следующие компоненты:

- регламент МиО, включая описание схемы управления, баз данных, основных показателей, процедур сбора и передачи данных;
- эпидемиологический надзор, включая, серологический и поведенческий компоненты дозорного эпиднадзора;
- специальные исследования, включая эпидемиологические, поведенческие, оценочные и социальные;

- мониторинг использования финансовых средств;
- мониторинг программной деятельности заинтересованных сторон;
- оценка Государственной программы по ВИЧ и СПИДу на 2006-2010 годы;
- информационная система для сбора, хранения, анализа и распространения данных.

Национальный статистический комитет («Нацстатком») утверждает перечень базовых общенациональных показателей для мониторинга, определяет общий порядок сбора статистических данных и отчетности. Совместно с заинтересованными сторонами, «Нацстатком» разрабатывает и утверждает методологию исследований, осуществляет их планирование и проведение, контроль за сбором данных различными учреждениями, проведение анализа и распространение информации о результатах исполнения Государственной программы по ВИЧ-инфекции на 2012-2016 годы.

Министерство здравоохранения (в частности, РЦ «СПИД») разрабатывает предложения по изменению перечня общенациональных показателей для мониторинга и оценки, а также по включению их в общую систему социально-эпидемиологического мониторинга, участвует в разработке и издании методических рекомендаций, проведении анализа и составлении страновых отчетов по ВИЧ и СПИДу.

Техническое руководство, координация и обеспечение взаимодействия со всеми участниками мониторинга и оценки, организация независимой оценки исполнения Государственной программы по ВИЧ и СПИДу на 2012-2016 годы (целесообразность, эффективность, экономичность, воздействие, устойчивость) осуществляет СКК.

Заинтересованные министерства, государственные комитеты и административные ведомства, а также местные государственные администрации, органы местного самоуправления и отдельные организации, участвующие в проведении мониторинга и оценки исполнения Государственной программы, ответственны за сбор данных по показателям, относящимся к их области деятельности, а также за предоставление ежегодных отчетов о вкладе в выполнение Государственной программы.

Некоммерческие организации, представители сообщества уязвимых групп, ЛЖВ, независимые эксперты, частные структуры, участвующие в реализации Государственной программы, обеспечивают общественный контроль за реализацией задач программы и эффективности расходования финансовых средств в соответствии с международными обязательствами страны и потребностями уязвимых групп населения.

За 2013 год в рамках реализации проекта ГФСТМ было проведено 63 выезда специалистов для проведения программного мониторинга.

В 2013 году были проведены следующие исследования и оценки:

- Дозорный эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией в КР;
- Базовая оценка численности ПИН в КР;
- Оценка численности популяции MSM и SR в КР;
- Оценка эффективности тестирования сухой капли капиллярной крови при определении антител к ВИЧ (анти-ВИЧ), антител вируса гепатита С и антител к возбудителю сифилиса.
- Анкетирование по определению индекса стигмы и дискриминации (ОЮЛ «Ассоциации Анти СПИД» при содействии партнеров НПО «Здоровое поколение», «Крик Журавля», «Улукман Дарыгер» и ИГ «Мозаика»)

(b) Факторы, препятствующие реализации комплексной системы МиО

Отсутствие доступа к уязвимым группам населения в отдельных регионах страны не позволили собрать качественные данные при проведении оценок и ДЭН в этих регионах (Талас, Нарын) из-за отсутствия НПО и общинных организаций.

Широкий многосекторальный характер программ в области ВИЧ и отсутствие механизмов взаимодействия между партнерами создает трудности в своевременном сборе достоверной информации.

Некачественная предоставляемая информация из-за низкого уровня кадрового потенциала организаций, отсутствие навыков проведения оценок и анализа данных предоставляющих информацию по индикаторам и показателям, зависимость от внешней технической экспертизы и финансовых ресурсов препятствует качественной реализации национальной системы МиО.

(с) Планируемые меры по преодолению факторов, препятствующих реализации комплексной программы МиО

В рамках Государственной программы по стабилизации ВИЧ-инфекции планируется увеличение доли государственного финансирования, в том числе на мероприятия по развитию национальной системы МиО.

Будет продолжено обучение специалистов по МиО на национальных и международных базах по вопросам сбора, анализа и предоставления информации.

В рамках пересмотра структуры и функций СКК будет усилены функции надзора за реализацией программ в области ВИЧ-инфекции в стране.

Расширение и оптимизация программ для ключевых групп населения обеспечит доступ к этим группам во всех регионах страны.

(d) Необходимость технического содействия и наращивания потенциала для реализации системы МиО

Существует необходимость технической поддержки и наращивание потенциала существующего в стране Технического сектора по МиО при Министерстве здравоохранения и отдела мониторинга и оценка РЦ СПИД.

В отделе МиО РЦ СПИД, являющимся основным исполнителем по мониторингу и оценке реализации «Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ в КР на 2012-2016 гг.» и компонента по ВИЧ программы «Ден Соолук», работают только 3 специалиста. Существует необходимость наращивания потенциала специалистов по МиО областных центров борьбы со СПИДом.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Порядок консультационных/подготовительных мероприятий перед составлением странового отчета о мониторинге прогресса в области выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИДом 2001 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)