

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

[КЫРГЫЗСКАЯ РЕСПУБЛИКА]

Отчетный период: январь 2010 – декабрь 2011 гг.

Дата представления: 31 марта 2012 г.

Бишкек – март 2012 г.

Отчет подготовлен межведомственной рабочей группой созданной указанием Министерства здравоохранения КР по инициативе Правительства Кыргызской Республики при поддержке ЮНЭЙДС, UNDP, СААР, ГФСТМ ПРООН.

Состав рабочей группы:

- Майтиева В.С. – ведущий специалист отдела общественного здравоохранения МЗ КР;
- Джумалиева Г.А. – руководитель Республиканского научно-практического центра инфекционного контроля, НПО ПМ;
- Исмаилова А.Д. – заместитель генерального директора РЦ «СПИД»;
- Кравцов А.А. – старший научный сотрудник Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина»;
- Асыбалиева Н. – зав. эпидотделом РЦ «СПИД»;
- Янбухина Л. – и.о. зав.отделом РЦ «СПИД»;
- Киндякова О.Н. – специалист РМИЦ;
- Сооромбаева Д.К. – Национальный статистический комитет;
- Карипова А. – НПО «Социум»
- Бакирова Ч. – ОЮЛ «Ассоциация СПИД-сервисных НПО КР «АнтиСПИД»»
- Байызбекова Д.А. – ГУГ ГФСТМ ПРООН
- Дооронбекова А. – проект «Содействие»
- Карымбаева С. – ВОЗ
- Башмакова Л.Н. – ЮНЭЙДС

Рабочая группа выражает благодарность:

ЮНЭЙДС, ВОЗ, DFID, ЮСАИД, ПРООН, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНОДК, КАРХАП, учреждениям МЗ КР (РЦ «СПИД», НПО «ПМ», РЦК, РЦН, РМИЦ и др.), национальному статистическому комитету, а также другим министерствам и ведомствам, предоставившим информацию для подготовки отчета.

Рабочая группа также выражает благодарность группе управления проектом ГФ ПРООН и программе ICAP ЮСАИД за финансовую и техническую поддержку в подготовке данного отчета.

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений

I. Краткий обзор

II. Обзор эпидемии ВИЧ-инфекции

IV. Национальные меры в ответ на эпидемию ВИЧ-инфекции

4.1 Достижение цели 1. Сокращение передачи ВИЧ половым путем.

4.1.1. Профилактические программы для молодежи и населения в целом

4.1.2. Профилактические программы для секс-работников (СР)

4.1.3. Профилактические программы для МСМ

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

4.2.1. Профилактические программы для ПИН

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

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

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

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

4.6.1. Расходы в связи со СПИДом

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

4.7.1. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

4.7.2. Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период

V. Передовая политика

VI. Основные проблемы и меры для их устранения

VII. Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране

VIII. Условия для мониторинга и оценки

Приложения

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
ДУМК	- Духовное Управление мусульман Кыргызстана
ДЭН	- дозорный эпидемиологический надзор
ИОК	- информация, образование, коммуникация
ИОМ	- информационно-образовательные материалы
ИОП	- информационно-образовательные программы
ИПН	- инъекционные потребители наркотиков
ИППП	- инфекции, передающиеся половым путем
КААП	- Центрально-Азиатский проект по СПИДу
КАРХАП	- Центрально-азиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу
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
НСС	- Национальный совет по СПИДу
ОО	- Общественное объединение
ООН	- Организация Объединенных Наций
ОФ	- Общественный фонд
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
СМКК	- Страновой многосекторальный координационный комитет
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
СР	секс-работники
ТБ	- туберкулез
ТВ	- телевидение
УВКБООН	- Управление Верховного Комиссара по беженцам Организации Объединенных Наций
УГ	- уязвимые группы
ЮНИСЕФ	- Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	- Фонд народонаселения Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	- Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮСАИД	- Агентство США по международному развитию

I. КРАТКИЙ ОБЗОР

а) Участники процесса написания отчета

Национальный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию подготовлен Межсекторальной рабочей группой из 14 человек, включающей специалистов системы здравоохранения, финансирования, представителей гражданского сектора и международных организаций.

В обсуждении Национального комбинированного индекса политики КР приняли участие более 30 человек, из числа ведущих специалистов 11 ключевых организаций и министерств республики (Министерство здравоохранения КР, РЦ «СПИД», Республиканский научно-практический центр инфекционного контроля, Государственная служба по контролю наркотиков при правительстве КР, Госкомиссия по делам религии КР, Государственная служба исполнения наказаний при правительстве КР, Министерство социального развития КР, Министерство молодежи, труда и занятости, Министерство обороны КР, Министерство внутренних дел КР, Министерство образования и науки КР), неправительственных (Ассоциация «Партнерская сеть», Ассоциация АнтиСПИД, НПО «Террасана», Ассоциация «Единство ЛЖВ», ОО «Таис плюс», НПО «Матрица 2005», НПО «Астерия», Ассоциация «Сеть Снижения Вреда», НПО Социум, НПО «Хадисы», НПО «ЦАДМИР», НПО «Здоровье для всех», НПО «Альтернатива в наркологии» ОО «Занятость» (Нарын), НПО «Здоровое поколение» (Джалал-Абад) и международных организаций (ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ВОЗ, ПРООН, ЮНОДК), задействованных в реализации Государственной программы по ВИЧ/СПИДу на 2006-2011 гг.

В ходе подготовки отчета использованы данные официальной статистики за 2010-2011 гг. Республиканского центра «СПИД» МЗ КР отчеты НСК, РМИЦ, Республиканского центра наркологии, Республиканского кожно-венерологического диспансера. Были использованы также результаты дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за 2010-2011 гг., социологического исследования среди организованной и неорганизованной молодежи, проведенного в 2009 году консалтинговым агентством «M-Vector», отчет по Промежуточной Оценке Государственной Программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИД и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике за 2006-2010, которая была проведена компанией Curatio International Consulting Ltd; материалы исследования по оценке уязвимости женщин затронутых эпидемией ВИЧ-инфекцией и жертв насилия на гендерной основе в Кыргызской Республике, 2011 г., выполненного общественным объединением «Изийдо Плюс».

Сбор и анализ информации о финансовых вложениях государственных и международных организаций в 2010-2011 г осуществлялся с помощью «Матрицы национального финансирования».

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

б) Состояние эпидемии

Кыргызская Республика остается страной с низким уровнем распространения ВИЧ, который составил на 31 декабря 2011 г. 10,8 на 100 тыс. населения. Однако в последние годы отмечается быстрый рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции и по оценкам ВОЗ/ЮНЭЙДС Кыргызстан входит в число 7 стран с наиболее высокими темпами роста эпидемии в мире. За отчетный период количество официально зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции увеличилось на 43% с 2718 случаев в 2009 году до 3887 в 2011 году. Согласно оценке, проведенной по программе ВОЗ СПЕКТРУМ, реальное число случаев ВИЧ-инфекции в Кыргызстане составляет 12 040 человека.

В течение 2010-2011 гг. эпидемия ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике оставалась на концентрированной стадии. Наиболее пораженной группой населения

являются потребители инъекционных наркотиков. Так распространенность в этой группе населения в 2010 году составила, по данным ДЭН, 14,6%. Отмечается рост числа случаев инфицирования ВИЧ среди женщин с 26,2% в 2009 году до 30,3% в 2011 году. Наибольший показатель распространенности ВИЧ-инфекции отмечается в возрастной группе 25-29 лет – 20,6%, а всего в возрасте 20-39 лет зарегистрировано 69,7% ЛЖВ. Доля ВИЧ-позитивных детей в возрасте до 15 лет в 2011 году составила 7,9 %.

Основным путем инфицирования ВИЧ остается парентеральный путь передачи при инъекционном потреблении наркотиков (60,2% в 2011 г.). В последние годы отмечается рост полового пути передачи с 25,3% в 2009 году до 30,3% в 2011 году. Также, в 2011 году сохраняется высокий удельный вес внутрибольничной передачи – 6,3%, и вертикальный путь – 2,9%.

с) Политика и программные ответные меры

Отчетный период характеризуется дальнейшим совершенствованием подходов к разработке и исполнению государственной политики в области ВИЧ в соответствии с триедиными принципами ООН. В 2010 году была проведена среднесрочная оценка реализации государственной программы, а в 2011 году оценка государственной программы миссией Всемирной организации здравоохранения. Основными выводами данных двух оценок было отсутствие приоритизации и утвержденного плана действий Госпрограммы, фрагментированность предоставления услуг, и слабая их интеграция, отсутствие утвержденного плана МиО. Была отмечена слабость общей координации и неопределенность состава и функций СКК.

Данные оценки были положены в основу разработки продолжения госпрограммы на 2011 год, а также новой программы на 2012-2016 годы. Новая Государственная программа по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в КР на 2012-2016 годы была разработана на основе стратегии ВОЗ и ЮНЭЙДС с учетом стадии и характера эпидемии в Кыргызской Республике. Проект новой программы прошел международную экспертизу и находится на стадии утверждения в Правительстве Кыргызской Республики. Программа строит свои приоритеты таким образом, чтобы предотвратить дальнейшее распространение ВИЧ, прежде всего, инъекционным путем, а также другими путями – половым, внутрибольничным и от матери ребенку. Значительное внимание будет уделено доступу к диагностике, лечению, уходу и поддержке ЛЖВ, усилению системы здравоохранения, а также вопросам координации, управления, мониторинга и оценки.

Проведена гармонизация новой государственной программы и программы реформирования здравоохранения «Ден Соолук» на 2012-2016 гг.

Усилена координация государственной программы и взаимодействие различных партнеров: Жогорку Кенеша, Правительства, министерств и ведомств, а также сообщества ЛЖВ, представителей гражданского общества, религиозных организаций и средств массовой информации, а также международных донорских организаций и технических агентств развития. Она осуществляется в рамках Странового координационного комитета (СКК). Тематическая Группа ООН по ВИЧ/СПИДу и Совместные Ежегодные Обзоры Национальной программы реформирования здравоохранения «Манас таалими» являются соответствующими механизмами для координации деятельности на уровне Министерства здравоохранения, Учреждений ООН и Партнеров Развития.

В 2011 году проведена реформа СКК, постановлением Правительства от 6 октября 2011 г. № 617 утвержден обновленный состав СКК. В результате уменьшилось число членов СКК до 23 человек. Новый состав СКК предусматривает паритетное представительство учреждений гражданского сектора (7 чел., включая лиц, затронутых эпидемией), государственных структур, которые представлены как исполнительной, так и законодательной ветвями власти (7 чел. – это представители Правительства, включая Аппарат, руководители министерств/ ведомств и 3 депутата Жогоку Кенеша (Парламента

КР). При этом представительство учреждений гражданского сектора в составе СКК составило 30,4%. Упорядочены процедуры выбора представителей от всех секторов, введен институт альтернативных членов и ужесточен регламент работы членов СКК. Созданы также два комитета из состава членов СКК (комитет по надзору и по подготовке заявок). Руководит работой СКК Правление, которое включает председателя, двух его заместителей и двух руководителей комитетов. При этом, в Правлении представлены все сектора.

Несмотря на существенные позитивные изменения в структуре и функционировании СКК, новое положение, утвержденное постановлением Правительства КР, вступает в противоречие с принципом единого координационного механизма. Новая структура и функции СКК направлены лишь на управление грантами ГФСТМ, что не может обеспечить координации реализации Государственной политики в целом. Помимо этого, новая структура СКК не предусматривает работу на областном уровне.

Страна продолжала работать по привлечению дополнительных финансовых ресурсов на реализацию Государственной программы. В 2010 г. подана заявка на финансирование в рамках 10 раунда ГФСТМ, которая была утверждена. По результатам аудита ГФСТМ (2009-2010 гг.), с целью повышения эффективности управления грантом ГФСТМ, Правительство Кыргызской Республики обратилось к ПРООН с просьбой взять на себя роль Основного Реципиента (ОР) по всем грантам ГФСТМ. Однако смена основного реципиента грантов ГФСТМ, наряду с финансовыми проблемами в самом Глобальном Фонде, привели к перебоям в финансировании ряда проектов, включая программы снижения вреда и вмешательства среди ключевых групп населения. Несмотря на отсутствие средств ГФСТМ, ПРООН удалось сохранить программы лечения для ЛЖВ в полном объеме. Перебои с финансированием сказались на усложнении коммуникации между отделом реализации гранта ГФСТМ и учреждениями гражданского сектора. В настоящее время вопрос с финансированием постепенно разрешается. Но все еще остается острым. В связи с повышением заработной платы медицинским работникам увеличилось финансирование программ в области ВИЧ-инфекции за счет государственного бюджета, но до настоящего времени, вклад государства не превышает 10-12% от общих затрат на программы в области ВИЧ-инфекции.

Постановлением Правительства от 26 октября 2011 г. № 680 утверждено положение о Государственной системе мониторинга и оценки реализации Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике. Детальный план МиО включен также в проект новой госпрограммы на 2012-2016 гг.

Начата работа по обеспечению программного подхода на национальном и областном уровне, по усилению роли и ответственности местных органов власти за осуществление государственной политики. Обучено более 250 представителей государственных структур и НПО по вопросам стратегического планирования, управления и финансирования областных программ в области ВИЧ-инфекции.

d) Ключевые показатели по выполнению Декларации приверженности борьбы со СПИДом в Кыргызской Республике

№ пп	Индикаторы	2009 г.	2010 г.	2011 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	34.97%*	3%*	н/д

	ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*			
1.2	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	3,17%	11%	н/д
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	33,3%	н/д
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	2,7%	н/д
1.5.	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	19,7%	н/д
1.6.	Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ*	0,2%	0,3%	н/д
	<i>Работники секс-бизнеса</i>			
1.7.	Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ	61%	58,7%	45,2%
1.8.	Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	93,9%	94%	88,1%
1.9	Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	41,9%	46%	34,9%
1.10	Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ	1,6%	3,5%	н/д
	<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>			
1.11	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ	н/д	42%	н/д
1.12	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	н/д	70,5%	н/д
1.13	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	н/д	42%	н/д
1.14	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ	н/д	1,1%	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	100	220	151
2.2	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта	53,48%	56.1%	49.4%

2.3.	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	н/д	81,3%	71,5%
2.4	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	39,9%	36,1%	54,0%
2.5	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ	14,3%	14,6%	н/д
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	15,8%	22,4%	23,0%
3.2	Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения	0	0	3,4%
3.3	Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку (смоделировано)	29,97%	4,1%	3,6%
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**		17%	31,0%
4.2	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	72,8%	82%	88,2%
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		36,3%	22,9%
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)	12 153 796	11235 261	4 279 280
	Государственные источники:	1 501 495	1 407 901	1 441 565
	Международные источники:	10 652 301	9 827 360	2 837 715
	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, мониторинг и оценка)	0,8	-	0,9
7.2	Доля вступавших в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-	н/д	н/д	0,01%

	мужчины в течение последних 12 месяцев)			
7.3	Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*	н/п	н/п	н/п
7.4	Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев	н/п	н/п	н/п

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

** Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации

II. ОБЗОР ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

На 01.01.2012 в Кыргызской Республике зарегистрировано 3 887 лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), из них женщин 1028 (26,4%), мужчин 2859 (73,6%). Согласно данным Министерства здравоохранения Кыргызской Республики оценочное количество ЛЖВ (программа ВОЗ «СПЕКТРУМ») в стране составляет 12040, что в 3 раза выше официально зарегистрированных. В 2011 году распространенность ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике по официальной регистрации составила 10,8 на 100 000 населения (кумулятивно за весь период эпидемии - составила 57,5 на 100 000 населения).

Всего зарегистрировано 673 человека с сочетанной инфекцией ВИЧ-инфекция и туберкулез, в т.ч. 153 в 2011 г., 183 в 2010 г., 88 в 2009 г. За весь период регистрации случаев ВИЧ-инфекции умерло 539 ЛЖВ, из них 194 человек – от СПИДа. Из числа лиц с ВИЧ/ТБ умерло 257 человек, в том числе от туберкулеза 194, 63 от других причин. Смертность среди ЛЖВ составила в 2010-2011 гг. 0,02 на 1000 человек. В 2011г. умерло 112 ЛЖВ, в т.ч. дети – 5; в 2010 умерло 95 ЛЖВ в т.ч. 1 ребенок.

За период с 2009 по 2011 годы отмечено не только увеличение числа ЛЖВ, но и существенные качественные изменения в структуре и распространенности ВИЧ-инфекции. В целом официальная регистрация случаев ВИЧ-инфекции в 2011 г. снизилась на 13% по сравнению с 2009 г., за счет уменьшения выявления ЛЖВ в г. Ош и Ошской области, что, возможно, связано со сложной социальной обстановкой в данном регионе. Так, в г. Ош число зарегистрированных случаев в 2011 году было в 2 раза меньше, чем в 2009 году. Тогда как в г. Бишкек в 2011 г. зарегистрировано на 28% больше чем в 2009 г., в Иссык-Кульской области в 2 раза больше, в Баткенской – в 1,5 раза и в Нарынской области в 2,5 раза. При этом за 2010-2011 годы количество случаев ВИЧ-инфекции в стране увеличилось на 43% по сравнению с предыдущим периодом эпидемии (1987-2009 гг.), а по сравнению с 2009 г. – в 1,7 раза.

Основным путем распространения ВИЧ остается, по-прежнему, инъекционный, определяющий характер эпидемии в республике. Так, потребители инъекционных наркотиков (ПИН) составляют 60,2% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции в стране, в том числе в пенитенциарной системе – 26,7% (889). Значительно расширились регионы выявления ВИЧ среди ПИН, в которых ранее официально инъекционное потребление наркотиков не было зарегистрировано. Так, в Кочкорском районе Нарынской области за 2011 г. число случаев ВИЧ-инфекции увеличилось в 3 раза, основным путем передачи было инъекционное потребление наркотиков (из 19 случаев 15 ПИН). В Иссык-Кульской области 46% от числа официально зарегистрированных случаев составили ПИН.

В 2010-2011 гг. в Кыргызской Республике продолжали регистрироваться случаи внутрибольничного инфицирования ВИЧ. На 01.01.2012 года среди всех зарегистрированных ЛЖВ у 207 человек (5,6%) был выявлен внутрибольничный путь

заражения. В 2011 г. случаи нутрибольничной инфекции составили 6,3% от числа зарегистрированных ЛЖВ, что на 1,3% больше, чем в 2009 г. Все эти случаи были выявлены среди детей в возрасте до 14 лет.

Сохраняется риск внутрибольничной передачи ВИЧ через переливание донорской крови и ее компонентов. Так, в структуре доноров только 26,7% составляют безвозмездные доноры, около 70% занимают доноры-родственники, являющиеся наиболее опасной категорией доноров с точки зрения возможной передачи гемотрансмиссивных инфекций. В 2010 году 12,1% от общего объема донорской крови было забраковано и утилизировано по положительным маркерам инфекций. В структуре брака ведущее место занимают вирусные гепатиты: ВГВ – 4,6%, ВГС – 2,6%. По ВИЧ-инфекции утилизировано 0,5% от общего объема донорской крови, по сифилису – 1,3%.

Около половины лабораторий (45%), проводящих скрининг донорской крови, допустили ошибки при лабораторном тестировании на ВИЧ в Программе внешней оценки качества (ВОК), проведенной в 2011 год, т.о. только 55% донорской крови обследованы в условиях соответствующих необходимым стандартам качества.

Отмечается рост числа случаев инфицирования ВИЧ среди женщин с 26,2% в 2009 году до 30,3% в 2011 году. По этой же причине увеличилось число случаев вертикальной передачи ВИЧ до 2,9% в 2011 г. в общей структуре зарегистрированных ЛЖВ. Всего за период 1997-2011 гг. зарегистрировано 382 беременных женщин, живущих с ВИЧ, в т.ч. 137 (36 %) в Ошской области, 54 (14%) в г. Ош, 59 (15,4 %) в г. Бишкек, 67 (17,5%) в Чуйской области. Из 320 детей, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами за период 1997-2011 гг., у 18 детей (5,6%) установлен диагноз ВИЧ-инфекция. Вертикальная передача ВИЧ в 2011 г. составила 8,3%. Дети в возрасте до 15 лет составили 7,9% от числа зарегистрированных ЛЖВ.

Увеличение числа ВИЧ позитивных женщин и детей в структуре зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфекции свидетельствует о переходе эпидемии из среды ПИН в общую популяцию.

ВИЧ-инфекция распространяется чаще всего среди лиц в наиболее продуктивном возрасте. Большинство ЛЖВ находятся в возрасте 20-39 лет (69,7%).

Наличие инфекций, передающихся половым путем (ИППП) существенно увеличивает риск инфицирования ВИЧ и свидетельствует о большой группе лиц, которые потенциально могут быть заражены ВИЧ. Несмотря на снижение в последние годы заболеваемости сифилисом в два раза (с 32,7 в 2006 году до 16,5 на 100 тыс. населения в 2010 году), уровень ее остается высоким. Из числа больных сифилисом, женщины составляют 44,2%, в том числе беременные женщины – 14,7%. В 2010 году в стране было зарегистрировано 1 035 случаев гонореи, из которых 35% у женщин.

Значительная часть больных ИППП находится в возрасте от 20 до 34 лет (сифилис – 62,9%, гонорея – 75,5%). Регистрируются случаи заболеваемости детей (гонорея – 1,0%, сифилис – 1,8%) и подростков (гонорея – 3,4%, сифилис – 0,7%).

Регистрация врожденного сифилиса, а также поздних и скрытых его форм свидетельствует о недостоверной регистрации случаев ИППП, связанной со слабой лабораторной базой в регионах страны (кроме городов Бишкек и Ош) и неурегулированным сбором статистической информации. Так, в 2010 году 79,7% приходилось на скрытые формы заболевания, а 1,7% составлял врожденный сифилис.

IV. НАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕРЫ В ОТВЕТ НА ЭПИДЕМИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

4.1. Достижение цели 1: сокращение передачи ВИЧ половым путем

4.1.1. Профилактические программы для молодежи и населения в целом

На 1 января 2011 года число молодых людей в возрасте 14-28 лет составляет 1 680 351 (31 % населения Кыргызстана), в т.ч. 847 282 мужчин, 833 069 женщин. Свыше 70% от общего числа молодых людей Кыргызской Республики проживают в сельской местности.

Знания молодых людей о профилактике ВИЧ. Программы в области Профилактики ВИЧ-инфекции среди молодежи выполнялись организациями системы Министерства образования и науки, Министерства по делам молодежи, Госкомитетом по профтехобразованию, всеми силовыми министерствами. Эта работа проводится по направлениям обучения молодежи и тренеров (учителей, воспитателей и др.), разработки методологических подходов, развития информационных программ.

В учебную программу профессионально-технических училищ внедрен 24-часовой курс по укреплению здоровья. В Академии Министерства внутренних дел внедрен специальный 36-часовой курс по правовым аспектам ВИЧ-инфекции, который ежегодно проходят 200 курсантов. Курс «Интеграция профилактических программ здоровья в учебный процесс школы», включающий тематические разделы по ВИЧ и смежным проблемам, внедрен в учебный план для студентов биологического факультета КГУ им. Арабаева. Проводятся инновационные методы обучения (Маршрут безопасности), а также акции для молодежи (танцуй ради жизни). Однако, данные программы не получили государственного финансирования, а донорское финансирование было ограничено, в связи с чем внедрение этих учебных программ носило фрагментарный характер не были охвачены сельские регионы.

В 2011 г. Министерством по делам молодежи запущена информационная социальная кампания, но в связи с политической ситуацией в стране, не все регионы были охвачены.

Несмотря на проведенные мероприятия, уровень знаний молодежи остается невысоким. Проведенные исследования свидетельствуют, что только половина (50%) юношей и 54,9% девушек в возрасте 16-24 лет знают об основных способах предотвращения передачи ВИЧ [Базовое исследование знаний, отношений и навыков в вопросах здравоохранения в Центральной Азии: Кыргызстан, Таджикистан и Узбекистан, 2011.]. Вместе с тем, по данным ДЭН (2010 г.) среди лиц с симптомами ИППП, только 3% молодых людей правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Возможно, это связано с тем, что обучение молодежи по вопросам ВИЧ не институционализировано в государственной системе образования. Потребность в подготовленных педагогах для проведения образовательных профилактических программ удовлетворена лишь на 38%. Не выделялись средства государственного бюджета на реализацию молодежного компонента Государственной программы (2006-2011 годы).

Многие молодые люди, особенно неорганизованная и сельская молодежь, все еще не имеют доступ к программам по сексуальному и репродуктивному здоровью, информации, услугам и социальной поддержке для предотвращения инфицирования ВИЧ. Не охвачены профилактическими программами подростки со специальными нуждами, воспитанники детских домов и школ-интернатов.

Недостаточно вовлечены в реализацию программ по профилактике ВИЧ-инфекции и наркомании родители школьников, сельские комитеты здоровья, религиозные лидеры, местные сообщества. Отсутствуют единые стандарты, система мониторинга и оценки профилактических образовательных программ. Механизмы контроля за реализацией профилактического образования неэффективны, так как не определен межсекторальный орган и порядок сбора данных.

Поведенческие практики среди молодежи и населения в целом оценивались по результатам ДЭН, проведенного в 2010 году, среди одной категории лиц данного возраста

(лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу ИППП). Это не позволяет экстраполировать данные на всю оцениваемую группу. Кроме того методы выборки, проведенного исследования в 2010 г. существенно отличаются от исследований, проведенных в 2009 году, что не позволяет адекватно оценить динамику процесса. Тем не менее, данные показатели свидетельствуют о необходимости усиления профилактических программ среди молодежи и населения в целом.

Половые контакты в возрасте до 15 лет имели 11% молодых людей в возрасте 15-24 лет. *Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей* в 2009 г. составила 0,2%, а в 2010 г. – 2,4%, (данные в 2011г. не были собраны), в целом отмечается увеличение показателя. Данные показатели указывают на необходимость усиления профилактических программ среди этой группы общего населения для достижения цели 1.

Половые контакты более чем с одним нерегулярным сексуальным партнером, за последние 12 месяцев, были у 33,3% взрослых в возрасте 15-49 лет. При этом *использовали презервативы при последнем половом контакте* только 2,7%. В то же время *тестирование на ВИЧ-инфекцию* прошли за последние 12 месяцев и знают свои результаты только 19,7% лиц данной возрастной группы.

4.1.2. Профилактические программы для секс-работников (СР)

Оценочная численность секс-работников составляла 5900-8100 человек в 2010 году. Секс-работники – это преимущественно молодые женщины в возрасте от 19 до 30 лет (78,11%). Отмечается высокая сменяемость группы – каждая четвертая секс-работница имеет стаж секс-работы менее года. Доля секс-работников со стажем 4 года и более составляет 20,54%.

За отчетный период (2010-2011 гг.) было роздано 3204693 презерватива и 29235 экземпляров информационных материалов.

Тем не менее, в отчетном периоде отмечается снижение показателей по профилактическим программам для СР. Так, *процент СР, охваченных программами профилактики ВИЧ* снизился с 58,7% в 2010 г. до 45,2 % в 2011 г. Отмечается так же снижение *процента работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом* с 94% в 2010 г. до 88,1 % в 2011 г. *Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты* снизился с 46% в 2010 г. до 34,9% в 2011 г.

Снижение обусловлено нестабильностью политической ситуации в стране в 2010 г. и связанной с ней миграцией секс-работников, а также снижением финансирования со стороны международных доноров.

Представленные показатели свидетельствуют об имеющихся опасных поведенческих практиках, а барьеры, сдерживающие распространение ВИЧ среди секс-работников, не надежны. Об этом свидетельствует увеличение *распространенности ВИЧ-инфекции среди СР* с 1,6% в 2009 г. до 3,5% в 2010 г. В 2011г. данные по этому показателю не были собраны в связи с тем, что не были проведены серологические исследования.

4.1.3. Профилактические программы для MSM

Согласно последней оценке численности в 2006 году, количество MSM в стране составляло 18 000 – 36 000 человек [9], в том числе в пенитенциарной системе около 500 человек.

По данным ДЭН, проведенном в 2010 году (ДЭН среди MSM в 2011 году не проводился из-за финансовых проблем) *распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами*, составляла 1,1 %.

За отчетный период (2010-2011 гг.) было роздано 84059 презервативов, 7917 экземпляров информационных материалов.

Охват *мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, программами профилактики ВИЧ* составил 42% в 2010 г. Всего по состоянию на 01.01.2011 года программами профилактики охвачены 1700 МСМ (г. Бишкек – 700, г. Кара-Балта – 700, г. Ош – 300 МСМ).

В 2006 году в Кыргызстане вопросами МСМ занималась только одна организация, к 2010 году их число составило 9. Несмотря на увеличение числа организаций, занимающихся профилактическими программами среди МСМ, основной проблемой является недостаточная активность сообщества МСМ и низкий уровень осознания проблем, связанных с ВИЧ. Так, например, по данным ДЭН 2010 года, менее половины (42%) опрошенных МСМ, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев знают свои результаты. Данный показатель свидетельствует о высоком уровне стигматизации среди МСМ, связанной с ВИЧ, а также страхом раскрытия сексуальной ориентации. В то же время *процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной* составил 70,5% в 2010 г.

Основные проблемы группы связаны как со стигмой и дискриминацией со стороны общества в целом, так и с деятельностью правоохранительных органов в отношении МСМ. Это приводит к тому, что МСМ остаются труднодоступной группой для профилактических программ. Охват МСМ профилактическими программами, а также их эффективность остаются низкими, а цели поставленные Государственной программой (2006-2011) выполнены в незначительной степени.

4.2. Достижение цели 2: сокращение передачи ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков

Расположение Кыргызской Республики на одном из трех основных путей наркотрафика из Афганистана определяет рост потребления наркотиков. Так, с 2006 года число наркопотребителей увеличилось на 16%. По состоянию на 01.01.2011 г. зарегистрировано 10171 наркопотребителей, из них потребители инъекционных наркотиков составляют 7474 (73,5%). В пенитенциарной системе на наркологическом учете находятся 413 лиц с наркотической зависимостью (5% от общего количества тюремного населения). По данным исследований ОФ СПИД Фонд Восток-Запад 2008 года, оценочное число заключенных, употребляющих наркотики инъекционным путем, в учреждениях УИС составляет 19% от общего количества тюремного населения. По данным ЮНОДК (2006 г.), в Кыргызстане 26000 зависимых от наркотиков, в том числе ПИН – 25000.

4.2.1. Профилактические программы для ПИН

Количество пунктов обмена шприцев (ПОШ) увеличилось с 29 до 49, том числе в 12 учреждениях ГСИН с 13 до 19. Открыты ПОШ в ранее не охваченных районах (Чуйская область, г. Джалал-Абад, г. Кара-Суу), но все еще остаются отдельные регионы, где имеется потребность в данной услуге (Каракол, Нарын).

Количество программ заместительной поддерживающей терапии метадонем (ЗПТМ) увеличилось к 2010 году с 2-х до 9. программ. Всего открыто 20 пунктов ЗПТМ в гг. Бишкек и Ош, Чуйской, Ошской, Жалал-Абадской областях. Из них 17 действуют в организациях системы Министерства здравоохранения и 3 – в учреждениях ГСИН. На начало 2011 года в программе ЗПТМ участвовало 1013 ПИН, в том числе 119 в ГСИН. Отмечены позитивные социальные изменения у участников ЗПТМ за 2010 год: 41,3 % – трудоустроились, 10,7% – восстановили документы, 12,5% - создали или восстановили семьи [25].

Отмечается снижение некоторых показателей охвата основными услугами по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, что связано с

перебоями в финансировании со стороны ГФСТМ и как следствие этого снижение объемов закупок шприцев и снижение активности НПО, участвующих в программах по обмену шприцев. Так, *число шприцев, розданных в рамках программ по обмену шприцев на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики* в год, снизилось с 220 шт. в 2010 году до 151 шт. в 2011 году. *Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики указавших на использование презерватива при последнем половом контакте* снизился с 56,1% в 2010 году до 49,4% в 2011 году. *А процент лиц, потребляющие инъекционные наркотики, которые указали на использование стерильного инструментария при последней инъекции наркотика*, снизился с 81,3% в 2010 году до 71,5% в 2011 году.

Вместе с тем, *процент лиц, употребляющие инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты*, увеличился с 36,1% в 2010 году до 54% в 2011 году. Возможно, увеличение этого показателя связано с участием в исследовании клиентов профилактических программ.

Процент лиц, потребляющие инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ, остается практически на том же уровне: 14,3% в 2009 году и 14,6%. В 2010 году (в 2011 г. серологические исследования в рамках ДЭН не проводились в связи с отсутствием реактивов), 14,3%

Высокий уровень вирусного гепатита С (ВГС – 50,4%) среди ПИН свидетельствует об опасных практиках, связанных с потреблением наркотиков. Об опасных формах полового поведения свидетельствует регистрация сифилиса (6,6% среди обследованных ПИН по данным ДЭН), в том числе среди заключенных - 37,5% ВГС и 3,5% сифилиса.

Представленные показатели свидетельствуют о том, что очень медленно меняется поведение ПИН. Не обеспечен минимальный пакет услуг из-за недостаточности ресурсов (предоставлялась обычно только одна из услуг), наблюдались также перебои в поставке услуг, что приводило к возобновлению опасных практик. Отсутствует интеграция услуг по мотивированию на ДКТ, предоставлению АРТ, уходу и поддержке. Отсутствуют механизмы и возможности развития программ снижения вреда в малых городах и сельской местности. Не учитываются гендерные аспекты в рамках программ снижения вреда. В то же время невозможно оценить реальный охват профилактическими программами из-за отсутствия адекватных оценок численности ПИН.

4.3. Достижение цели 3: искоренение передачи ВИЧ от матери ребенку и сокращение материнской смертности вследствие СПИДа

Услуги по ППМР оказываются на всех уровнях здравоохранения. С целью своевременного назначения АРВ и химиопрофилактики для предупреждения передачи ВИЧ от матери к ребенку проводится обязательное тестирование всех беременных женщин на ВИЧ. При отсутствии обследования на ВИЧ во время беременности, в родильных отделениях проводится экспресс-тестирование беременных на ВИЧ-инфекцию, начатое с 2010 года. Все родильные отделения на областном и районном уровнях снабжены экспресс-тестами для диагностики ВИЧ-инфекции, антиретровирусными препаратами для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

В отчетный период процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку составил 22,4% в 2010 году и 23,0% в 2011 году (от оценочного числа ВИЧ-позитивных беременных женщин).

В 2011 году процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни составил 3,4%. В 2009 и 2010 годах ни один ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированных женщин, не проходил вирусологический тест на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни. Столь низкий показатель объясняется низкой коммуникационной

связью между специалистами, оказывающими услуги диспансерного наблюдения и специалистами, оказывающими услуги лабораторной диагностики. Требуется усиление мероприятий по ранней диагностике ВИЧ среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

По смоделированным оценочным данным, *процент ВИЧ-инфекций среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за последние 12 месяцев*, снизился с 4,1% в 2010 году до 3,6% в 2011 году.

Процент беременных, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты во время беременности, в период схваток, изгнания и после родов (<72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом, возрос с 51% в 2010 году до 72% в 2011 году.

4.4. Достижение цели 4: обеспечение предоставления антиретровирусной терапии для людей, живущих с ВИЧ

Для улучшения доступа ЛЖВ к антиретровирусной терапии (АРВТ) и наблюдения за пациентами проводится интеграция услуг по ВИЧ-инфекции на первичный уровень медико-санитарной помощи. На текущий момент услуги по АРВТ в Кыргызстане оказываются 63 организациями здравоохранения. Лечение назначается согласно клиническому протоколу, утвержденному приказу МЗ КР от 25.04.2008г. № 178, который в настоящее время пересматривается согласно последним рекомендаций ВОЗ.

В 2011 году *процент учреждений здравоохранения, отпускающих антиретровирусные (АРВ) препараты для антиретровирусной терапии, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов* за последние 12 месяцев составил 11 %.

На 01.01.2012 года АРВТ получают 510 ЛЖВ, из них 201 мужчин и 139 женщин, взрослых - 340, детей – 170, потребителей инъекционных наркотиков - 143.

Отмечается некоторое повышение показателей охвата и приверженности к лечению. Так, *процент взрослых и детей, которые нуждаются в антиретровирусном лечении и которые его получают*, составил 17% в 2010 году и 31,0% в 2011 году. При этом процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала, вырос с 82% в 2010 году до 88,2% в 2011 году. *Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 60 месяцев после его начала* увеличился с 7,7% в 2010 г. до 17,3% в 2011 г. Однако, несмотря на то, что данные показатели выросли, в целом они остаются низкими, что связано с низкой приверженности к лечению.

В стране сохраняется слабая база для определения иммунного статуса и вирусной нагрузки. Это ограничивает возможности диагностики и своевременного назначения АРТ, а также возможности раннего выявления ВИЧ-статуса у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей (в 6 мес. вместо 18). Так, за отчетный период (2010-2011 гг.) было проведено 1346 исследований на определение CD4 и 95 исследований на вирусную нагрузку. Хотя согласно клиническим протоколам, каждый ЛЖВ состоящий на диспансерном учете должен проходить такие исследования ежеквартально. Низкий охват ЛЖВ исследованиями на CD4 и вирусную нагрузку связан с отсутствием надлежащего менеджмента по закупкам реактивов и тест-систем.

Процент первично зарегистрированных случаев ВИЧ, которым полагается антиретровирусное лечение (CD4 <350 на тт3 и/или другие критерии национального протокола, согласно которым пациентам должны инициировать АРВ лечение) при постановке диагноза ВИЧ инфекции в 2011 году составил 4,8%, что свидетельствует о позднем выявлении и постановке на учет ЛЖВ.

4.5. Достижение цели 5: сокращение смертности по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ

В соответствии с рекомендациями ВОЗ разработан клинический протокол для системы здравоохранения «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

В 2010 г. 75 медицинских работников ПМСП, фтизиатрической службы, пенитенциарной системы были обучены по внедрению клинического протокола «Туберкулез и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией». 125 семейных врачей и инфекционистов первичного уровня здравоохранения обучены по вопросам формирования приверженности, лечения и уходу за ЛЖВ за счет PAF UNAIDS.

В настоящее время на диспансерном учете состоит 314 (284 мужчин, 30 женщин) больных с ко-инфекцией: ВИЧ/ТБ. 155 ЛЖВ, больным туберкулезом назначена АРТ, из них 87 продолжают лечение, 68 человек отказались от АРТ.

Профилактическое лечение изониазидом для предупреждения туберкулеза проведено, в 2010 году 18 лицам, живущим с ВИЧ (11 мужчин, 7 женщин). Низкий процент ЛЖВ, получивших изониазид объясняется тем, что согласно национальному протоколу - изониазид назначается контактным с больными с открытой формой ТБ, а у детей также и при положительной реакцией Манту, но пациенты не всегда знают о том, что они контактируют с больными с открытой формой ТБ и не сообщают об этом.

В 2010 г. рентгенологическое обследование проведено 565 лицам, живущим с ВИЧ (21%).

Химиопрофилактику котримоксазолом для профилактики пневмоцистной пневмонии получили 77 (36 мужчин, 41 женщина) ЛЖВ в 2009 г., 278 (190 мужчин, 88 женщин) – в 2010 г. До 2009 г. мониторинг химиопрофилактики не проводился.

Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ снизился с 36,6% в 2010 году до 22,9% в 2011 году. Это связано с тем, что наблюдается низкая приверженность к лечению у основного контингента состоящего в основном из ПИН. Кроме этого, отмечается низкая настороженность врачей в отношении ТБ среди ЛЖВ. Клиенты отмечают, что одновременное назначение лечения ко-инфекции, введенное с 2010 г., тяжело переносится из-за необходимости приема большого количества препаратов, что приводит к срывам лечения.

4.6. Достижение цели 6: Увеличение ежегодной общей суммы расходов на ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов

В новой Госпрограмме на 2012-2016 гг. заложены мероприятия по увеличению доли государственного финансирования на обучение медперсонала, оказание медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи населению, расширение программ консультирования и тестирования на ВИЧ, профилактики внутрибольничной и вертикальной передачи ВИЧ.

Расходы	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом	12 153 796	11 235 261	5 720 875
Государственные источники:	1 501 495	1 407 901	1 441 565
Международные источники:	10 652 301	9 827 360	4 279 280
Частные источники:	0	0	0

4.7. Достижение цели 7: ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития

4.7.1. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

Комбинированный индекс политики, в соответствии с предыдущим отчетом страны по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (ССГАООН), был практически достигнут в 2011 г., составляя 0,9 из целевых 0,9 (исходный в 2006 г. - 0,6). Однако, основной проблемой на сегодняшний день является удержание этого показателя на данном уровне, для чего необходимо устойчивое финансирование профилактических программ для уязвимых групп и общего населения, как со стороны государства, так и со стороны международных организаций.

4.7.2. Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период

Кыргызстан как субъект международных правоотношений следует своим обязательствам по международным конвенциям, ратифицированным в стране, в числе которых Конвенции по правам женщин и детей. Приоритет норм международного права признается Конституцией КР и подтверждается законами, принимаемыми в Кыргызстане. Каждый Закон в КР подвергается гендерной экспертизе перед его принятием. Вместе с тем, на практике реализация гендерно-чувствительных подходов, описанных в законодательстве, не находит полного осуществления в силу ряда причин, куда можно отнести бытовые устои, стереотипы касательно поведения и роли супругов, менталитета и культурных особенностей.

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.

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 отчетном периоде 0,01%. При расчете показателя в знаменателе использовано количество женщин в возрасте 15-49 лет, только которые вступали в брак.

Однако по данным качественного исследования по оценке уязвимости женщин, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и жертв насилия на гендерной основе в Кыргызской Республике, проведенного Общественным объединением «Изильдо Плюс» в рамках Программы ПРООН «Поддержка Правительства в ответе на ВИЧ в Кыргызской Республике», 83 % женщин Кыргызстана терпят насилие в семье от мужей или партнеров; 66 % женщин испытывали разные виды психологического и экономического насилия в семье; 29% женщин подвергаются физическому насилию в семье; более 70% женщин, осужденных за убийство, длительное время подвергались различным видам насилия со стороны мужей или партнеров.

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 вышеизложенным, данные по показателям *«Посещаемость школ детьми-сиротам»* и *«Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств»* в стране не собираются.

V. ПЕРЕДОВАЯ ПОЛИТИКА

В 2011 году отмечено усиление национальной политики и политической приверженности в области ВИЧ-инфекции. В стране разработана новая Государственная программа, основанная на рекомендациях ВОЗ/ЮНЭЙДС и стадии ВИЧ-инфекции. Она создавалась на основе консультативного процесса государственных, неправительственных и международных организаций, а также людей, живущих с ВИЧ.

Впервые в стране в 2011 г. Правительством Кыргызской Республики был утвержден национальный план и положение по МиО, что позволило создать политическую базу для совершенствования системы МиО.

Существенно усилился страновой координационный механизм. Это было достигнуто путем совершенствования структуры СКК, что привело к увеличению представителей НПО в составе СКК, усовершенствован процесс отбора членов СКК, введен институт альтернативных членов. Проведено обучение членов СКК. В результате, СКК стал отвечать основным критериям, предъявляемым к СКК ГФ, он стал способным осуществлять надзор за реализацией грантов ГФ, повысилась привлекательность участия в составе СКК среди лиц, принимающих решения, включая Правительство, Жогорку Кенеш (Парламент), а также неправительственные и международные организации.

Повысилась доступность услуг по лечению уходу и поддержке для ЛЖВ благодаря предоставлению медицинской помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи. Так, практически все дети, нуждающиеся в АРВ терапии, ее получают при высоком уровне приверженности к терапии, который составляет более 90%. Увеличился доступ ЛЖВ к вопросам лечения. Продолжалось расширение опиоидной заместительной терапии метадонном.

VI. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Продолжающийся рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции связан как с объективными факторами, связанными с близостью к странам производителям наркотиков (Афганистан) и расположением на одном из основных путей наркотрафика. Помимо этого, в стране не было обеспечено надлежащей эффективности профилактических программ в связи с ограниченными возможностями государственного финансирования, сокращением и перебоями с донорским финансированием. В стране мало вовлекаются представители сообщества, упускается возможность психологической поддержки ЛЖВ и их ближайшего окружения. В результате свыше 40% ЛЖВ, состоящих на учете, не наблюдаются у врача. Не используется инициатива «лечение для целей профилактики», остается низкой приверженность к АРВТ среди взрослых ЛЖВ, особенно среди тех, кто потребляет наркотики путем инъекций. Это может стать фактором риска дальнейшего распространения ВИЧ половым путем, а также вертикальной передачи ВИЧ. Несмотря на достигнутые успехи, вертикальная передача ВИЧ остается высокой и в 2010 г. составила 8,8%.

Высокий уровень бедности, невысокая заработная плата медицинского персонала приводит к текучести кадров и низкой их мотивированности. Недостаток обученного персонала и обеспечения ЛПО медицинским инструментарием, способствовали внутрибольничной передаче ВИЧ в медицинских организациях, преимущественно на юге страны в 2007 г. До настоящего времени продолжают регистрироваться случаи внутрибольничной передачи ВИЧ, что привело к недоверию к медицинским организациям среди населения в целом.

Многие профилактические программы по ВИЧ все еще не институционализированы, проводятся фрагментарно и не обеспечивают необходимого

охвата молодежи и групп населения, которым угрожает повышенный риск инфицирования ВИЧ. В результате знания молодежи остаются низкими (среди лиц с проявлениями ИППП уровень знаний, по данным ДЭН, составил 3%), а также сохранению опасного инъекционного и сексуального поведения.

Анализ программ снижения вреда показал, что программы ПОШ были ориентированы в основном на раздачу и обмен шприцев. Это стало причиной их низкой эффективности, так как для изменения поведения необходимо предоставлять пакет услуг, состоящий не только из стерильного инструментария, но и предотвращение полового пути заражения и предоставления обучающей информации по профилактике ВИЧ. Выдача метадона в рамках ЗПТМ без привязки к другим профилактическим программам также оказалась малоэффективна. Необходимо предоставление клиентам ЗПТМ других профилактических, социальных и реабилитационных услуг.

Меры по их устранению

Мероприятия по преодолению проблем в полной мере отражены в Новой «Государственной программе по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции в Кыргызской Республике на 2012-2016 годы», которая включает следующие стратегические направления:

- Стратегия 1. Снижение уязвимости потребителей инъекционных наркотиков к ВИЧ-инфекции.
- Стратегия 2. Профилактика полового пути передачи ВИЧ-инфекции.
- Стратегия 3. Обеспечение доступа к лечению, уходу и поддержки для лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ).
- Стратегия 4. Усиление и обеспечение устойчивости системы здравоохранения в ответе на ВИЧ-инфекцию.
- Стратегия 5. Совершенствование стратегической координации и управления государственной политикой.

С целью улучшения координации и партнерства планируется усилить координационный механизм (СКК и его секретариат) в области планирования и согласованного использования средств, в том числе средств, выделенных донорскими организациями, путем создания экспертно-аналитической группы по планированию и финансированию мероприятий.

Будут разработаны функциональные обязанности и определены роли государственных структур и неправительственных организаций по реализации мероприятий по различным блокам настоящей программы. Будет проведена оценка законодательства Кыргызской Республики в области ВИЧ-инфекции и смежных проблем и приведена в соответствие с нормами международного права. Будут разработаны конкретные планы мероприятий по реализации настоящей программы на уровне министерств, государственных комитетов, административных ведомств, местных государственных администраций и органов местного самоуправления.

В целях обеспечения устойчивости системы предупреждения распространения ВИЧ-инфекции будут проведено комплексное планирование затрат по основным сегментам: профилактика, диагностика, лечение и реабилитация. Для чего будут проведены оценки потребности по каждому сегменту и исполняющему сектору, стоимости проводимых мероприятий по каждому из сегментов. Будет проведено распределение планируемых расходов по мероприятиям и сегментам между различными источниками: государственный бюджет, средства донорских организаций и исполнителей в зависимости от вида деятельности, ответственности и функции.

Планируется привлечение дополнительных ресурсов, включая средства, выделенные на местном и областном уровнях, а также частного сектора, и ведение их учета при планировании. Планируется также введение системы налоговых льгот для организаций, финансирующих программы по ВИЧ и СПИДу, а также внедрение новых методов

финансирования программ по ВИЧ и СПИДу, включая программы государственного заказа для государственных организаций и учреждений гражданского общества.

Для обеспечения консультирования при тестировании на ВИЧ на всех уровнях здравоохранения будет пересмотрен и распространен клинический протокол по ТИК, подготовлены тренеры по вопросам психосоциального консультирования из числа специалистов государственных учреждений, некоммерческих организаций ЛЖВ и ЛПВ во всех областях республики.

Для беременных женщин при постановке на учет будут предоставлены услуги психосоциального консультирования и тестирования на ВИЧ. Родильные отделения будут обеспечены экспресс-тестами и антиретровирусными препаратами для проведения профилактики ВИЧ-инфекции у рожениц и новорожденных. Будут пересмотрены в соответствии с новыми рекомендациями ВОЗ, размножены и распространены национальные протоколы по ППМР. Предусмотрено обучение акушер-гинекологов, врачей ЦСМ вопросам психосоциального консультирования и тестирования беременных женщин на ВИЧ и ППМР.

Будет проведено укрепление системы инфекционного контроля посредством обучения медперсонала 71 организаций здравоохранения, включая медицинские учреждения пенитенциарной системы, мерам профилактики внутрибольничной передачи гемоконтактных инфекций. Будут разработаны и внедрены системы эпидемиологического наблюдения за внутрибольничными гемоконтактными инфекциями и биоавариями в организациях здравоохранения, обучены 106 специалистов инфекционного контроля территориальных больниц и ЦСМ методам эпиднадзора за внутрибольничными гемоконтактными инфекциями.

Для обеспечения доступа ЛЖВ к программам по приверженности лечению, психологической и социальной поддержке ЛЖВ, в том числе и заключенные ЛЖВ, будут охвачены кампаниями по формированию приверженности к антиретровирусной терапии.

Для создания и развития групп само- и взаимопомощи по приверженности лечению будет вовлечены заключенные ЛЖВ и обеспечено их взаимодействие с неправительственными, религиозными и другими организациями. Для обеспечения качественного диспансерного наблюдения ЛЖВ (определение СД-4 и вирусной нагрузки, ВААРТ, профилактика и лечение оппортунистических инфекций, включая ТБ, услуги сексуального и репродуктивного здоровья) на уровне ПМСП будут пересмотрены и распространены клинические протоколы по лечению ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных инфекций, подготовлены 10 национальных тренеров по вопросам лечения и проведены обучающие семинары для медработников 48 ЦСМ. Будут приобретены портативные счетчики для подсчета СД-4 клеток и обучены врачи-лаборанты службы СПИД методике подсчета СД-4 клеток и определения вирусной нагрузки.

Для обеспечения качества тестирования ВИЧ и ВИЧ-ассоциированных инфекций будут обучены лабораторные специалисты 34 лабораторий службы СПИД, будет проведена внешняя оценка качества работы 40 лабораторий службы СПИД и лабораторий по диагностике ИППП.

Для удержания ЛЖВ в программах лечения, ухода и поддержки будут совершенствоваться программы и механизмы по социальному сопровождению и поддержке ЛЖВ, в т.ч. в учреждениях УИС, а также для освобождающихся заключенных ЛЖВ.

Для обеспечения доступа ЛЖВ к программам по приверженности лечению, психологической и социальной поддержке ЛЖВ, в том числе и заключенные ЛЖВ, будут охвачены кампаниями по формированию приверженности к антиретровирусной терапии.

Для создания и развития групп само- и взаимопомощи по приверженности лечению будет вовлечены заключенные ЛЖВ и обеспечено их взаимодействие с неправительственными, религиозными и другими организациями.

Для обеспечения предоставления качественных услуг по программам снижения вреда будут поддерживаться существующие и открыты новые стационарные и мобильные ПОШ на территориях, ранее не охваченных профилактическими программами. Планируется расширение программ заместительной терапии для ПИН, будут открыты 14 новых пункта ЗПТМ, в том числе в учреждениях УИС.

Будет оказана поддержка действующим Хосписам в г. Бишкек и г. Ош. Будет предоставлена юридическая помощь для клиентов профилактических программ (ПИН, СР, МСМ).

Для обеспечения доступа к услугам профилактики, диагностики, лечения, социально-психологической поддержки и уходу в связи с ВИЧ и сопутствующими заболеваниями планируются мероприятия по расширению диагностики и лечения ВИЧ, ВИЧ-ассоциированных инфекций, вирусных гепатитов, ИППП и сочетанных заболеваний. Будет обеспечен доступ ПИН к «Налоксону» в учреждениях УИС и к профилактическим мероприятиям передозировок и смертности, разработаны и внедрены рекомендации по деятельности мультидисциплинарных команд для ПИН в рамках программ СВ и повышения приверженности к АРТ.

Для обеспечения доступа СР и МСМ к услугам по профилактике и диагностике ВИЧ и лечению ИППП во всех регионах Кыргызской Республики будет проведена оценка этих групп и увеличен охват программами профилактики ВИЧ-инфекции и ИППП. Будет проводиться перенаправление к месту получения услуг и улучшение доступа к лечению и профилактике ВИЧ-инфекцией/ ИППП через работу общинных центров.

Для предоставления трехступенчатого добровольного консультирования по ВИЧ-инфекции: консультирования равными, консультирования на базе общинных центров, направление на консультирование специалистами и тестирование на ВИЧ будут разработаны стандарты услуг, предоставляемые СР и МСМ, на базе НПО и государственных организаций.

Для разработки координационных механизмов по интеграции услуг в области ВИЧ и сексуально-репродуктивного здоровья (СРЗ) по профилактике и лечению ИППП на всех уровнях оказания медицинских услуг будет разработан приказ МЗ по обеспечению преемственности деятельности и отчетности ОЗ, предоставляющих услуги по диагностике и лечению ИППП, независимо от форм собственности.

VII. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ

Государственная политика за период 2010-2011 исполнялась благодаря поддержке доноров. Донорское финансирование позволило поддержать профилактические программы и расширить некоторые из них (например, опиоидную заместительную терапию), улучшить доступ лечению, уходу и поддержке. Вместе с тем, в связи с переборами в финансировании за счет основного донора - Глобального Фонда отмечено снижение активности преимущественно в профилактическом направлении, что привело к снижению ряда индикаторов (см. п. d Краткого обзора настоящего отчета).

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), все программы лечения, включая лечение оппортунистических инфекций) и ППМР.
2. *Региональный проект по контролю СПИД в Центральной Азии (КААП)* при поддержке Всемирного банка и DFID был завершен в 2011 году. В рамках этого проекта реализовались вмешательства среди ЛЖВ, а также производится вклад в

развитие государственной политики, проведение оценок и дозорного эпидемиологического надзора.

3. **Центрально-азиатская региональная программа по ВИЧ/СПИДу (КАРХАП)**, финансируемая ДФИД, поддерживает программы по снижению вреда. В период с 2010-2011 гг. КАРХАП профинансировала ряд проектов в регионах страны, а также в пенитенциарном секторе. Помимо грантового компонента, КАРХАП оказывает техническую помощь СКК, поддерживает мероприятия по адвокации программ снижения вреда, усиливает потенциал своих грантополучателей и продвигает развитие системы МиО программ по профилактике ВИЧ, включая финансовый мониторинг, а также оказывает содействие развитию национальной политики.
4. **Германский банк развития (KfW)** поддерживал оснащение лабораторной службы по диагностике ВИЧ в учреждениях системы здравоохранения. В рамках гранта 34 лаборатории были оснащены диагностическим оборудованием:
5. Проект в рамках **Германского технического сотрудничества GIZ** направлен на 2 ключевых направления: поддержка медицинских организаций и поддержка образовательных программ по вопросам здоровья. Небольшой аспект программы направлен на поддержку гражданского сектора. GIZ поддержал 5 проектов по снижению вреда, которые не были охвачены грантом ГФСТМ. Совместно с ПРООН, Министерством по делам молодежи и Министерством образования и науки поддержал национальную социальную кампанию в области ВИЧ.
6. **ЮСАИД** начал в 2009 г. году новый 5-летний региональный проект по ВИЧ и ТБ. Данный проект предоставляет техническую помощь, обучение и прямые аутрич услуги для улучшения доступа к качественным услугам по профилактике ВИЧ, по профилактике и лечению туберкулеза.
7. **СПИД Фонд Восток-Запад (AFEW)** реализует проект по усилению взаимодействия ВИЧ/ТВ служб в Центральной Азии и работает с НПО и пенитенциарными учреждениями.
8. **Фонд «Сорос-Кыргызстан»** поддерживает проекты, направленные на реформирование системы общественного здравоохранения и расширение доступа к медицинским услугам для уязвимых групп, посредством вовлечения представителей гражданского общества в процесс принятия решений. Фонд также работает над усилением потенциала гражданского общества, продвижение правовых аспектов, связанных с ВИЧ, в рамках образовательных программ в Академии МВД а также программ по медицинскому праву для медицинских и юридических факультетов. С 2010 г. он начал работать по продвижению паллиативного ухода и лечения вирусного гепатита С.
9. **Агентства ООН** предоставляют техническую поддержку по различным вопросам ВИЧ-инфекции в соответствии с мандатом каждой организации. **ЮНЭЙДС** отвечает за общую координацию работы агентств ООН в этой области и напрямую работала по снижению стигмы и дискриминации. **ЮНФПА** работает с молодежью по ВИЧ и репродуктивному здоровью, и поставляет презервативы. **ЮНИСЕФ** поддерживает ППМР, профилактику и лечение ВИЧ у детей. **ЮНОДК** вносит вклад в программы по профилактике ВИЧ среди наркопотребителей и молодежи по профилактике наркопотребления и ВИЧ. **ЮНЕСКО** – по разработке нормативной методической базы и усилению кадрового потенциала в области ВИЧ в системе образования. **ВОЗ** оказывает содействие в продвижении политики, стандартов и реализации программ в области здравоохранения по профилактике, лечению и уходу, связанным с ВИЧ, вирусными гепатитами, ИППП и ТБ, безопасность крови. **ПРООН** реализует программу по созданию благоприятной политической среды и построению потенциала национальных партнеров, предоставление юридических услуг, преодоление стигмы и дискриминации, совершенствование законодательства и дистанционное обучение в

области ВИЧ для медицинских и немедицинских работников.

10. В 2010 года, началась реализация проектов, финансируемых *Американским Правительством (HIP/USAID, ICAP и ПЕПФАР)* для Центрально-Азиатских республик.

VIII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

8.1. Общий анализ действующей системы МиО

Законодательство и госполитика в области МиО. Инструменты сбора данных.

В стране начался процесс институционализации Национальной системы МиО, разработанной с учетом рекомендаций ЮНЭЙДС и Глобального Фонда. Утверждены постановлением Правительства от 26 октября 2011 г. № 680 «Положение о Государственной системе мониторинга и оценки реализации Государственной программы по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике» и План реализации МиО. В 2012 году разработана новая Государственная программа по ВИЧ на 2012-2016 годы, в которой План МиО является составной ее частью. Согласно утвержденным документам, ключевыми организациями, отвечающими за сбор данных из различных структур, были определены Национальный Статистический Комитет и Республиканский Центр СПИД (РЦ СПИД).

Основными инструментами сбора данных по утвержденным индикаторам государственной программы являются утвержденные формы медицинской отчетности: Форма № 4 (отчет о результатах исследования крови на ВИЧ, ежемесячная форма), Форма № 12 (Отчет о деятельности организации здравоохранения, для ЦСМ и ГСВ, годовая форма) и Форма № 14 (Отчет о деятельности организации здравоохранения, для стационаров, годовая форма). Начиная с 2011 года в учетно-отчетные формы 12, 14 включены вопросы ДКТ и ППМР.

В стране отсутствует методология и механизмы мониторинга вертикальной трансмиссии и проблем ВИЧ-инфекции среди детей, а также эпидемиологического надзора за внутрибольничным инфицированием ВИЧ. ЮНИСЭФ был проведен пилотный проект по внедрению мониторинга ППМР в южном регионе страны, во время которого были разработаны и апробированы учетно-отчетные формы по ППМР, которые внедрены в национальную статистическую отчетность в 2011 году.

Не внедрена в полном объеме программа ВОК для лабораторной службы СПИД. Нет единой системы сбора информации по проблеме ко-инфекции ВИЧ и туберкулеза. Системы эпидемиологического надзора за ВИЧ и ТБ являются пассивными, поскольку основаны на обращаемости за получением соответствующей медицинской помощи. Вследствие этого указанные системы эпидемиологического надзора регистрируют лишь часть ЛЖВ и больных с ВИЧ / туберкулезом.

Республиканским центром наркологии МЗ КР совместно с неправительственными организациями и международными партнерами разработаны и утверждены индикаторы для мониторинга и оценки эффективности программ снижения вреда, но сбор и информации не осуществляется.

Для регистрации клиентов профилактических программ о ВИЧ среди уязвимых групп используется уникальный идентификационный код клиента программ не зависимо от формы организации, но анализа реального охвата клиентов профилактическими программами с исключением дублирования/двойного учета никто не осуществляет. Для сбора информации по изменению знаний, поведения и инфицирования ВИЧ среди уязвимых групп используется эпиднадзор второго поколения (дозорный эпидемиологический надзор), который внедрен повсеместно. Но в стране до сих пор нет утвержденного протокола исследования для ДЭН.

Финансирование и международная техническая поддержка

В соответствии с Трехединицами Принципами Объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу и положением о «Страновом координационном комитете по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией»¹ (СКК), данный комитет обеспечивает общую координацию и управление процессом реализации национальных программ Кыргызской Республики по СПИДу, туберкулезу и малярии и имеет право проводить стратегический мониторинг реализуемых программ и проектов по этим заболеваниям на территории всей страны. Ранее в структуре СКК² была предусмотрена техническая группа/сектор по МиО, одной из задач которой была координация международной технической поддержки, но в процессе реформирования СКК она была упразднена.

В 2011 году при широком консолидированном участии двух и многосторонних партнеров по развитию, национальными партнерами, включая представителей гражданского сектора, проведена оценка 12 компонентов МиО (Руководство по оценке двенадцати компонентов системы МиО ЮНЭЙДС). Для проведения оценки существующей системы МиО, национального ответа на эпидемию ВИЧ, а также разработки рекомендаций и рабочего плана по укреплению существующей системы, 25-28 июля 2011 года в Кыргызстане был проведен национальный семинар «Укрепление системы мониторинга и оценки в области ВИЧ в Кыргызской Республике». Данный семинар был организован СКК и Министерством Здравоохранения КР при финансовой и методической помощи со стороны проекта ICAP, CDC/PEPFAR, программы ПРООН «Поддержка Правительства КР в ответе на ВИЧ» и ЮНЭЙДС. В работе семинара приняли активное участие представители различных государственных учреждений и ведомств, включая Министерство образования и науки, Министерство труда и социальной защиты, Министерство внутренних дел, Республиканский Центр СПИД (РЦ СПИД) и областные/городские центры профилактики и борьбы со СПИДом (ОЦПБС/ГЦПБС), Республиканский центр дерматовенерологии, Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина», Национальный центр фтизиатрии, неправительственные и международные организации.

В результате проведения национального семинара по оценке системы МиО в КР было дано описание существующей системы МиО на различных уровнях, обозначены сильные и слабые стороны, вопросы, требующие дополнительного внимания и доработки, а также даны рекомендации по усилению каждого из компонентов системы. По завершении был составлен *план усиления системы МиО* в КР на 2011-2015 годы, в которых были прописаны не только мероприятия, но и показаны существующие финансовые потоки и международная техническая помощь (Отчет по результатам национального семинара по оценке системы МиО в области ВИЧ/СПИД в Кыргызской Республике).

Кадровый потенциал и инфраструктура МиО

РЦ СПИД несет ответственность за сбор данных из структур Министерства Здравоохранения, включая ОЦПБС/ГЦПБС, а также передачу данных по заболеваемости ВИЧ в Республиканский медицинский информационный центр (РМИЦ). Для этой работы в 2009 г. в структуре РЦ СПИД создан отдел по МиО из пяти человек, финансируемый из государственного бюджета. На уровне ОЦПБС/ГЦПБС и других медицинских организаций, функции МиО возложены на организационно-методические отделы (не более 2 человек). За анализ и обработку данных, а также составление различного рода отчетов, включая отчеты по международным обязательствам, ответственной организацией является РЦ СПИД.

¹ 6 октября 2011 года данное положение было утверждено Правительством Кыргызской Республики.

² После утверждения Правительством КР положения о «Страновом координационном комитете по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией» комитет, ранее называемый СМКК, называется СКК.

На уровне прочих министерств и ведомств, сбором данных занимаются отделы по ведомственной статистике, которые предоставляют информацию в НСК КР

На уровне НПО наличие специально выделенных структур и штата по МиО зависит от размера организации и объема выполняемой работы. Отделы МиО, либо специально выделенные специалисты по МиО, имеются в большинстве «зонтичных»³ организаций (Ассоциации и сети НПО, международные НПО и т.д.). Более мелкие НПО специально выделенных ставок по МиО не имеют, и эти функции возлагаются на программных специалистов (координаторов проектов). Передача данных по мероприятиям от НПО в Национальную систему МиО осуществляется по запросу и, в большей степени, зависит от взаимоотношений между центрами СПИД и НПО.

Обязанности по МиО в области ВИЧ прописаны только у сотрудников отдела по МиО РЦ СПИД и организационно-методических отделов ОЦПБС/ГЦПБС. Ни в одной государственной медицинской структуре нет отдельного специалиста, выделенного для управления и ведения баз данных. Данные функции чаще всего возложены на специалиста по информационным технологиям, врача организационно-методического отдела или врача-эпидемиолога, что не позволяет в достаточной мере осуществлять анализ и контроль качества данных.

На уровне министерств и ведомств, за исключением Министерства Здравоохранения, не существует специально выделенных сотрудников, отвечающих за МиО в области ВИЧ. Сбором данных занимаются отделы по ведомственной статистике. Функциональные обязанности специалистов данных отделов не включают четкое описание обязанностей по сбору данных по ВИЧ. Индикаторы МиО четко не обозначены в ведомственных матрицах по реализации программ в области ВИЧ-инфекции. Сбор и предоставление данных чаще всего происходит по запросу вышестоящих организаций или доноров.

Планировалось, что сбор данных по социальным, правовым, финансовым и другим немедицинским индикаторам из ведомств, не относящихся к Министерству Здравоохранения, должен осуществляться через Национальный комитет по статистике (НСК), включая областные и районные управления по статистике. Работа НСК регламентируется Законом КР «О государственной статистике» и положениями о деятельности НСК. Отдельный отдел, либо штатная единица, отвечающие за сбор данных по ВИЧ в НСК, не предусмотрены и эту работу планировалось возложить на отдел по социальной и экологической статистике и отдел по выборочным исследованиям. В связи с поздним утверждением положения «О Государственной системе мониторинга и оценки реализации Государственной программы в области ВИЧ-инфекции и СПИДа в Кыргызской Республике» участие НСК в вопросах МиО в области ВИЧ ограничилось только сбором и анализом информации по утвержденным формам статистической отчетности от медицинских организаций, и в целом участие данного ведомства в национальной системе МиО на практике осталось нереализованным.

На уровне НПО функции по МиО редко четко описаны в функциональных обязанностях специалистов. Даже в более крупных НПО, отвечающих за ведение нескольких проектов и координацию деятельности других НПО, не всегда имеются в наличии менеджеры по базам данных, хотя каждая из организаций ведет 1-3 различные базы. Отсутствие специалистов по МиО связано с одной стороны с невозможностью доноров поддерживать ставки по МиО, либо ставки менеджеров по базам данных, и с другой стороны, с отсутствием у НПО культуры и четко разработанной организационной стратегии по МиО.

8.1. Проблемы, имевшие место в процессе реализации системы МиО

³ Здесь «зонтичными» названы организации, чаще НПО, которые являются получателями крупных грантов и имеют суб-грантеров, либо являются ассоциациями и/или сетями, состоящими из нескольких НПО.

- Позднее утверждение национального плана МиО (утвержден лишь в октябре 2011 г.) не позволило в полном объеме использовать потенциал национальных партнеров, по мимо МЗ КР, в сборе информации по реализации национальной стратегии противодействия эпидемии ВИЧ, что сказалось на полноте представленных в глобальном отчете индикаторах.
- Мероприятия по усилению национальной системы МиО в области ВИЧ/СПИДа, а так же проводимые в стране оценки полностью зависят от средств доноров. Большинство доноров при проведение оценок, прежде всего нацелены на свои цели и задачи, в связи с этим затруднено использование результатов этих исследований для нужд страны.
- Слабая инфраструктура и недостаток подготовленных специалистов по МиО, как в государственном, так и негосударственном секторе, особенно на субнациональном уровне.

8.3. Меры, запланированные для преодоления этих проблем

С целью эффективного функционирования СКК будут организованы надзорные визиты СКК по реализации программ по ВИЧ. Планируется усиление координационного механизма (СКК и его секретариата) путем создания экспертно-аналитической группы по мониторингу и оценки.

Для внедрения национальной системы мониторинга и оценки на уровне министерств, ведомств, неправительственных и частных организаций будут разработаны и утверждены приказы по внедрению Положения «О Государственной системе мониторинга и оценки реализации Государственной программы в области ВИЧ-инфекции и СПИДа в Кыргызской Республике». Будет проведено обучение по одному специалисту МиО в каждом министерстве и ведомстве и по 2 специалиста в службе СПИД.

На ежегодной основе будет проводится рутинный эпиднадзор за случаями ВИЧ-инфекции, а также дозорный эпиднадзор среди ключевых групп населения и за внутрибольничными гемоконтактными инфекциями в соответствии с планом (1 раз в два года). Планируется обновление баз данных по проводимым в республике исследований, касающихся ВИЧ-инфекции и обеспечение ее доступности для всех партнеров.

Во всех министерствах и ведомствах, вовлеченных в программу будут пересмотрены статистические учетно-отчетные формы по ВИЧ и приведены в соответствие с Государственной программой. Будет проведено обучение специалистов министерств и ведомств по новой отчетно-учетной документации по ВИЧ.

В соответствии с индикаторами Государственной программы будет проводиться мониторинг качества и полноты сбора статистических данных на национальном и местном уровнях. Будет проводиться мониторинг и оценка по интегрированному подходу к оказанию медицинских услуг женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, проведения ППМР, состояния инфекционного контроля в медицинских учреждениях, рационального и эффективного клинического применения компонентов крови, исследования эффективности программ СВ, мониторинговые посещения общинных организаций в регионах, мониторинг использования финансовых средств по программа профилактики ВИЧ/СПИДа и СВ.

8.4. Потребности в оказании технической помощи для МиО и усилении потенциала

Необходимо усиление Комитета по надзору при СКК путем создания технического сектора (консультационного комитета) по МиО из числа ведущих специалистов по МиО из различных министерств, ведомств и НПО, занятых в программах по ВИЧ/СПИДу.

Техническое оснащение ОЦПБС/ГЦПБС не является оптимальным и не позволяет эффективно работать с большим объёмом данных. Необходимо провести инвентаризацию и обновление технической базы для эффективного внедрения электронного слежения за случаями ВИЧ в медицинской службе и единую базу данных MIS для профилактических программ среди уязвимых групп населения.

Утвержденные отчетные формы (ф. 4, 4а, 4б) по медицинской статистике в области ВИЧ перевести в единый формат базы данных «МЕДСТАТ» в соответствии с требованиями Минздрава КР.

В связи с отсутствием базовых исследований в некоторых областях затруднена оценка эффективности реализации Государственной программы. Прежде всего, это касается противоречивых оценок численности ПИН, СР и МСМ предоставляемых различными международными организациями. Оценочные числа даются без описания методологий, в связи с этим необходимо проведение оценочных исследований для получения достоверных данных, что позволит улучшить национальное планирование вмешательств с учетом получаемых оценочных данных.

ПРИЛОЖЕНИЯ