



Об утверждении Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы

Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2006 года N 1216

В целях дальнейшего усиления мер борьбы по противодействию эпидемии СПИДа в стране Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемую Программу по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы (далее - Программа).

2. Центральным исполнительным органам, акимам областей, городов Астаны и Алматы, определенных Планом мероприятий по реализации Программы (далее - План), раз в полугодие, не позднее 20 числа месяца, следующего за отчетным периодом, представлять Министерству здравоохранения Республики Казахстан информацию о ходе реализации Программы.

3. Министерству здравоохранения Республики Казахстан представлять Правительству Республики Казахстан сводную информацию о ходе реализации Программы два раза в год, к 1 февраля и 1 августа.

4. У с т а н о в и т ь , ч т о :

1) центральные исполнительные органы, акимы областей, городов Астаны и Алматы, являющиеся ответственными исполнителями мероприятий, предусмотренных Планом, могут вносить предложения об изменениях и дополнениях в План Министерству здравоохранения Республики Казахстан один раз в год, к 5 декабря;

2) Министерство здравоохранения Республики Казахстан вносит в Правительство Республики Казахстан проект соответствующего решения о внесении изменений и дополнений в План к 30 декабря, ежегодно.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Заместителя Премьер-Министра Республики Казахстан Масимова К.К.

6. Настоящее постановление вводится в действие со дня официального опубликования.

П р е м ь е р - М и н и с т р

Республики Казахстан

У т в е р ж д е н а

п о с т а н о в л е н и е м

Р е с п у б л и к и

К а з а х с т а н

П р а в и т е л ь с т в а

15 декабря 2006 года N 1216

Программа
по противодействию эпидемии СПИДа
в Республике Казахстан на 2006-2010 годы **Содержание**

1. П а с п о р т П р о г р а м м ы
2. В в е д е н и е
3. Анализ современного состояния проблемы
- 3.1. Обзор ситуации, связанной с распространением ВИЧ/СПИДа в
К а з а х с т а н е
- 3.2. Обзор мероприятий по противодействию распространения ВИЧ/СПИД
- 3.2.1. Усиление мер по поддержке конституционно гарантированных
прав и свобод граждан и социальной защите приоритетных групп
н а с е л е н и я
- 3.2.2. Совершенствование государственной политики в отношении групп
населения с рискованным поведением
- 3.2.3. Совершенствование государственной политики по вовлечению
общественных объединений в решение проблем ВИЧ/СПИДа
- 3.2.4. Совершенствование предоставления информации и обучения
- 3.2.5. Обеспечение высокого качества медицинских и социальных услуг
для приоритетных групп населения
- 3.2.6. Совершенствование управления, координации и исполнения
п р о г р а м м п о В И Ч / С П И Д у
4. Ц е л ь и з а д а ч и П р о г р а м м ы
5. Основные направления и механизм реализации Программы
- 5.1. Совершенствование политики правоотношений, создание правовой
и с о ц и а л ь н о й с р е д ы
- 5.2. Претворение в жизнь профилактических программ
- 5.3. Реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков
- 5.4. Реализация стратегии профилактики полового пути передачи
В И Ч - и н ф е к ц и и
- 5.5. Учреждение и поддержание особых объектов по предоставлению
услуг по психосоциальному консультированию и тестированию
н а В И Ч
- 5.6. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку
- 5.7. Постконтактная профилактика
- 5.8. Профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией
- 5.9. Профилактика гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ-инфекции
- 5.10. Претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в

- соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом
- 5.11. Реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ - инфекции
 - 5.12. Совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования
 6. Необходимые ресурсы и источники их финансирования
 7. Ожидаемые результаты от реализации Программы
 8. План мероприятий по реализации Программы
 9. Примечание

1. Паспорт Программы

Наименование Программы	Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы
Основание для разработки Программы	Постановление Правительства Республики Казахстан от 26 августа 2005 года N 884 "О Среднесрочном плане социально-экономического развития Республики Казахстан на 2006-2008 годы (второй этап)", постановление Правительства Республики Казахстан от 25 августа 2006 года N 822 "О Среднесрочном плане социально-экономического развития Республики Казахстан на 2007-2009 годы (второй этап)"
Основной разработчик Программы	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Цель Программы	Стабилизировать распространенность ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии, не допустив ее перехода в генерализованную стадию
Задачи Программы	Совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды; претворение в жизнь профилактических программ; реализация стратегии снижения вреда

введения наркотиков;
 реализация стратегии профилактики полового
 пути передачи ВИЧ;
 учреждение и поддержание особых объектов
 предоставления услуг по психосоциальному
 консультированию и тестированию на ВИЧ;
 профилактика передачи ВИЧ от матери к
 ребенку;
 постконтактная профилактика;
 профилактика вторичных заболеваний у людей
 с ВИЧ;
 профилактика гемотрансфузионного пути
 передачи ВИЧ;
 претворение в жизнь программ лечения,
 ухода и поддержки в соответствии с
 международными стандартами
 противовирусного лечения
 ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;
 реализация социальных проектов для людей,
 пострадавших от ВИЧ инфекции;
 совершенствование эпидемиологического
 слежения, мониторинга, оценки,
 планирования и прогнозирования ответных

мероприятий

Сроки реализации	Первый этап: 2006-2008 годы
Программы	Второй этап: 2009-2010 годы
Источники и	первый этап: 2006-2008 годы - 3640,05
объемы	млн. тенге:
финансирования	2006 год - 949,87 млн. тенге
	2007 год - 1229,96 млн. тенге
	2008 год - 1460,22 млн. тенге
	второй этап: 2009-2010 годы - 3068,88
	млн. тенге:
	2009 год - 1327,06 млн. тенге
	2010 год - 1741,82 млн. тенге
	Республиканский бюджет - 378,13 млн.
	тенге:
	первый этап: 2006-2008 годы
	- 55,48 млн. тенге:

2007 год - РБ - 14,30 млн.
т е н г е
2008 год - РБ - 41,18 млн.
т е н г е
второй этап: 2009-2010 годы -
322,65 млн. тенге:
2009 год - РБ - 59,44 млн.
т е н г е
2010 год - РБ - 263,21 млн.
т е н г е
Целевые трансферты из РБ - 2408,13 млн.
т е н г е :
первый этап: 2006-2008 годы - 600,60
млн. тенге :
2007 год - ЦТ из РБ - 250,60
млн. тенге
2008 год - ЦТ из РБ - 350,0
млн. тенге
второй этап: 2009-2010 годы - 1807,530
млн. тенге :
2009 год - ЦТ из РБ - 815,50
млн. тенге
2010 год - ЦТ из РБ - 992,03
млн. тенге
Гранты международных организаций - 3922,67
млн. тенге :
первый этап: 2006-2008 годы - 2983,97
млн. тенге :
2006 год - другие источники -
949,87 млн. тенге
2007 год - другие источники -
965,06 млн. тенге
2008 год - другие источники -
1069,04 млн. тенге
второй этап: 2009-2010 годы - 938,7 млн.
т е н г е :
2009 год - другие источники -
452,12 млн. тенге
2010 год - другие источники -

4 8 6 , 5 8 млн. тенге

Объемы финансирования будут уточняться при формировании бюджета на соответствующий

финансовый год

Ожидаемые
результаты
от Программы

На конец 2010 года в два раза будет снижена смертность людей с ВИЧ/СПИДом и эпидемия ВИЧ/СПИДа будет удержана на концентрированной стадии, и в общей популяции в возрастной группе от 15 до 49 лет распространенность ВИЧ-инфекции не превысит 0,5 %. Среди ПИН, распространенность ВИЧ-инфекции не превысит 6 %; среди СР, МСМ и заключенных распространенность ВИЧ-инфекции будет ниже 5 %; ежегодное обеспечение информацией не менее 85 % молодых людей от 15 до 24 лет о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ - и н ф е к ц и и ;
превентивное инъекционное поведение примут не менее 50 % лиц из уязвимых групп населения (против нынешних 13,4 %), в том числе: 2006 год - 20 %, 2007 год - 25 %, 2008 год - 30 %, 2009 год - 40 %, 2010 год - 5 0 % ;
превентивное половое поведение примут 50 % лиц из уязвимых групп населения: 2006 год - 25 %, 2007 год - 30 %, 2008 год - 35 %, 2009 год - 40 %, 2 0 1 0 г о д - 5 0 % ;
обеспечение доступа к лечению ИППП с охватом ежегодно не менее 70 % нуждающихся лиц из уязвимых групп населения (ПИН, СР, МСМ);
достижение ежегодного 10 % охвата населения в возрасте от 15 до 49 лет добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ;
обеспечение лечением не менее 90 % ВИЧ-позитивных беременных женщин, решивших

сохранить беременность, и новорожденных, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей (ежегодно); все нуждающиеся лица получают доступ к постконтактной антиретровирусной профилактике, полноценной профилактике оппортунистических заболеваний, включая химиопрофилактику туберкулеза (ежегодно); систематическое обеспечение безопасности донорской крови; все нуждающиеся получают доступ к антиретровирусной терапией (ежегодно); возможность своевременно реагировать на изменение ситуации, пересматривать проводимые мероприятия, изыскивать и использовать новые возможности (раз в полгода).

2. Введение

Основанием для разработки Программы являются постановление Правительства Республики Казахстан от 26 августа 2005 года N 884 "О Среднесрочном плане социально-экономического развития Республики Казахстан на 2006-2008 годы" и постановление Правительства Республики Казахстан от 25 августа 2006 года N 822 "О Среднесрочном плане социально-экономического развития Республики Казахстан на 2007 - 2009 годы".

В истекшем году закончился срок реализации "Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы", утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года N 1207, реализованные мероприятия вышеуказанной Программы способствовали удержанию эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране на концентрированной стадии.

В Декларации об обязательствах, принятой 26-й Специальной сессией Генеральной Ассамблеи ООН особо подчеркнуто, что наряду с сильным политическим руководством, мультисекторальным сотрудничеством, проведением профилактики и лечения, эффективная борьба с ВИЧ/СПИДом должна включать снижение уязвимости и соблюдение прав человека. Результативные программы по противодействию ВИЧ/СПИДу должны быть направлены, прежде всего, на формирование безопасного инъекционного и полового поведения населения, что выводит решение проблемы

распространения ВИЧ/СПИДа далеко за рамки медицинских проблем и требует усилий со стороны правительственных и неправительственных секторов, оказывающих влияние на мотивации и поведение людей.

Для поддержки Программы мобилизованы ресурсы международных доноров, в том числе 22,4 млн. долларов США от Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (далее - ГФСТМ) на период с 2004 по 2008 годы. Данный грант был выделен в рамках Соглашения о реализации гранта между ГФСТМ и основным получателем гранта республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом, подписанного 29 июля 2003 года. В процессе реализации Программы Казахстану оказывали существенную помощь ряд международных партнеров, в том числе организации системы ООН: ЮНЭЙДС, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, организации Правительства США: ЮСАИД, СДС, международные неправительственные организации (далее - НПО): PSI, "СПИД - Фонд Восток - Запад", фонд "Сорос - Казахстан".

Вместе с тем, наряду с инъекцией наркотиков, остающемуся основной движущей силой эпидемии, ВИЧ все чаще стал передаваться половым путем, и в 2005 году этот путь передачи установлен у 1/4 вновь выявленных инфицированных. Среди впервые установленных заразившихся ВИЧ существенно возросла доля женщин - с 19 % в 2001 году до 28 % в 2005 году. Складывающаяся эпидемиологическая ситуация требует акцентирования вмешательств на новых группах населения, которые практикуют рискованное поведение. Прежде всего, это мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, заключенные, молодежь, а также такие группы, как безнадзорные подростки, военнослужащие, безработные, мигранты и лица, особенности трудовой деятельности которых благоприятствуют сексуальным контактам с непостоянными половыми партнерами (работники наземного транспорта, люди, занятые челночной торговлей, работники придорожных пунктов питания и другие).

Одним из наиболее актуальных вопросов по противостоянию эпидемии являются формирование лекарственной политики по обеспечению доступности широкого спектра антиретровирусных препаратов и лекарств для лечения вторичных оппортунистических заболеваний на фармацевтическом рынке страны и формированию приверженности ВИЧ-инфицированных к лечению.

Нуждается в дальнейшем совершенствовании система мониторинга и оценки, в том числе в рамках программной деятельности, которая осуществляется большим числом национальных, двусторонних и международных партнеров. Ставшая доступной стратегическая информация должна быть адекватно использована для прогнозирования развития эпидемии и планирования профилактических мероприятий.

Мероприятия настоящей Программы ставят своей целью удержать на конец 2010 года распространенность ВИЧ/СПИДа среди населения в возрасте 15-49 лет на уровне

не более 0,5 % и снизить смертность людей с ВИЧ/СПИДом (за счет внедрения антиретровирусного лечения) не менее чем в два раза (до 25 на 1000 людей с ВИЧ против нынешних 50 на 1000). При этом распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков не будет выше 6 %, а среди секс-работников и мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами - 5 %.

Приведенные показатели будут достигнуты, путем предоставления информационно-образовательных программ и индивидуальных средств защиты целевым группам населения, и охвата антиретровирусным лечением не менее 70 % нуждающихся в нем людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Меры по противодействию эпидемии будут предприниматься в следующих направлениях :

1) совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды, благоприятной для осуществления профилактических и лечебных вмешательств ;

2) претворение в жизнь профилактических программ;

3) претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом ;

4) реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции;

5) совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования.

3. Анализ современного, состояния проблемы

3.1. Обзор ситуации, связанной с распространением ВИЧ/СПИДа в Казахстане

В настоящее время, согласно оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, на земле живут около 40 миллионов человек с ВИЧ, из них 90 % в развивающихся странах; около 25 миллионов умерло от СПИДа. Опыт слежения за эпидемией в африканских странах к югу от Сахары свидетельствует, что распространенность ВИЧ в течение 20 лет может вырасти с менее чем от 1 % до 20-30 %, вызвав тяжелый кризис развития, обусловленный массовой гибелью и нетрудоспособностью экономически активного населения, резким снижением доходов домашних хозяйств, сиротством, перераспределением национальных бюджетов на оказание помощи людям, непосредственно пострадавшим от ВИЧ/СПИДа, в ущерб образованию, науке, безопасности и социальному развитию.

В Казахстане первый случай ВИЧ-инфекции был зарегистрирован в 1987 году. Согласно статистике, основанной на регистрации выявленных случаев, на 1 января 2006 года кумулятивное число зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей

составляло 5 657 человек, из которых 743 умерло, в том числе от СПИДа - 281. Среди кумулятивно зарегистрированных в стране людей с ВИЧ, 75,5 % приходится на регулярных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 76 % составляют мужчины, 72 % - безработные, 62 % - лица в возрасте 15-29 лет. ВИЧ-инфекция выявлена у 22 детей, заразившихся от матерей в период беременности, родов и вскармливания грудным молоком. В последние годы неуклонно возрастает регистрация передачи ВИЧ половым путем, на долю которого среди впервые зарегистрированных случаев в 2005 году пришлось 25 % (в 2001 году - 5 %); одновременно увеличилась доля ВИЧ-инфицированных женщин в структуре вновь зарегистрированных случаев (с 19 % в 2001 году до 28 % в 2005 году).

На 1 января 2006 года распространенность ВИЧ/СПИДа среди населения Казахстана, по данным обращаемости в медицинские организации, составляла 37,7 на 100 тыс. жителей. Наблюдается тенденция к увеличению инфицирования ВИЧ половым путем: 2001 год - 5,0 %, 2002 год - 16,7 %, 2003 год - 21,6 %, 2004 год - 29,3 %, 2005 год - 25 %.

За последние 5 лет отмечается тенденция к увеличению числа вновь зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции: в 2002 году - 735 случаев, 2003 году - 746 случаев, 2004 году - 699 случаев, 2005 году - 964 случая и за 8 месяцев 2006 года - 1112 случаев.

Ежегодный прирост кумулятивно зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа (2000 год - 100) составил: в 2001 году - 187, в 2002 году - 242, в 2003 году - 297, в 2004 году - 349, в 2005 году - 420. ВИЧ-инфекция в стране по-прежнему продолжает преимущественно распространяться среди уязвимых групп населения - потребителей инъекционных наркотиков и секс-работников.

Численность зарегистрированных случаев ВИЧ широко варьирует в разных регионах страны. На начало 2006 года самая высокая распространенность ВИЧ-инфекции отмечалась в Павлодарской (130 на 100 тысяч жителей, всего 968 зарегистрированных случаев), Карагандинской областях (116 на 100 тысяч жителей, всего 1.547 случаев) и в городе Алматы (75 на 100 тысяч жителей, всего 892 случая). Очагом наиболее высокой концентрации зарегистрированных людей с ВИЧ в Казахстане являлся город Темиртау Карагандинской области (688 на 100 тысяч жителей, всего 1239 случаев).

В 2006 году в Казахстане впервые зарегистрирована вспышка ВИЧ-инфекции среди детей Южно-Казахстанской области, находившихся на лечении в детских медицинских организациях. На сентябрь 2006 года зарегистрировано 55 детей с диагнозом ВИЧ-инфекция. Основными факторами передачи ВИЧ-инфекции явились переливание донорской крови и ее компонентов, использование многоразового медицинского инструментария, вследствие ослабления контроля за безопасностью заготавливаемой крови и ее компонентов и нарушения дезинфекционно-стерилизационного режима в

медицинских организациях области.

Ввиду того, что ВИЧ-инфекция, на первых этапах своего развития протекает без клинических признаков, которые бы мотивировали людей обращаться в службы здравоохранения, к тому же среди заразившихся лиц велика численность маргинальных социальных групп, отказывающихся от контактов с медицинскими организациями, количество зарегистрированных людей с ВИЧ повсюду в мире существенно ниже их фактической численности. Истинная численность людей с ВИЧ определяется оценочным путем при помощи выявления распространенности ВИЧ-инфекции в репрезентативных выборках отдельных групп населения при помощи проведения дозорного эпидемиологического надзора (далее - ДЭН) с последующей экстраполяцией результатов на общие совокупности. Согласно проведенным расчетам, в 2005 году оценочное среднее число взрослых и детей, живущих с ВИЧ в Казахстане, составило 13600 человек, включая 7800 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), 540 секс-работниц (СР), 900 мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ) и 1200 осужденных.

Факторами, способствующими широкому распространению ВИЧ-инфекции, являются опасное инъекционное и половое поведение. Согласно данным совместной оценки ведущих национальных центров Казахстана численность лиц, систематически употребляющих наркотики в стране достигает 200 тыс. человек, из которых только пятая часть зарегистрирована наркологической службой. Около 150 тыс. потребителей наркотиков вводят наркотики внутривенно, в основном опиаты и, прежде всего - героин. Самая высокая доля ПИН среди населения в возрасте 15-49 лет выявлена в городе Алматы, Жамбылской и Мангистауской областях (3,0 %, 2,6 % и 1,8 % соответственно).

Резкое увеличение численности ПИН в стране наблюдается с 90-х годов прошлого века, что связывалось с кризисом в экономике страны. Однако, несмотря на наступившую стабилизацию экономики, тенденции уменьшения численности ПИН не произошло. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН составляет - 3,4 %, вместе с тем, инъекционное и половое поведение большинства ПИН по данным ДЭН остается опасным с точки зрения передачи ВИЧ. Только 13,4 % ПИН полностью приняли превентивное инъекционное и половое поведение, обеспечивающее адекватную защиту от передачи ВИЧ. Распространенность антител к вирусу гепатита С среди ПИН, который является маркером опасного инъекционного поведения, в 2005 году достигала 63 %, а распространенность сифилиса, являющегося маркером опасного полового поведения - 9,3 %. При этом отсутствовали существенные различия в распространенности сифилиса, среди ВИЧ-отрицательных и ВИЧ-положительных ПИН, что определяет высокий потенциал передачи ВИЧ половым путем у этой группы населения.

Численность СР в Казахстане, по данным исследований по методике быстрой

оценке ситуации (далее - БОС), проведенной специалистами центров по профилактике и борьбе со СПИДом, достигает 20 тыс. человек. В течение одного года они в общей сложности вступают примерно в 15 миллионов половых контактов, что в среднем составляет 4 контакта на каждого сексуально активного мужчину в стране. Данные ДЭН, проводимого областными и городскими центрами СПИДом, свидетельствуют об опасном половом поведении СР, более, чем у четверти из которых в 2005 году в крови обнаружены антитела к сифилису. Распространенность ВИЧ-инфекции у СР в 2005 году составляла 2,1 %, причем у пятой их части, вводящих наркотики внутривенно, этот показатель составил 8,3 %, а у СР, не употребляющих наркотики - 1,3 %. Высокий риск полового поведения характерен в группах мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами (МСМ), численность которых в Казахстане, согласно экспертной оценке, составляет около 100 тысяч человек. Опасные инъекционные и сексуальные практики сохраняются у заключенных. Распространенность сифилиса среди личного состава Вооруженных Сил, превышает таковую в общей сексуально активной популяции.

В последние годы Казахстан, по-видимому, вновь сталкивается с серьезной эпидемией сифилиса, распространенность которого среди беременных женщин по данным ДЭН в 2005 году составляла 2,4 %. Это на порядок выше, чем зарегистрированная распространенность сифилиса у городского населения данного возраста по данным обращаемости. Эпидемия сифилиса не только иллюстрирует высокую частоту опасного полового поведения среди населения, но и увеличение риска передачи ВИЧ, связанного с высокой степенью поражения людей инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), наличие которых повышает вероятность передачи ВИЧ в 6 - 10 раз. Фактором, обуславливающим развитие СПИДа у людей с ВИЧ, является эпидемия туберкулеза (вне зависимости от того предшествовало ли заражение ВИЧ развитию туберкулеза или ВИЧ заразился больной туберкулезом). Туберкулез стал ведущей причиной смерти и составил 41 % от числа умерших (306 из 743 человек) с ВИЧ/СПИДом в стране.

Смертность людей с ВИЧ, состоящих на учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом в 2005 году, составила 50 на 1000. Группы людей с опасным инъекционным и половым поведением, в которых в настоящее время концентрируется ВИЧ-инфекция, преимущественно пополняются из наименее социально защищенных слоев населения. Их уязвимость к ВИЧ-инфекции определяется недостаточным доступом к информационно-образовательным программам, а при наличии такового - невозможностью воспользоваться своими знаниями для защиты от ВИЧ. Наряду с внутренними факторами распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа Казахстан испытывает на себе давление внешних факторов, обусловленных сложной эпидемиологической ситуацией в сопредельных государствах. По сравнению с другими странами региона, в частности, с Российской Федерацией, и рядом восточных

провинций Китая, распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане все еще невысока. Однако в нашей стране этот показатель явно выше, чем в таких Центрально-Азиатских странах, как Кыргызстан и Таджикистан.

Таким образом, истинная распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15-49 лет в Казахстане оценивается в 0,2 %, что примерно в 2,4 раза выше распространенности ВИЧ/СПИДа по числу зарегистрированных случаев. Потребление инъекционных наркотиков остается движущей силой эпидемии ВИЧ/СПИДа в Казахстане. Вероятность обнаружения ВИЧ-инфекции у ПИН почти на два порядка выше, чем у тех, кто не вводит себе наркотики. Однако вполне очевидно, что с каждым годом все большую роль приобретает половой путь передачи ВИЧ-инфекции. Риск обнаружения ВИЧ у СР, не вводящих себе наркотики, в 2005 году был на порядок выше, чем в популяции, не относящейся ни к ПИН, ни к СР. Таким образом, можно говорить о тенденции к постепенному переходу ВИЧ-инфекции от ПИН на общее население половым путем. Последствиями инфицирования людей ВИЧ в стране является быстрое развитие вторичных заболеваний и очень высокая смертность от СПИДа.

В Республике Казахстан для решения состояния проблем ВИЧ/СПИДа изучен позитивный зарубежный опыт по: представлению помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе, оценке эпидемиологической ситуации в целевых группах, порядку сбора информации для проведения мониторинга мероприятий, реализуемых в рамках противодействия эпидемии. В соответствии с международными стандартами, с адаптацией к условиям Казахстана, приказами Министра здравоохранения Республики Казахстана разработаны и внедрены Протоколы по представлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе, методические указания по организации и проведению дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, инструкция по мониторингу и оценке мероприятий по противодействию эпидемии СПИДа.

3.2. Обзор мероприятий по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа

Казахстан завершил выполнение Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года N 1207. Цель Программы, состоявшая в стабилизации распространенности ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии эпидемии и недопущении ее перехода в генерализованную стадию, оказалась в целом достигнутой.

Правительством Республики Казахстан и гражданским обществом решались приоритетные задачи Программы, которые включали:

1) реализацию превентивных мероприятий среди особо уязвимых групп населения, прежде всего, ПИН, СР и лиц, лишенных свободы;

2) реализацию профилактических мероприятий среди молодежи;

3) лечение и социальная поддержка людей с ВИЧ.

В рамках реализации Программы были разработаны детальные программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа министерствами внутренних дел, внутренних войск МВД, здравоохранения, культуры, информации и спорта, образования и науки, обороны, труда и социальной защиты населения, юстиции, а также программы противодействия ВИЧ/СПИД на уровне областей и городов Казахстана с четкими обязательствами каждого сектора.

В результате выполнения Программы стратегия снижения вреда инъекций наркотиков и предоставление превентивных услуг СР и лицам, лишенным свободы, стали компонентом государственной политики наряду с реализацией программ обучения молодежи, интегрированных в вариантную часть учебных планов. При поддержке Правительства и донорских организаций по всей стране действуют 134 пункта доверия для ПИН, которые обеспечивают этот контингент информационно-образовательными программами, коммуникациями, консультированием, обменом шприцев и игл, презервативами и дезинфицирующими средствами. Развернуто 24 дружественных кабинета по лечению ИППП, которые используют признанные на международном уровне подходы к лечению больных. На базе различных медицинских организаций действуют 557 кабинетов психосоциального консультирования и анонимного тестирования. Внедряется антиретровирусная терапия. Благодаря мобилизации дополнительных ресурсов, прежде всего, средств ГФСТМ, и ежегодному увеличению ассигнований со стороны Правительства Республики Казахстан, двусторонних и международных донорских организаций, финансирование Программы увеличилось с 2 % от потребностей в начале ее реализации до 25 %.

Позитивные результаты достигнуты, благодаря мобилизации правительственного сектора и гражданского общества, их координации и партнерству.

Вместе с тем, задачи, поставленные в Программе, были решены не в полном объеме, а дальнейшее развитие эпидемии обусловило появление дополнительных факторов риска. Окончательные итоги реализации Программы были подведены по окончании 2005 года. Многих ожидавшихся результатов, которые относятся к поведению и осведомленности целевых групп, достичь не удалось:

№ п/п	Ключевой индикатор	Запланированная ситуация на конец 2005 года	Ситуация в 2005 году	Прогноз достижения запланированной ситуации
1	2	3	4	5
	Распространенность ВИЧ среди: П И Н			

1	С Р Среди населения в возрасте 15-49 лет	< 5 % < 5 % <1 %	3,4 % 2,1 % 0,2 %	Достигнут Достигнут Достигнут
2	Серопревалент- ность сифилиса среди СР	<u>< 1 %</u>	25,7 %	Нет
3	Серопревалент- ность сифилиса среди беременных женщин	<u>< 0,05 %</u>	2,4 %	Нет
4	О х в а т П И Н профилактическими программами	<u>> 50 %</u>	23,3 %	Нет
5	осведомленность о ВИЧ/СПИДе и путях его профи- лактики: П И Н СР	<u>> 99 %</u> <u>> 99 %</u>	38 % 41 %	Н е т Нет
6	Использование П И Н чужих шприцев и игл	<u>< 5 %</u>	10,5 %	Нет
7	Использование презервативов с непостоянными партнерами: П И Н СР	<u>> 95 %</u> <u>> 95 %</u>	61,2 % 69,6 %	Н е т Нет
8	Осведомленность молодежи о ВИЧ/СПИДе и путях его профилактики	<u>> 95 %</u>	63,2 %	Нет
9	Использование презерватива молодыми людьми при контактах с непостоянным партнером	<u>> 95 %</u>	85,3 %	Нет
10	Охват людей с ВИЧ/СПИДом лечением	<u>> 80 %</u>	37 %	Нет

Согласно Концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан, одобренной постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 года N 1808, противостояние ВИЧ/СПИДу должно осуществляться по следующим направлениям:

- 1) усиление мер по поддержке конституционно гарантированных прав и свобод граждан и социальной защите приоритетных групп населения;
- 2) совершенствование государственной политики в отношении групп населения рискованного поведения в целях увеличения степени их открытости для вмешательств социального и медицинского характера, направленных на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа;
- 3) совершенствование государственной политики по вовлечению общественных объединений в решение проблем ВИЧ/СПИДа;
- 4) совершенствование предоставления информации и обучения в целях усиления эффективности программ по формированию здорового образа жизни;
- 5) обеспечение высокого качества медицинских и социальных услуг для приоритетных групп населения, прежде всего, в лечении наркомании, инфекций, передающихся половым путем, предоставления антиретровирусной терапии, расширение практики использования приоритетными группами населения индивидуальных средств защиты;
- 6) совершенствование управления, координации и исполнения программ по ВИЧ/СПИДу.

В реализации каждого из этих направлений отмечаются серьезные недостатки.

3.2.1. Усиление мер по поддержке конституционно гарантированных прав и свобод граждан и социальной защите приоритетных групп населения

Действующее законодательство, относящееся к ВИЧ/СПИДу, все еще остается довольно противоречивым. Защищая людей с ВИЧ, с одной стороны, оно предписывает реализацию ограничений для этих лиц, с другой, что не имеет отношения к противодействию распространения ВИЧ-инфекции, и с позиций общественного здравоохранения совершенно необоснованно. Более того, реализация ограничительных практик в отношении людей с ВИЧ усиливает стигму и способствует распространению ВИЧ-инфекции, а именно:

Уголовно-исполнительный кодекс Республики Казахстан (далее - УИК РК) определяет ряд норм содержания людей с ВИЧ в исправительных учреждениях, которые применяются лишь к лицам, совершившим наиболее тяжкие преступления, например, в отличие от обычных осужденных, людям с ВИЧ не представляются выезды в связи с исключительными обстоятельствами (смерть или тяжелая болезнь близкого родственника, угрожающая жизни больного; стихийное бедствие, причинившее значительный материальный ущерб осужденному или его семье), а также по иным основаниям, предусмотренными пунктами 1, 2 статьи 93 УИК РК. В настоящее время разработан законопроект "О внесении изменений и дополнений в

некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам уголовно-исполнительной системы". Данным законопроектом предусмотрено внесение изменения в УИК РК, которым исключаются, указанные ограничения в части непредставления выездов осужденным больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным. Кроме того, законопроектом в целях исключения ущемления прав осужденных больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных предусмотрены изменения применения принудительных мер медицинского характера, их отдельного перемещения и запрета на передвижение без конвоя или сопровождения за пределами охраняемой территории.

Несмотря на запрет проведения принудительного (по постановлению уполномоченного правоохранительного органа) и обязательного (кроме доноров) тестирования, установленный действующими Правилами медицинского освидетельствования на ВИЧ, в законодательстве отсутствует норма, запрещающая работодателям требовать сертификаты о ВИЧ-статусе у своих работников, что затрудняет доступ людей с ВИЧ к трудоустройству, которые получают отказ в найме формально по основаниям, не связанным с их ВИЧ-статусом. Более того, приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года N 575 "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека" в ряде регионов страны, не соблюдается ни в отношении особо уязвимых групп населения, ни в отношении других групп, в частности, работников пищевых производств и другие.

Таким образом, граждане Казахстана остаются поставленными в условия, мотивирующие их скорее не знать о своем ВИЧ-статусе, чем быть осведомленными о нем, в то время как мировая практика свидетельствует о том, что добровольная и осознанная информированность о собственном ВИЧ-статусе является важнейшей мерой профилактики ВИЧ-инфекции.

В 2001 году Правительство Республики Казахстан внесло изменения в сводную таблицу об отнесении наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, обнаруженных в незаконном хранении или обороте, к небольшим, крупным и особо крупным размерам. Нижние пределы небольших размеров наркотических средств группы опия пересмотрены в сторону их увеличения, так, чтобы большинство деяний, связанных с их приобретением, хранением и перевозкой без цели сбыта, могло быть отнесено не к уголовным, а к административным правонарушениям.

Потребители инъекционных наркотиков, которые не могут избавиться от зависимости, не имея доступа к медицинским наркотикам, вынуждены приобретать наркотики в незаконном обороте и, естественно, хранить их, то есть совершать действия, за которые наступает уголовная ответственность. В результате, ПИН мотивированы, скорее не участвовать в программах профилактики ВИЧ/СПИДа, чем вступать в контакт с какими-либо официальными структурами, предлагающими такие программы, а значит, идентифицировать себя в качестве ПИН и тем самым ставить

себя под угрозу санкций со стороны правоохранительных органов.

В стране отменены все ранее действовавшие уголовные законы, запрещающие определенные виды половой жизни между взрослыми людьми по их взаимному согласию, включая коммерческий секс и половые связи между мужчинами, что улучшило условия доступа в труднодостижимые группы населения. Однако действующее законодательство по ВИЧ/СПИДу все еще не предусматривает защиту представителей уязвимых групп населения, в частности, СР и МСМ от дискриминации. Законодательство также не устанавливает кодексов поведения медицинских работников, СМИ, работодателей в отношении уязвимых групп населения и людей с ВИЧ.

Несмотря на очевидную роль НПО в противодействии распространению ВИЧ/СПИДа, в том числе в обеспечении доступа к особо уязвимым группам населения, нормы их деятельности не установлены, что затрудняет как осуществление деятельности самих НПО с целевыми группами населения, так и взаимодействие НПО с правительственным сектором. До сих пор в стране отсутствуют законы, которые бы обеспечивали правовую сторону деятельности НПО, что относится и к НПО, работающим в области профилактики ВИЧ/СПИДа.

3.2.2. Совершенствование государственной политики в отношении групп населения с рискованным поведением

Для обеспечения большей открытости, а, следовательно, более высокого охвата уязвимых групп населения программами противодействия ВИЧ/СПИДу, необходимо обеспечить их адекватный доступ к образовательным программам, медицинскому сервису и поддержанию диалога между представителями этих групп и организациями, предоставляющим помощь.

Однако, как показала оценка ситуации, люди, живущие с ВИЧ/СПИДом в своем большинстве, стараются скрыть свой ВИЧ статус из-за боязни дискриминации, как со стороны сотрудников медицинских организаций, так и со стороны общества.

Уязвимые группы населения все еще не обеспечены товарами и услугами на тех условиях, на которых они готовы их получать:

1) пункты доверия для ПИН учреждены, главным образом, в медицинских организациях и лишь 15 пунктов доверия (14 %) работают вне этих организаций. Как показывает быстрая оценка ситуации, контакты с медицинскими организациями нередко представляются целевой группе неприемлемыми. Более того, большинство пунктов доверия не имеет ни отдельных помещений, ни выделенного штата сотрудников для обеспечения функционирования кабинета в течение всего рабочего дня, ни соответствующего нуждам ПИН графика работы;

2) во многих городах страны, в том числе в Алматы и Шымкенте, ПИН опасаются

пользоваться услугами пунктов доверия из-за возможной идентификации их личности и последующих санкций в отношении себя со стороны полиции;

3) наряду с вмешательствами по профилактике ВИЧ/СПИДа среди СР, направленных на их обучение, консультирование, лечение ИППП, в ряде городов все еще проводятся совместные медико-полицейские рейды, в ходе которых СР подвергаются принудительным мерам, что приводит к отказу многих из них контактировать со службами здравоохранения и получать превентивные программы;

4) в разных населенных пунктах регистрируются факты враждебности к МСМ, как со стороны населения, так и правоохранительных органов, что делает эту группу еще более закрытой.

Все вышеизложенное обуславливает низкий охват представителей уязвимых групп населения превентивными программами, который в настоящее время составляет около 23 % от оценочной численности ПИН и не более 1 % от оценочной численности МСМ.

Благодаря гранту Глобального фонда, в стране решен вопрос об издании информационно-образовательных материалов, в тоже время, для доставки информации молодежи недостаточно используются современные электронные средства. Особого внимания требует обеспечение доступа к профилактическим программам особо уязвимой группы молодежи, совершающей правонарушения.

Остается низким доступ целевых групп населения к лечению ИППП. Несмотря на небольшие изменения ситуации в этой области, до сих пор возможность получить услуги при ИППП связана, главным образом, с явкой в кожно-венерологический диспансер, который предоставляет анонимные услуги только на платной основе. В качестве условия оказания бесплатной медицинской помощи диспансер требует регистрации, постановки на учет, сообщения о контактах под угрозой санкций, предусмотренных Кодексом Республики Казахстан об административных правонарушениях, а в случае установления диагноза сифилиса - прохождения стационарного лечения. Такие искусственные барьеры для получения медицинских услуг, нередко непреодолимые для представителей уязвимых групп населения и молодежи, не вписываются в технологии лечения ИППП, принятые в мире и поддерживаемые ВОЗ.

Противоречие между общественными потребностями и организацией медицинской помощи при ИППП приводят к тому, что среди населения поддерживается высокий уровень ИППП, что создает благоприятную среду для распространения ВИЧ/СПИДа.

Отсутствует государственная политика по обеспечению доступа молодежи и представителей уязвимых групп населения к качественным презервативам, в то время как имеющиеся на рынке изделия достаточно дороги, так цена одной единицы сравнима с размером однодневной стипендии учащихся колледжей и студентов.

Для ПИН, в том числе ВИЧ-инфицированных, остается малопривлекательным предлагающееся лечение в наркологических диспансерах, которое часто доступно

только на платной основе, в то время как этот контингент фактически не платежеспособен. Несколько хорошо обустроенных медицинских организаций, таких как Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар), не решает крупной национальной задачи обеспечения лечения и реабилитации больных героиновой зависимостью, в которой нуждаются десятки тысяч человек. Притом единственным используемым подходом к терапии является лечение, направленное на избавление от абстиненции, хотя эффективность его в настоящее время невелика. В результате ПИН не мотивированы к контактам с медицинскими и иными структурами и отказываются от участия в превентивных программах.

Гражданское общество, в том числе СМИ не мобилизованы для воспитания общества в духе толерантности к людям с ВИЧ и уязвимым группам населения. Выступления в СМИ нередко некорректны и носят, открыто дискриминационный характер в отношении представителей уязвимых групп населения, способствуя их еще большей закрытости.

3.2.3. Совершенствование государственной политики по вовлечению общественных объединений в решение проблем ВИЧ/СПИДа

Особая значимость НПО для противодействия ВИЧ-инфекции определяется путями передачи вируса, которые зависят от индивидуального поведения каждого человека, формирующегося в основном под влиянием его непосредственного окружения. Мировой опыт показывает, что именно через НПО может быть осуществлен доступ в наиболее уязвимые маргинальные группы населения, такие как ПИН, СР, МСМ, лица находящиеся в местах лишения свободы, с целью эффективной реализации профилактических и лечебных программ. Между тем, количество общественных объединений, работающих в области предотвращения ВИЧ/СПИДа все еще недостаточно. Так, ни в одном областном центре страны, ни в городах Астаны и Алматы не функционируют СПИД сервисные НПО, которые бы охватывали своей деятельностью все приоритетные группы населения. Особую озабоченность вызывает малочисленность НПО, работающих с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом и низкий уровень вовлечения людей с ВИЧ в противодействие эпидемии, тогда как во всем мире инфицированные ВИЧ люди признаются уникальным ресурсом для осуществления консультирования и оказания поддержки другим людям с ВИЧ.

На конец 2005 года в республике действовали 62 некоммерческие общественные организации, работавшие в области профилактики ВИЧ/СПИДа, из которых 36 работали с уязвимыми группами населения и только 3 - с людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Большинство из указанных НПО объединились в три ассоциации. При всей важности консолидации усилий НПО следует признать, что эти объединения, во

многим ориентированы на внешнего донора, поддерживающего ту или иную группу НПО, поскольку именно политика донора определяет их выживание.

В настоящее время финансирование проектов некоммерческих НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, осуществляется исключительно зарубежными грантодателями. Главным стимулом к некоторому расширению данных НПО в последние годы послужил грант Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, присужденный стране на период 2004-2008 годы. Однако стабильность существования и деятельность неправительственных общественных объединений не гарантирована вне зависимости от результатов их деятельности.

Поскольку собственных источников финансовых поступлений НПО, работающие по профилактике ВИЧ/СПИДа не имеют, и ряд НПО претворяет в жизнь политику зарубежных донорских организаций, которая может не всегда согласовываться с реальными нуждами страны. Более того, целый ряд НПО учрежден под конкретные гранты. Начиная с 2005 года, в Казахстане объявляются открытые конкурсы для получения грантов НПО со стороны государства по приоритетным вопросам. Однако ВИЧ/СПИД, признанный Декларацией тысячелетия ООН, за принятие которой голосовал Казахстан, одной из восьми глобальных целей в области развития, так и не включен в приоритеты финансирования через грантовый социальный заказ.

Несмотря на отдельные примеры, когда государственные организации оказывают помощь НПО, работающим в области профилактики ВИЧ/СПИДа с обеспечением помещениями, средствами связи и инвентарем, в большинстве случаев НПО приходится решать эти задачи без участия правительственного сектора.

Человеческий и материальный потенциал НПО все еще не достаточен. Большинство таких НПО представлено менее чем десятью членами, неадекватно подготовлены для эффективной борьбы с ВИЧ/СПИДом и все еще не могут рассматриваться в качестве профессиональных партнерских организаций, разделяющих ответственность за эпидемическую ситуацию в стране и в регионах, где они функционируют.

Ни одна из НПО, работающие в области профилактики ВИЧ/СПИДа, в том числе проводящие консультирование и претворяющие в жизнь информационно-образовательные программы для уязвимых групп населения, которые включают и такие вопросы, как обучение правилам проведения инъекций, стерилизации шприцев и игл, оказания первой помощи при передозировках наркотиков, формирование приверженности лечению ВИЧ, не имеет лицензий на какие-либо виды санитарно-гигиенической деятельности, и в большинстве своем не отвечают требованиям для получения таковой.

Социальные работники по работе с ВИЧ-инфицированными, больными СПИД и уязвимыми группами населения, не включены в номенклатуру специальностей Казахстана, хотя они могли бы классифицированы как работники НПО. В республике их не готовит ни одно учреждение образования. Как и другие НПО Казахстана, НПО,

работающие в области профилактики ВИЧ/СПИДа, постоянно испытывают трудности в реализации своих задач. Во многом причиной этого является отсутствие комплексной и целенаправленной государственной поддержки неправительственного сектора. Кроме того, недостаточно отработаны механизмы взаимодействия и сотрудничества государственных организаций и НПО.

3.2.4. Совершенствование предоставления информации и обучения

Вопросы ВИЧ/СПИДа не интегрированы в обязательные учебные планы. Несмотря на внедрение преподавания вопросов ВИЧ/СПИДа в составе предмета "Валеология" в факультативную часть учебного плана и относительно высокий уровень осведомленности среди молодежи в возрасте 15 - 24 лет (из числа школьников старших классов и студентов) о ВИЧ/СПИДе и способах его профилактики (63,5 %), согласно опросу 2005 года 14,7 % молодых людей не пользовались презервативом при сексуальных контактах с непостоянными партнерами. Среди молодых военнослужащих только 39,4 % опрошенных дали правильные ответы на вопросы, относящиеся к путям профилактики ВИЧ-инфекции и неверным представлениям о передаче ВИЧ, а презервативами при половых контактах с непостоянными партнерами не пользовались 41,6 % опрошенных.

Формальное внедрение обучения проблеме ВИЧ/СПИДа не привело к его ориентации на формирование у молодежи жизненных навыков, таких как принятие решений в нестандартных житейских ситуациях, критическое мышление, противостояние давлению сверстников в аспекте ВИЧ/СПИДа. Обучение не дополняется вмешательствами на уровне молодежной субкультуры с привлечением неформальных лидеров из молодежной среды, в том числе при помощи НПО. В результате у молодежи не формируется жизненной позиции неприемлемости употребления наркотиков, отказа от полигамии и приверженности безопасному поведению.

В СМИ вопросы ВИЧ/СПИДа все еще нередко освещаются тенденциозно, публикуются статьи, запугивающие аудиторию, прямо или косвенно призывающие к социальному отторжению и изоляции людей с ВИЧ, нетерпимости к уязвимым группам населения. Не изжиты многочисленные некорректные литературные штампы, такие как "ВИЧ/СПИД - чума XXI века", разделение людей, непосредственно пострадавших от ВИЧ/СПИДа на его "повинных" и "невинных жертв". Это усугубляет стигму и тем самым способствует распространению ВИЧ-инфекции.

3.2.5. Обеспечение высокого качества медицинских и социальных услуг для приоритетных групп населения

Одним из средств борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа является адекватное лечение нуждающихся людей с ВИЧ-инфекцией.

В соответствии с Законом Республики Казахстан от 5 октября 1994 года "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИДа" граждане Республики Казахстан имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение, амбулаторную и стационарную помощь. Программой по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года N 1207, планировалось обеспечить не менее 80 % нуждающихся людей с ВИЧ-инфекцией противовирусным лечением. Однако ВИЧ/СПИД - это заболевание, зависящее не только от системы здравоохранения, а в первую очередь от социально-экономического потенциала государства. Из-за ограниченности ресурсов, финансовые средства на лечение выделялись, в первую очередь, приоритетной группе населения для ВИЧ - позитивных беременных женщин и детей.

Предоставление антиретровирусной терапии (далее - АРТ), с использованием наиболее перспективных и экономически приемлемых схем лечения, дает возможность улучшить течение заболевания, повысить качество жизни людей живущих с ВИЧ, уменьшить смертность, снизить потенциальную контагиозность ВИЧ-инфицированных, тем самым, уменьшая риск заражения ВИЧ для контактных лиц.

В странах Западной Европы, где антиретровирусное лечение доступно с 90-х годов, резко уменьшилась смертность, обусловленная конечной стадией ВИЧ-инфекции, СПИДом, улучшилось качество жизни людей, живущих с ВИЧ. В США также отмечается резкое снижение числа смертей от СПИДа. В Австралии существует широкий доступ к антиретровирусному лечению, благодаря которому более половины людей, живущих с ВИЧ, его получают. В результате этого средняя продолжительность жизни после постановки диагноза СПИД возросла с 17 месяцев в 1995 году до 45 месяцев в 2001 году (Национальный центр эпидемиологии ВИЧ и клинических исследований, 2005).

Антиретровирусное лечение во всем мире спасло 2 миллиона лет жизни. (Развитие эпидемии СПИДа, декабрь 2005 года, ЮНЭЙДС).

Несмотря на то, что государством регламентировано лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, нуждающиеся в ней люди с ВИЧ, не обеспечиваются в полной мере специфическим противовирусным лечением и лечением оппортунистических инфекций. На 1 января 2006 года охват специфическим лечением составил только 37 % из общего числа зарегистрированных лиц, нуждающихся в АРТ, который проводится за счет средств гранта Глобального Фонда, предусмотренного по 2008 год. Приоритетность задачи обеспечения специфическим лечением больных ВИЧ/СПИДом обусловлена тем, что наряду с увеличением общего числа выявленных ВИЧ-инфицированных, растет доля больных с клиническими проявлениями

ВИЧ-инфекции с 26,7 % в 2001 году, до 35 % к 2006 году. На диспансерном учете на 1 января 2006 года в центрах СПИД состоит 3956 ВИЧ-инфицированных, из которых 1440 имеют проявления болезни и нуждаются в оказании бесплатной медицинской помощи.

Если в 2001 году удельный вес больных ВИЧ-инфекцией, обратившихся за стационарной помощью составил 25,7 %, а за амбулаторным лечением - 46 %, то за последние три года обращаемость за медицинской помощью увеличилась в 1,5 раза. Ситуация в стране осложняется ежегодным увеличением количества ВИЧ-инфицированных, находящихся в исправительных учреждениях, доля которых на текущий момент составляет порядка 30 %.

Как известно, фактором, лимитирующим назначение АРТ, является приверженность к ней людей с ВИЧ/СПИДом. Сложность ситуации состоит в том, что в подавляющем большинстве это потребители инъекционных наркотиков (75,5 %), для которых отсутствует доступ к параллельной поддерживающей заместительной терапии, что является условием их приверженности лечению. Известно, что при более чем 5 % частоте отклонений от графика приема антиретровирусных препаратов у пациентов формируются штаммы вируса, резистентные к терапии. В результате в последующем лечение перестает помогать не только им самим, но такие лица еще и передают штаммы вируса, устойчивые к лекарствам, другим людям. Рассчитывать на приверженность наркозависимых людей с ВИЧ-инфекцией лечению, если они не получают поддерживающую заместительную терапию, не приходится. Требуется обучение людей, живущих с ВИЧ, на семинарах, групповых занятиях, по тематике приверженности АРТ, обеспечение их наглядными информационными и методическими материалами.

Другой причиной низкого охвата людей с ВИЧ лечением является недостаточный спектр доступных по цене антиретровирусных препаратов. Международный опыт показывает, что при увеличении ассортимента таких препаратов средняя стоимость годового курса лечения одного больного снижается в среднем более чем в 30 раз: с 10-15 тысяч долларов до 300-500 долларов США. Из более чем 20 наименований антиретровирусных лекарств, с успехом применяющихся для лечения ВИЧ/СПИДа в мире и 12 наименований противовирусных препаратов, содержащихся в формуляре жизненно важных лекарств ВОЗ, в Казахстане зарегистрировано только 10, в основном химиопрепараты производства брендовых фармацевтических компаний и их назначение обходится в 7500 долларов США в год на одного больного, что в 10 раз превышает среднемировые цены, соответственно их высокая стоимость не позволяет обеспечить АРТ всех нуждающихся больных. Из 10 наименований только три - доступные по цене генерические противовирусные препараты (зидовудин, ламивудин и невирапин). Для эффективности лечения требуются сочетания препаратов различных групп, включая ингибиторы протеазы, которые производятся брендовыми фирмами, и

не приемлемых по цене для назначения широкому контингенту нуждающихся в них больных. Вследствие этого в Казахстане не могут быть реализованы высокоэффективные схемы противовирусной терапии. В настоящее время, среди состоящих на учете в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом людей, живущих с ВИЧ, в противовирусном лечении нуждаются 540 человек, при этом больных и наркоманией. В довольно близкой перспективе число больных существенно увеличится. Данные дозорного эпидемиологического надзора (далее - ДЭН) и быстрой оценки ситуации (далее - БОС) в республике показывают, что общая численность людей с ВИЧ, о которых известно, в 2,4 раза ниже реальной ситуации. По оценочным данным к 2008 году в АРТ будут нуждаться в общей сложности около 2000 ВИЧ-инфицированных, из которых 1500, или 75 % больных опиоидной зависимостью.

Важнейшими составляющими комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом являются химиопрофилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций (далее - ОИ), среди которых наиболее часто регистрируемыми в стране являются туберкулез, герпетические инфекции, кандидоз, токсоплазмоз, бактериальные инфекции, пневмоцистная пневмония и другие заболевания, порой часто не диагностируемые. Заболеваемость ВИЧ-инфицированных оппортунистическими инфекциями, в отсутствие противовирусной терапии, из года в год увеличивается, что приводит к ухудшению качества жизни ВИЧ-инфицированных, увеличивается нагрузка на лечебную сеть, повышается показатель смертности, который на начало 2006 года уже составил 50 на 1000 людей с ВИЧ. Около 50 % больных ВИЧ-инфекцией умирают на дому, на улице без оказания медицинской помощи и у х о д а .

Согласно международным и страновому подходу, помощь ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом должна осуществляться в профильных медицинских учреждениях.

Не решается, в соответствии с потребностью, вопрос лечения ВИЧ-инфицированных с оппортунистическими и другими сопутствующими заболеваниями в специализированных стационарах. Ежегодно не менее 30 % ВИЧ-инфицированных нуждаются в специализированной помощи, однако уровень госпитализации, к примеру, в инфекционные стационары составляет 5,5 %, наркологические диспансеры - 6,1 %, дерматовенерологические диспансеры - 0,9 %, медицинских организаций общего профиля - 11,2 %. При амбулаторном и стационарном лечении оппортунистических заболеваний имеются значительные трудности по лекарственному обеспечению пациентов, перечень и наличие препаратов зачастую не соответствуют Протоколам (стандартам) лечения, что требует внесения дополнений в список основных лекарственных средств.

Сочетанная инфекция туберкулез и ВИЧ является серьезной проблемой, вследствие взаимно усиливающего эффекта этих двух заболеваний. Примерно для одной трети всех больных СПИДом в мире, ведущей СПИД - индикаторной болезнью является

туберкулез. В республике страдает качество диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, а химиопрофилактика в соответствии с протоколами не проводится, так что эта поддающаяся лечению инфекция, продолжает оставаться ведущим фактором смертности людей с ВИЧ в 55 % случаев.

Люди с ВИЧ все еще сталкиваются с трудностями при обращении за медицинской помощью. Имеются многочисленные факты, когда медицинские организации необоснованно отказывают им в предоставлении лечения по месту обращения в амбулаторно-поликлинические и специализированные учреждения, о чем свидетельствует низкий уровень госпитализации.

До конца не решены вопросы обеспечения адекватной лечебной помощью представителей уязвимых групп населения. Помощь людям, страдающим опийной наркоманией, основанная на формировании отказа от употребления наркотиков, нередко ограничивается детоксикацией, без последующих реабилитационных мероприятий, что снижает и без того заведомо недостаточную эффективность лечения. Низкопороговое лечение, состоящее в заместительной терапии наркомании, в комбинации с психотерапией больным не предоставляется.

Общеизвестно, что фактическое число ВИЧ-инфицированных значительно ниже реальной ситуации. При этом все еще низок охват населения Казахстана добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ, тогда как лучшим способом профилактики ВИЧ-инфекции является осознанное стремление каждого человека знать свой ВИЧ-статус. С целью искоренения дискриминации и стигмы людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также их социальной адаптации, в соответствии с Законом Республики Казахстан "О профилактике и лечении ВИЧ-инфекции и СПИД" и приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2002 года N 575 "Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека" предусмотрен принцип добровольности, конфиденциальности и анонимности при тестировании на ВИЧ.

Для повышения доступности анонимного тестирования на ВИЧ и предоставления психосоциального консультирования населению, в республике создана нормативно-правовая база, принимаются меры по организации кабинетов психосоциального консультирования и анонимного тестирования. Число таких кабинетов, укомплектованных подготовленными специалистами, увеличилось в 2,3 раза, 242 кабинетов - в 2001 году, 557 кабинетов - на 1 января 2006 года. Услугами качественного консультирования ежегодно охватывается 250 тыс. - 300 тыс. человек, однако это составляет порядка 30 % от числа тестированных на ВИЧ лиц и только 3 % в популяции 15-49 лет. Охват тестированием и консультированием лиц из групп рискованного поведения (ПИН, СР, МСМ) составляет 10 - 12 %.

Особенно актуальна эта проблема для женщин молодого репродуктивного возраста. Для беременных женщин тестирование проводится бесплатно и может быть

осуществлено в любом медицинском учреждении, оказывающем помощь при беременности и родах. В связи с усилением мер, на национальном уровне по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку, объем консультирования и тестирования беременных увеличился, однако около 30 % беременных женщин все еще не охвачены профилактическими мероприятиями. В дородовых учреждениях до- и послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции проводится недостаточно. В 2005 году женские консультации посетили 287 300 женщин, из них только 129 706, или 45,1 % оказаны услуги консультирования и тестирования. Сложившаяся ситуация по добровольному консультированию и тестированию требует принятия дальнейших мер по расширению сети анонимных кабинетов и кабинетов психосоциального консультирования и подготовке специалистов лечебных учреждений

В Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой ООН в 2001 году, мир взял на себя обязательство уменьшить долю младенцев, инфицированных ВИЧ, на 50 % к 2010 году.

Для достижения таких показателей потребуются немедленное увеличение масштабов таких мероприятий, как расширение услуг первичной профилактики ВИЧ-инфекции для женщин детородного возраста, включая пропаганду, половое воспитание, предоставление информации, средств защиты от ВИЧ-инфекции будущей матери; обеспечение доступа к добровольному консультированию и тестированию для беременных женщин, проведение антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

В стране особую тревогу вызывает увеличение числа зараженных ВИЧ женщин в структуре вновь выявленных случаев ВИЧ, доля которых составила 19 % в 2000 году и 28 % в 2005 году, со смещением пути передачи ВИЧ-инфекции от инъекционного способа к передаче через сексуальные контакты. Число кумулятивно зарегистрированных ВИЧ-инфицированных женщин в республике на 1 января 2006 года составляет - 1363 случая, или 24,1 %. Уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в 2005 году по данным дозорного эпидемиологического надзора составил 0,1 %. Уровень вертикальной трансмиссии ВИЧ увеличился с 0,1 % в 2002 году до 0,9 % в 2005 году.

При отсутствии медицинских вмешательств и при кормлении ребенка грудью, существует высокий риск передачи ВИЧ от матери ребенку, при этом затраты на содержание одного ВИЧ-инфицированного ребенка будут составлять порядка 10000 долларов США в год.

За последние годы число выявленных ВИЧ-инфицированных беременных увеличилось в 7 раз, при том, что охват тестированием беременных в республике составляет не более 60 %. За 2001-2005 годы число родов у ВИЧ-инфицированных женщин увеличилось в 8 раз. По кумулятивным данным с 1996 года была

зарегистрирована 431 беременность у 352 ВИЧ-инфицированных женщин.

Население, включая беременных женщин, мало информировано о неблагоприятных последствиях ВИЧ-инфекции для здоровья будущего ребенка, не владеет информацией о бесплатности и доступности услуг, не мотивировано узнать свой ВИЧ-статус. Беременные женщины, практикующие инъекционное употребление наркотиков, подвержены двойной стигматизации вследствие наркомании и ВИЧ-инфекции. В 70 % случаев сочетания беременности с ВИЧ-инфекцией, заражение произошло вследствие инъекционной наркомании, отсюда возникает проблема оказания помощи ВИЧ-инфицированным женщинам - наркопотребителям. Они зачастую оказываются вне сферы стандартных услуг дородовой помощи и первый контакт с системой здравоохранения происходит только во время родов, их доля составляет порядка 30 %. При этом родильные дома не обеспечены качественными наборами для экспресс-диагностики на ВИЧ (экспресс-тесты) и противовирусными препаратами для плановой (зидовудин) и экстренной химиопрофилактики (невирарин), то есть не используется один из малозатратных и эффективных ресурсов снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

Внедрение экспресс диагностики ВИЧ-инфекции у беременных женщин позволит обеспечить увеличение числа обследованных беременных не менее чем на 5 % ежегодно и к 2010 году достигнет 90 %.

Согласно фактическим данным в республике антиретровирусной профилактикой охватывается не более 60 % ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей, при этом противовирусные лекарства имеются в наличии только в центрах СПИД, в то время как в акушерских учреждениях они обычно отсутствуют.

Сложившаяся ситуация диктует необходимость интеграции мер профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в службы охраны здоровья матери и ребенка, с обеспечением добровольного консультирования и тестирования женщин репродуктивного здоровья, включая беременных, с обеспечением родовспомогательных учреждений антиретровирусными препаратами и экспресс-тестами в целях охвата беременных женщин химиопрофилактикой не менее 90 %.

Охват профилактическими мероприятиями детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, также остается недостаточным, включая антиретровирусную профилактику в период новорожденности, заместительное (искусственное) вскармливание, базовую медицинскую помощь, химиопрофилактику оппортунистических инфекций и иммунизацию, как того требуют международные стандарты. Должным образом не обеспечивается ранняя клинико-лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев. С целью предотвращения распространения внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекции, с учетом эпидемиологической ситуации в Южно-Казахстанской области, в республике будут

усилены мероприятия по контролю за соблюдением дезинфекционно-стерилизационного режима в медицинских организациях, безопасности заготавливаемой крови и ее компонентов, обоснованному назначению гемотрансфузий, обследованию на ВИЧ-инфекцию по клиническим и эпидемическим показателям.

Отмечается недостаточная подготовка врачей акушер-гинекологов, педиатров и медицинских сестер по профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ, включая раздел добровольного консультирования и тестирования. Медицинские работники слабо владеют основами психологического консультирования и тестирования на ВИЧ.

В настоящее время, в связи с повышенной заболеваемостью и смертностью ВИЧ-инфицированных от вторичных заболеваний, актуальным вопросом является своевременное проведение химиопрофилактики оппортунистических инфекций, включая туберкулез. Химиопрофилактика туберкулеза, которая направлена на предотвращение заболеваемости активным туберкулезом, у ВИЧ-инфицированных, включая осужденных, не проводится, в то время как затраты на специфическое лечение ВИЧ-инфекции на 1 больного в год в 40,1 раз превышают стоимость химиопрофилактики туберкулеза.

Также не проводится химиопрофилактика и других ведущих оппортунистических инфекций, включая пневмоцистную пневмонию, токсоплазмоз, бактериальные инфекции, что приводит к повышению заболеваемости и смертности ВИЧ-инфицированных.

Таким образом, требуется усовершенствование системы оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях, для обеспечения высокого качества медицинских услуг.

Постконтактная профилактика (далее - ПКП) является частью общей системы мер по защите населения от инфицирования возбудителями, передающимися с кровью. Риск заражения ВИЧ существует при исполнении медицинскими работниками служебных обязанностей, особенно если распространенность ВИЧ-инфекции среди пациентов, посещающих медицинские учреждения высока; а также у лиц, подвергшихся не профессиональному риску инфицирования ВИЧ при половых контактах и других обстоятельствах. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, ПКП следует проводить даже в случаях, если невозможно сразу определить ВИЧ-статус пациента.

В республике, при увеличении числа ВИЧ-инфицированных и наличии фактов регистрации аварийных ситуаций при оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, ПКП проводится в единичных случаях, в связи с отсутствием антиретровирусных препаратов в службах скорой и неотложной помощи и крупных медицинских организациях, как того требуют рекомендации ВОЗ и национальные протоколы.

Население Казахстана имеет довольно высокий доступ к стерильным одноразовым шприцам, иглам и презервативам, а рынок мужских латексных презервативов представляется довольно насыщенным. Однако в стране часто реализуются презервативы низкого качества, в том числе недостаточно защищающие от передачи ВИЧ. Органы сертификации не проверяют качество презервативов, поступающих на внутренний рынок, по ряду важных параметров. Более того, имеет место реализация изделий, вообще не имеющих сертификатов качества. Не учитываются потребности в презервативах высокой прочности для отдельных групп населения, таких как MSM.

Адекватный доступ общего населения к индивидуальным средствам защиты не имеет отношения к их использованию представителями уязвимых групп населения. В 2005 году только 13,4 % ПИН приняли инъекционное и половое поведение, предупреждающее передачу ВИЧ, и менее половины опрошенных СР имели при себе презервативы.

В стране почти не претворяются в жизнь социальные проекты для людей с ВИЧ/СПИДом и членов их семей, в том числе в населенных пунктах, жители которых наиболее серьезно пострадали от эпидемии. Люди с ВИЧ не обеспечиваются помощью ни в трудоустройстве, ни в получении жилья. В результате существенно ухудшаются и без того тяжелые условия жизни этой категории людей, в своем большинстве относящихся к беднейшим слоям населения.

3.2.6. Совершенствование управления, координации и исполнения программ по ВИЧ/СПИДу

Система координации программ по ВИЧ/СПИДу нуждается в дальнейшем совершенствовании. Вопросы ВИЧ/СПИДа интегрированы в деятельность Национального Координационного совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан.

Следует обратить внимание на недостаточную координацию местными исполнительными органами деятельности НПО и государственных организаций. Отсутствует четкое определение роли НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, основных направлений их деятельности и ответственности за качество работы с населением.

Несмотря на то, что Казахстан имеет в настоящее время одну из лучших в регионе систему слежения за ВИЧ-инфекцией, мониторинга и оценки ответных мероприятий, эта система нуждается в совершенствовании. Первичные данные все еще недостаточно репрезентативны и надежны ввиду ограниченного доступа в уязвимые группы населения.

Недостаточная координация деятельности приводит к сбоям в получении отчетов из различных ведомств и неправительственного сектора, включая международные НПО,

работающие в Казахстане. Фактически в стране нет единой системы мониторинга и оценки, поскольку многие партнеры, особенно работающие на уровне проектов, используют собственные подходы. Даже в пределах сектора здравоохранения кожно-венерологическая служба, служба инфекционных болезней и наркологическая служба, с одной стороны и служба СПИДа, с другой стороны пользуются разными данными. Если первые три службы рассчитывают заболеваемость населения, исключительно исходя из числа выявленных случаев ИППП, гепатита С и наркомании, то служба СПИДа получает и использует данные о распространенности тех же инфекций, исходя из результатов эпидемиологического надзора в дозорных группах населения и быстрой оценки ситуации, что более объективно.

4. Цель и задачи Программы

Цель Программы стабилизировать распространенность ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии, не допустив ее перехода в генерализованную стадию, снизить смертность среди людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Для достижения этой цели ставятся следующие задачи:

совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды ;

претворение в жизнь профилактических программ;

реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков;

реализация стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции;

учреждение и поддержание особых объектов предоставления услуг;

профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку;

постконтактная профилактика ;

профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией;

профилактика гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ-инфекции;

претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом ;

реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ инфекции;

совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования ответных мероприятий.

5. Основные направления и механизм реализации Программы

Анализ движущих сил эпидемии определяет приоритетные группы населения, подлежащие охвату адресными профилактическими программами по ВИЧ/СПИДу:

1) Л Ж В С ;

2) П И Н ;

- 3) С Р ;
 4) М С М ;
 5) лица, лишенные свободы;
 6) безнадзорные дети и подростки до 17 лет;
 7) неработающая и не учащаяся молодежь до 24 лет;
 8) учащаяся молодежь до 24 лет;
 9) молодежь до 24 лет, проходящая службу в Вооруженных Силах, полиции и других воинских формированиях;
 10) работающий контингент, прежде всего молодежь до 24 лет и представители групп-проводников (работники наземного транспорта, коммунальных предприятий, лица, занимающиеся челночной торговлей, трудовые мигранты).

Реализация задач, направленных на достижение поставленной цели Программы будет обеспечиваться по следующим направлениям.

5.1. Совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды

Условием эффективности вмешательств, направленных на профилактику и лечение ВИЧ/СПИДа является адекватная поддерживающая среда для их осуществления. Общеизвестно, что недостаточная результативность противодействия ВИЧ/СПИДу в мире во многом связана с тем, что эпидемия ставит перед обществом чувствительные вопросы, решение которых нередко требует пересмотра сложившихся стереотипов и культурно-религиозных традиций, отражающихся в правовых системах и системах управления. По этой причине реализация мероприятий всесторонней поддержки вмешательств, направленных на обуздание эпидемии является основным условием достижения успеха.

Для совершенствования политики правоотношений, создание правовой и социальной среды предусматривается:

- 1) Мобилизация гражданского общества:
 создание лучших условий для расширения сети НПО, работающих в области профилактики ВИЧ/СПИДа, большего вовлечения людей с ВИЧ, представителей уязвимых групп населения, молодых людей в борьбу с ВИЧ/СПИДом путем поддержки гражданских инициатив на местах, будет обеспечено содействие диалогу с НПО по ВИЧ/СПИДу, их интеграции в деятельность неправительственного сектора Казахстана;

обеспечение реализации государственной политики в области государственных закупок, согласно законодательству о государственных закупках, путем предоставления грантов для деятельности НПО, работающих по проблемам ВИЧ/СПИДа за счет ресурсов, мобилизуемых из государственных и негосударственных

источников;

принятие участия неправительственного сектора в конкурсах государственных закупок товаров, работ и услуг, с целью оптимального и эффективного расходования предусмотренных финансовых средств, в том числе на подготовку молодежных лидеров для последующего обучения различных контингентов населения по принципу "равный - равному";

обеспечение размещения в СМИ социальной рекламы, направленной на противодействие ВИЧ/СПИДу и защиту от дискриминации ЛЖВС и представителей уязвимых групп населения;

поддержание публичных кампаний по противодействию ВИЧ/СПИДу, в том числе в СМИ;

выделение грантов для журналистов, принимающих активное участие в освещении просветительных материалов в СМИ и публикующих качественные информации о ВИЧ/СПИДе для населения;

предоставление поддержки постоянно действующим форумам неправительственных СПИД сервисных организаций Казахстана, в том числе людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;

усиление кадрового потенциала НПО в области планирования, претворения в жизнь, мониторинга и оценки мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

2) Усиление координации:

определение рамки координации усилий национальных, двусторонних и международных партнеров;

усиление управлений стратегической информацией, обеспечение качественного сбора, обработки, использования получаемых данных всеми заинтересованными сторонами, улучшение планирования и исполнение проектов.

3) Укрепление кадрового и институционального потенциала:

рассмотрение вопроса и внесение предложения о порядке подготовки социальных работников для претворения в жизнь превентивных программ среди уязвимых групп населения и поддержки людей, живущих с ВИЧ, и интеграции подготовки таких специалистов в систему среднего профессионального образования.

5.2. Претворение в жизнь профилактических программ

На этапе концентрированной эпидемии, когда распространенность ВИЧ в общей популяции все еще ограничена, именно реализация превентивных программ является залогом стабилизации темпов распространения ВИЧ/СПИДа. Основное внимание при проведении профилактики должно уделяться тем группам населения, в которых в настоящее время преимущественно распространяется ВИЧ-инфекция. Замедление темпов распространения ВИЧ/СПИДа в этих группах населения не только поможет

спасти жизни их представителям, но и предотвратить широкую экспансию ВИЧ/СПИДа на общее население.

Профилактические программы должны включать следующие мероприятия:

1) обеспечение доступа населения к информационно-образовательным материалам. Издание и распространение информационно-образовательных материалов, учебных пособий для обучающейся молодежи и общеобразовательных школ. Адаптирование информационно-образовательных материалов к полу, возрасту аудитории, с учетом особенностей сообществ, которым они адресованы;

2) разработка образовательных программ и обеспечение проведения обучения молодежи вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа на основе формирования жизненных навыков отказа от действий, рискованных с точки зрения передачи ВИЧ и использования средств индивидуальной защиты;

3) обеспечение обучения специалистов, предоставляющих профилактические услуги для молодежи и уязвимых групп населения;

4) подготовка предложения о включении вопросов противодействия ВИЧ/СПИДу в региональные трехсторонние соглашения между местными исполнительными органами, объединениями работодателей и профсоюзами.

5.3. Реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков

Будет широко пропагандироваться и предоставляться всем желающим ПИН обучение, информация, коммуникации, консультирование по индивидуальному риску и избеганию передачи ВИЧ, а также услуги добровольного анонимного тестирования на ВИЧ.

Все желающие ПИН будут обеспечены программами обмена шприцев и игл, средствами для дезинфекции инъекционного оборудования, лечение, направленное на ослабление последствий и устранение наркотической зависимости на приемлемых для них условиях с использованием современных медицинских технологий, включая внедрение заместительной поддерживающей терапии наркомании.

Будет внедрен пилотный проект по заместительной терапии для 50 наркозависимых лиц с ВИЧ-инфекцией в Карагандинской и Павлодарской областях.

5.4. Реализация стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции

Будет широко и систематически пропагандироваться, в особенности среди молодежи, культура половых отношений, традиционные семейные ценности, отсрочки начала сексуальных отношений, ограничения половых контактов одним постоянным партнером.

Будет широко и систематически пропагандироваться использование презервативов, обеспечен широкий доступ населения к качественным и доступным по цене изделиям. Будут приняты меры по насыщению внутреннего рынка широким ассортиментом презервативов, с учетом потребностей разных групп населения.

Будет развернута широкая пропаганда и обеспечение всех желающих ПИН, СР и лиц, лишенных свободы, качественными презервативами.

При организации медицинской помощи при ИППП будут учтены особые интересы уязвимых групп населения, предусмотрено назначение лечения при обращении, отказ от проведения малоинформативных и (или) длительных лабораторных анализов.

Будет обеспечен доступ уязвимых групп населения (ПИН, СР, МСМ) к лечению ИППП на бесплатной конфиденциальной и анонимной основе в дружественных кабинетах при областных, городских центрах СПИД.

При сохранении роли кожно-венерологических диспансеров в качестве координирующих организаций, поставщиков специализированной медицинской помощи и центров надзора за качеством терапии и чувствительностью циркулирующих штаммов возбудителей к противомикробным средствам, лечение и профилактика ИППП будут интегрированы в государственную службу репродуктивного здоровья и планирования семьи, первичную медико-санитарную помощь.

5.5. Учреждение и поддержание особых объектов по предоставлению услуг по психосоциальному консультированию и тестированию на ВИЧ

Будет усовершенствована сеть, существующих кабинетов бесплатного психосоциального консультирования и тестирования на ВИЧ. Число таких кабинетов, укомплектованных подготовленными специалистами, работающими в течение полного рабочего дня, в каждом регионе не менее 3 на 100 тыс. жителей. Кабинеты психосоциального консультирования и тестирования на ВИЧ располагаются на базах медицинских организаций, имеющих разрешение осуществлять забор крови для проведения анализов.

Будут оснащены лаборатории республиканского и областных центров СПИД, а также центров СПИД городов Астаны, Алматы, Темиртау, Балхаша, Жезказгана, Семипалатинска новым диагностическим оборудованием (ридер, вошер, инкубатор, дозаторы) для осуществления диагностики ВИЧ-инфекции.

Будет обеспечена работа имеющихся пунктов доверия, а также будет расширена сеть стационарных и мобильных пунктов доверия для реализации программ снижения вреда среди ПИН. С учетом запросов ПИН такие пункты будут создаваться преимущественно вне медицинских организаций. В деятельность пунктов доверия будут интегрированы программы профилактики и раннего выявления туберкулеза

Будет расширена сеть дружественных кабинетов для диагностики и лечения ИППП уязвимых групп населения (ПИН, СР, МСМ) на приемлемых для них условиях путем перепрофилирования существующих анонимных кабинетов в кожно-венерологических диспансерах и кабинетов планирования семьи в службе репродуктивного здоровья. Будет обеспечена преемственность в работе существующих дружественных кабинетов и внедрена экспресс-диагностика ВИЧ-инфекции.

5.6. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку

Будет продолжаться внедрение комплексных превентивных мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ от матери к ребенку, на всех этапах, включая:

1) разработку комплексного плана мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку;

2) обеспечение проведения семинаров-тренингов для специалистов службы охраны здоровья матери и ребенка по предупреждению передачи ВИЧ вертикальным путем, включая добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ и пропаганду, половое воспитание, предоставление обучения, информации, средств защиты от ВИЧ-инфекции будущей матери;

3) обеспечение доступа к добровольному консультированию и тестированию, включая экспресс-диагностику на ВИЧ-инфекцию, для женщин репродуктивного возраста и беременных;

4) обеспечение ВИЧ-положительных женщин качественной медикаментозной профилактикой с использованием антиретровирусных препаратов в период вынашивания беременности и в период родов;

5) предоставление условий родоразрешения в целях обеспечения наименьшего риска инфицирования ребенка, предоставление ВИЧ-инфицированным женщинам права выбора на сохранение или прерывание беременности и при необходимости обеспечить доступ к прерыванию нежелательной беременности;

6) обеспечение новорожденного антиретровирусными препаратами, препаратами для проведения химиопрофилактики оппортунистических инфекций, искусственным вскармливанием, ранней клинико-лабораторной диагностикой ВИЧ-инфекции.

5.7. Постконтактная профилактика

Будет обеспечен доступ населения к постконтактной антиретровирусной профилактике на основе современных протоколов ее проведения как лиц, вероятное инфицирование которых наступило вследствие их производственной деятельности, так и лиц, вероятное инфицирование которых произошло в быту. Наборы противовирусных препаратов для начала экстренной постконтактной

антиретровирусной профилактики должны быть сосредоточены в службах скорой и неотложной помощи и крупных лечебных организациях с последующим использованием резерва антиретровирусных средств, сосредоточенных в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом.

5.8. Профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией

Будет обеспечено обучение и информирование людей с ВИЧ о принципах лечения ВИЧ-инфекции, соблюдении режима, а также других мерах исключения заражения рядом возбудителей вторичных заболеваний.

Будет создана база и внедрена химиопрофилактика туберкулеза у людей с ВИЧ, в том числе у лиц, находящихся в местах лишения свободы.

5.9. Профилактика гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ-инфекции

Будет продолжена реализация мероприятий по обеспечению безопасности переливания крови, в частности:

качественный отбор доноров на долабораторном этапе;

пропаганда перехода на безвозмездное донорство;

ограничение показаний к переливанию крови и ее препаратов;

исключение прямых переливаний крови;

обязательное тестирование кроводач при каждом взятии крови, тканей и органов для пересадки, а также отсроченная трансплантация и переливание плазмы;

отбраковка образцов крови, давших положительные реакции на ВИЧ, вирусные гепатиты В, С и сифилис;

обеспечение лабораторий центров крови высокочувствительными тест-системами для диагностики ВИЧ-инфекции, гепатита В и С и сифилиса.

5.10. Претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом

Будет усовершенствована система оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях.

Лечение, уход и поддержка являются основополагающими элементами эффективных мер противодействия эпидемии. Современная комбинированная антиретровирусная терапия не позволяет удалить ВИЧ из организма человека, но она продлевает жизнь людей с ВИЧ, снижая вирусную нагрузку в крови.

Будет обеспечен доступ людей с ВИЧ к комбинированной антиретровирусной терапии, с использованием наиболее перспективных и экономически приемлемых схем лечения, при этом ассортимент лекарственных препаратов, доступных в стране, не должен быть меньшим, чем перечень препаратов, который содержит модельный ф о р м у л я р В О З .

Будут изучены и внедрены меры обеспечения приверженности людей с ВИЧ лечению, в том числе рассмотрена целесообразность проведения заместительной поддерживающей терапии людям с ВИЧ, одновременно страдающим опийной наркоманией, в том числе издание информационных материалов.

Будет обеспечено своевременное проведение лечения оппортунистических заболеваний, проведение семинаров по Протоколам диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе, включая вопросы приверженности, в соответствии с международными стандартами.

Будут приняты меры по обеспечению наличия на фармацевтическом рынке страны полного спектра лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции, лечения и профилактики оппортунистических заболеваний с особым акцентом на туберкулез; список основных (жизненно важных) лекарственных средств будет регулярно о б н о в л я т ь с я .

Будет улучшено обеспечение нуждающихся людей с ВИЧ/СПИДом паллиативным л е ч е н и е м и у х о д о м .

Лаборатории центров по профилактике и борьбе со СПИДом будут оснащены современным оборудованием для определения числа лимфоцитов с CD 4 рецепторами и вирусной нагрузки с целью выявления показаний к проведению лечения и проведения мониторинга его эффективности.

Будут стандартизованы этапы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний в службе СПИД.

В рамках социального заказа будут предоставлены гранты для неправительственных организаций, работающих с ЛЖВС по формированию приверженности к антиретровирусной терапии лиц, живущих с ВИЧ.

5.11. Реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции

В связи с расширяющимся распространением ВИЧ-инфекции в стране понадобится реализовать меры по смягчению ее социальных последствий вследствие нетрудоспособности и смерти кормильцев семей.

Будут внедрены проекты по поддержке людей с ВИЧ и их семей, в том числе:

1) предоставление информации и обучения ЛЖВС по программам социальной п о д д е р ж к и ;

2) проекты по профессиональной подготовке и переподготовке людей с ВИЧ, обеспечивающих их трудоустройство;

3) социальный заказ неправительственным организациям, работающим с ЛЖВС для реализации программ смягчения последствий ВИЧ/СПИДа.

5.12. Совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования ответных мероприятий

Адекватное слежение за особенностями развития эпидемии, мониторинг ответных мероприятий и оценка влияния и взаимосвязей ресурсных вложений, проектных и программных мероприятий и достижения запланированных результатов является основополагающим фактором успеха. Качественный мониторинг и оценка позволяют получать стратегически важную информацию, своевременно реагировать на изменение ситуации, перераспределять силы и средства на приоритетных направлениях деятельности, пересматривать проводимые мероприятия, изыскивать и использовать новые возможности.

Будет развиваться как слежение за ВИЧ-инфекцией, основанное на дозорном эпидемиологическом надзоре за приоритетными группами населения, так и регистрация случаев ВИЧ-инфекции, важная с точки зрения обеспечения лечения людей с ВИЧ.

Параллельно с мониторингом конечного результата будет осуществляться мониторинг программной деятельности, включая охват превентивными программами разных групп населения, и лечением людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, а также мониторинг ресурсов.

Будет совершенствоваться система национальных индикаторов мониторинга и оценки.

Исходя из результатов эпидемиологического слежения, рутинного мониторинга и оценки будут определяться приоритеты научных исследований.

Будет создана единая национальная база данных по ВИЧ/СПИДу доступная всем партнерам на основе единой системы индикаторов.

Будут разработаны ведомственные программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа министерств внутренних дел, вооруженных сил, здравоохранения, культуры и информации, образования и науки, труда и социальной защиты населения, министерства юстиции, а также областные и городские программы.

Программа будет реализована путем скоординированных действий всех заинтересованных правительственных секторов и гражданского общества при поддержке двусторонних и международных организаций. Руководить реализацией программы будет Национальный Координационный совет по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан.

При разработке решений Координационный совет будет пользоваться экспертизой специалистов национальных, двусторонних и международных организаций. Аналогичная координация будет проводиться на областных (городских) уровнях.

6. Необходимые ресурсы и источники их финансирования

Финансовое обеспечение Программы будет осуществляться за счет средств республиканского бюджета, а также дополнительных источников, а именно из ресурсов международных донорских организаций в поддержку реализации настоящей Программы.

Всего на реализацию Программы (с учетом базового финансирования государственных учреждений и организаций разных секторов) будет выделено 6708,93

млн.		тенге		на		5		лет:	
первый	этап:	2006-2008	годы	-	3640,05	млн.	тенге:		
		2006	год	-	949,87	млн.	тенге		
		2007	год	-	1229,96	млн.	тенге		
		2008	год	-	1460,22	млн.	тенге		
второй	этап:	2009-2010	годы	-	3068,88	млн.	тенге:		
		2009	год	-	1327,06	млн.	тенге		
		2010	год	-	1741,82	млн.	тенге		
Республиканский бюджет		-			378,13	млн.	тенге:		
первый	этап:	2006-2008	годы	-	55,48	млн.	тенге:		
		2007	год	- РБ	14,30	млн.	тенге		
		2008	год	- РБ	41,18	млн.	тенге		
второй	этап:	2009-2010	годы	-	322,65	млн.	тенге:		
		2009	год	- РБ	59,44	млн.	тенге;		
		2010	год	- РБ	263,21	млн.	тенге.		
Целевые трансферты из РБ		-			2408,13	млн.	тенге:		
первый	этап:	2006-2008	годы	-	600,60	млн.	тенге:		
		2007	год	- ЦТ из РБ	250,60	млн.	тенге		
		2008	год	- ЦТ из РБ	350,0	млн.	тенге		
второй	этап:	2009-2010	годы	-	1807,530	млн.	тенге:		
		2009	год	- ЦТ из РБ	815,50	млн.	тенге		
		2010	год	- ЦТ из РБ	992,03	млн.	тенге		
Гранты международных организаций		-			3922,67	млн.	тенге:		
первый	этап:	2006-2008	годы	-	2983,97	млн.	тенге:		
		2006	год	- другие источники	949,87	млн.	тенге		
		2007	год	- другие источники	965,06	млн.	тенге		
		2008	год	- другие источники	1069,04	млн.	тенге		

второй этап: 2009-2010 годы - 938,7 млн. тенге:
2009 год - другие источники - 452,12 млн. тенге
2010 год - другие источники - 486,58 млн. тенге

Объемы финансирования будут уточняться при формировании бюджета на соответствующий финансовый год

7. Ожидаемые результаты от реализации Программы

На конец 2010 года в два раза будет снижена смертность людей с ВИЧ/СПИДом, эпидемия ВИЧ/СПИДа будет удержана на концентрированной стадии среди населения в возрастной группе от 15 до 49 лет, распространенность ВИЧ-инфекции не превысит 0,5 %. Среди ПИН, распространенность ВИЧ-инфекции не превысит 6 %; среди СР, МСМ и заключенных распространенность ВИЧ-инфекции будет ниже 5 %.

В результате реализации Программы ожидается:

ежегодное обеспечение информацией не менее 85 % молодых людей возрасте от 15 до 24 лет о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции;

превентивное инъекционное поведение примут не менее 50 % лиц из уязвимых групп населения (против нынешних 13,4 %), в том числе: 2006 год - 20 %, 2007 год - 25 %, 2008 год - 30 %, 2009 год - 40 %, 2010 год - 50 %;

превентивное половое поведение примут 50 % лиц из уязвимых групп населения: 2006 год - 25 %, 2007 год - 30 %, 2008 год - 35 %, 2009 год - 40 %, 2010 год - 50%;

обеспечение доступа к лечению ИППП с охватом ежегодно не менее 70 % нуждающихся лиц из уязвимых групп населения (ПИН, СР, МСМ);

достижение ежегодного 10 % охвата населения в возрасте от 15 до 49 лет добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ;

обеспечение лечением не менее 90 % ВИЧ-позитивных беременных женщин, решивших сохранить беременность, и новорожденных, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей (ежегодно);

все нуждающиеся лица получают доступ к постконтактной антиретровирусной профилактике, полноценной профилактике оппортунистических заболеваний, включая химиопрофилактику туберкулеза (ежегодно);

систематическое обеспечение безопасности донорской крови;

все нуждающиеся получают доступ к антиретровирусной терапией (ежегодно); возможность своевременно реагировать на изменение ситуации, пересматривать проводимые мероприятия, изыскивать и использовать новые возможности (раз в полгода) ;

на рынке Казахстана будут доступны все антиретровирусные препараты, входящий

в наиболее современный модельный формуляр жизненно важных лекарств, рекомендованных ВОЗ. Антиретровирусную терапию будет получать не менее 70 % нуждающихся в ней больных.

8. План мероприятий по реализации программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы

Первый этап: 2006-2008 годы

Второй этап: 2009-2010 годы

N	Мероприятия	Форма завершения	Ответственные исполнители	Сроки исполнения	Предполагаемые расходы (млн. тенге)*	Источники финансирования
1	2	3	4	5	6	7
1.	Совершенствование политики правоотношений, создание правовой и социальной среды					
1.	Обеспечить координацию усилий национальных двусторонних международных партнеров	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 9,44, первый этап 2006 год - 1,68 2007 год - 1,78 2008 год - 1,88 второй этап 2009 год - 1,98 2010 год - 2,12	Гранты международных организаций (далее - ГМО)
2.	Оказать поддержку организациям, работающим в области профилактики ВИЧ/СПИДа путем реали-	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв) акимы областей, городов Астаны и Алматы, НПО	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 111,92, первый этап: 2007 год - 25,60 2008 год - 27,11 второй этап 2009 год - 28,79	Целевые трансферты из республиканского бюджета

	зации социального заказа				2010 год - 30,42	(далее - ЦТ из РБ)
3.	Обеспечить размещение в СМИ социальной рекламы и проведение публичных кампаний, а также выделение грантов для журналистов, принимающих активное участие в освещении просветительских материалов в СМИ и публикующих качественные информации о ВИЧ/СПИДе для населения	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 304,96, из них 65,94 239,02 первый этап: 2006 год - 42,40 2007 год - 60,79, из них 15,84 44,95 2008 год - 63,39, из них 15,75 47,64 второй этап: 2009 год - 67,15, из них 16,65 50,5 2010 год - 71,23, из них 17,7 53,53	ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ГМО
4.	Оказать содействие в организации постоянно действующего форума неправительственных организаций, работающих по ВИЧ/СПИДу	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), НПО, международные организации	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 20,17, первый этап: 2006 год - 3,58 2007 год - 3,79 2008 год - 4,02 второй этап: 2009 год - 4,26 2010 год - 4,52	ГМО
					Всего - 28,84, первый этап:	

5.	Усилить кадровый потенциал НПО по подготовке специалистов мониторинга и оценке мероприятий по ВИЧ/СПИДу	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	2006 год - 5,12 2007 год - 5,42 2008 год - 5,75 второй этап: 2009 год - 6,09 2010 год - 6,46	ГМО
6.	Разработать порядок подготовки социальных работников и интеграции подготовки таких специалистов в систему среднего профессионального образования	Совместный приказ	МЗ РК (созыв), МТСЗН РК, МОН РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 8,44, первый этап: 2006 год - 1,50 2007 год - 1,59 второй этап: 2008 год - 1,68 2009 год - 1,78 2010 год - 1,89	ГМО ГМО ГМО ГМО ГМО
2. Претворение в жизнь профилактических программ						
7.	Обеспечить доступность населению информационно-образовательных материалов, выпускать и распространять информационно-образовательные	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), МОН РК, МВД, МЮ РК, акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 815,72, из них 269,85 14,45 531,42 первый этап: 2006 год - 184,81 2007 год - 185,28, из них 14,30 170,98 2008 год - 196,42, из них 20,79 175,63 второй	РБ ЦТ из РБ ГМО ГМО РБ ГМО РБ ГМО

	материалы, учебные пособия				этап: 2009 год - 28,65, из них 22,04 6,61 2010 год - 220,56, из них 212,72 7,84	Р Б ЦТ из РБ Р Б ЦТ из РБ
8.	Разработать специальные образователь- ные програм- мы и обеспечить проведение обучения по вопросам ВИЧ/СПИДа	Информа- ция в Прави- тельство Респуб- лики Казах- стан	МЗ РК (созыв), МОН РК, МО РК, МЮ РК, МВД РК	Ежегод- но, 1 февра- ля и 1 авгус- та	Всего - 1055,24: первый этап: 2006 год - 187,20 2007 год - 198,43 2008 год - 210,33 второй этап: 2009 год - 222,95 2010 год - 236,33	ГМО
9.	Обеспечить обучение специалистов, предоставля- ющих профи- лактические услуги для молодежи и уязвимых групп населения	Информа- ция в Прави- тельство Респуб- лики Казах- стан	МЗ РК	Ежегод- но, 1 февра- ля и 1 авгус- та	Всего - 145,78: первый этап: 2006 год - 22,37 2007 год - 33,27 2008 год - 35,26 второй этап: 2009 год - 26,64 2010 год - 28,24	ГМО
10.	Включить вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа в региональные трехсторонние соглашения между местными исполнитель-	Област- ные согла- шения	Акимы областей,	IV квар- тал 2007 года	Всего - 5,63: первый этап: 2006 год - 1,00 2007 год - 1,06 2008 год - 1,12	ГМО

	ными органами, объединениями работодателей и профсоюзами		городов Астаны и Алматы		второй этап: 2009 год - 1,19 2010 год - 1,26	
3. Реализация стратегии снижения вреда введения наркотиков						
11.	Обеспечить всех желающих ПИН программами обмена шприцев, игл и средствами для дезинфекции инъекционного оборудования	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 640,70, из них 41,57 255,88 343,25 первый этап: 2006 год - 107,80 2007 год - 114,29 2008 год - 134,17, из них 13,03 121,14 второй этап: 2009 год - 138,07, из них 13,86 124,21 2010 год - 146,35, из них 14,68 131,67	РБ ЦТ из РБ ГМО ГМО ГМО РБ ГМО РБ ЦТ из РБ РБ ЦТ из РБ
12.	Предоставить всем желающим ПИН обучение, информацию, добровольное консультирование и анонимное тестирование на ВИЧ	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Расходы предполагаются в пунктах 16,22	-
	Обеспечить внедрение пилотного				Всего - 3,81, первый этап:	

13.	проекта по заместительной терапии для 50 наркозависимых лиц с ВИЧ-инфекцией в Карагандинской и Павлодарской областях	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	2006 год - 0,68 2007 год - 0,72 2008 год - 0,76 второй этап: 2009 год - 0,80 2010 год - 0,85	ГМО
4. Реализация стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции						
14.	Обеспечить доступ населения (включая молодежь) к качественным презервативам	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 338,21, первый этап: 2006 год - 60,00 2007 год - 63,60 2008 год - 67,41 второй этап: 2009 год - 71,46 2010 год - 75,74	ГМО
15.	Обеспечить всех желающих ПИН, СР, МСМ и лиц, лишенных свободы,	Информация в Правительстве Республики	МЗ РК (созыв), МЮ РК, акимы областей,	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 691,03, из них 21,60 291,55 377,88 первый этап: 2006 год - 112,03 2007 год - 115,96 2008 год - 126,49, из них 6,60 119,89 второй этап:	Р Б ЦТ из РБ ГМО ГМО

	качественными презервативами	лики Казахстан	городов Астаны и Алматы		2009 год - 161,62, из них 7,20 140,02 14,40 2010 год - 174,93, из них 7,80 151,53 15,60	Р Б ГМО Р Б ЦТ из РБ ГМО Р Б ЦТ из РБ ГМО
16.	Обеспечить доступ уязвимых групп населения (ПИН, СР, МСМ) к лечению ИППП в момент обращения на бесплатной конфиденциальной и анонимной основе в дружественных кабинетах при областных и городских центрах СПИД по их желанию на приемлемых для них условиях	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 206,65, из них 45,53 161,12 в том числе по годам: первый этап: 2006 год - 44,14 2007 год - 52,40 2008 год - 64,58 второй этап: 2009 год - 17,60 2010 год - 27,93	ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ ЦТ из РБ
5. Учреждение и поддержание особых объектов по						

<p>предоставлению услуг по психосоциальному консультированию и тестированию на ВИЧ</p>						
<p>17.</p>	<p>Обеспечить подготовку специалистов кабинетов психосоциального консультирования и анонимного тестирования на ВИЧ</p>	<p>Информация в Правительство Республики Казахстан</p>	<p>МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы</p>	<p>Ежегодно, 1 февраля и 1 августа</p>	<p>На подготовку специалистов, расчеты представлены в пункте 22</p>	<p>-</p>
<p>18.</p>	<p>Оснастить диагностическим оборудованием для проведения иммуноферментного анализа лаборатории республиканского и областных центров СПИД, а также центры СПИД городов Астаны, Алматы, Темиртау, Балхаша, Жезказгана, Семипалатинска</p>	<p>Информация в Правительство Республики Казахстан</p>	<p>МЗ РК (созыв), акимы областей и городов Астаны, Алматы, Темиртау, Балхаша и Жезказгана</p>	<p>В 2010 году 1 февраля и 1 августа</p>	<p>Всего - 57,76, из них 3,61 54,15 второй этап: 2010 год - 57,76 3,61 54,15</p>	<p>Р Б ЦТ из РБ Р Б ЦТ из РБ</p>
<p>19.</p>	<p>Обеспечить работу имеющихся пунктов доверия. Расширять сеть стационарных пунктов доверия, расположенных</p>	<p>Информация в Правительство Республики</p>	<p>МЗ РК (созыв), акимы областей,</p>	<p>Ежегодно, 1 февраля</p>	<p>Всего - 435,21 из них 379,71 55,50 первый этап: 2006 год - 55,50 2007 год - 40,39 2008 год</p>	<p>ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ</p>

	вне медицинских организаций и мобильных пунктов доверия	Казахстан	городов Астаны и Алматы	ля и 1 августа	- 140,30 второй этап: 2009 год - 96,60 2010 год - 102,42	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
20.	Внедрить в дружественных кабинетах экспресс-диагностику ВИЧ инфекции	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 96,61, первый этап: 2007 год - 13,70 2008 год - 17,11 второй этап: 2009 год - 25,94 2010 год - 39,86	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
6. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку						
21.	Разработать комплексный план мероприятий по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку	Приказ МЗ РК	МЗ РК	I квартал 2007 года	Расходы не предполагаются	-
22.	Обеспечить проведение семинаров-тренингов по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции вертикальным путем, добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ	Приказ МЗ РК	МЗ РК	III квартал ежегодно	Всего - 5,51, из них 1,65 3,86 первый этап: 2006 год - 2,18 2007 год - 0,86 2008 год - 0,82 второй этап: 2009 год - 0,71 2010 год - 0,94	Р Б ГМО ГМО ГМО ГМО Р Б РБ

23.	Внедрить экспресс - диагностику ВИЧ - инфекции у беременных женщин, не состоявших на диспансерном учете в женских консультациях (кабинетах)	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 156,97, первый этап: 2007 год - 44,39 2008 год - 40,86 второй этап: 2009 год - 38,16 2010 год - 33,56	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
24.	Обеспечить профилактическое противовирусное лечение В И Ч - инфицированных беременных женщин во время беременности, в родах и новорожденных	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 45,86, первый этап: 2007 год - 7,10 2008 год - 9,43 второй этап: 2009 год - 12,61 2010 год - 16,72	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
7. Постконтактная профилактика						
25.	Обеспечить доступ населения к постконтактной антиретровирусной профилактике	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 2,91, первый этап: 2007 год - 0,36 2008 год - 0,51 второй этап: 2009 год - 0,82 2010 год - 1,22	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
8. Профилактика вторичных заболеваний у людей с ВИЧ-инфекцией						
	Обеспечить химиопрофилактику вторичных, оппортунистических	Информация в Прави-	МЗ РК (созыв), акимы	Ежегод-	Всего - 13,45, первый этап: 2007 год - 2,26	ЦТ из РБ

26.	(пневмоцистной пневмонии и токсоплазмоза) заболеваний у взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией	Министерство Республики Казахстан	областей, городов Астаны и Алматы	1 февраля и 1 августа	2008 год - 2,89 второй этап: 2009 год - 3,69 2010 год - 4,61	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
27.	Обеспечить внедрение химиопрофилактики туберкулеза у людей с ВИЧ-инфекцией, в том числе у лиц, находящихся в местах лишения свободы	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), МЮ РК, акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего 4,68, первый этап: 2007 год - 0,51 2008 год - 0,80 второй этап: 2010 год - 1,08 2009 год - 2,29	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
9. Профилактика гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ-инфекции						
28.	Обеспечить постоянный контроль за безопасностью заготавливаемой крови и ее компонентов в службах крови	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), Департаменты государственного санитарно-эпидемиологического надзора и центры СПИД областей городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Расходы не предполагаются	-
10. Претворение в жизнь программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного						

лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом						
29.	Усовершенствовать систему оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи ЛЖВС на амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровнях	Приказ МЗ РК	МЗ РК	IV квартал 2007 года	Расходы не предполагаются	-
30.	Обеспечить издание информационно-образовательных материалов (ИОМ) по приверженности антиретровирусной терапии ЛЖВС	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	<p>Всего - 1,17,</p> <p>первый этап:</p> <p>2006 год - 0,21</p> <p>2007 год - 0,22</p> <p>2008 год - 0,23</p> <p>второй этап:</p> <p>2009 год - 0,25</p> <p>2010 год - 0,26</p>	ГМО
31.	Обеспечить проведение семинаров по Протоколам диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе	Приказ МЗ РК	МЗ РК	III квартал ежегодно	<p>Всего - 14,38,</p> <p>из них 5,36</p> <p>9,02</p> <p>первый этап:</p> <p>2006 год - 4,25</p> <p>2008 год - 4,77</p> <p>второй этап:</p> <p>2010 год - 5,36</p>	<p>Р Б</p> <p>ГМО</p> <p>ГМО</p> <p>ГМО</p> <p>РБ</p>
					<p>Всего - 772,36,</p> <p>из них</p>	

32.	Обеспечить доступ людей с ВИЧ-инфекцией (взрослых и детей) к комбинированной антиретровирусной терапии и достаточным ассортиментом лекарственных препаратов	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	468,58 303,78 первый этап: 2006 год - 65,51 2007 год - 107,49, из них 7,59 99,9 2008 год - 150,45, из них 12,08 138,37 второй этап: 2009 год - 198,05 2010 год - 250,86	ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ЦТ из РБ
33.	Вносить предложения по изменению и дополнению в список основных (жизненно важных) лекарственных средств для химио-профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний	Приказ МЗ РК	МЗ РК	III квартал ежегодно	Расходы не предполагаются	-
34.	Обеспечить лекарственными средствами нуждающихся людей, живущих с ВИЧ/СПИДом для лечения оппортунистических заболеваний (пневмоцистная пневмония, герпетическая	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 329,26 первый этап: 2007 год - 62,92 2008 год - 75,0 второй этап: 2009 год - 88,34	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ

	инфекция, токсплазмоз и кандидоз) в амбулаторных условиях				2010 год - 103,0	ЦТ из РБ
35.	Обеспечить нуждающихся людей, живущих с ВИЧ/СПИД уходом, с привлечением волонтеров, а также представителей неправительственных организаций	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Расходы на подготовку волонтеров и их вознаграждения предусмотрены в пункте 5	
36.	Оснастить комплектами оборудования лаборатории Карагандинского, Павлодарского, Южно-Казахстанского областных центров СПИД для определения вирусной нагрузки методом полимеразной цепной реакции	Решения акимов областей	Акимы Карагандинской, Павлодарской, Южно-Казахстанской областей	IV квартал 2007 года	Всего - 23,21 первый этап: 2007 год - 23,21	ЦТ из РБ
37.	Обеспечить проведение лабораторного мониторинга за эффективностью антиретровирусной терапии у больных ВИЧ-инфекцией (определение	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы Акмолинской, ЗКО, Костанайской, Карагандинской, Павлодарской,	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 78,93, из них 32,87 13,90 32,16 первый этап: 2007 год - 14,70 2008 год - 17,46 второй этап: 2009 год - 21,43,	РБ ЦТ из РБ ГМО ГМО ГМО

	СД-4 лимфоцитов и вирусной нагрузки)		Южно-Казахстанской областей		из них 15,21 6,22 2010 год - 25,34, из них 17,66 7,68	Р Б ЦТ из РБ Р Б ЦТ из РБ
38.	Стандартизировать этапы лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний в службе СПИД	Приказ МЗ РК	МЗ РК	I I квартал 2010 года	Расходы не предполагаются	
39.	Предоставление грантов в рамках социального заказа для организаций, работающих с ЛЖВС по формированию приверженности к антиретровирусной терапии лиц, живущих с ВИЧ	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 45,6 первый этап: 2006 год - 4,0 2007 год - 8,0 2008 год - 9,60 второй этап: 2009 год - 11,20 2010 год - 12,80	ГМО
11. Реализация социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции						
	Внедрить проекты по	Информация в Прави-	МЗ РК (созыв), акимы	Ежегодно,	Всего - 18,12, из них 1,62 5,84 10,66 первый этап: 2006 год - 3,35 2007 год - 0,44 2008 год - 5,81, из них	Р Б ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ

40.	социальной поддержке людей с ВИЧ	тельство Республики Казахстан	областей, городов Астаны и Алматы	1 февраля и 1 августа	0,76 1,50 3,55 второй этап: 2009 год - 2,22, из них 0,42 1,80 2010 год - 6,30, из них 0,44 2,10 3,76	Р Б ЦТ из РБ ГМО Р Б ЦТ из РБ Р Б ЦТ из РБ ГМО
1 2 . Совершенствование эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования ответных мероприятий						
41 .	Развивать слежение за ВИЧ инфекцией, основанное на дозорном эпидемиологическом надзоре за приоритетными группами населения и за регистрацией лучаев ВИЧ инфекции	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), акимы областей, городов Астаны и Алматы	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 49,75, из них 17,58 32,17 первый этап: 2006 год - 9,00 2007 год - 9,27, из них 3,97 5,30 2008 год - 9,82, из них 4,21 5,61 второй этап: 2009 год - 10,44, из них 4,49 5,95 2010 год - 11,02,	ЦТ из РБ ГМО ГМО ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ГМО ЦТ из РБ ГМО

					из них 4,91 6,31	ЦТ из РБ ГМО
42.	Обеспечить верификацию 10 % отрицательных образцов сухой капли крови по результатам ДЭН на опорных базах городов Караганды, Павлодар, Уральск, Шымкент, Алматы	Приказ МЗ РК	МЗ РК	I V квартал ежегодно	Всего - 10,15, первый этап: 2007 год - 2,32 2008 год - 2,45 второй этап: 2009 год - 2,61 2010 год - 2,77	ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ ЦТ из РБ
43.	Обеспечить мониторинг программной деятельности, включая превентивные программы, лечение ЛЖВС и мониторинг ресурсов	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), МОН РК, МО РК, МТСЗН РК, МКИ РК, МЮ РК, МВД РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Расходы не предполагаются	-
44.	Совершенствовать систему национальных индикаторов по мониторингу и оценке ответных мероприятий	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК (созыв), МОН РК, МВД РК, МО РК, МТСЗН РК, МЮ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Всего - 19,37, первый этап: 2006 год - 4,09 2007 год - 2,74 2008 год - 4,50 второй этап: 2009 год - 3,08 2010 год - 4,96	ГМО
45.	Определять приоритеты научных исследований, исходя из результатов эпидемиологического	Подготовка проектов	МЗ РК	I V квартал ежегодно	Расходы не предполагаются	-

	слежения, мониторинга и оценки	научных исследований				
46.	Создать национальную базу данных по ВИЧ/СПИДу на основе единой системы индикаторов мониторинга и оценки	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	Ежегодно, 1 февраля и 1 августа	Расходы не предполагаются	-
47.	Разработать ведомственные и областные программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа	Приказы центральных исполнительных органов Решения акимов	МЗ РК (созыв), МОН РК, МВД РК, МО РК, МЮ РК, МКИ, акимы областей, городов Астаны и Алматы	I квартал 2007 года	Всего - 15,28, первый этап: 2006 год - 4,38 2007 год - 1,45 2008 год - 3,08 второй этап: 2009 год - 3,11 2010 год - 3,26	ГМО
48.	Разработать и издать национальные руководства по мониторингу и оценке программы	Информация в Правительстве Республики Казахстан	МЗ РК	I квартал 2008 года	Всего - 125,85, первый этап: 2006 год - 23,07 2007 год - 23,65 2008 год - 23,96 второй этап: 2009 год - 26,48 2010 год - 28,69	ГМО
Годы	Всего	РБ	ЦТ из РБ	ГМО		
Первый этап 2006-2008 годы - 3640,05 млн.тенге						
2006 год	949,87	0	0	949,87		
2007 год	1229,96	14,30	250,60	965,06		

2008 год	1460,22	41,18	350,0	1069,04
Второй этап 2009-2010 годы - 3068,88 млн.тенге				
2009 год	1327,06	59,44	815,50	452,12
2010 год	1741,82	263,21	992,03	486,58
И т о г о н а 2 0 0 6 - 2 0 1 0 годы:	6708,93	378,13	2408,13	3922,67

Всего на реализацию данной Программы на 2006-2010 годы необходимо 6708,93 млн. тенге.

Объем финансирования данной программы на 2006-2010 годы будет уточняться при формировании республиканского бюджета в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

В плане мероприятий предусматриваются расходы на реализацию Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы.

Примечание:

- МЗ РК - Министерство здравоохранения Республики Казахстан
- МВД РК - Министерство внутренних дел Республики Казахстан
- МКИ РК - Министерство культуры и информации Республики
Казахстан
- МО РК - Министерство обороны Республики Казахстан
- МОН РК - Министерство образования и науки Республики
Казахстан
- МТСЗН РК - Министерство труда и социальной защиты населения
Республики Казахстан
- МЮ РК - Министерство юстиции Республики Казахстан
- ВОЗ - Всемирная Организация Здравоохранения
- ГФСТМ - Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом
и малярией
- Объединенная Программа - Объединенная программа Организации Объединенных
Наций по ВИЧ/СПИДу
- ПРООН / СПИД
- СДС - транслитерация английской аббревиатуры CDC -
Centers for Disease Control and Prevention
Центры по контролю и профилактике заболеваний США
- ЮСАИД - транслитерация английской аббревиатуры USAID -
United States Agency for International
Development Агентство Соединенных Штатов Америки
по международному развитию
- ЮНЕСКО - транслитерация английской аббревиатуры UNESCO -

	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Организация ООН по образованию, науке и культуре
ЮНИСЕФ	- транслитерация английской аббревиатуры UNICEF United Nations Children's Fund - Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНЭЙДС	- транслитерация английской аббревиатуры UNAIDS United Nations Program on AIDS - Объединенная программа ООН/СПИД
АРТ	- антиретровирусная терапия
БОС	- быстрая оценка ситуации
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ГМО	- гранты международных организаций
ДЭН	- дозорный эпидемиологический надзор
ДГСЭН	- департамент государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ИОМ	- информационно-образовательные материалы
ИППП	- инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВС	- люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МиО	- мониторинг и оценка
МСМ	- мужчины, вступающие в сексуальные отношения с м у ж ч и н а м и
НПО	- неправительственные организации
ОИ	- оппортунистические инфекции
ПИН	- потребители инъекционных наркотиков
ПКП	- постконтактная профилактика
РБ	- республиканский бюджет
СМИ	- средства массовой информации
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
ЦСПИД	- центры СПИД
ЦТ из РБ	- целевые трансферты из республиканского бюджета
СР	- секс-работники
УГН	- уязвимые группы населения