



**НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО
ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ
ВИЧ/СПИДа в РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
на период 2015 - 2017 гг.**

ИЮЛЬ 2014г.

Утверждено
Решением Национального координационного
комитета по профилактике и борьбе со СПИД,
туберкулёзом и малярией в Республике
Таджикистан
Протокол № 27 от 18 июля 2014 г.

**НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО
ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ
ВИЧ/СПИДа в РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН
на период 2015 - 2017 гг.**

ИЮЛЬ 2014г.

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1:	СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ.....	6
1.1	ПОСЛЕДНИЕ ДАННЫЕ ОБ ЭПИДЕМИИ	6
1.2	ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ.....	7
1.3	ГЕНДЕР, СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ	13
РАЗДЕЛ 2:	АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА.....	16
2.1	УПРАВЛЕНИЕ	16
2.2	СТРАНОВОЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ.....	19
2.3	НЕТРАДИЦИОННЫЕ ВОВЛЕЧЕННЫЕ СТОРОНЫ.....	20
2.4	ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ.....	20
2.5	АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ.....	27
2.6	УХОД И ПОДДЕРЖКА.....	30
2.7	ВИЧ И ИНВАЛИДНОСТЬ	30
2.8	ГЕНДЕРНЫЕ ВОПРОСЫ	31
2.9	СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТВЕТ.....	32
2.10	ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА	34
2.11	МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР И ИССЛЕДОВАНИЕ .	2
2.12	ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РАССМОТРЕНИЯ В НОВОМ СТРАТЕГИЧЕСКОМ ПЛАНЕ..	3
РАЗДЕЛ 3:	НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА	5
3.1	ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА	5
3.2	ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ	5
3.3	РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА.....	5
3.4	РЕАЛИЗАЦИЯ НОВОГО НАЦИОНАЛЬНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА.....	6
3.5	СТРАТЕГИЧЕСКАЯ РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА	7
3.6	РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ	1
3.7	ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПЛАНА.....	1
РАЗДЕЛ 4:	СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ И РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТОВ	3
4.1	РЕАГИРОВАНИЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ	3
4.2	ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.....	3
РАЗДЕЛ 5:	КООРДИНАЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ	18
5.1	ПРАВИТЕЛЬСТВО	18
5.2	НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ	18
5.3	УЧАСТИЕ ДРУГИХ ВЕДОМСТВ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА	19
5.4	ОБЛАСТНЫЕ И РАЙОННЫЕ КООРДИНАЦИОННЫЕ КОМИТЕТЫ ПО СПИДУ.....	20
5.5	МНОГОСТОРОННИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	21
5.6	ОРГАНИЗАЦИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА.....	21
5.7	ОБЩИННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ (ОРГАНИЗАЦИИ НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВ) И ЛЖВ..	22
5.8	ЧАСТНЫЙ СЕКТОР	23
РАЗДЕЛ 6:	БЮДЖЕТИРОВАНИЕ НСПВ И ПРОБЕЛЫ В ФИНАНСИРОВАНИИ	24
6.1	МЕТОДИКА РАСЧЕТА ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ ПО НСПВ	24
6.2	РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАТРАТ	25
6.3	АНАЛИЗ ПРОБЕЛОВ	26
РАЗДЕЛ 7:	МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА	29
7.1	НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ.....	29

7.2	СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ И МЕХАНИЗМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЗОРА	29
7.3	НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАНИЙ.....	30
7.4	УПРАВЛЕНИЕ И КООРДИНАЦИЯ СИСТЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ, МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАНИЙ.....	31
	ПРИЛОЖЕНИЕ 1: РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТОВ	790
	ПРИЛОЖЕНИЕ 2: ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ, РИСКИ И МЕРЫ ПО СМЯГЧЕНИЮ РИСКА В РАМКАХ НСПВ	0

СПИСОК АББРЕВИАТУР

АО	Аntenатальное (дородовое) отделение
АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВКК	Внешний контроль качества
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ГФСТМ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДККТ	Добровольное и конфиденциальное консультирование и тестирование
ДКТ / ВИЧ-ТК	Добровольное консультирование и тестирование / ВИЧ-тестирование и консультирование (ВИЧ-ТК)
ДЭН	Дозорный эпидемиологический надзор
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ИТ	Информационные технологии
ИФА	Иммуноферментный анализ
КК	Контроль качества
КЦИП	Коммуникация в целях изменения поведения
ЛЖВС	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ЛУИН	Люди, употребляющие инъекционные наркотики
МЗиСЗН	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения
МиО	Мониторинг и оценка
МОиН	Министерство образования и науки
МОТ	Международная организация труда
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
НКК	Национальный координационный комитет
НСПВ	Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа
НСР	Национальная стратегия развития
ОБО	Общинная организация
ОГН	Основные группы населения
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ОИ	Оппортунистические инфекции
ОНРС	Оценка национальных расходов на борьбу со СПИДом

ОО	Общественная организация
ООН	Организация Объединенных Наций
ПКП	Пост - контактная профилактика
ПМР	Передача ВИЧ от матери ребенку
ПМСП	Первичная медико - санитарная помощь
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПРООН	Программа развития ООН
ПРТ	Правительство Республики Таджикистан
РКК	Районный координационный комитет
РНЦК	Республиканский научный центр крови
РС	Работники (цы) коммерческого секса
РТ	Республика Таджикистан
РЦ СПИД	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом
СОПы	Стандартные операционные процедуры
СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
ССБ	Стратегия снижения бедности
ССР	Среднесрочная структура расходов
ТБ	Туберкулез
ТРГ	Тематические рабочие группы
ЦРТ	Цели развития тысячелетия
ЮНГАСС	Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН
ЮНДАФ	Рамочная программа ООН по оказанию помощи в целях развития
ЮНФПА	Фонд народонаселения ООН
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

РАЗДЕЛ 1: СИТУАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

1.1 ПОСЛЕДНИЕ ДАННЫЕ ОБ ЭПИДЕМИИ

Первый случай ВИЧ - инфекции в Республике Таджикистан был зарегистрирован в 1991-м году. После этого количество выявленных случаев было невысоким, однако количество начало неуклонно расти, и достигло своего пика в 2010 году (см. рисунок №1), в основном, за счет расширения тестирования на ВИЧ, в частности среди групп риска. Согласно докладу ЮНЭЙДС по глобальной эпидемии СПИДа за 2012 год¹, Таджикистан является одной из стран, где показатель распространенности ВИЧ увеличился более чем на 25% за последние 10 лет; хотя Таджикистану все еще удается сдерживать эпидемию в концентрированной стадии (менее 1% от общего населения). Согласно официальной статистике, к концу 2013 года зарегистрировано в общем 5 550² случаев ВИЧ-инфекции, из которых 32% случаев приходится на женскую часть населения, а 69% - на мужскую. По данным доклада ЮНЭЙДС по глобальной эпидемии СПИДа за 2013 год, оценочный показатель распространенности ВИЧ среди взрослого населения достигает 0,3%.

Рисунок 1: Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, разбивка по годам (2000 - 2013)

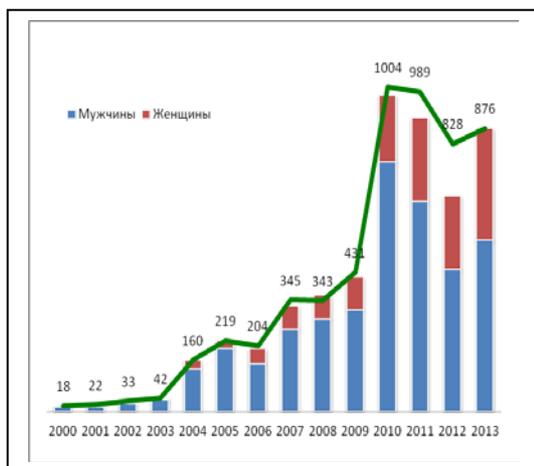


Рисунок 1: Количество новых зарегистрированных случаев ВИЧ - инфекции, разбивка по половому признаку и путям передачи (2000 - 2012)

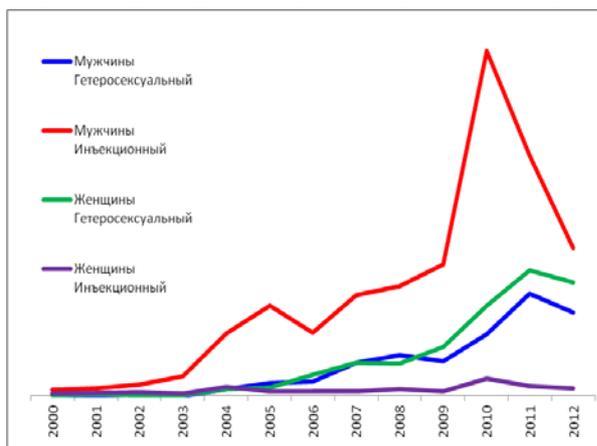


Рисунок 3: Структура общего количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, разбивка по путям передачи (2009-2013)



Несмотря на то, что эпидемия ВИЧ в прошлом была обусловлена мужским населением, потребляющим инъекционные наркотики (ЛУИН), в течение последних пяти лет наблюдается изменение в структуре появления новых случаев инфекции (Рисунок 3).

А именно, сообщается об увеличении случаев гетеросексуальной передачи вируса на 44% и вертикальной передачи инфекции на 54%, в то время как количество случаев инъекционного пути передачи сократилось на 50% в период с 2009-го

¹ Среднесрочная оценка Национальной программы по ВИЧ/СПИДУ

² Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, январь 2014г.

по 2013 годы³.

В 2013 году, зарегистрировано 80% новых случаев ВИЧ-инфицирования женщин половым путем, при этом передача ВИЧ-инфекции мужчинам в 43% случаях произошла половым путем и в 42% случаев - через употребление инъекционных наркотиков (Рисунок 4). Очевидно сокращение инъекционного пути передачи среди мужского населения, что демонстрируется 30% спадом в 2013 году по сравнению с 2009 годом.

Наряду с изменениями в структуре путей передач ВИЧ-инфекции, также наблюдаются изменения в возрастной и половой структурах эпидемии.

В период с 2009 по 2013 годы ВИЧ-инфекция была сконцентрирована на взрослом населении (89%) и, в основном, инфицирование ВИЧ пришлось на возрастную группу 30-39 лет.

Согласно официальной национальной статистике, от общей доли всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, самая высокая доля (42,2%) приходится на женщин в возрастной группе 21-29 лет, а 46,4% всех случаев ВИЧ-инфекции у мужчин приходится на возрастную группу 30-39 лет.

Смертность от СПИДа сократилась на 59% за последние пять лет (2009-2013гг.). Смертность от СПИДа составила 129 случаев в 2009 году, при этом в 2013 году этот показатель сократился до 63 случаев.

1.2 ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

Потребители инъекционных наркотиков - Таджикистан является транзитной страной и рынком для наркотических средств, включая инъекционные наркотики, такие как героин. Согласно последним исследованиям, оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН) в Таджикистане составляет 25 000 (данные за 2009 год). Показатель уровня распространенности ВИЧ, зарегистрированный в 2011 году, составляет 13,5% (ДЭН/ИБПИ за 2011 год). Экстраполяция данного показателя распространенности среди всей оценочной численности говорит о том, что в настоящее время в Таджикистане проживает около 3400 ЛУИН с ВИЧ – инфекцией.

Увеличение количества профилактических мер за последние пять лет демонстрирует позитивные результаты. 43 действующих по всей стране пункта доверия, где оказываются услуги по обмену игл и шприцев, предоставляют свободный доступ к профилактическим услугам и обеспечили удвоение охвата ЛУИН услугами ДКТ в период с 2009 по 2013 годы. Количество шприцев, распространяемых ежегодно ЛУИН, повысилось вдвое; увеличилось на 86% число ЛУИН, сообщивших об использовании презерватива во время последнего полового акта,

Рисунок 4: Изменения в путях передачи ВИЧ-инфекции, с разбивкой по половому признаку (2009-2013)

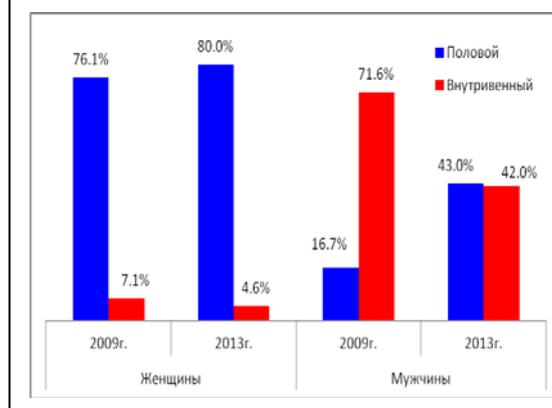


Рисунок 5: Результаты превентивных мер в отношении ЛУИН



³ Национальный отчет о достигнутом прогрессе, 2014г.

наряду с повышением на 49% числа ЛУИН, сообщивших об использовании стерильных принадлежностей для инъекций во время последнего потребления инъекционных наркотиков (Рисунок 5). Эти улучшения указывают на эффективность профилактического обслуживания, что подкреплено 23% сокращением числа ЛУИН, живущих с ВИЧ. К концу 2013 года, 305 ЛУИН получили Опиоидную заместительную терапию (ОЗТ услуги) через четыре центра⁴, действующих в стране.

Несмотря на видимые улучшения, все еще существуют вызовы. В последнее время все чаще ВИЧ-инфекция передается от ЛУИН их сексуальным партнерам (которые могут и не быть ЛУИН), а также в сфере коммерческого секса – среди работников секс-бизнеса, клиентов и других сексуальных партнеров, и среди других основных групп населения, и в местах с высоким риском – включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, мобильную группу населения/мигрантов и лиц, находящихся в местах лишения свободы. Кроме того, существует явное пересечение между коммерческим сексом и употреблением инъекционных наркотиков, в частности, в городских местностях страны. Определенная доля работников секс-бизнеса, которые также являются ЛУИН или партнерами ЛУИН, используют доход, получаемый от коммерческого секса для покупки наркотиков для собственного употребления. Данная взаимосвязь значительно повышает риск передачи ВИЧ - инфекции.

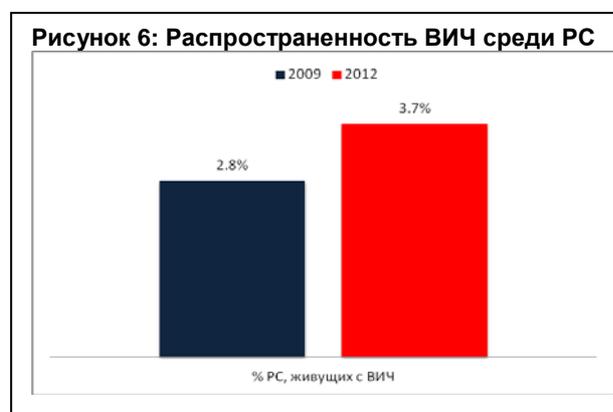
ЛУИН все еще сталкиваются с барьерами в доступе к профилактическим мероприятиям. ОЗТ охватывает около 1,5% предполагаемых ЛУИН. Сдерживающая государственная политика и практика, включая руководства, наркологический реестр, наряду с географической удаленностью ОЗТ-центров, отсутствие психосоциологической помощи – все это является основными барьерами, ограничивающими ранний доступ к лечению. Наркологические услуги не предоставляются на бесплатной основе, включая детоксикацию от героина, тем самым создаются дополнительные барьеры.

Таджикистану, где ЛУИН формируют значительную составляющую часть национальной эпидемии, необходимо в дальнейшем повысить устойчивость национального реагирования на данный вызов здравоохранению. В частности, наряду с устранением законодательных барьеров, необходимо в дальнейшем расширить число эффективных профилактических мер и увеличить охват целевой группы населения.

Работники коммерческого секса – По оценкам, численность работников коммерческого секса (РС) в Таджикистане составляет 12 500 человек (данные на 2009г.). В основном, работниками коммерческого секса являются женщины, но сексуальные услуги также предоставляют небольшое количество мужчин, а также трансгендерные лица. Все работники коммерческого секса находятся в группе высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией и являются уязвимыми вследствие частой смены сексуальных партнеров и ограниченных возможностей обеспечения безопасного секса при каждом половом контакте. За последние годы в Таджикистане неуклонно растет число работников коммерческого секса.

Вследствие этого, в стране действует 24 центра «дружественных услуг». Охват работников коммерческого секса консультированием и тестированием на ВИЧ-инфекцию увеличился более чем в три раза в период с 2009 по 2013 год. Несмотря на высокий уровень охвата РС профилактическими мерами, для эффективности этих программ требуются улучшения.

В соответствии с данными ЮНЭЙДС, вне зависимости от того, что использование



⁴ Душанбе, Курган-Тюбе, Хорог и Худжанд

презерватива зависит от типа партнера, число РС, использовавших презерватив при контакте со своим последним клиентом, сократилось на 13% в период с 2009 по 2012 год⁵. Женщины-работницы коммерческого секса сообщают об отказе партнеров от использования презервативов.

Показатель распространенности ВИЧ среди этой группы продолжает расти и указывает на рост в 32% с начала 2009 года (Рисунок 6). По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН/ИБПИ) за 2011 год, 3.7% РС являются ВИЧ – положительными лицами. Среди этой группы населения наблюдаются более высокие показатели ИППП, таких как сифилис (распространенность - 10,5%), вследствие этого, РС становятся более уязвимыми к ВИЧ - инфекции.

Независимо от расширения уровня охвата ДКТ, РС не демонстрируют достаточного уровня знания о путях передачи ВИЧ - инфекции, и методах профилактики. Согласно информации, предоставленной работниками коммерческого секса, использование презерватива при контакте с последним клиентом сократилось с 84% в 2009 году до 71% в 2012 году⁶. Вследствие того, что уровень знаний напрямую связан с рискованным поведением, расширение профилактических и информационно - образовательных программ для РС имеет большое значение для содействия в изменении поведения.

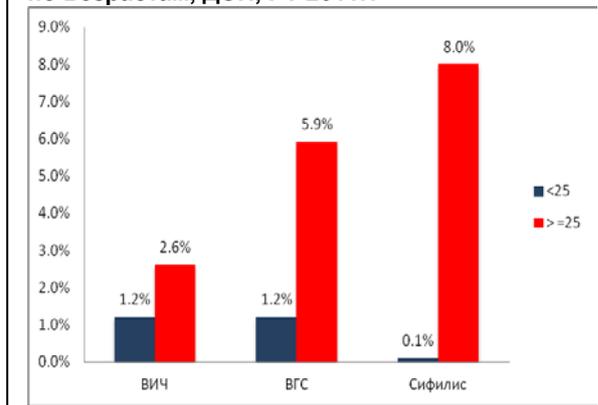
ВИЧ-инфекция наиболее распространена среди работников коммерческого секса, которые употребляют инъекционные наркотики или имеют партнеров-ПИН. При этом все работники секс-бизнеса находятся в группе высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией вследствие их стигматизированного статуса и отсутствия доступа к услугам, включая профилактику, тестирование, консультирование и лечение. Работники коммерческого секса также подвергаются высокому риску заражения другими ИППП, что также увеличивает их риск приобретения ВИЧ-инфекции.

Мужчины, практикующие секс с мужчинами – В соответствии с последней оценкой численность мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ) составляет 30 000 человек. Поведение и сексуальность МСМ весьма разнообразны, и включают в себя бисексуальность. Таким образом, можно утверждать, что ВИЧ - эпидемия среди МСМ и гетеросексуальных мужчин связаны между собой. Хотя очень трудно охватить МСМ услугами, в Таджикистане удалось повысить охват этой группы ДКТ в более чем 10 раз, с 89 обращений в 2010 году до 942 – в 2013. В свою очередь, регистрация ВИЧ-инфекции не отражает реальный уровень показателя распространенности ВИЧ среди этой группы.

На сегодняшний день, официально в Таджикистане не был зарегистрирован ни один случай гомосексуального пути передачи ВИЧ - инфекции.

По данным дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за 2011 год показатель распространенности ВИЧ у МСМ, исследованных в городе Душанбе составил 1,5%, гепатита С – 3,9% и сифилиса – 5,1%. Большинство МСМ, живущих с ВИЧ, гепатитом С и сифилисом входят в возрастную группу старше 25 лет. Охват

Рисунок 7: Распределение МСМ, живущих с ВИЧ, гепатитом С и сифилисом, с разбивкой по возрастам, ДЭН, РТ 2011г.



⁵ Глобальный доклад ЮНЭЙДС, 2013г.

⁶ Глобальный доклад ЮНЭЙДС, 2013г., стр. А49

МСМ профилактическими мерами выше у МСМ, не имеющих ВИЧ-инфекции (39,5%), нежели у МСМ, которые являются ВИЧ-положительными людьми (0,7%).

Из-за высокого уровня стигматизации, большинство МСМ являются бисексуалами. По данным, 42,7% МСМ имеют половые контакты только с мужчинами, а 57,3% имеют половые отношения, как с партнерами-мужчинами, так и с женщинами. Последняя категория также повышает риск возникновения случаев ВИЧ-инфекции у женщин.

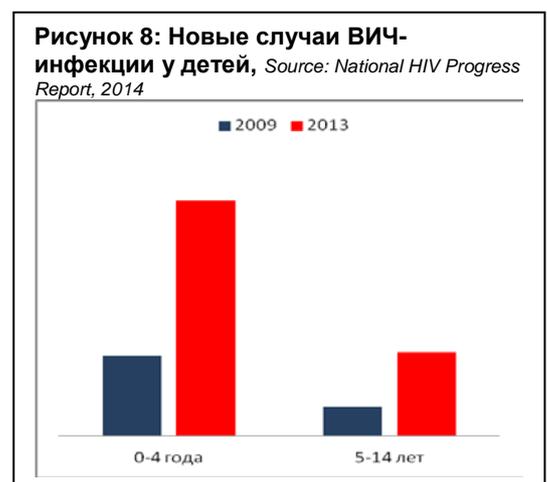
Показатель распространенности ВИЧ, гепатита С и сифилиса среди группы МСМ зависит от уровня осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и профилактических мер. Уровень знаний о ВИЧ и СПИД у ВИЧ-положительных МСМ составил все лишь 0,1%, тогда как у ВИЧ-отрицательных МСМ эта цифра равна 54,6%. У МСМ, инфицированных вирусом гепатита С и сифилиса, и представляющих 3,6% и 2,9% соответственно, имеется недостаток знаний по путям передачи ВИЧ и профилактическим мерам.

В связи с табу, МСМ редко готовы обратиться за помощью к медицинским работникам. В заключение необходимо отметить, что существует озабоченность относительно того, что неизвестны реальные масштабы передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин, практикующих секс с мужчинами. Необходимо в срочном порядке провести дальнейшие исследования для оценки эпидемии ВИЧ среди МСМ.

Дети - Примерно 2% людей, живущих с ВИЧ в Таджикистане, это дети в возрасте до 15 лет. Кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у детей значительно повысилось за последние годы, с 70 в 2007-2011гг. до 140 в 2013г., большая часть из которых приходится на детей в возрасте до пяти лет.

Дети представляют собой особую проблему по уходу за ВИЧ-инфекцией. Соблюдение ими АРВ-терапии полностью зависит от уровня знаний и приверженности их родителей. Из 325 случаев ВИЧ-инфекции, АРВТ не охвачено 38% ВИЧ-позитивных детей.

Искоренение случаев передачи ВИЧ от матери к ребенку – В соответствии с национальной системой Дозорного эпидемиологического надзора, предполагаемая доля ВИЧ-инфицированных женщин является стабильной и колеблется от 0,05 до 0,06%. Однако, количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди беременных женщин, со временем увеличилось (Рисунок 8А) практически в 2,5 раза в 2013 году, по сравнению с 2009 годом. На 1 декабря 2013 года, всего насчитывалось 367 беременных женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией. Только за шесть месяцев 2014 года, Республиканский центр по борьбе со СПИДом сообщил о 106 случаях выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин. Около 70% случаев были выявлены во время беременности и родов, а у остальных женщин ВИЧ-инфекция была обнаружена ранее. Такой рост можно частично связать с активизацией тестирования на ВИЧ этой группы населения, что наглядно демонстрируется увеличением в 1,4 раза тестирования беременных женщин на ВИЧ. Однако необходимо также отметить недавние изменения в структуре появления новых случаев инфекции (а именно, увеличение на 44% гетеросексуального пути передачи и на 54% - вертикальной передачи инфекции). В 2013 году, зарегистрировано 80% новых случаев ВИЧ-инфицирования женщин половым путем и, согласно официальной национальной статистике, от общей доли всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у женщин, самая высокая доля (42,2%) приходится на женщин в возрастной группе 21-29 лет.



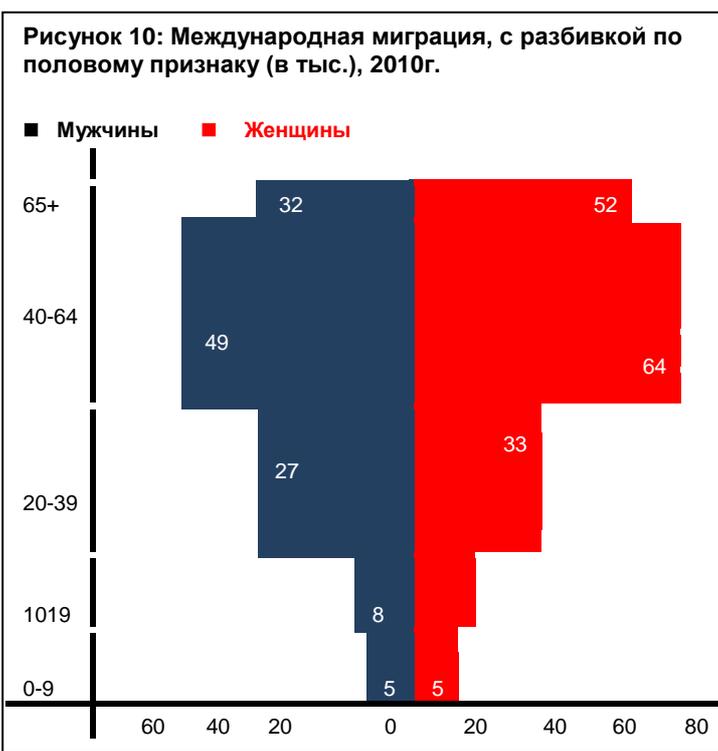
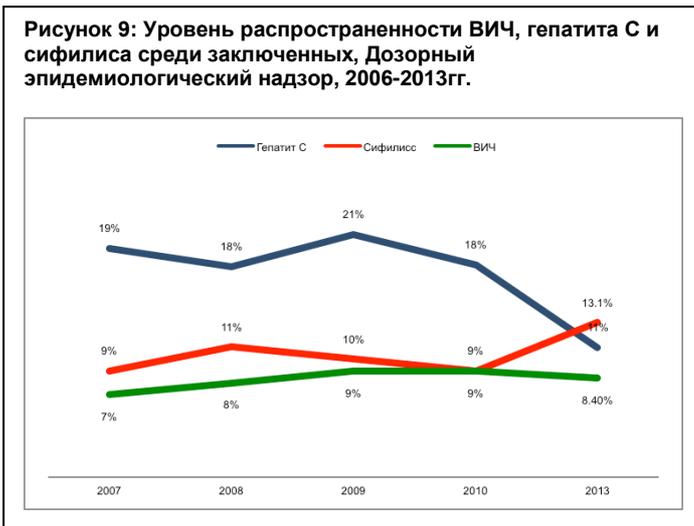
На 31 декабря 2013 года, охват беременных женщин, пребывавших в АО, добровольным консультированием и тестированием (ДКТ) на ВИЧ составил по всей стране 90%. Процент беременных женщин с ВИЧ-инфекцией, получивших АРВ-терапию для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку колеблется в зависимости от источника данных от 51,6% (по сведениям национальной статистики) до 82% (спектральный анализ).

Принимая во внимание последние изменения в эпидемиологической тенденции, крайне важно обеспечить устойчивость и расширить охват ДКТ и АРВТ в контексте ППМР.

Заклученные - Уровень распространенности ВИЧ - инфекции среди заключенных варьировался от 6,2% в 2005 году до 8,4% в 2013 году. Большинство ВИЧ - инфицированных заключенных - это потребители инъекционных наркотиков, что подтверждается данными рутинного эпидемиологического надзора. Уровень распространенности ВГС среди заключенных имеет тенденцию к снижению: с 24% в 2005 до 11% в 2013 году.

Высокий показатель распространенности ВИЧ ассоциируется с незащищенным сексом и употреблением инъекционных наркотиков в исправительных учреждениях. Заключенные являются также своего рода «мостиком» между группой риска и остальными людьми. Сразу же после освобождения, они возвращаются в семьи и общество, перенося с собой все инфекции, полученные во время заключения. В качестве ответной меры на эти вызовы, для снижения вреда, в пенитенциарной системе Таджикистана начались пилотные проекты по обмену шприцов и игл.

Данные Дозорного эпидемиологического надзора в пенитенциарных учреждениях указывают на некоторую обнадеживающую тенденцию. В период с 2007 по 2013 год, показатель распространенности гепатита С среди заключенных снизился с 19% в 2007 году до 11% в 2013 году, между тем как показатель распространенности ИППП демонстрирует растущую тенденцию. Со временем показатель распространенности сифилиса повысился с 9% в 2007 году до 13,1% в 2013 году (Рисунок 9). Расширение объема профилактических мер в пенитенциарных учреждениях является государственным приоритетом, так как в настоящее время только 48% заключенных охвачены профилактическими мероприятиями⁷. Согласно отчету ДЭН за 2013 год, незащищенные половые контакты и



⁷ Отчет о ходе работ и запрос на выплату средств (PUDR), 2013г.

употребление инъекционных наркотиков продолжают оставаться доминирующими в исправительных учреждениях⁸. 16,3% заключенных обмениваются шприцами, а у 9,9% имеется хотя бы один из симптомов ИППП.

Трудовая миграция - За последнее время, рост уровня миграции стал новым отличительным явлением для Таджикистана. В соответствии с исследованиями и по неофициальным данным, число трудовых мигрантов составляет около 2 миллионов человек⁹. Многие мигранты как внутри, так и за пределами страны, находятся в поиске лучшего трудоустройства и заработной платы. Согласно данным ООН по населению (Рисунок 10), гражданам в возрастной группе 40-64 года более характерна международная иммиграция. 57% этой группы составляют женщины (Рисунок 10).

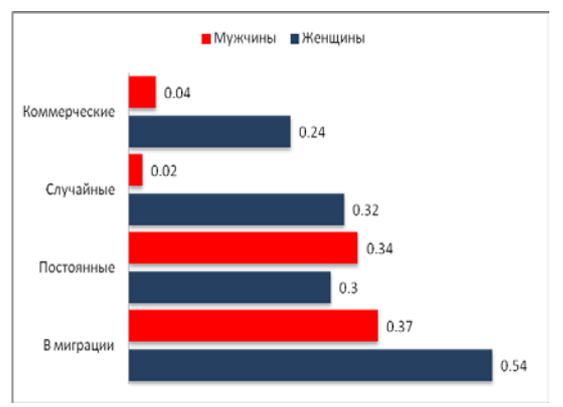
Новым явлением в сфере трудовой миграции является неуклонный рост женской трудовой миграции. По мнению разных экспертов, доля женщин в общем количестве трудовых мигрантов составляет от 7% до 20%.

Данные самого последнего ИБПИ¹⁰ (2013 год) показали, что среди этой группы населения наблюдается низкий уровень распространенности ВИЧ - инфекции (0,4%), и это обусловлено наличием антител на ВГС. Это указывает на риск передачи ВИЧ через инъекционное употребление наркотиков. 7% участников опроса отметили, что они употребляли инъекционные наркотики во время пребывания в Таджикистане (7,5% мужчин-мигрантов и 2,3% женщин-мигрантов).

Основные причины уязвимости трудовых мигрантов к ВИЧ-инфекции связаны с широким спектром общекультурных и поведенческих факторов, связанных главным образом, с низким уровнем образования, недостаточными знаниями о культуре других народов, ограниченными жизненными навыками и отсутствием соответствующих поведенческих навыков в ситуациях, связанным с высоким риском. Эти факторы являются основным препятствием к надлежащей поведенческой практике в ситуациях, связанных с повышенным риском передачи ВИЧ-инфекции, что более усиливается в условиях временной трудовой миграции из-за незнакомой среды. Довольно низкий уровень осведомленности о путях передачи ВИЧ-инфекции и профилактических мер является неотъемлемой частью информационно-культурной уязвимости трудовых мигрантов. Согласно ИБПИ за 2013 год, 75% респондентов смогли точно определить пути передачи ВИЧ, а 89% смогли определить какие из путей передачи ВИЧ-инфекции являются неверными.

Важным фактором, воздействующим на уязвимость к ВИЧ-инфекции в период миграции, является крайне низкий социально-экономический статус мужчин - трудовых мигрантов из Таджикистана. Этот факт приводит, в свою очередь, к очень ограниченному выбору половых партнеров в период миграции, в основном сводящихся к нижнему сегменту РС или полумаргинальным категориям женщин, которые формально не отнесены к группе РС (Рисунок 11).

Рисунок 11: Наличие постоянных, непостоянных и коммерческих половых партнеров во время последней трудовой миграции, ДЭН, 2008г.



⁸ Отчет по Дозорному эпидемиологическому надзору в тюрьмах, 2013г., РЦ СПИД (презентация)

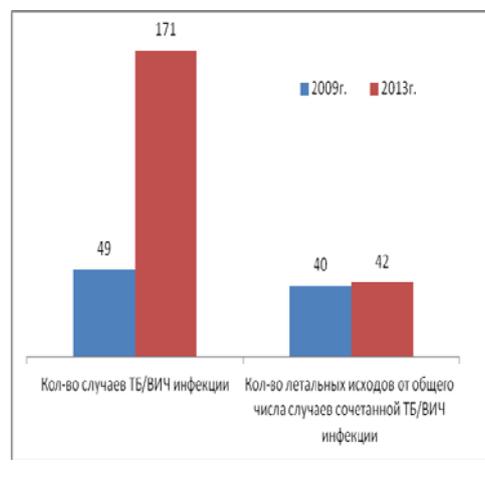
⁹ Национальный отчет о достигнутом прогрессе (2009г.), в рамках Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИД Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН, стр. 19.

¹⁰ Отчет ИБПИ о мигрантах в Республике Таджикистан, 2013г., РЦ СПИД

Таким образом, хотя уровень распространенности ВИЧ среди трудовых мигрантов существенно ниже планки, соответствующей концентрированной стадии эпидемии, общие масштабы трудовой миграции настолько велики для Таджикистана, что создают реальную угрозу распространения ВИЧ-инфекции среди категорий населения, имеющих сексуальные контакты с мигрантами (в первую очередь, их жен или половых партнеров).

Опportunистические инфекции - Наиболее острой опportunистической инфекцией в Таджикистане является туберкулез (ТБ). За последние пять лет количество зарегистрированных случаев сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции повысилось практически в 2,5 раза (Рисунок 12), что соответствует 11,5% от общего числа зарегистрированных людей, живущих с ВИЧ-инфекцией. Этот рост можно частично объяснить интеграцией ДКТ в лечебные учреждения, где предоставляются услуги, связанные с ТБ и/или ВИЧ. Среди всех пациентов с ТБ, протестированных на ВИЧ, у 1,4% пациентов был диагностирован статус ВИЧ. Увеличение новых случаев сочетанной ТБ/ВИЧ инфекции противопоставляется относительно стабильному уровню смертности, который колеблется от 40 случаев в 2009 году до 42 случаев в 2013 году. Несмотря на то, что все без исключения люди, живущие с ВИЧ, ТБ, а также ВИЧ-положительные с ТБ имеют право на антиретровирусную терапию (независимо от количества CD4 клеток) в стране, доля охвата АРВ пациентов с сочетанной ТБ/ВИЧ инфекцией составила 57,4 в 2011 году и 67,2% - в 2012 году.

Рисунок 12: Сочетанная ТБ/ВИЧ инфекция, 2009-2013гг.



Основными факторами, воздействующими на распространение двойной инфекции туберкулеза и ВИЧ в стране являются: высокий уровень распространенности ТБ, включая формы, резистентные к воздействию лекарственных средств, бедность, экономические невзгоды, высокий уровень миграции, а также отсутствие доступа к быстрым и качественным медицинским услугам.

Тем не менее, туберкулез не является единственной опportunистической инфекцией, поражающей ЛЖВ. Сочетанные инфекции ВИЧ-ИППП и ВИЧ – ВГС, и ВИЧ - ВГВ также несут серьезные проблемы. Фактор ИППП указывает на рискованное поведение, и связан с более высоким уровнем физиологической вероятности заражения ВИЧ – инфекцией.

1.3 ГЕНДЕР, СТИГМА И ДИСКРИМИНАЦИЯ

Гендерная динамика ВИЧ в Республике Таджикистан является сложной и неоднозначной. Несмотря на преобладание ЛУИН в динамике развития эпидемии ВИЧ в Таджикистане, женское население остается особенно уязвимым. Большинство РС представлено женщинами, среди ЛУИН они составляют примерно 11%. Помимо этого, существует ряд социально-экономических и психологических факторов, воздействующих на уязвимость женщин к ВИЧ-инфекции в Таджикистане. В целом, общество характеризуется строгим патриархальным укладом, где мужчины вправе управлять семейными ресурсами и принимать решения о любых действиях, которые будут выполняться женщинами. Вследствие существования психологических и социальных табу, норм и стереотипов, многие женщины сталкиваются с трудностями, когда требуют от своих супругов или партнеров безопасной сексуальной практики. Кроме того, они также обладают ограниченными возможностями обсуждения вопросов репродуктивного

здоровья и сексуальных отношений со своими партнерами. При этом зависимый статус женщин ведет к росту сексуальной эксплуатации, жестокости и незащищенным половым контактам.

Низкий уровень знаний мужчин и женщин о *заболеваниях, передающихся половым путем* и ВИЧ/СПИДе, распространенность насилия в отношении женщин, высокий уровень миграции среди молодых мужчин, а также использование услуг *работников коммерческого секса* трудовыми мигрантами после отъезда из дома – это основные аспекты, воздействующие на распространение инфекции среди женщин, в частности, рассматривая тот факт, что большинство ПИН, которые представляют собой основную уязвимую группу населения в стране, женаты и их супруги или сексуальные партнеры находятся под риском повышенной возможности заражения ВИЧ-инфекцией.

Кроме того, большинство МСМ женаты и имеют незащищенные половые контакты со своими супругами. Потребители инъекционных наркотиков представляют собой наиболее уязвимую группу населения, а их супруги или сексуальные партнеры подвержены высокому риску заражения ВИЧ-инфекцией. Таким образом, ВИЧ-инфекция может передаваться женщинам различными способами. Большинство ВИЧ-позитивных беременных женщин являлись сексуальными партнерами/супругами трудовых мигрантов и ЛУИН¹¹.

Не только женщины подверженные риску заражения. Почти половина мужчин в стране являются трудовыми мигрантами, работающими в странах близкого и дальнего зарубежья, вдали от своих семей, следовательно, у них высок риск возникновения внебрачных половых отношений. Следует отметить, что в целом, трудовые мигранты являются основой трудоспособного населения в стране, и по возвращению на Родину имеется риск, что ВИЧ - позитивные мигранты могут заразить своих жен и партнеров, включая РС.

Люди, употребляющие наркотические средства и заключенные, входят в наиболее маргинальную и стигматизированную группу общества. У людей, употребляющих наркотики, высок риск попадания в пенитенциарные учреждения, учитывая административные и уголовные наказания за употребление и хранение наркотиков, даже очень малого количества для личного потребления.

Административный кодекс определяет проституцию как административное правонарушение, которое влечет за собой предупреждение или штраф в размере $\frac{1}{2}$ от минимального размера месячной заработной платы. Повторное совершение правонарушения в течение одного года после наложения административного взыскания влечет за собой более высокий штраф в размере 2 минимальных заработных плат¹². Статья 239 Уголовного кодекса предусматривает уголовную ответственность за организацию или содержание притонов, сводничество либо сутенерство, которое влечет за собой штраф либо лишение свободы на срок до пяти лет.

Национальное исследование по выявлению форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, проведенное Центром стратегических исследований при Президенте Республики Таджикистан в 2012 году, определило некоторые улучшения в ключевых сферах и формах стигматизации и дискриминации в отношении ЛЖВС¹³. Наблюдается прогресс в уровне знаний респондентов о правах ВИЧ – инфицированных на трудовую деятельность. Если в 2010 году только 45,6% респондентов отметили, что ЛЖВС, как и все остальные граждане, имеют право на трудовую деятельность, то в 2012 году доля таких респондентов повысилась на 5% и составила 50,6% соответственно (Рисунок 12а). Кроме того, наблюдается прогрессирующая тенденция в соблюдении конфиденциальности и анонимности при проведении тестирования на

¹¹ Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на период 2011-2015 годы

¹² Административный кодекс, Статья 174.1.

¹³ Национальное исследование по выявлению уровня и форм стигматизации и дискриминации людей, живущих с ВИЧ, было проведено в Таджикистане впервые. Результаты представлены исходя из показательного образца, охватывающего все регионы Республики Таджикистан.

ВИЧ – инфекцию. В 2012 году, 83% всех респондентов, в том числе 80,8% мужчин и 84,5% женщин отметили, что при проведении с ними тестирования на ВИЧ – инфекцию соблюдалась конфиденциальность и анонимность.

Рисунок 12а: Тенденция в основных сферах и формах стигматизации и дискриминации



РАЗДЕЛ 2: АНАЛИЗ НАЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА

Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан (НСПВ) на период 2011-2015 гг., сопровождается детальным оперативным планом на аналогичный период, где проставлены четкие приоритеты для реализации ключевых мероприятий. Основные усилия были направлены по шести приоритетным областям: 1) профилактика; 2) лечение; 3) уход и поддержка; 4) правовые вопросы; 5) исследования, мониторинг и надзор; и 6) расширение доступа, снижение уровня стигмы, а также улучшение качества медицинской помощи. НСПВ направлена на обеспечение всеобщего доступа к услугам в области ВИЧ и создания прочной базы в целях стабилизации эпидемии в стране.

Были установлены скромные цели, так как они были рассчитаны с учетом национального потенциала по реализации и ограничений в мобилизации ресурсов. Программа стремится обеспечить качество мероприятий по ВИЧ для ключевых групп населения в зоне высокого риска (ЛУИН, РС) и уязвимых групп населения (трудовые мигранты и члены их семей, сельская молодежь, военнослужащие и сотрудники правоохранительных органов, заключенные, ЛЖВС). НСПВ также акцентируется на интервенциях, направленных на укрепление системы здравоохранения, в частности на расширение и интеграцию услуг по добровольному и конфиденциальному консультированию и тестированию (ДККТ) в ПМСП. НСП также вносит свой вклад в национальную реформу здравоохранения, путем наращивания и совершенствования технического и управленческого потенциала специалистов в области здравоохранения, поощрения участия гражданского общества в борьбе с эпидемией, и расширения сотрудничества ОБО с сектором здравоохранения.

2.1 УПРАВЛЕНИЕ

Угрозе ВИЧ - эпидемии в Таджикистане уделяется первоочередное значение, а сама угроза признается гражданским обществом и на высоком политическом уровне.

- Республика Таджикистан (РТ), как и многие другие страны, приняла **Декларацию о приверженности делу борьбы со СПИДом в рамках специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (2001г.)**. Таджикистан является одной из первых стран в мире, которая разработала Национальную стратегию развития¹⁴ (НСР), в которой борьба с ВИЧ / СПИДом отражена в соответствии с Целями развития тысячелетия (ЦРТ 6, задача 7): "Остановить распространение ВИЧ / СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости".
- **Национальная стратегия развития (НСР)** Республики Таджикистан на период до 2015 года признает возрастающее бремя инфекционных заболеваний и определяет замедление распространения ВИЧ/СПИД в качестве основного приоритета.
- Аналогичным образом, **Стратегия сокращения бедности (ССБ) Республики Таджикистан на период 2010-2012 гг.** подчеркивает важность межотраслевого сотрудничества в борьбе с ВИЧ/СПИД, малярией, туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями, а также значимость обеспечения всеобщего доступа к мерам профилактики и лечения ВИЧ/СПИД, снижения стигматизации и дискриминации и содействия формированию позитивного общественного мнения в отношении программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.
- **Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020гг. (НСЗН)** охватывает мероприятия, направленные на обеспечение всеобщего доступа населения к мерам профилактики, лечения, ухода и поддержки по ВИЧ/СПИД. НСЗ

¹⁴ Национальная стратегия развития Республики Таджикистан до 2015 года, Душанбе 2006

прямо указывает на то, что услуги по АРВ-терапии предоставляются ВИЧ-положительным пациентам бесплатно по всей стране; однако, механизмы финансирования этого вида лечения не проработаны. НСЗ, которая начнется в 2018 году, стремится внедрить лечение пациентов с ВИЧ/СПИД в практику семейной медицины. Кроме того, также подчеркиваются потребности беременных женщин, детей, молодежи и групп населения, подверженных риску, таких как потребители инъекционных наркотиков, но отсутствуют конкретные меры по охвату таких групп. Основные индикаторы по ВИЧ/СПИД включены в сопутствующий Пакет индикаторов Матрицы по мониторингу и оценке в рамках Национальной стратегии здоровья населения.

- Вопросы профилактики, лечения и ухода по ВИЧ / СПИДу затронуты в **Рамочной конвенции Организации Объединенных Наций по содействию в развитии (ЮНДАФ)** на период 2010 - 2015 гг., в рамках цели по расширению доступа уязвимых слоев населения к качественным основным услугам здравоохранения, образования и социальной защиты.
- **Национальный закон о молодежи (2004г.)** определяет параметры молодежной политики: ее принципы и меры; органы, ответственные за реализацию мероприятий; и права на труд, образование и здравоохранение. Закон также определяет, что будут выделены финансовые средства для реализации молодежной политики. Основными приоритетами **Национальной молодежной политики (2006г.)** являются: обеспечение соблюдения прав и свобод молодежи; обеспечение гарантий в сфере образования, труда и занятости; создание условий для профессионального, духовного и физического развития молодежи; развитие молодых талантов; социальная защита; недопущение проникновения идеологии религиозного экстремизма; и содействие развитию молодежных объединений. **Молодежная программа (2012г.)** является практическим руководством по реализации программы социального развития молодежи. Она разработана для уполномоченных органов государственной власти, ответственных за вопросы, связанные с молодежью.
- В целях составления отчёта о ходе достижения ЦРТ в РТ, в 2010-м году была проведена подробная оценка прогресса достижений в области ВИЧ / СПИДа.
- В июне 2011 года, высокопоставленная делегация из Таджикистана приняла участие на Встрече на высшем уровне по вопросам СПИДа в рамках ЮНГАСС, во время которой страны - участницы приняли Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа.
- На национальном уровне признается межотраслевой подход в качестве национального ответа на эпидемию. Кроме того, были сформулированы критерии в целях приведения национального ответа в соответствии с «Ключевыми принципами «трех единиц».
- В соответствии с Гендерной оценкой, проведенной недавно в стране, гендерным вопросам в разрезе национального ответа было уделено особое внимание в рамках НСПВ на период 2011-2015гг. Впервые, во время отчётного периода, проблемы женщин и девочек, гендерное равенство и вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией, были внесены в широкую повестку дня на национальном уровне, с приведением выявленных результатов исследования о доступе к социальным услугам людей, живущих с ВИЧ, с акцентом на гендерное равенство.
- В 2011-м году, Правительство Республики Таджикистан одобрило и ввело в действие процедуру, предоставляющую право на получение и выплаты ежемесячного денежного пособия детям с ВИЧ-инфекцией в возрасте до 16 лет.
- За отчетный период была заложена основа интеграции гендерных мероприятий и мер по борьбе с ВИЧ / СПИДом в деятельность различных министерств и отделов, таких как Комитет по делам женщин и семьи при Правительстве Республики Таджикистан, Министерство здравоохранения, Министерство труда и Министерство обороны. В целях повышения уровня осведомленности по вопросам ВИЧ / СПИДа и гендерным вопросам, были вовлечены религиозные лидеры. Представители более 40 организаций из государственного и гражданского сектора, представляющие интересы поставщиков услуг в сфере ВИЧ / СПИДа, приняли участие в учебной программе по предотвращению насилия и оказанию психологической поддержки жертвам насилия. Вопросы по ВИЧ / СПИДу были интегрированы в национальную кампанию, посвященную борьбе с насилием в отношении женщин.

В рамках НСПВ на период 2011 - 2015 гг., национальные усилия помогли достигнуть определенного прогресса, а именно:

- Одним из основных стратегических направлений Программы, в рамках ответа на эпидемию ВИЧ-инфекции в Республике Таджикистан на период 2011-2015 гг., было "Создание **правовой среды**, в целях обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке".
- В Таджикистане, в марте 2014 года были отменены все ограничения на въезд, пребывание и проживание в Таджикистане для людей, живущих с ВИЧ. Президент Таджикистана подписал поправки к Закону о ВИЧ/СПИДе 14 марта 2014 года. Измененное таджикское законодательство отменяет обязательное тестирование на ВИЧ для всех иностранцев, включая персонал иностранных миссий, беженцев и лиц без гражданства. В результате этих изменений в Таджикистане были отменены все ограничения на въезд, пребывание и проживание в связи с ВИЧ.
- Закон о ВИЧ/СПИДе был изменен и одобрен в марте 2014 года. В Законе особое внимание уделено вопросам стигматизации и дискриминации. В Законе о ВИЧ/СПИДе впервые отмечено, что ЛУИН, РС и МСМ относятся к группам населения, которые наиболее уязвимы к ВИЧ-инфекции;
- По завершению работы над Национальной программой (на период 2011-2015 гг.) по ВИЧ / СПИДу, Министерство здравоохранения и социальной защиты населения разработало и утвердило восемь регламентов/актов:
 - o Внедрение электронного надзора и отслеживания случаев ВИЧ - инфекции, и системы перенаправления на прохождение тестирования на ВИЧ
 - o Медицинский осмотр работников здравоохранения
 - o Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
 - o Учреждение мобильных бригад в целях укрепления профилактики передачи ВИЧ среди целевых групп Республики Таджикистан
 - o Меры по предоставлению соответствующих услуг по ВИЧ/СПИДу
 - o Улучшение качества услуг по ВИЧ/СПИДу
 - o Меры по профилактике ВИЧ/СПИДа среди групп высокого риска Республики Таджикистан
 - o Укрепление аспектов мониторинга и оценки ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан
- Несмотря на тот факт, что был разработан ряд нормативно-правовых документов, данные акты не затрагивают все нормативные барьеры, с которыми сталкиваются потребители наркотиков и заключенные в рамках уголовного кодекса Таджикистана.
- Наряду с поведенческим и дозорным надзором, по всей стране налажен и осуществляется рутинный эпидемиологический надзор по ВИЧ/СПИДу. Ожидается, что надзорные системы значительно повысят уровень качества и доступности эпидемиологических данных, а также сформируют определенную часть национальной рамочной структуры по мониторингу и оценке;
- Благодаря финансированию со стороны Глобального фонда, значительно увеличилось количество средств, доступных для реализации мер в рамках национального ответа. Однако, количество средств Глобального фонда значительно превысило средства, выделенные из государственного бюджета. Тем не менее, значительное увеличение финансирования позволило расширить деятельность в предоставлении профилактических и лечебных услуг для особо нуждающихся групп;
- Значительно повысилась роль гражданского общества в предоставлении профилактических, лечебных и поддерживающих услуг, а также его участие в планировании и составлении бюджета в рамках национального ответа. Все чаще и чаще, неправительственные организации привлекаются в информационно - просветительскую деятельность, исследования и аутрич мероприятия на уровне общин, в целях профилактики распространения эпидемии.

С другой стороны, информационно-просветительские усилия не полностью показали ожидаемые результаты. Наличие и готовность нормативно-правовой базы являются

необходимым, но не единственным условием для эффективной реализации политики по предотвращению ВИЧ. Равным и, возможно, более важным условием является фактическая правоприменительная практика, которая существенно отличается от изначально запланированной. В частности, в Таджикистане имеют место факты стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВ в сфере образования, занятости, здравоохранения и социальных услуг.

В частности, достаточно низок уровень знаний правовых вопросов и законодательств среди работников, которые в силу своих обязанностей обязаны обладать этой информацией. Кроме того, наблюдается крайне низкий уровень правовых знаний среди самих ЛЖВС и среди основных групп населения, находящихся в группе риска по ВИЧ. На сегодняшний день в обществе уже сформировались стереотипы стигматизированного отношения к людям с ВИЧ-инфекцией. Стигма и дискриминация в отношении ЛЖВС выражается на разных уровнях: в области трудоустройства, образования и получения услуг, включая здравоохранение, а также на уровне сообществ и семьи. Проявления стигмы и дискриминации оказывает негативное воздействие на женщин. Страх ЛЖВС, и последующая дискриминация, являются основными факторами для сокрытия статуса и, следовательно, эти факторы влияют на получение медицинской помощи и социальной поддержки.

Наряду с отношением общества, другими ограничивающими факторами являются государственные уголовные законы, положения и политика касательно употребления наркотиков и профилактической работы среди ЛУИН, РС и заключенных. Законы о профилактике наркозависимости и борьбе с наркотиками, не являются достаточными для эффективности реализуемых мер (в государственном и пенитенциарном секторах). Усилия по декриминализации употребления наркотиков и налаживания более благоприятных условий для интервенций не приносят ожидаемых результатов. Таким образом, скорее всего, важное значение для достижения успеха в будущем, будет играть целевая информационно - просветительская деятельность с акцентом на проблемные направления и снижение правовых барьеров в целях эффективного противодействия эпидемии.

2.2 СТРАНОВОЙ КООРДИНАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ

С 1997-ого года, в стране функционирует НКК, который возглавляет заместитель премьер-министра Республики Таджикистан, и членами которого являются различные министерства и ведомства. Высокий политический уровень НКК также обеспечивает участие в его составе министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ и заместителей министров из других министерств. В 2005-м году, НКК был реорганизован, и взял на себя обязательство в качестве странового координационного механизма по ВИЧ / СПИДу, туберкулезу и малярии. НКК является единым координационным органом по вопросам ВИЧ / СПИДа в стране, и состоит из представителей ключевых министерств, международных организаций и местных правительственных организаций, общественных организаций (ОО), и в том числе людей, живущих с ВИЧ.

В 2011-м году членский состав НКК был расширен за счёт общественных организаций, а также привлечения религиозного лидера всех мусульман Таджикистана (Муфтий Таджикистана). В настоящее время НКК представлен 22 организациями, из которых девять - это общественные организации, десять представителей государственного сектора и три международные организации.

Помощь в функционировании НКК оказывает его Секретариат, который наделен определенными полномочиями, функциями и обязанностями. В рамках действующего НКК, был создан Форум партнеров, который собрал воедино все заинтересованные стороны и проводит регулярные встречи. В целях улучшения координации, при НКК функционируют пять тематических рабочих групп (ТРГ), которые имеют специализированный состав участников и утвержденные определенные функциональные обязанности. Данные пять ТРГ охватывают

следующие направления: мониторинг и оценка, лечение, работа с уязвимыми группами, законодательные вопросы, и информационно - образовательные коммуникации.

2.3 НЕТРАДИЦИОННЫЕ ВОВЛЕЧЕННЫЕ СТОРОНЫ

За последние несколько лет, НКК значительно расширил свои усилия в целях привлечения новых партнеров для нужд национального ответа на ВИЧ – эпидемию.

– Вовлечение **религиозных лидеров** обеспечивает решение проблем по ВИЧ / СПИДу, связанных с религиозными устоями, традициями и культурными аспектами. Эта участие религиозных лидеров привело к публикации обновленной версии "ВИЧ / СПИД с точки зрения ислама", где были представлены новые взгляды и точки зрения. Религиозные лидеры стали принимать непосредственное участие в национальных ответных мерах посредством участия в ряде курсов обучения. В настоящее время, в качестве основных тренеров обучено 48 религиозных лидеров, а 250 религиозных лидеров ознакомились с проблемами ВИЧ / СПИДа. Тем не менее, эта деятельность должна быть значительно расширена в рамках нового НСПВ. Религиозные лидеры активно участвуют в образовательных аутрич - программах по ВИЧ / СПИДу, стигме и дискриминации.

– Были установлены тесные рабочие отношения с **национальными и областными спортивными объединениями**, и организациями, что существенно увеличило долю их участия в профилактической деятельности, в частности среди молодежи и подростков. **Комитет по делам молодежи, спорта и туризма**, наряду с различными спортивными федерациями, принимает активное участие и проводит кампании против наркотиков, насилия в отношении женщин, по вопросам ВИЧ / СПИДа. Кроме того, за отчетный период, данный комитет был одним из учреждений-исполнителей проекта «Гендер и ВИЧ».

– Участие **частного сектора** в национальном ответе на эпидемию ВИЧ / СПИДа все еще продолжает оставаться ограниченным. Лишь немногие частные компании (сотовые компании, СМИ) были вовлечены в деятельность, посвященную Всемирному дню борьбы со СПИДом. Таким образом, новая НСПВ должна уделять больше внимания вовлечению частного сектора в деятельность в рамках национального ответа, с особым акцентом на средние и крупные предприятия.

2.4 ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ

Профилактические мероприятия в рамках НСПВ на период 2011 - 2015 гг., охватили почти все мероприятия, предложенные международным сообществом, в частности:

- Обеспечение безопасности крови;
- Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку;
- Профилактика передачи ВИЧ среди наиболее уязвимых групп, включая ЛУИН, МСМ, РС, заключенных, а также мигрантов, военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов;
- Профилактики сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ;
- Профилактика ВИЧ среди молодежи;
- Пост - контактная профилактика.

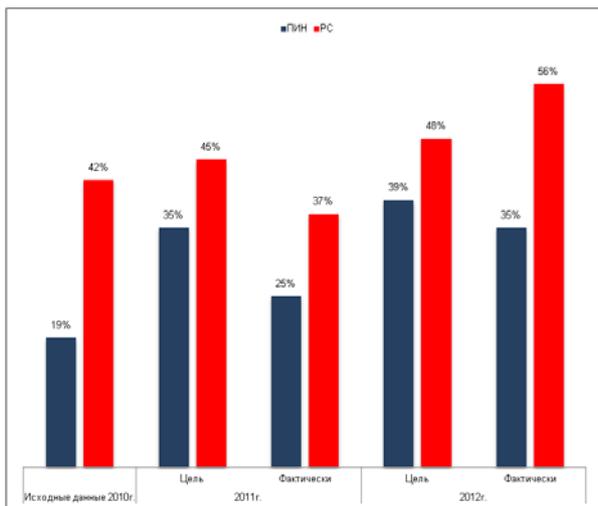
Тем не менее, анализ реализации показал, что в разрезе национальных мер по реагированию на ВИЧ, не был назначен равный приоритет вышеперечисленных мероприятий. Большинство усилий и ресурсов были направлены на приоритетные области/группы в целях профилактики. Высокий приоритет получили такие аспекты как, наиболее уязвимые слои населения, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку и обеспечение безопасности крови, что, как следствие, привело к смешанным/неравноценным результатам по охвату уязвимых групп профилактической деятельностью (Рисунок 13).

При помощи Глобального фонда, Таджикистан значительно расширил профилактические программы. Был расширен географический охват проектов, а также количество обслуживаемых клиентов, получающих разнообразные профилактические услуги. В частности,

Коммуникация в целях изменения поведения

Несмотря на обширность текущих программ по коммуникациям в целях изменения поведения (КЦИП), поддерживаемых в рамках НСПВ на период 2011 - 2015 гг., они не рассматривают, в достаточной степени, половых партнеров ЛУИН. Данный факт применим и к ряду других стран.

Рисунок 13: Процент ЛУИН и РС, охваченных деятельностью по профилактике ВИЧ-инфекции



Однако, в Таджикистане, в связи с недостаточностью программ по снижению вреда и высоким количеством молодежи с ВИЧ-инфекцией, необходимо уделить особое внимание программам КЦИП для ЛУИН.

Очевидно, что программы по КЦИП, направленные на работников коммерческого секса (РС), налажено действуют в районах, где имеются аутрич услуги. За последние несколько лет, при помощи текущих программ по услугам «дружественным для молодежи», значительно вырос уровень охвата, но и этот уровень охвата все ещё далек от желаемого.

Страна предприняла значительные усилия, в целях охвата трудовых мигрантов, обучения вопросам профилактики ВИЧ, и обеспечения лечения от ИППП и ВИЧ. Таджикские государственные органы, НПО и международные организации приложили

усилия по установлению связей с соответствующими структурами в странах пребывания трудовых мигрантов из Таджикистана, в частности, в Российской Федерации. Правительство Таджикистана наладила связи с соответствующими структурами миграционных служб, Российского агентства по здравоохранению и защите прав потребителей и НПО, работающими с мигрантами в 35 регионах России. Усилия включали следующее: проведение конференций, совещаний и круглых столов, с целью выявления и удовлетворения потребностей трудовых мигрантов, в том числе их потребностей в сфере здравоохранения. Несмотря на все усилия, программ по КЦИП для МСМ совершенно недостаточно, и необходимо обратить незамедлительное внимание на данный факт в рамках новых мероприятий НСПВ. В этом контексте, необходимо обратить особое внимание на работников коммерческого секса из числа МСМ, а также на их половых партнеров. Такие программы могут быть эффективными, только в том случае, если они будут реализованы самими членами данных сообществ.

Помимо широкого вовлечения сообществ, особое значение имеет интеграция информационно - образовательного компонента в структуру первичной медико-санитарной помощи. Образовательные материалы должны включать информацию о передаче ВИЧ, стигме и дискриминации, а также гендерные вопросы, о толерантном отношении к людям, живущим с ВИЧ, уязвимых группах и проблеме ВИЧ в целом. Информационные и образовательные программы для наиболее уязвимых групп должны иметь конкретное целевое направление и содержать обоснованные рекомендации по снижению рискованного поведения.

Средства и принадлежности

Значительный прогресс был достигнут в сфере предоставления средств и принадлежностей в целях профилактики ВИЧ – инфекции. Существует множество источников материально-технического обеспечения лекарственных средств, товаров и принадлежностей в рамках программы, в числе которых: государственные структуры, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНФПА и другие доноры. Налажены системы по раздаче презервативов и снабжению лекарственными средствами, и эти средства наряду с информационными материалами доступны в любом сайте

(пункте), работающем в направлении профилактики ВИЧ-инфекции. В рамках государственной системы, а также и проектной, наблюдается незначительный дефицит некоторых лекарственных средств (например, метронидазол) и наборов для экспресс-тестирования.

Приоритетом должно быть слияние логистических систем цепочек поставок в единую национальную систему, взамен продолжения параллельной практики в рамках деятельности проекта. Ограничения в профилактической деятельности имеют место в основном из-за отсутствия охвата программами по КЦИП, а вовсе не в связи с неудовлетворительным уровнем материально-технического обеспечения. Женские презервативы все еще не доступны широким кругам населения или не расцениваются в качестве профилактического средства. В будущем возможно так же повысить использование смазок.

Тестирование и консультирование

В соответствии с политикой национального тестирования на ВИЧ (–Постановление Правительства № 171 от 01.04.2008) определенные группы и условия подлежат обязательному тестированию на ВИЧ, в частности: получатели виз, иностранцев, проживающие в течение более 3 месяцев, беременные женщины, пациенты с диагнозом ИППП, и учреждения, обслуживающие группы высокого риска (специфика не приведена). Также, тестирование на ВИЧ является обязательным требованием перед приемом на работу для ряда медицинских профессий. Руководство Национальной программы по ВИЧ/СПИДу проявило понимание неприемлемости этого факта и выразило готовность к искоренению данной практики и пересмотрело законодательство в целях устранения любой формы обязательного и принудительного тестирования на ВИЧ.

В стране налажена национальная сеть, предлагающая тестирование и консультирование по инициативе тех, кто предоставляет услуги, а также услуги по инициативе клиента по всей стране, включая государственные объекты, так называемые дружественные кабинеты, а также некоторые НПО (предлагающие только консультирование). Услуги экспресс – тестирования предлагаются по всей стране, но зачастую усугубляются нехваткой наборов для этого вида тестирования.

На июнь 2013 года в Таджикистане функционировало: 38 центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, 25 лабораторий ИФА, 156 сайтов (пунктов), предлагающих тестирование на ВИЧ, из них: на уровне первичной медико-санитарной помощи (71 сайт), центры СПИД (38); КВД (10); центры по профилактике и борьбе с туберкулезом (6); центры наркологии (12); пенитенциарные учреждения (19); пункты обслуживания для ЛУИН, РС, МСМ, мигрантов (85), где предоставлялись услуги тестирования и консультирования (Рисунок 14, стр. 20). Тем не менее, согласно анализу затрат¹⁵ программы «Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку» (ППМР), проведенному в 2012 году, только 13,7% беременных женщин имели доступ к лабораториям, предоставлявшим услуги ИФА по всей стране.

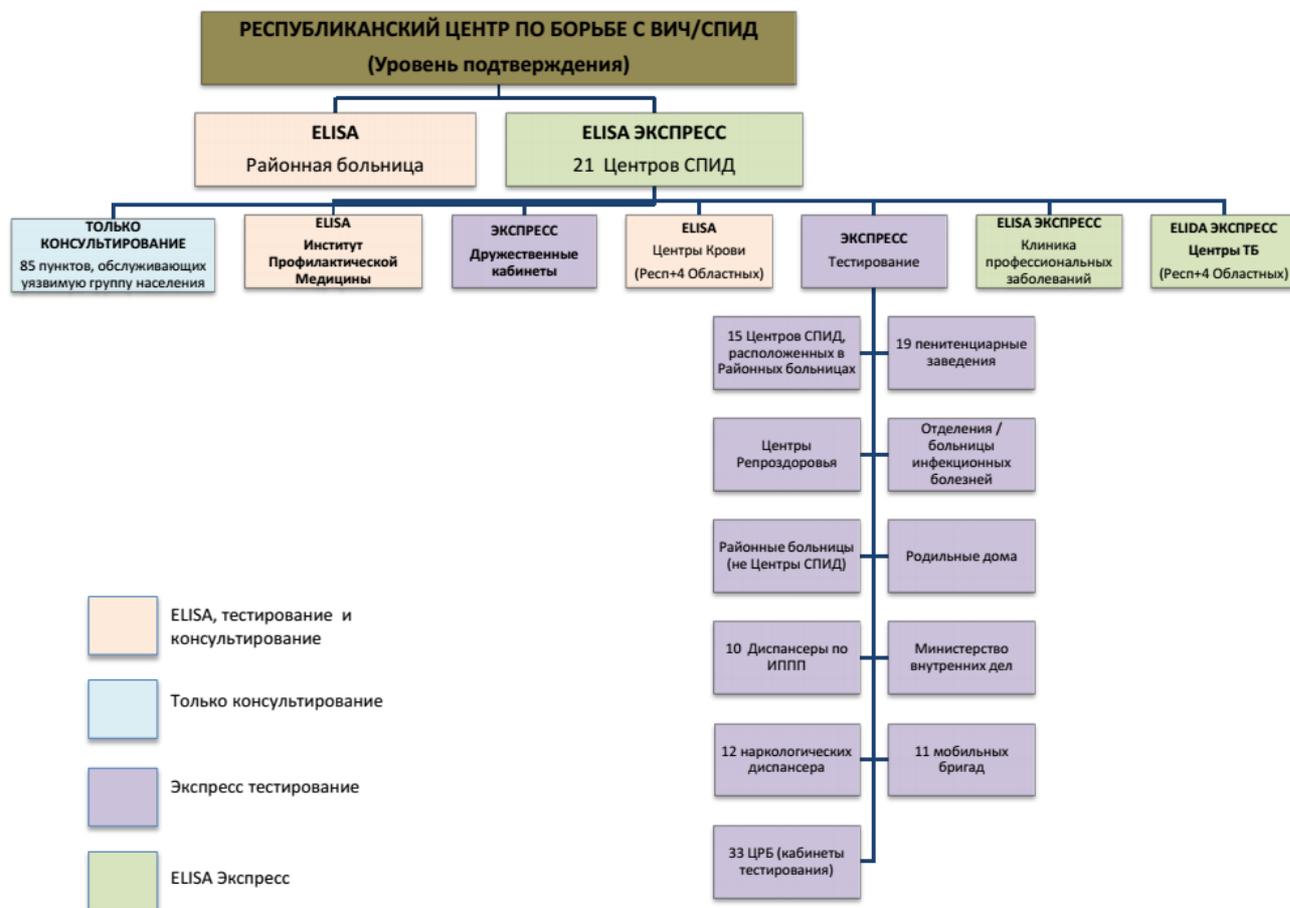
Кроме того, следует уделить первоочередное внимание расширению и укреплению центров по ДККТ. Необходимо усовершенствовать ДККТ для ЛУИН, в связи с тем, что только 75% ЛУИН (оценочное число популяции 25000) имеют доступ к услугам данного рода. Барьеры для прохождения тестирования на ВИЧ включают в себя географические барьеры, потенциальное нарушение анонимности, стигматизацию и длительное время ожидания в сайтах (пунктах) тестирования.

Необходимо и дальше интегрировать экспресс тестирование в любой из точек получения услуг, КЦИП (аутрич услуги НПО), дружественные кабинеты (кожвендиспансеры), услуги дружественные к молодежи (УДМ). Следует подчеркнуть, что текущая система тестирования недостаточна, и приводит к потере людей, которые хотят пройти тестирование, или же по прохождению тестирования не приходят за результатами или не получают их, в то время как

¹⁵ Анализ затрат ППМР, ЮНИСЕФ, 2012г.

лечащие врачи не располагают информацией в связи со слабо налаженным механизмом обратной связи на местах

Рисунок 14: Пункты, предлагающие услуги тестирования и консультирования на ВИЧ¹⁶



Инфекции, передаваемые половым путем

Существенный прогресс достигнут в сфере профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), где налажено предоставление "дружественных услуг" трудовым мигрантам, молодежи или работникам секса, при центрах репродуктивного здоровья или в КВД. Налаживание "дружественных услуг" должно стать основой для национальной службы по профилактике и борьбе с ИППП: услуги должны быть бесплатными, без учёта и ввода данных в национальные базы данных (реестры), с использованием посиндромного подхода с незамедлительным началом лечения.

Наличие национальных поименных баз, данных (реестров) по ИППП, наряду с наркологическими регистрационными журналами в государственных учреждениях являются контр - продуктивной мерой в борьбе с ИППП. Эти услуги являются чрезмерно бюрократическими, не всегда отвечают на особые потребности клиентов, а сами клиенты не всегда им доверяют. Анализ показывает, что там, где имеет место вовлечение НПО, недоиспользование услуг кажется менее заметным; соответственно необходимо более широкое участие/вовлечение НПО и членов сообществ. Создается впечатление, что высшие государственные кадры, воспринимают НПО в качестве конкурентов, тогда как поставщики услуг более ценят и понимают важную функцию НПО. Все сотрудники КВД и центров репродуктивного здоровья сообщают о возросшем спросе на услуги, если клиентам предлагают

¹⁶ Источник: Среднесрочный обзор Национальной программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на 2011-2015гг.

их анонимно (это означает, лишь то, что имя клиента не будет введено в регистрационный журнал), бесплатно и наряду с информационными сессиями со стороны НПО. При окончании финансирования проекта НПО, одновременно резко падает уровень пользования услугами.

Кроме того, в разрезе системы отсутствует координация. В условиях отсутствия интеграции услуг в общую систему здравоохранения и сохранения ее фрагментации, перенаправление ведет к потере пациентов или клиентов, а механизм обратной связи становится ненадежным и не функционирующим. Пилотные проекты, направленные на интеграцию различных программ на уровне предоставления услуг, были реализованы при поддержке ЮСАИД в трех районах. Посредством создания местных координационных комитетов (МКК), проект улучшил взаимодействие между НПО и работниками здравоохранения, тем самым приложив усилия к усовершенствованию предоставления услуг, таких как консультирование. Однако эти мероприятия все еще осуществляются в рамках проектов, и расширение масштабов остается трудной задачей.

Опиоидная заместительная терапия

На сегодняшний день в стране функционируют четыре сайта (пункта) опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), однако в стране все ещё достаточно низок уровень охвата услугами заместительной терапии или детоксикации, редко достигающий 1% от целевой группы (ЛУИН)¹⁷. В районах, где функционируют сайты (пункты) ОЗТ, охвачено только 15-25% ЛУИН, из числа нуждающихся. Имеется ряд барьеров, ограничивающих доступ к функционирующим сайтам (пунктам) ОЗТ. Чаще всего эти барьеры вызваны законодательными положениями, ограничивающими национальными руководствами, и географической удаленностью сайтов (пунктов) ОЗТ и отсутствием психологической поддержки. Наркологический учёт является основным барьером, предотвращающим ранний доступ к услугам. Наркологический учёт является основным барьером, предотвращающим ранний доступ к услугам тем лицам, у которых диагностировали опиоидную зависимость. Ситуацию осложняет тот факт, что, отсутствует регистрация метадона, и он не внесён в перечень основных лекарственных средств. Кроме того, метадон импортируется по более высокой цене в соседние страны (например, Казахстан). Большинство услуг, предоставляемых наркологическими центрами, в том числе детоксикация, являются платными. Обучение персонала ОЗТ не закреплено организационно, и большинство из медсестер не прошли соответствующей подготовки. Кроме того, ЛУИН прерывают ОЗТ в связи с сезонной миграцией, и по большей части неизвестен их дальнейший охват услугами по профилактике ВИЧ – инфекции.

Снижение вреда

НСПВ (на период 2011-2015 гг.) способствовала расширению программы снижения вреда путем создания Пунктов доверия по обмену игл и шприцев для ЛУИН, хотя только 22%¹⁸ ЛУИН имеют доступ к Пунктам доверия, так как большинство ЛУИН проживают в отдаленных районах¹⁹. В настоящее время, в стране функционируют 40 пунктов обмена шприцев и игл. Двадцать один пункт обмена шприцев и игл функционирует при центрах СПИД, где в дополнение к обмену шприцев, предоставляется услуги по консультированию, тестированию на ИППП, ВИЧ и синдромное лечение ИППП. Наблюдается низкий уровень возврата использованных шприцев, что вызывает опасения в контексте утилизации отходов и повышение риска передачи ВИЧ. Пункты доверия (ПД), полностью зависят от финансирования доноров.

Профилактика в пенитенциарной системе

За период 2001-2012 гг., было зарегистрировано 514 случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных. В то время как в пенитенциарной системе были введены услуги по тестированию на ВИЧ и распределению презервативов и дезинфицирующих средств, все ещё необходимо рассмотреть вопрос о внедрении НСПВ и услуг ОЗТ в пенитенциарной системе.

¹⁷ Среднесрочная оценка Программы по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан на 2011-2015гг.

¹⁸ Отчет ЮНГАСС, 2012г., Таджикистан

¹⁹ Там же 7

Медицинские услуги дружественные к подросткам и молодежи

В усилии по профилактике среди подростков упор делается на образование о здоровом образе жизни. В средних школах для 7-9 классов в настоящее время внедряется учебная программа здорового образа жизни. Занятия включают в себя информацию о жизненных навыках, наркомании, инфекциях, передаваемых половым путём и о ВИЧ/СПИД. До сих пор только в 200 пилотных школах (из 2963 средних школ страны) внедрена программа здорового образа жизни, которая должна проводиться во время обязательных «внеклассных часов». 1936 преподавателей уже прошли подготовку, чтобы преподавать эту дисциплину.

Подростки постарше и те, которые подвержены риску заражения ВИЧ, могут получить услуги в клиниках доброжелательным к молодежи. С 2006 года, были осуществлены мероприятия по созданию, расширению и интеграции услуг, дружественных к молодежи (УДМ) в разветвленную сеть центров репродуктивного здоровья и кожвендиспансеров по всей стране. В настоящее время, функционирует 21 центров медицинских услуг дружественных к молодежи, предоставляющих базовый пакет УДМ в сфере ВИЧ, ИППП и репродуктивного здоровья для уязвимых групп молодежи и подростков в возрасте 10-18 лет и до 24 лет, подвергающихся наибольшему риску. Общественные организации - партнеры медицинских центров проводят аутрич - мероприятия, направленные на информирование и образование уязвимых групп, а также предоставляют ваучеры для обеспечения свободного доступа к услугам. Несмотря на то, что данные услуги хорошо принимаются молодыми людьми и демонстрируются позитивные результаты посредством повышения уровня пользования услугами, необходимо дальнейшее расширение доступа к услугам, так как в настоящее время эти центры охватывают только 8,3% уязвимой молодежи в стране.

Республика Таджикистан также осуществляет ограниченную информационно-образовательную деятельность с уличными детьми, по профилактике ВИЧ/СПИД при участии НПО и под руководством Комитета по делам молодежи, спорту и туризму. Аутрич-работники, посещали места, где, как правило, собирались уличных дети и обеспечивали их информационно-образовательными материалами и консультациями по вопросам профилактики ВИЧ/СПИД. В 2009 году около 899 уличных детей были охвачены программами профилактики ВИЧ.

Безопасность крови

Основной документ, регламентирующий все манипуляции с кровью в Республики Таджикистан - это Закон Республики Таджикистан "О донорстве крови и ее компонентов", от 26.03.2009. Данный закон предусматривает реализацию государственной политики в области донорства крови, путем реализации национальной программы, направленной на развитие донорства крови и ее компонентов. В связи с этим, в 2009 году, постановлением Правительства РТ (№ 29, от 30.12.2009) была разработана и принята "Программа по повышению уровня донорства крови и улучшению качества услуг центров крови", на период 2010 - 2014 гг. Основная цель данной программы - это обеспечение безопасности крови, а также качества и доступности переливания. Помимо данной программы, Правительством Республики Таджикистан были разработаны и приняты две другие национальные программы: Рациональное клиническое использование крови на период 2010 - 2015 гг., и Программа по обеспечению безопасности крови в Республике Таджикистан на период 2010 - 2014 гг.

В стране функционируют 4 центра крови: в столице (Республиканский научный центр крови) и 3 из них в областных центрах. Все центры проводят начальное тестирование всей донорской крови (ИФА), реактивные образцы перенаправляются в центры СПИД. Центры безопасности крови высказывают заинтересованность и готовность в проведении подтверждающего тестирования, что потребует повторного обучения персонала, и поставку дополнительного специализированного оборудования, в зависимости от технической спецификации. Все доноры крови проходят тестирование на ВИЧ, ВГС, ВГВ и сифилис, тем самым центры крови обеспечивают высокую безопасность продуктов крови на основе стандартов, рекомендованных ВОЗ (от 2011 года).

Все лаборатории Службы крови участвуют в программе Внешней оценки качества (ВОК). Лабораторные исследования на ВИЧ, в рамках ВОК, осуществляется национальной референц лабораторией, расположенной в РЦ СПИД. Функция тестирования на гепатиты В и С в рамках ВОК, ложится на Республиканский научный центр крови (РНЦК). Каждая лаборатория проводит тестирование на основе внутренних лабораторных стандартов. Иностранная референц лаборатория проводит ВОК образцов, поступающих из РНЦК. Каждая лаборатория имеет Стандартные операционные процедуры (СОП), доступные всем сотрудникам. Все посещенные лаборатории осуществляют свою деятельность на основе СОП. Следует отметить, что сотрудники лаборатории Службы крови хорошо обучены современным лабораторным процедурам.

За период до 2011 года, и в первое полугодие 2013 года, незначительно увеличилось количество доноров и донорской крови. Ежегодно, изготавливалось 22000 - 25000 единиц крови и ее компонентов. 60,3% из всей крови и компонентов донорской крови приходится на РНЦК и 39,8% среди его филиалов (17,7% в Худжанде, 16,5% в Курган-Тюбе и 5,6% в Кулябе).

В 2011-2012 годах, количество донорской крови на 1000 населения составило 3,2 - 3,5 единиц. Эти цифры в 10 раз меньше, чем минимальный уровень, рекомендованной ВОЗ, в целях универсального охвата трансфузионной помощью в стране. Безвозмездное донорство крови составляет 71,5%, что на 5% больше, чем за период 2009 - 2010 гг.

РНЦК учредил Национальный реестр доноров крови, где тестирование доноров проводится на основе эпидемиологической ситуации, и в соответствии с базой данных людей, которые не могут быть донорами крови.

На национальном уровне, отсутствует эффективная система мотивации добровольного и безвозмездного донорства крови. На уровне государственных структур отсутствует регулярный и систематический подход к решению вопросов, связанных с развитием и совершенствованием добровольного и безвозмездного донорства крови. Мероприятия по повышению добровольного донорства крови с привлечением НПО (ОО) не способны решить все вопросы. Влияние деятельности такого рода является незначительным, и применимо на краткосрочной основе. Все эти факторы приводят к ситуации, когда добровольное донорство крови не сможет стать частью гуманистических ценностей таджикского общества. Одной из причин этого может быть тот факт, что компоненты крови не безвозмездны, тем самым пациент и его семья, а не медицинское учреждение, покрывают все расходы, связанные с кровью и её компонентами. Другой причиной, может быть неясное понимание и использование механизма мотивации населения для добровольного донорства крови. Данная проблема требует дальнейшего детального изучения и анализа со стороны Таджикского правительства.

ПМР

Таджикистан разработал национальную программу профилактики ПМР, которая была далее дополнительно адаптирована в контексте глобального призыва к ликвидации ПМР. Пилотная программа по ПМР была начата в 2008 году, с охватом 18 приоритетных районов. В 2012 году, программа была расширена и внедрена по всей стране. Приоритетные районы были выбраны, с учётом регионов с высоким бременем эпидемии, и в совокупности на эти районы приходилось до 70% всех беременностей в стране. Постоянно растёт количество женщин, проходящих тестирование и консультирование во время беременности, достигая почти 90%²⁰ тех лиц, которые пребывали в АО в 2013 году. Проводятся всесторонние программы обучения персонала, и значительно повышается потенциал персонала в сфере ДКТ на ВИЧ в контексте ППМР.

Такой подход оказал содействие в выявлении ВИЧ - положительных женщин, и тем самым предотвратить возможные случаи передачи ВИЧ от матери ребенку. Тем не менее, в стране

²⁰ Республиканский центр по борьбе со СПИДом, 2013г.

регистрируются случаи передачи ВИЧ от матери ребенку, что указывает на то, что не все беременные женщины проходят тестирование или не все из тех, у кого после тестирования был выявлен ВИЧ-положительный статус, получили АРВТ для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции ребенку, таким образом, все еще происходит вертикальная передача ВИЧ – инфекции. Каждый год, имеют место несколько случаев ВИЧ - инфекции среди женщин, которые были выявлены ретроспективно, иными словами после того, как ВИЧ был обнаружен среди их детей. Данный факт вызывает тревогу, так как, ежегодно, в стране регистрируется более 200 000 беременностей, и по-прежнему в стране распространены домашние роды, особенно в отдаленных районах (по данным разных источников, до 40%, а в некоторых районах и до 80%). Согласно отчету ЮНГАСС 2013 года, процент беременных женщин, с Вич-инфекцией, получивших АРВТ для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку колеблется в зависимости от источника данных от 82% (по сведениям национальной статистики), до 51,6% (спектральный анализ). Основные пробелы в потенциале имеются касательно АРВТ для программы ППМР в соответствии с национальной политикой и протоколом ППМР. Ограниченный потенциал местных специалистов, занятых в АО в этой сфере, является одним из важнейших факторов, препятствующих расширению ППМР по всей стране.

Эффективность ППМР испытывает ряд затруднений в связи с периодической нехваткой экспресс – тестов. ППМР теперь полностью интегрирована в рутинную работу дородовой помощи и родовспоможения. Тем не менее, реформа здравоохранения предусматривает, что семейная медицина будет нести больше ответственности за наблюдение за ходом беременности. В свете этого имеется ряд новых задач в обучении медицинского персонала первичной сети по вопросам проведения консультирования и тестирования на ВИЧ в ходе беременности, а также обеспечении доступа к соответствующим услугам для ВИЧ - положительных беременных женщин. В то время как необходимо продолжить тестирование на ВИЧ беременных женщин, необходимо проведение оперативного исследования, в целях понимания слабых сторон реализации данного подхода, а также профилактики вертикальной передачи и спасения детей. Распространенность ВИЧ среди беременных женщин ниже, чем среди населения в целом. Данный факт, подтверждает, что Таджикистан по-прежнему сталкивается с концентрированной стадией ВИЧ эпидемии, которая связана с наиболее уязвимыми группами, в частности ЛУИН.

Если страна намерена достичь целей ликвидации ПМР, необходимо дальнейшее наращивание охвата и дальше. Данный аспект необходимо затронуть в рамках НСПВ на период 2015 - 2017 гг.

Первый шаг в решении проблемы ВИЧ на рабочем месте был инициирован правительством при содействии международных партнеров. Хорошим примером таких усилий является национальный семинар, организованный МОТ, при тесном сотрудничестве с ГУП "Таджикские государственные железные дороги" и Федерацией независимых профсоюзов и Профсоюзом по здравоохранению. Национальный семинар был посвящен повышению уровня осведомленности, знаний и навыков 35 работодателей и работников в железнодорожном секторе в целях реализации отраслевой программы на рабочем месте для работников транспортной сферы и железной дороги, в том числе Кампании "Ноль случаев ВИЧ на рабочем месте".

Несмотря на то, что данная инициатива является положительным явлением, результаты и эффективность интервенций данного рода в значительной степени неизвестны и не поддаются измерению. Эффективность реализации программы на рабочем месте должна быть измерена при помощи хорошо сформулированных индикаторов, и всесторонне налаженной системы мониторинга и отчетности, включающей в себя основные и последующие мероприятия в направлении знаний, отношения и практики.

2.5 АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Таблица 1: Достижения

- В стране реализуется программа АРВ терапии, которая постепенно расширяется
- Стала доступна программа ППМР для беременных женщин
- Для потребителей инъекционных наркотиков инициирована программа ОЗТ, которая служит в качестве перспективной базы для их участия, соблюдения и приверженности к АРВ терапии
- АРВ терапия теперь доступна и в пенитенциарной системе
- Был разработан комплекс национальных клинических протоколов, который находится в процессе пересмотра на данный момент
- Клиницисты получили доступ к знаниям по АРВ терапии с использованием международного опыта и взаимосвязи с ведущими мировыми экспертами в области лечения
- Налажен лабораторный мониторинг: в 5 областях стран доступно тестирование на подсчет клеток CD4. На национальном уровне доступно тестирование на вирусную нагрузку
- Национальная референц лаборатория и лаборатории 4 областных центров СПИД включены в программу внешней оценки качества, связанную с НРЛ в Австралии
- Пациенты имеют доступ к основным биохимическим анализам

За последние семь лет, Таджикистан добился хороших результатов, в рамках национального ответа на ВИЧ эпидемию, и в частности в предоставлении АРВ терапии и ухода нуждающимся. Данное достижение особо важно в свете чрезвычайно сложной политической, экономической и социальной ситуации в стране, которая прошла 5-и летнюю гражданскую войну и унаследовала разрушенную промышленность и сельское хозяйство, тотальный уровень бедности и слабую систему здравоохранения.

Национальная политика формулирует равный бесплатный доступ к АРВ терапии для взрослых и детей, мужчин и женщин. Национальные руководства (клинические протоколы по АРВ терапии) разработаны на основе руководящих принципов регионального бюро ВОЗ, и одобрены Министерством здравоохранения РТ. Иммунологический критерий для начала АРВ терапии, принятый в рамках руководящих принципов ВОЗ от 2010 года - количество клеток CD4 350 клеток / мкл. Данный критерий был

использован с начала реализации 4-ого Раунда по ВИЧ ГФСТМ. Новый критерий ВОЗ от 2013 года, при котором АРВ терапия назначается при 500 клеток CD4/мкл означает, что большее количество ЛЖВС попадает под критерий приемлемости, и, следовательно, в ближайшее будущее, в стране значительно увеличиться число людей, нуждающихся в АРВ терапии.

АРВ терапия предоставляется в 38 центрах СПИД (1 национальный -РЦ СПИД, 4 областных и остальные на уровне районов). Штатное расписание областных центров СПИД разработано на основе положений Минздрава, и утверждено решением органов местного самоуправления с учетом местных условий и потребностей. В большинстве центров имеется команда поставщиков услуг, которые прошли обучение аспектам междисциплинарного клинического ведения. 5-дневный курс по аспектам междисциплинарного подхода при уходе за ЛЖВ, предоставляемый специалистами РЦ СПИД, является общим курсом в контексте всех аспектов ухода за ЛЖВС, получающими АРВ терапию. Тем не менее, принимая во внимание растущее число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, включая детей с неизвестным путем передачи ВИЧ-инфекции, и количества тех, которым необходимо лечение, а также учреждение новых центров СПИД, и значительную текучесть кадров, ежегодно РЦ СПИД при финансовой поддержке проекта ВИЧ Глобального Фонда, проводит курсы обучения по клиническому ведению ВИЧ, включая вопросы АРВ терапии для клиницистов и инфекционистов из местных центров СПИД. Как правило, такие курсы длятся 3 дня, что не позволяет тренерам полностью охватить все вопросы. Возможность подготовки специалистов в Таджикском институте последипломного медицинского образования ограничена ввиду отсутствия финансирования со стороны Центров СПИД. В связи с этим курсы обучения не доступны для большинства специалистов, которые не могут получить государственные сертификаты о повышении квалификации в сфере ВИЧ/СПИДа.

Серьезной проблемой является факт отсутствия специалистов на национальном и местном уровнях, прошедших через специализированные тренинги в области планирования и прогнозирования количества АРВ препаратов. Специалисты, назначенные ответственными за планирование лекарственных средств, сталкиваются с проблемами в оценке потребностей в препаратах. Кроме того, отсутствует утвержденный стандартный инструмент (электронная база данных, расчетная таблица), в целях использования этого инструмента для прогнозирования и

планирования необходимого количества АРВ препаратов, как на национальном, так и на местном уровне.

Все АРВ и противотуберкулезные препараты, а также диагностические принадлежности (экспресс тесты, тесты ИФА, Вестерн - блот, тесты на подсчёт клеток CD4 и вирусной нагрузки) закупаются за счёт средств грантов Глобального Фонда. АРВ препараты доступны в стране в соответствии с 8-м раундом грантов ГФ, и планом реализации грантов. Также в стране доступны препараты для лечения оппортунистических инфекций, в том числе вирусного гепатита С, однако их количество недостаточно. В связи с этим пациенты вынуждены приобретать эти лекарства в коммерческих аптеках, за свой счёт. Все диагностические принадлежности (экспресс тесты, тесты ИФА, Вестерн - блот, тесты на подсчёт клеток CD4 и вирусной нагрузки) также закупаются за счёт средств 8-ого раунда грантов Глобального фонда.

Мероприятия по лечению и уходу за больными ВИЧ/СПИДом, в рамках национальной программы, сосредоточены среди ВИЧ - инфицированных взрослых и детей, а также больных с сочетанными инфекциями ВИЧ / ТБ, ВИЧ / ВГС. Из широкого спектра уязвимых групп населения, только небольшая часть (30%²¹) ЛУИН, и так называемых трудовых мигрантов, получают АРВ терапию, хотя в стране отсутствуют официальные данные по количеству мигрантов, получающих АРВ терапию. Также, отсутствуют данные о количестве работников коммерческого секса и МСМ, получающих АРВ терапию.

По состоянию на июль 2013 года, по всей стране АРВ терапию получают 1181 пациент, в том числе 743 мужчин и 438 женщин. Последние оценки за 2013 год указывают, что в стране проживает около 3400 пациентов, нуждающихся в АРВ терапии. В связи с чем, можно прийти к выводу, что охват АРВ терапией в стране составляет 34,7%. Из общего числа пациентов, получающих АРВ терапию, 355 человек классифицируются в качестве ЛУИН. К концу 2013 года, процент детей с продвинутой стадией ВИЧ и получающих АРВ терапию, составляет 63,2% среди зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у детей.

С 2001 по 2013 год, в пенитенциарной системе было зарегистрировано 538 лиц с ВИЧ-инфекцией. По состоянию на сентябрь 2013 года, 225 ВИЧ – позитивных людей отбывали наказание в исправительных учреждениях. В 2012-м году, из общего числа тестирований на ВИЧ (5080), проведенных в исправительных учреждениях, было выявлено 40 новых случаев ВИЧ-инфекции среди заключенных. АРВ терапия доступна для заключенных с 2007 года. 160 заключенным с ВИЧ-инфекцией была предписана АРВ терапия. По состоянию на сентябрь 2013 год, 75 заключенных, являющихся лицами, живущих с ВИЧ, получали АРВ терапию. Обзор амбулаторных карт этих пациентов показал, что заключенным - ЛЖВС, назначение АРВ терапии проходит с запозданием.

Республиканский Центр СПИД ответственен за сбор и анализ данных по ВИЧ/СПИДу. Сбор данных (записи индивидуальных клинических случаев) осуществляется республиканским центром, а также местными центрами СПИД (областные и районные). Отчетность предоставляется на ежемесячной, ежеквартальной и ежегодной основе. Сводные данные составляются на уровне РЦ СПИД, и далее, эти данные используются для представления отчетов по показателям лечения и ухода за ВИЧ-инфицированными пациентами.

Расчет количества ЛЖВС, нуждающихся в АРВ терапии, осуществляется на основе клинических протоколов, с учётом клинического состояния пациента, количества клеток CD4 + (<350 клеток/мм³), и также наличия любых оппортунистических инфекций. Хотя основные источники информации (амбулаторная карта больного, журналы регистрации и т.д.) и заполняются, нет единого стандарта бланков и отчетных форм, и т.д., тем самым затрудняется сбор и анализ данных. Данная практика значительно снижает качество данных и затрудняет их сбор и анализ.

²¹ Источник: Среднесрочная оценка национальной программы по ВИЧ/СПИДу на период 2011 - 2015 гг. Республика Таджикистан: ВОЗ, 2013г.

На уровне предоставления услуг, врачи - клиницисты проводят мониторинг лечения на основе собственного анализа отдельных результатов лечения. Рутинная бумажная отчетность ограничивает возможность отслеживания и анализа тенденций (например, вирусная нагрузка в разрезе когорты пациентов, средний исходный уровень CD4 у пациентов при регистрации или в начале АРВ терапии и т.д.). Отсутствие стандартных медицинских карт больных, которые предоставили бы возможность провести всесторонний анализ данных пациента, увеличивает вероятность того, что врачи – клиницисты упустят важную информацию о каких-либо изменениях в количестве клеток CD4 + и вирусной нагрузки, а также усложняет сроки мониторинга наблюдаемых пациентов.

Косвенные данные показывают, что уровень удержания и приверженности к АРВ терапии является суб - оптимальным. По данным, предоставленным РЦ СПИД, в 2011 году АРВ терапия была предписана 1082 пациентам (кумулятивные данные), и 782 пациентов продолжали лечение; аналогичные данные за 2012 год 1505 и 1044 соответственно. В соответствии с Глобальным отчетом ЮНЭЙДС за 2012 год, удержание детей и взрослых на АРВ терапии в течение 12 месяцев составляет 74%. Эти кумулятивные данные не позволяют оценить реальную ситуацию касательно потока пациентов и их удержания на АРВ терапии, и такой подход требует изменений.

Первоочередное внимание необходимо уделить внедрению системы мониторинга лекарственной устойчивости ВИЧ наряду с Индикаторами раннего предупреждения (ИРП).

2.6 УХОД И ПОДДЕРЖКА

Правительство ввело систему ежемесячных денежных пособий для семей, заботящихся о детях, живущих с ВИЧ²². Ежемесячное пособие, в размере 40 долларов США, выплачивается независимо от экономического статуса семьи, и в настоящее время охватывает 64% семей, имеющих право на получение пособия. В связи со стигмой, связанной с ВИЧ и страхом раскрытия статуса, некоторые семьи не принимают участия в данной программе, но регулярный мониторинг показывают, что программа достигает наиболее уязвимых и нуждающихся в помощи.

ГФСТМ поддерживает мероприятия по ВИЧ/СПИДУ, путем создания социальных сетей при помощи групп само - помощи. Эти группы позволяют ЛЖВС проводить регулярные встречи и обмениваться информацией, лучше понимать проблемы, связанные со своим здоровьем, и быть более открытыми в контексте своего ВИЧ - статуса. На текущий момент сети/группы само - помощи предлагают поддержку по принципу "равный - равному".

Эти проекты поддерживаются за счёт грантов Глобального фонда, и их устойчивость в будущем остается под вопросом. Соответственно, в рамках нового НСПВ следует уделить особое внимание аспектам устойчивости и географического расширения таких сетей. Кроме того, большее вовлечение людей, живущих с ВИЧ (*GIPA*) в различные направления в контексте национального ответа, должно стать основой новой НСПВ.

2.7 ВИЧ И ИНВАЛИДНОСТЬ

²² Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2010 года за № 232 о порядке выплаты социального пособия для ВИЧ-позитивных детей.

На сегодняшний день, по большей части неизвестны потребности различных групп людей с ограниченными возможностями в плане профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и мероприятия в рамках национальных ответных мер не нацелены на эти группы. Международный опыт показывает, что люди с ограниченными возможностями страдают от двойной стигматизации, возникающей от дискриминации в результате их инвалидности и их ВИЧ-статуса. В Таджикистане, люди с ограниченными возможностями сталкиваются с широко распространенными барьерами в доступе к услугам, таким как услуги в сфере здравоохранения, реабилитации, образования, занятости, социальных услуг, включая обеспечение жилья и транспорта. Также, в список барьеров входят несовершенное законодательство, политика и стратегии, отсутствие предоставления услуг и проблемы с их оказанием, негативное отношение и дискриминация, отсутствие доступа, недостаточное финансирование и недостаточное участие в процессах принятия решений, которые непосредственно влияют на их жизнь. Эти барьеры способствуют появлению неблагоприятных факторов, ухудшающих положение людей с ограниченными возможностями. Многие из барьеров, с которыми сталкиваются люди с ограниченными возможностями, возможно, избежать, а недостатки, связанные с инвалидностью могут быть преодолены. Вопросы ВИЧ и инвалидности требуют должного внимания и будут рассмотрены в рамках новой НСПВ.

2.8 ГЕНДЕРНЫЕ ВОПРОСЫ

В Таджикистане, принятие ВИЧ - профилактического поведения женщинами остается трудной для достижения задачей, в связи с многочисленными социально-культурными факторами: традиционная сексуальная культура, не в пользу использования презервативов; низкая роль женщин в семье и их экономическая зависимость от своих мужей и старших членов семьи²³; низкий уровень образования и (как следствие) отсутствие или малый уровень информированности по вопросам ВИЧ/СПИДа; низкий доступ к добровольному тестированию на ВИЧ.

Учитывая эти факторы, необходимо серьезно рассмотреть возможность последовательного распространения ВИЧ-инфекции за пределами групп риска (ЛУИН, МСМ, РС) при гетеросексуальных половых контактах. По мнению многих женщин, работающих или имеющих отношение к НПО, нынешний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди женщин может быть в значительной степени недооценен.

Профилактика ВИЧ-инфекции среди женщин не должна рассматриваться в качестве самого контекста ВИЧ/СПИДа. Если не будет изменен социально-культурный контекст, профилактические усилия приведут к незначительным улучшениям. Женщины должны иметь возможность посещать школу, и получать полное среднее образование. Женщины должны иметь право роста в иерархии общества, которое признает их равные права, позволяет им работать и получать экономическую независимость от семей своих мужей. Кроме того, женщины должны иметь равный доступ к медицинским услугам и получать непредвзятое консультирование, уход и поддержку. Все эти изменения сами по себе независимы от усилий по профилактике ВИЧ, однако ВИЧ - профилактические усилия не могут быть эффективными, если условия жизни женщин Таджикистана останутся таким же, как и на сегодняшний день.

В рамках национальных ответных мер, проводятся круглые столы, встречи, семинары, направленные на расширения возможностей женщин. В рамках этих мероприятий были приглашены женщины, которые играют ведущую роль в своих сообществах/общинах и/или также женщины - сотрудники НПО. Такие усилия могут принести пользу, однако их количество недостаточно для принесения эффективных изменений.

²³ Сотрудники центра репродуктивного здоровья сообщают, что члены семьи, такие как братья или свекрови, очень часто запрещают беременным, проходить тестирование на ВИЧ.

В марте 2013 года, совместно с ключевыми партнерами, была проведена Гендерная оценка Национальных ответных мер на ВИЧ/СПИД в соответствии с Инструментом гендерной оценки ЮНЭЙДС.

В апреле 2011 - марте 2012 года, ООН - Женщины и Совместная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу, провели совместную оценку по теме "Гендерные вопросы и ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан". В рамках данной оценки настоятельно рекомендуется использовать выявленные данные и предоставленные рекомендации, которые смогут оказать содействие в укреплении и включении гендерных вопросов в национальные меры по реагированию на ВИЧ/СПИД в Республике Таджикистан.

2.9 СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НАЦИОНАЛЬНЫЙ ОТВЕТ

Имеется ряд факторов, которые могут оказать влияние на конечные результаты Национальной программы по ВИЧ/СПИДу, и они затрагивают одно или несколько стратегических направлений системы здравоохранения:

- Управление и руководство, включая, среди прочего, доказательную политику и планирование, регламентирование, управление и координацию услуг
- Финансирование мероприятий в рамках национального ответа
- Кадровые ресурсы - доступность, обучение, и также поведение в отношении ЛЖВС и наиболее уязвимых групп
- Управление аспектами закупок и цепочками поставок
- Доступность услуг, равное распределение и легкость доступа, в контексте географического охвата, к услугам по профилактике, тестированию, лечению и диагностике
- Жизнеспособность информационных систем, и систем мониторинга

Национальный стратегический план по ВИЧ/СПИДу рассмотрел многие из этих вопросов в целях наращивания потенциала системы здравоохранения, в целях эффективного само - оснащения, однако все еще имеется ряд барьеров, в сфере предоставления услуг, такие как:

- Нормативно - правовые барьеры для получения свободного доступа к необходимым услугам
- Барьеры в сфере предоставления услуг разнятся в зависимости от географического положения
- Барьеры, могут быть связаны с:
 - o Географической местностью, культурным разнообразием, удаленностью или небезопасностью;
 - o Фрагментацией или потерей взаимосвязи между различными видами и уровнями услуг;
 - o Недостаточным использованием текущего потенциала поставщиков услуг, в частности на уровне ПМСП, ДУ, РЗ, КВД, Противотуберкулезной службы и службы СПИД, а также диагностических услуг, в связи с низким уровнем интеграции крайне вертикальных услуг. На данный момент, прилагаются определенные усилия для интеграции программы по ВИЧ/СПИДу в систему общественного здравоохранения, в частности ПМСП и семейную медицину. Например, интеграция начата в разрезе центров репродуктивного здоровья, и в разрезе некоторых услуг противотуберкулезной службы. Однако, для полной интеграции услуг по ВИЧ/СПИДу, необходим детальный план мероприятий.
- Управленческие и организационные барьеры, как правило, присутствуют в виде неспособности в управление на районном и сельском уровне, а также на уровне сложных систем вертикальных программ и проектов, которые во многих случаях составляют планы, управление и отчетность независимо друг от друга.

- Барьеры, в связи с кадровыми ресурсами, являются наиболее очевидными, в связи с количеством, распределением и сочетанием медицинского персонала на наиболее периферийном уровне системы здравоохранения. Также барьеры связаны с уровнем знаний, практики и отношения к пациентам, высокой текучестью кадров, и притока нового поколения с низким уровнем образования, в частности по вопросам в области ВИЧ/СПИДа.

- Стигматизация на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это может быть частично связано с отсутствием знаний о проблеме ВИЧ/СПИДа и ограниченным доступом к пациентам с ВИЧ - инфекцией. Курсы обучения в дальнейшем для семейных врачей и практические занятия могли бы помочь в снижении уровня стигматизации.

- Недостаточный уровень интеграции наблюдается также и в аспектах обучения. Модули по ВИЧ/СПИДу включены в медицинскую образовательную программу, и в программу переподготовки семейных врачей (республиканский центр семейной медицины, республиканский институт последипломного образования), однако этих усилий недостаточно. Кроме того, в контексте вышеуказанных центров налажены слабые связи с центрами СПИД: в то время как в рамках учебной программы охватываются теоретические аспекты по ВИЧ/СПИДу, практические занятия охвачены не надлежащим образом.

- Кроме того, ограничена информация в рамках Национальной программы по ВИЧ/СПИДу о наличии услуг, включая услуги, которые предоставляются в разрезе НПО, частным сектором, включая картирование различных дружественных кабинетов и пунктов доверия по всей стране. Кроме того, отсутствует полная картина готовности предоставления услуг в разрезе медицинских учреждений.

- Меры инфекционного контроля были также рассмотрены в рамках мер национального ответа, за счет внедрения руководящих принципов и обучения персонала медицинских учреждений. Однако отсутствие отдельных одноразовых принадлежностей наряду со слабой системой мониторинга, подрывает усилия правительства по смягчению передачи ВИЧ в клинических учреждениях. Таким образом, универсальные меры предосторожности, в том числе наличие и использование перчаток и других мер предосторожности, должны быть повышены по всей стране.

- Финансовая поддержка со стороны правительства и международного сообщества остается в значительной степени недостаточной для всестороннего реагирования на ВИЧ эпидемию, даже в тех районах страны, где имеется самый высокий уровень доступа. В то время как правительство Республики Таджикистан обеспечивает поддержку национальных ответных мер в виде рабочей силы, заработной платы сотрудников, зданий и эксплуатационных расходов, государственные расходы на здравоохранение являются одними из самых низких в стране. Механизм фиксированного оклада медицинского персонала потенциально создает ложные стимулы для предоставления услуг повышенного качества.

- Слабые практики управления аспектами закупок и цепочками поставок, часто приводит к дефициту и/или истощению запасов жизненно важных лекарственных средств и расходных материалов.

Новая НСПВ укрепит вопросы планирования на районном уровне, а также вопросы координации и интеграции услуг, тем самым извлекая пользу из укрепления системы здравоохранения, и внося вклад в улучшение функционирования системы здравоохранения, путем обучения персонала, повышения уровня осведомленности в вопросах ВИЧ/СПИД, расширения информационных потоков и отчетности, и улучшения управления аспектами закупок и цепочек поставок. Мобилизация и использование частных врачей и врачей общей практики, в качестве дополнения к системе общественного здравоохранения, является особенностью новой НСПВ, и тем самым данный подход внесет свой вклад в улучшение доступа к высококачественным услугам в этой стране, где существует недостаток ресурсов.

2.10 ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕР В КОНТЕКСТЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ОТВЕТА

С 2010 года страна институционализировала Оценку национальных расходов на борьбу со СПИДом (ОНРС) с целью проведения анализа финансирования в рамках мер, направленных на борьбу с ВИЧ. ОНРС является результатом вклада и совместной работы членов страновой рабочей группы, министерств, участвующих в национальном ответе на эпидемию ВИЧ-инфекции, представителей агентств ООН, международных и общественных организаций. Согласно данным отчета ОНРС, финансирование на программы по ВИЧ/СПИД поступает из трех основных источников: государственных, внешних (международных) и частных источников (Рисунок 15²⁴). Частные источники, в основном, формируются за счет расходов домохозяйств.

Общий объем финансирования в период 2008-2013 гг. увеличился практически в более чем 10 раз и достиг 67 млн. сомони в 2013 году²⁵ (Рисунок 16). Значительный рост (11%) наблюдается с 2012 года. Однако, как и во многих других развивающихся странах, финансирование мер в контексте национального ответа на ВИЧ/СПИД в Таджикистане, в большей степени, находится в устойчивом состоянии благодаря внешней помощи, обеспеченной со стороны международных организаций (Рисунок 17).

Со временем, Правительство начало постепенно повышать финансирование мероприятий, связанных с ВИЧ. Если в 2008 году государственные расходы на Национальную стратегию по ВИЧ составили 16% от общего финансирования, то в 2013 году они повысились до 24%. В абсолютном выражении, государственное финансирование увеличилось с 1 млн. до 16 млн. в местной валюте за период 2008-2013 гг.

²⁴ График «Финансовые потоки» не включает в себя частный сектор.

²⁵ ОНРС, 2008-2009 гг., 2010-2011 гг., 2012-2013 гг., Правительство Таджикистана

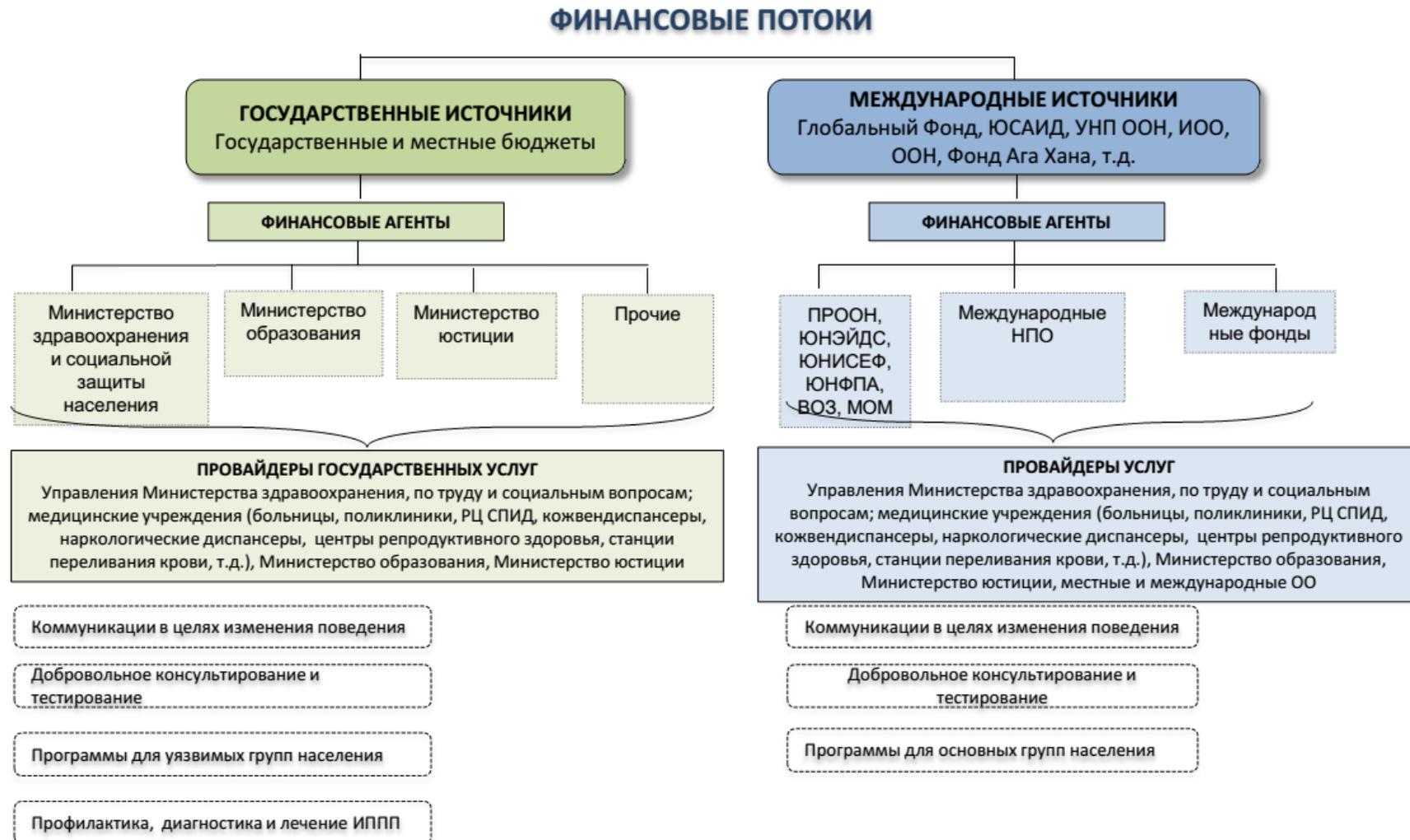


Рисунок 16: Финансирование в 2008-2013гг. с разбивкой по годам, ОНРС (в местной валюте)

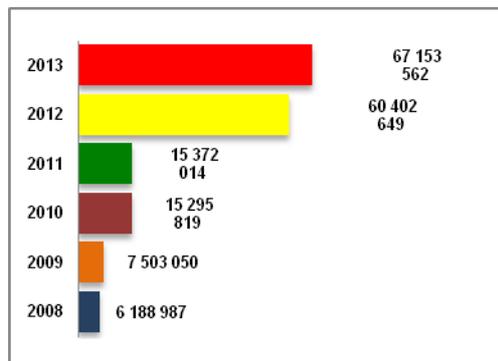


Рисунок 17: Финансирование в 2008-2013гг. с разбивкой по источникам, ОНРС (в местной валюте)



Рисунок 18: Государственное финансирование в 2012-2013гг. с разбивкой на источники, ОНРС

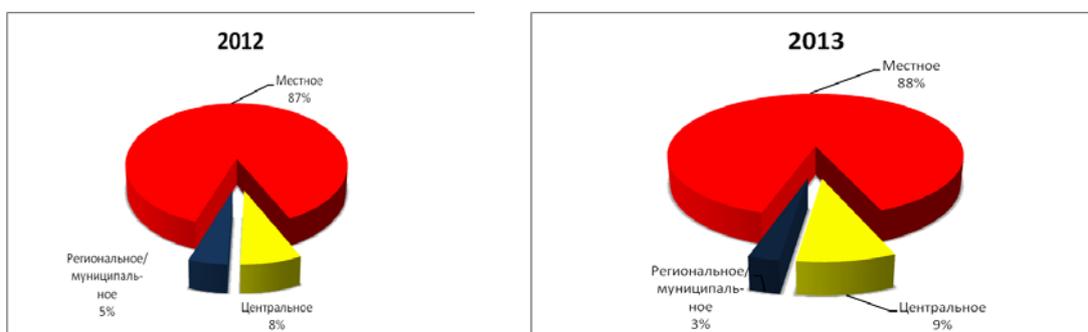


Рисунок 19: Международное финансирование в 2012-2013гг. с разбивкой по источникам, ОНРС (в местной валюте)

Агентство	2012г.	2013г.	Доля (%) от общего международного финансирования в 2013 году
ГФСТМ	34,659,956	35,997,559	72.8%
ЮСАИД	4,572,395	6,610,965	13.4%
ЮНФПА	1,547,516	1,603,292	3.2%
МОМ	2,071,017	1,555,077	1.9%
ЮНИСЕФ	479,750	944,460	1.9%
ВОЗ	108,300	359,720	0.7%
ЮНЭЙДС	651,496	343,431	0.7%
UNODS	963,466	213,510	0.4%
Международные фонды и НПО	243,514	226,604	0.5%
Другие двухсторонние	1,270,471	1,583,175	3.2%
ИТОГО	46,567,881	49,437,793	100%

Наибольшая доля государственного финансирования покрывается за счет местных органов власти (88%), в то время как финансирование со стороны республиканских/муниципальных и центральных органов власти не превышает 3% и 9% соответственно (Рисунок 17). В абсолютном выражении, анализ показывает увеличение финансирования из центрального (47) и местных органов власти (33%) в 2013 году, по сравнению с предшествующим годом. Хотя республиканские/муниципальные органы власти урезали свои расходы на 27% за тот же период времени.

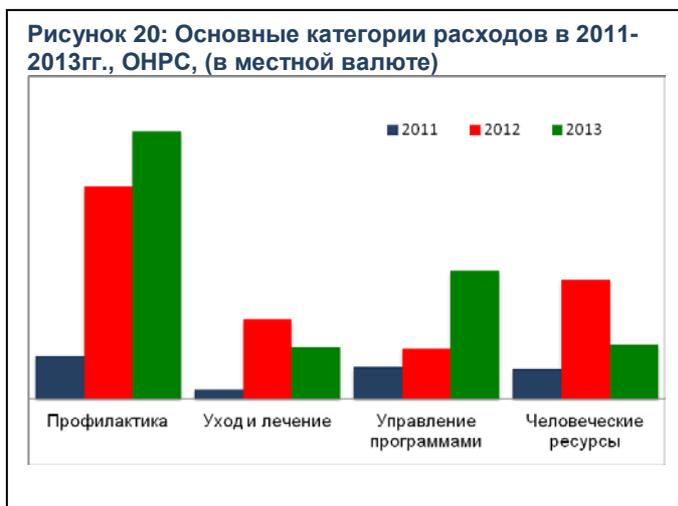
Хотя доля международного финансирования в общем портфеле финансирования начала постепенно снижаться с 88% до 74% в период с 2010 по 2013 год, израсходованная сумма в

долларах США утроилась с 2011 года. В соответствии с данными ОНРС, основными сторонами, предоставившими финансирование Национальной программе по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИД, стали ГФСТМ (73%), ЮСАИД (13%), ЮНФПА (3,2%), за которыми следуют другие агентства ООН, двухсторонние доноры, международные фонды и НПО (Рисунок 18 ниже).

Доля частного финансирования в ответных мерах на возрастающую эпидемию небольшая и достигла только 2,5% в 2013 году, что составляет всего лишь 1,7 млн.сомони.

Основными приоритетами финансирования в период 2011-2013 стали расходы на профилактику, лечение и уход, развитие человеческих ресурсов и управление программами. Во всех этих категориях расходование бюджетных средств улучшилось значительным образом. Общий объем расходов на профилактику ВИЧ и СПИД увеличился в десять раз, расходы на лечение и уход повысились в тринадцать раз, на развитие кадровых ресурсов было выделено в девять раз больше средств. Первоочередное внимание также было уделено управлению программами, на это направление деятельности было выделено в пять раз больше средств, чем в 2011 году. Тем не менее, активного распределения бюджетных средств не наблюдались на мероприятия по формированию благоприятной среды, исследования по ВИЧ, а также социальную защиту и социальные услуги (Рисунок 20).

Следует отметить, что государственное финансирование основных категорий расходов демонстрирует позитивную тенденцию. В течение последнего одного года (2012-2013гг.), расходы на профилактику увеличились на 32%, на лечение и уход – на 42%, и, впервые, государство предоставило поддержку мероприятиям, связанным с социальной защитой и социальными услугами.



Государственные финансовые средства преимущественно направляются на финансирование



заработных плат медицинских работников; закупку систем тестирования, медикаментов и оборудования, а также на поддержку профилактических мероприятий. Международные источники направляют финансовые средства, выделенные на мероприятия по противодействию ВИЧ и СПИД, через вертикальное финансирование проектов в качестве основного механизма финансирования.

Структура международного финансирования (Рисунок 22) также указывает на повышенное внимание к профилактике и коммуникациям, в то время как финансирование развития кадровых ресурсов и стимулирования, наряду с управлением программами остается без изменений. Расходы на уход и поддержку сократились в 2013 году по сравнению с 2012 годом, но не были в достаточной степени компенсированы государственным финансированием.

Принимая во внимание текущие убывающие тренды наряду с неопределенностью в будущем международном финансировании, необходимо обратить надлежащее внимание на эффективность распределения финансовых ресурсов во время реализации нового НСПВ.

2.11 МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР И ИССЛЕДОВАНИЕ

Вертикальный сбор данных и отчетность - Отдел мониторинга и оценки при Республиканском центре по борьбе со СПИДом (РЦ СПИД), имеющий 4 центра СПИД на областном уровне со своими отделами МиО, созданный в 2010 году, был далее расширен посредством создания районных центров СПИД (38). Таким образом, имеется вертикальная система сбора данных и отчетности по ВИЧ/СПИДу. В районных центрах СПИД, где еще не созданы отделы по мониторингу и оценке, обязанности по мониторингу и оценке распределяются между персоналом и директором центра. Директор несет общую ответственность за своевременное представление качественных данных. Штатные единицы отдела мониторинга и оценки в областных и районных центрах СПИД финансируются за счет государственного бюджета, а также поддерживаются за счет гранта Глобального Фонда. В случае необходимости дополнительных данных, недоступных в рамках национальной информационной системы в сфере здравоохранения, центры СПИД на всех уровнях, взаимодействуют с пенитенциарными учреждениями, противотуберкулезной службой, наркологической службой и кож - венерологическими диспансерами. Взаимодействия имеют формат официальных запросов, тем самым подтверждая межведомственное сотрудничество, предусмотренное в рамках Национальной программы.

Высокий уровень текучести кадров, подрывает потенциал кадровых ресурсов по МиО - Отделы по мониторингу и оценке на национальном и областном уровнях имеют достаточное оснащение информационными технологиями и специализированным программным обеспечением, и персонал этих отделов был обучен при помощи обширных программ обучения наращивания потенциала, включая официальные курсы обучения и менторинг. Все эти мероприятия финансируются из внешних источников, однако значительный уровень текучести кадров ставит под угрозу инвестиции, предоставляемые для системы мониторинга и оценки. В качестве ответа на данную проблему, прилагаются усилия по введению эпидемиологического надзора в сфере ВИЧ в учебную программу последипломного образования, тем самым будет иметь место долгосрочный эффект в наращивании потенциала.

Гармонизация (согласование) сбора данных с обзором национальной программы - Периодичность сбора данных не согласована с графиком обзора (оценки) Национальной программы, что ограничивает возможность отслеживания достижения целей в разрезе многих индикаторов, в частности измерения результатов среди групп населения, где наблюдаются высокая концентрация ВИЧ. Таким образом, новая НСПВ должна охватить аспекты согласования сбора данных и отчетности, что позволит измерить ход национального ответа на регулярной основе, и в случае необходимости, предпринять корректирующие действия. Кроме того, разработка и последующая реализация ежегодного плана по мониторингу и оценке и плана исследований, а также выделение необходимого бюджета, еще больше облегчит процесс регулярного сбора и анализа данных, в целях планирования последующих шагов.

Эпидемиологический надзор и опросы в сфере ВИЧ - Эпидемиологический надзор в сфере ВИЧ предназначен для сбора биологических и поведенческих данных при помощи: (1)

отчетности по случаям заболевания; (2) сбора данных в контексте надзорных программ посредством периодических биологических и поведенческих исследований среди отдельных групп населения (МСМ, ЛУИН, РС и т.д.) и оценка численности выбранной группы населения. С этой точки зрения система эпидемиологического надзора в сфере ВИЧ в Таджикистане имеет три функциональных компонента, но с разным уровнем показателей производительности. Система эпидемиологического надзора в сфере ВИЧ в Таджикистане регулируется различными нормативными документами. Существует необходимость для создания всеобъемлющей единой нормативно-правовой базы, которая установит благоприятную правовую среду для дальнейшего укрепления различных надзорных систем.

ИБПИ (Таблица 2), проведенные в рамках национальных ответных мер, были разного качества, а использование различных методологий ставило под сомнение сопоставимость данных по различным сериям до 2012 года. В 2012 году были разработаны протоколы. В соответствии с этими протоколами, ИБПИ будет проводиться два раза в год.

Таблица 2: Периодичность ИБПИ и целевая группа населения

ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.
ЛУИН	X	X	X	X	X	X	X		
РС	X	X	X	X	X	X	X		
МСМ							X		
Заключенные	X	X	X	X	X	X		X	X
Беременные женщины	X	X	X	X	X	X			X
Мигранты							X		
Пациенты с иппп	X	X	X	X	X	X	X		

2.12 ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РАССМОТРЕНИЯ В НОВОМ СТРАТЕГИЧЕСКОМ ПЛАНЕ

Эпидемиологический анализ наряду с анализом в рамках национальных ответных мер, выявил следующие вопросы, на которые необходимо обратить внимание в новом национальном стратегическом плане.

Расширение координированного межотраслевого реагирования на вопросы ВИЧ

Каждой основной отрасли необходимо рассмотреть какое позитивное или негативное воздействие оказывает распространение и последствия ВИЧ/СПИД на деятельность в рамках данной отрасли; какие особые угрозы представляет ВИЧ для деятельности этой отрасли, для достижения целей в рамках данного сектора, реализации и устойчивости мероприятий в разрезе данной отрасли; какие мероприятия и интервенции могут быть реализованы для снижения рисков, защиты работников и сообщества; и какой вклад можно внести в рамках национальных ответных мер. Секторальная координация мероприятий по ВИЧ/СПИД позволит привлечь во внимание сравнительные преимущества сектора в ответных мерах на ВИЧ в контексте национального экономического развития; воздействие эпидемии на развитие сектора минимизируется, а также рассматриваются риски в рамках деятельности в секторе и уязвимость сектора к ВИЧ-инфекции. Новая НСПВ должна обеспечить, чтобы каждая организация имела или работала в направлении разработки комплексной программы по ВИЧ/СПИД, которая будет применена в процессе работы, или имела программу такого рода. Компании будут реализовывать изменения в сфере разработки политики ВИЧ/СПИД, которая будет применена на рабочем месте, обеспечат повышение знаний и информированности на рабочем месте, осуществляют справедливый найм на работу, предоставят уход и поддержку на

месте работы, а также обеспечат участие в жизни общества. Эта цель будет достигнута посредством применения способностей проводить различные информационно-просветительские программы, стимулирования добровольного тестирования, продвижения раздачи и использования презервативов, введения мер по всеобщему инфекционному контролю, предоставления доступа ВИЧ-позитивных лиц к консультированию, обеспечения наличия политики, а также содействия в надлежащем перенаправлении.

Между партнерами по развитию, правительством и гражданским обществом существует ограниченная взаимосвязь в разных направлениях деятельности и необходимо укреплять этот механизм, несмотря на то, что между правительством и партнерами по развитию заключены двухсторонние меморандумы о взаимопонимании. Отчет JAR за 2011-2012гг. оценивает этот факт, как «...несовершенный механизм планирования инвестиционных проектов, который, в свою очередь, снижает эффективность финансирования, координацию внешней помощи и управления, реализуемое через гражданское общество (НПО, благотворительные фонды, общественные центры и т.д.)». Вследствие этого необходимо рассмотреть взаимодействие между правительством, партнерами по развитию и гражданским обществом с целью более эффективной совместной работы по установке приоритетов в комплексной стратегии сектора национального здравоохранения. Взаимодействие будет способствовать улучшению эффективности предоставляемой помощи; послужит в качестве инструмента для взаимной отчетности, посредством внедрения индикаторов по отслеживанию прогресса в отношении согласованных обязательств, принятых на себя правительством, партнерами по развитию и гражданским обществом. К тому же, укрепление потенциала ОО также обеспечит эффективность ответных мер.

Совершенствование благоприятной среды

Первоочередное внимание в новой НСПВ также следует уделить рассмотрению слабых сторон благоприятной среды и мероприятия должны: i) быть направлены на устранение законодательных барьеров, в частности, в отношении уязвимых групп населения, посредством пересмотра законодательной базы, повышения осведомленности и улучшения предоставления информации о правах уязвимой группы населения в контексте правообладателей и уполномоченных субъектов, и населения в целом; ii) увеличить географический доступ к необходимым услугам, посредством открытия новых центров, где будут предоставляться услуги, и улучшения качества предоставляемых услуг; iii) обеспечить непрерывность услуг, посредством интеграции услуг, по мере возможности, и создания надежно функционирующей системы перенаправлений; iv) быть направлены на наращивание потенциала медицинских работников наряду с предоставлением необходимых средств медицинского назначения и оборудования; v) обеспечить тщательный мониторинг и оценку воздействия и результатов НСПВ.

Надлежащее финансирование НСПВ

Основное внимание правительства должно быть обращено на надлежащее финансирование национального стратегического плана. Правительство должно быть в состоянии разработать альтернативные механизмы финансирования для постепенного снижения зависимости от внешней помощи и стать самодостаточным.

Управление национальными ответными мерами

Усиление национальных структур в управлении национальными ответными мерами требует особого внимания. Эффективная реализация НСПВ требует укрепления институционального и управленческого потенциала НКК и государственных партнеров-исполнителей.

Расширение прав и возможностей уязвимых групп населения и общественных организаций

Расширение прав и возможностей уязвимых групп населения и общественных организаций является еще одним вопросом, на который необходимо обратить внимание в рамках НСПВ.

РАЗДЕЛ 3: НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

3.1 ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА НАЦИОНАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ ВИЧ/СПИДА

Основная задача Национальной стратегии по противодействию ВИЧ/СПИДа (НСПВ) заключается в оказании содействия при «Национальном реагировании на вопросы ВИЧ/СПИДа в Республике Таджикистан на период 2015-2017гг.». Реализация подразумевает вовлечение большого числа заинтересованных сторон. НСПВ также поможет в формировании и принятии решений по приоритетным мероприятиям в соответствующих сферах компетенции и заинтересованности. Приоритеты НСПВ определены в целях достижения максимальной эффективности в снижении числа новых случаев ВИЧ-инфекции, улучшения жизни людей, живущих с ВИЧ, а также снижения уровня воздействия на людей, живущих с и затронутых ВИЧ, в условиях ограниченных финансовых и человеческих ресурсов. НСПВ и сопровождающий её оперативный план также выступают в качестве ключевых инструментов координации и контроля за достижением оптимального использования инфраструктуры общественного, общинного и международного здравоохранения. Оперативный план также подчеркивает потребность в ресурсах для ключевых стратегий и направлений работы, которые могут быть использованы в качестве основы для мобилизации ресурсов. НСПВ является динамичным документом, который подлежит регулярному пересмотру с внесением необходимых обновлений и изменений.

3.2 ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ

Национальная стратегия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа внесет свой вклад в усилия Республики Таджикистан по достижению Целей Устойчивого Развития (ЦУР), и тем самым улучшит благосостояние таджикского народа. В частности, НСПВ направлена *на построение общества, свободного от ВИЧ-инфекции, где все люди вне зависимости от пола, возраста и происхождения, будут иметь доступ к лечению и уходу, и тем самым иметь возможность вести полноценную жизнь.*

НСПВ включает в себя задачи для достижения нижеследующих долгосрочных результатов уровня влияния к концу 2017 года:

- Снизить количество новых инфекций хотя бы на 20%
- Снизить уровень смертности, связанной со СПИДом на 20%²⁶
- Снизить социально-экономическое влияние ВИЧ на уровне домохозяйств и общины²⁷

3.3 РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

²⁶ Индикатор — прокси- это количество случаев смертности, связанных со СПИДом, дисагрегированных по детям и взрослым- будет использоваться или определит изменения в смертности, связанных с ВИЧ.

²⁷ Индикатор прокси - число ЛЖВ, получающих минимальный пакет социальной защиты- данный индикатор будет использоваться для измерения / даст представление о изменении социально-экономических последствий ВИЧ на уровне семьи и общины.

В ходе разработки НСПВ был использован подход совместного и интерактивного взаимодействия при участии всех секторов, занимающихся национальным реагированием на ВИЧ на всех уровнях. Это и Министерство здравоохранения и социальной защиты населения (МЗСЗН) и другие министерства, агентства ООН, международные и национальные НПО, группы самопомощи ЛЖВ и люди, пострадавшие от ВИЧ, а также частный сектор.

Техническая рабочая группа по разработке стратегии по ВИЧ/СПИДу контролировала весь процесс, состоявший из четырех взаимосвязанных этапов: i) пересмотр имеющейся НСПВ (на период 2011-2015 гг.); ii) сбор документальных подтверждающих материалов для НСПВ на период 2015-2018 гг; iii) подготовка чернового варианта нового НСПВ; iv) введение в действие и подсчет финансовых расходов для нового НСПВ.

Международный консультант, вначале провел обзор текущего Национального стратегического плана, а затем оказал содействие правительству в разработке проекта новой Национальной стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Данные и исходные материалы, необходимые для документирования доказательств, были собраны посредством использования различных методологий, в том числе и аналитического обзора, проведения встреч с ключевыми информирующими ведомствами, а также при дискуссий фокусных групп. С учётом предоставленной информации консультант подготовил синтез национальных мер реагирования. Основные выявленные данные и результаты были использованы при подготовке нового национального стратегического плана, при консультации с широким кругом заинтересованных сторон. После утверждения нового НСПВ консультант в тесном взаимодействии с Технической рабочей группой разработал оперативный план и бюджет нового НСПВ.

3.4 РЕАЛИЗАЦИЯ НОВОГО НАЦИОНАЛЬНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНА

Новый НСП дает видение того, каким образом можно расширить и усилить меры многостороннего партнерского реагирования на эпидемию ВИЧ в течение трех лет. Управление данным процессом потребует использование ряда механизмов и инструментов, в том числе комплексные мероприятия и разработка годовых оперативных планов с более детальным описанием действий, партнеров, целей, индикаторов и ориентировочных затрат.

Финансирование будет предоставлено из различных источников, в том числе из внутренних ресурсов, финансирования со стороны доноров и ГФСТМ.

Оперативный план будет введен в действие в четвертом квартале 2015 года. Оперативный цикл планирования направлен на поддержку долгосрочного финансирования, а также введение возможных обновлений и изменений. Реализация оперативного плана будет документально подтверждена путем проведения ежегодного обзора хода реализации, в рамках которого будут учтены изменяющиеся условия, и предоставлены рекомендации в отношении ежегодных корректировок в контексте планирования.

Имеется ряд направлений, связанных с планированием, а также реализацией и мониторингом, что требует участия и вовлечения различных заинтересованных сторон:

- Стратегический план;
- Актуальные оперативные планы;
- Ежегодные отчёты о ходе реализации национальных мер реагирования на основе согласованных индикаторов, а также отслеживании финансовых расходов;
- Конкретные стратегии, которые будут разработаны /пересмотрены в контексте интервенций по ВИЧ/СПИДу;
- ЮНГАСС и другие механизмы международной отчётности;

- Операционные исследования в конкретных направлениях разработки программы, где необходимы дополнительные данные и информация.
- Приведение национальных, областных, районных мероприятий в соответствии с целями стратегического плана;
- Специальная сессия Генеральной ассамблеи ООН (ЮНГАСС) и другие механизмы международной отчетности;
- Оперативные исследования по конкретным направлениям разработки программы, где необходимы дополнительные сведения и информация.

Для тех направлений, где необходим вклад партнеров, будут разработаны соответствующие таблицы и схемы (блок-схемы) в целях четкого определения шагов и выявления лиц, ответственных за руководство, обеспечение технической поддержки или участие в различных процессах.

3.5 СТРАТЕГИЧЕСКАЯ РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА

Стратегическая цель НСПВ (2015-2017 гг.) заключается в эффективном реагировании на имеющуюся базу доказательных данных и реализацию координированных, комплексных и качественных мер по профилактике, лечению и уходу, а также мобилизации и повышению уровня осведомленности населения о СПИДе, и эффективному внедрению проблемы ВИЧ во все секторы. Общеизвестно, что в целях достижения всеобщего доступа к основным услугам необходимо принять стратегические решения по приоритетным мероприятиям, которые в свою очередь узаконивают максимальную эффективность и оптимальный прогресс на пути к получению ожидаемых результатов. В этой связи были разработаны следующие наиболее важные стратегические направления НСПВ и 6 приоритетов (Рис. 23).

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 1:

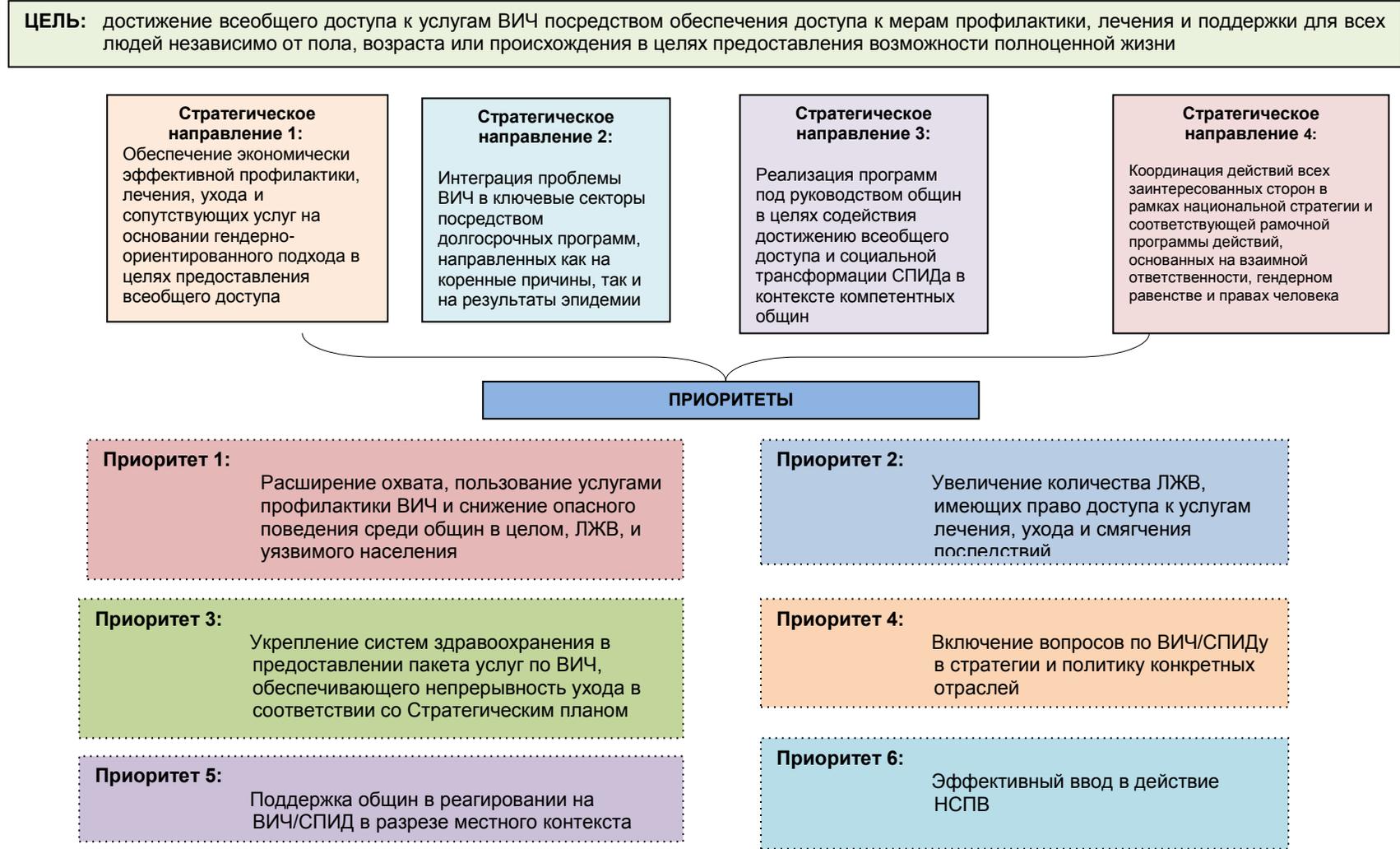
Обеспечение экономически эффективной профилактики, лечения, ухода и сопутствующих услуг на основании гендерно-ориентированного подхода в целях предоставления всеобщего доступа

На основе уроков, извлеченных в ходе реализации прошлого НСПВ (2011 - 2015 гг.), данный Стратегический план в значительной степени опирается на анализ экономической эффективности с целью определения соответствующего пакета услуг (на основании географических, эпидемиологических, социально-экономических и гендерных характеристик), предоставляемого в рамках реагирования на изменчивость эпидемии в Таджикистане. Данные услуги направлены непосредственно и незамедлительно на снижение уровня эпидемии и заболеваемости с одной стороны, и улучшение результатов лечения и ухода с другой стороны, что в конечном итоге затребует динамического и всестороннего реагирования отраслевых систем.

Предоставление услуг будет также основано на таком подходе, который основан на правах, с особым упором на обеспечение льгот и пособий соответствующих лиц. Гражданское общество будет принимать активное участие не только в процессе высказывания мнения всех заинтересованных сторон, но и для поддержки социальной трансформации СПИДа в контексте компетентных общин.

Схема 24: Стратегическая рамочная структура

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН ПО ВИЧ



СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 2:

Интеграция проблемы ВИЧ в ключевые отрасли посредством реализации долгосрочных программ, направленных как на коренные причины, так и последствия эпидемии ВИЧ

Значительный прогресс был достигнут в рамках предыдущего стратегического плана, где проблематика ВИЧ была, в основном, учтена за счёт взаимодействия с правительством в рамках среднесрочной структуры расходов (ССР). В первую очередь, данная НСПВ будет направлена на: i) работу с министерством финансов, а также конкретными отраслевыми министерствами, в целях обеспечения выделения соответствующих финансовых ассигнований при бюджетировании ССР в разрезе конкретных отраслевых приоритетов по ВИЧ; ii) повышение значимости проблемы ВИЧ в процессе отраслевого планирования и бюджетирования в целях обеспечения долгосрочных финансовых обязательств, и создание резерва для смягчения негативных социально-экономических последствий, а также iii) доведение до необходимого масштаба инновационных и экономически эффективных отраслевых программ, в том числе их включение в частный сектор (официальный и неофициальный).

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 3:

Реализация программ под руководством общин в целях содействия достижению всеобщего доступа и социальной трансформации СПИДа в контексте компетентных общин.

Анализ ситуации, приведенной в Разделе №1, показывает, что эффективные стратегии требуют сочетания эффективного предоставления услуг и повышенный уровень восприятия риска и спроса со стороны общин, а также и отдельных лиц. Социальная мобилизация имеет решающее значение для реализации общественной/индивидуальной приемлемости, спроса на качественные услуги, а также снижение маргинализации (стигмы и дискриминации) уязвимых групп и ЛЖВ. Эти микро-макро и макро-микро переходы охвачены в рамках НСПВ, и в первую очередь через проведение мероприятий на уровне общин, как, например, систематическая мобилизация общин в целях ведения деятельности, связанной с ВИЧ и отвечающей потребностям общин.

СТРАТЕГИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ 4:

Координация действий всех заинтересованных сторон в рамках национальной стратегии и соответствующей рамочной программы действий, основанных на взаимной ответственности, гендерном равенстве и правах человека.

Данное направление основано на ключевых «Триединых» принципах, а также международных соглашениях в целях гармонизации финансирования, таких как Парижская Декларация (21). НСПВ направлена на развитие и усиление достижений предыдущего Национального стратегического плана при координации заинтересованных сторон, работающих в области ВИЧ в Таджикистане на национальном уровне, включая партнеров по развитию, государственные ведомства, министерства и учреждения, а также общественные организации.

Для достижения цели НСПВ мероприятия будут проведены в рамках стратегических направлений и шести приоритетов НСПВ:

Приоритет 1: Расширение охвата, пользование услугами профилактики ВИЧ и снижение опасного поведения среди общин в целом, ЛЖВ, и уязвимого населения.

Приоритет 2: Увеличение количества ЛЖВ, имеющих право доступа к услугам лечения, ухода и смягчения последствий.

Приоритет 3: Укрепление систем здравоохранения в предоставлении пакета услуг по ВИЧ, обеспечивающего непрерывность ухода в соответствии со Стратегическим планом.

Приоритет 4: Включение вопросов по ВИЧ/СПИДу в стратегии и политику конкретных отраслей.

Приоритет 5: Поддержка общин в реагировании на ВИЧ/СПИД в разрезе местного контекста.
Приоритет 6: Эффективный ввод в действие НСП

3.6 РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

НСПВ была разработана на основе нижеследующих принципов и подходов:

Принципы

- Извлечение уроков из прошлого, а не попытка «повторно изобрести велосипед»;
- Обязательный учёт проблематики ВИЧ в общем процессе планирования национального развития, в целях подчеркивания данной проблемы в качестве национальной ответственности, а также то, что борьба с ВИЧ несёт многоотраслевой характер;
- Гармонизация вкладов и координации всех заинтересованных сторон, в рамках принципа «триединства»;
- Привязка результатов и подотчетности конкретным учреждениям и партнерам.

Подходы

- **Доказательное информирование** - обеспечение того фактора, что новая стратегическая информация будет постоянно оповещать стратегии реализации на всех уровнях.
- **Управление Основанное на Результатах** - нацеленность на результаты, которые необходимо достичь, в отличие от программ, основанных на вкладах, и/или слишком большого акцента на ожидаемые результаты. Анализ экономической эффективности обеспечит эффективное выделение ресурсов.
- **Права человека, гендерное равенство и реагирование** - обеспечение того, что данные проблемы решаются в рамках всех мероприятий НСПВ.
- **Целевые стратегии** - решение проблемы в контексте географических и демографических характеристик эпидемии в Таджикистане.
- **Реализация НСПВ на отраслевом уровне** - признание важности роли всех секторов в достижении видения 4-ого НСПВ, а также его целей и задач.
- **Укрепление систем** - создание благоприятных условий в целях эффективной реализации и подотчетности.

3.7 ВОЗМОЖНЫЕ РИСКИ, СВЯЗАННЫЕ С РЕАЛИЗАЦИЕЙ ПЛАНА

При разработке данного стратегического плана был определен ряд рисков, которые приведены ниже.

Внешнее финансирование и устойчивость

В настоящее время партнеры по развитию финансируют основную часть мероприятий по профилактике ВИЧ в Таджикистане. Любое значительное сокращение данной поддержки может негативно повлиять на реализацию данного стратегического плана. НКК делает акцент на обеспечение увеличения финансирования со стороны правительства, в дополнение к существующему финансированию со стороны ЮНЕЙДС, общерыночного подхода (ОРП) к средствам и принадлежностям, НФМ со стороны Глобального Фонда, действующему в целях смягчения данного риска.

Управление, лидерство и координация

Сильное руководство в разрезе правительственных структур в сочетании с эффективной координацией и нацеленностью НКК на эффективность и ответственность всех

заинтересованных сторон, имеет жизненное значение для достижения ожидаемых результатов воздействия в рамках НСПВ. Поэтому, любые значительные изменения в существующей политической ситуации, такие как слабое управление и принятие решений, не основанных на доказательствах, может значительно и негативно повлиять на реализацию данного стратегического плана на национальном уровне и уровне НКК, а также помешать процессу достижения ожидаемых результатов. НКК, при поддержке ключевых государственных партнеров и партнеров по развитию, будет вести непрерывную просветительскую деятельность в целях обеспечения всестороннего политического обязательства в рамках борьбы с ВИЧ, и тем самым снизить риск по данному направлению, а также обеспечить активное участие гражданского общества в процессе руководства и принятия решений.

Обязательства партнеров и их потенциал

Успешная реализация НСПВ потребует реализацию мер в контексте межведомственного реагирования при участии партнеров из государственного и частного секторов, а также гражданского общества. Любое значительное отступление от предполагаемого уровня приверженности или недостаточность потенциала будут серьезно сказываться на достижении результатов, поставленных в рамках НСПВ. НКК будет нести ответственность за реализацию всесторонней партнерской рамочной программы

Движение финансовых средств и управление

Неэффективное распределение и управление средствами со стороны правительства и партнеров по развитию может негативно сказаться на всём ходе реализации данного стратегического плана. Меры по снижению данных рисков включают в себя укрепление системы финансового управления и контроля в государственном секторе в целях отслеживания расходов и подотчётности, а также расширения возможностей для со-финансирования на децентрализованном уровне, и наращивание потенциала в сфере финансового управления и отчётности на всех уровнях.

РАЗДЕЛ 4: СТРАТЕГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ И РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТОВ

4.1 РЕАГИРОВАНИЕ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Из доказательств, представленных в разделе №2, можно прийти к выводу, что в целях профилактики/предотвращении новых случаев ВИЧ-инфекции необходимо интенсификация усилий на национальном уровне при помощи хорошо скоординированных ответных мер. На основании надзорных данных, исследований и путей передачи новых случаев инфицирования, становится ясно, что приоритеты интервенций должны охватывать все кластеры передачи ВИЧ-инфекции среди общего населения (среди гетеросексуальных пар, вертикальная передача ВИЧ от матери к ребенку, и также среди наиболее уязвимых групп и групп высокого риска и их сексуальных партнеров). Соответственно, предлагается три основных кластера в контексте приоритета интервенций:

- **Интенсификация профилактической программы, ориентированной на пары**, в частности путем повышения качества ДКТ для пар. Данное мероприятие будет иметь решающее значение в прерывании и сокращении передачи ВИЧ - инфекции среди половых партнеров лиц, практикующих случайные гетеросексуальные связи.
- **Интенсификация профилактических мероприятий среди общего населения**, путем образования половых партнеров и снижения их количества, поощрения использования презервативов и позднего начала половой жизни, в частности среди молодых девушек и молодежи в целом. Данный подход важен в целях сокращения и предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции среди общего населения, практикующего гетеросексуальные отношения. Кроме того, необходимо проведение более эффективной программы по ППМР, в связи с тем, что вертикальная передача может способствовать вспышке заболеваемости ВИЧ в будущем.
- **Интенсификация и насыщение охвата среди ЛУИН, РС, МСМ и заключенных**, в целях сокращения количества новых инфекций среди этих групп

4.2 ПРИОРИТЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Ни одна единичная интервенция не способна предотвратить или обратить вспять эпидемию ВИЧ. Наибольшее влияние в контексте профилактики и лечения ВИЧ возможно лишь в том случае, если интервенции будут реализоваться в комплексной манере с учетом биомедицинских, структурных и поведенческих факторов. НСПВ содержит ряд комплексных пакетов услуг в разрезе каждой интервенции. Детали об услугах, по которым была составлена соответствующая смета, приведены в Оперативном плане. Необходимо эффективное реагирование на основе доказательных данных в целях сокращения распространения ВИЧ среди ключевых групп населения высокого риска, а также для профилактики передачи ВИЧ среди общего населения.

Для достижения этих целей, высокое значение имеет реализация комплексного пакета для профилактики, лечения и ухода среди ключевых групп высокого риска и ЛЖВ. Мероприятия должны быть проведены с учётом целого ряда факторов, в том числе работа с населением, работа по принципу «равный –равному». Услуги должны предоставляться на уровне общин, медицинских и пенитенциарных учреждений и т.д. Услуги должны также предоставляться с учётом прав человека и общественного здравоохранения, наряду с поддерживающей (или

просветительской деятельностью для создания поддерживающей рамочной структуры) правовой и политической рамочной структурой. Одним из важнейших элементов комплексного пакета является включение половых партнеров лиц, подверженных наибольшему риску инфицирования ВИЧ в соответствующие программы.

ПРИОРИТЕТ 1: Расширение охвата, пользование услугами профилактики ВИЧ и снижение опасного поведения среди общин в целом, ЛЖВ, и уязвимого населения.

Приоритетные ключевые группы населения, подверженные риску заражения ВИЧ-инфекцией

Профилактика дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции будет основываться на признании «движущих сил эпидемии», тем самым определяя соответствующие приоритеты, т.е. «знай болезнь и знай, как реагировать на нее». В контексте ограниченных ресурсов Таджикистана, НСПВ отдает предпочтение ключевым группам населения, подверженных риску заражения ВИЧ-инфекцией. Иными словами - это группы населения, в связи с их поведением, и ситуациями, среди которых наблюдается более высокий или средний уровень распространенности ВИЧ (> 2%), и те, кто соответственно, еще не практикует превентивное поведение. Ниже приведен перечень этих групп населения:

- Люди, употребляющие инъекционные наркотики, и их половые партнеры;
- Работницы секса и их половые партнеры, клиенты работниц секса и их партнеры;
- Мужчины, практикующие секс с мужчинами, и их половые партнеры;
- Заключенные и сотрудники исправительных учреждений;
- Мобильное население и трудовые мигранты, а также общины, затронутые миграцией;
- Военнослужащие и сотрудники в форме (правоохранительные органы и т.д.) подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение;
- Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных родителей;
- Молодежь, подверженная опасному поведению;
- Люди на рабочих местах, подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение.

Эти группы населения имеют первостепенное значение, в связи с расширением масштаба и качества оказываемой помощи, и в целях поощрения изменения их поведения в свете вероятности того, что это будет определяющим фактором течения эпидемии в Таджикистане. Профилактика, направленная на эти группы населения будет приоритетной задачей с акцентом на высокую интенсивность, устойчивость и целенаправленность запланированных мероприятий.

Люди, демонстрирующие низкий уровень заболеваемости ВИЧ и ИППП

Люди данной категории - люди, не практикующие рискованное поведение, и соответственно находящиеся в низкой зоне риска ВИЧ-инфекции. Помимо того, что эти группы населения должны понимать природу передачи ВИЧ-инфекции, они также должны внести свой вклад в коллективное реагирование на эпидемию в качестве важного компонента в создании благоприятной среды. Профилактический акцент на эти группы населения важен с точки зрения осознания рисков, а также в целях внедрения и укрепления защитного поведения, путем предоставления обширной информации, образования, доступа к профилактическим услугам и

иметь навыки безопасного сексуального взаимодействия. Эти группы населения могут быть охвачены при помощи существующей системы образования (в том числе и через начальное образование), а также программ репродуктивного здоровья.

Мобильность различных групп населения

НСПВ признает, что мобильные группы населения часто сталкиваются с ситуациями высокой уязвимости, с высокой вероятностью поведения высокого риска. Мобильность также характерна для работников секса, потребителей наркотиков и мужчин, практикующих секс с мужчинами. Это характерно и для многих военнослужащих. Уличные дети и молодые люди, не посещающие образовательные учреждения, также имеют определенную степень мобильности, так как многие из них проживают в сообществах с более высокой распространенностью и заболеваемостью ВИЧ-инфекции, где кроме того, наблюдается более высокая концентрация поведения высокого риска. Такие уличные дети и молодые люди могут предоставлять секс услуги, потреблять инъекционные наркотики и практиковать однополый секс (МСМ).

ВИЧ на рабочем месте

На рабочих местах также возможно охватить людей, имеющих определенную степень уязвимости и практикующих поведение высокого риска. Также, эти люди могут быть половыми партнерами ключевых групп населения, относящихся к сфере риска. Данная категория людей подвержена повышенной уязвимости и/или поведению высокого риска, в связи с чем они должны быть приоритетными в рамках НСПВ. Данные категории - это:

- Мигранты и мобильные группы населения, подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение;
- Молодежь, подверженная опасному поведению или практикующая опасное поведение;
- Военнослужащие и сотрудники в форме (правоохранительные органы и т.д.), подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение;
- Люди на рабочих местах, подверженные опасному поведению или практикующие опасное поведение;

Заклученные

НСПВ также акцентирует внимание на заключенных. Чаще всего, заключенные происходят из неблагополучных и маргинальных социальных групп, таких как городское бедное население, этнические меньшинства, иммигранты в недавнем прошлом (из сельской местности или из-за рубежа) и ЛУИН. Пенитенциарные учреждения являются ключевыми точками соприкосновения высокого количества людей, живущих с ВИЧ, находящихся в зоне высокого риска передачи ВИЧ-инфекции, которые, в свою очередь, не имеют доступа к системе общественного здравоохранения. Тем не менее, заключенные должны рассматриваться в качестве части социума. По сути, пенитенциарные учреждения не отрезаны от внешнего мира. В странах, где употребление инъекционных наркотиков является одним из основных путей передачи ВИЧ-инфекции, распространенность ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы тесно связана с распространенностью ВИЧ-инфекции среди ЛУИН в обществе и с количеством лиц, употребляющих инъекционные наркотики до попадания в места лишения свободы. В целом, имеется ряд причин высокого уровня ВИЧ-инфекции среди заключенных, а именно: употребление инъекционных наркотиков, сопутствующие заболевания, низкий социально-экономический статус, секс-бизнес (секс услуги), и более низкий уровень образованности и осведомленности в сравнении с общим населением.

Военнослужащие и сотрудники в форме

Опыт других стран показывает, что силовые и правоохранительные структуры, в том числе военнослужащие и силы гражданской обороны, являются группой с высокой уязвимостью к

ИППП, в основном из-за специфики их работы, мобильности, возраста и других факторов, включая гендерные нормы, что в конечном итоге подвергают их более высокому риску передачи ВИЧ. Однако, учитывая высокий уровень дисциплины и организованности, данная категория предлагает уникальную возможность в контексте проведения просветительских и информационных мероприятий по ВИЧ, включая обучение с охватом «широкой аудитории».

Географическое расположение

Области, районы и сообщества, с самым высоким уровнем распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекции, и наибольшим количеством уязвимых групп населения, будут приоритетными направлениями в контексте реализации комплексного пакета услуг. Кроме того, интервенции, реализация которых нацелена на рабочем месте, позволят использовать потенциал частного сектора (бизнес структур и частных клиник). В свете роста приватизации и инвестиций, стратегическое расширение государственно-частного партнерства в этой области будет приобретать все большее значение. Среди силовых структур и правоохранительных органов имеется уникальная возможность эффективного использования лидеров и тренеров из числа «равных», так как данная практика подтвердила свою успешность во многих странах мира. Лидеры из числа «равных», помогут другим «равным группам» пройти через пересмотр и коренное изменение поведения, ведущего к риску передачи ВИЧ-инфекции. Лидерство из числа «равных» - это одна из форм неформального образования, которое может быть налажено при малых затратах.

Пакет доказательных интервенций

В рамках профилактических услуг по ВИЧ, будет расширен масштаб предоставления основного пакета доказательных интервенций, в целях достижения критически важного уровня охвата. В рамках следующей фазы профилактики ВИЧ, жизненно важно, чтобы различные слои населения имели непрерывный доступ к комплексному пакету услуг.

Основные компоненты профилактических мер по ВИЧ будут состоять из: распределения презервативов, ДККТ, ППМР, тестирования пар на ВИЧ и АРВ профилактики. Также, перечисленные меры будут дополнены дополнительными услугами, включающими в себя меры инфекционного контроля и ПКП, безопасность крови, профилактику ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных, и скрининг, и лечение ИППП с учетом нужд характерных групп населения. Все названные аспекты будут усилены при помощи КЦИП и формирования соответствующего поведения, а также налаживания деятельности на основе спроса.

В рамках НСПВ, особый акцент будет дан подходам, основанным на экономически эффективной деятельности в целях принятия более безопасного сексуального поведения и снижения рисков поведения в целом. Заинтересованные стороны на национальном и суб-национальном уровне будут реализовывать программы в целях модификации сексуального поведения, являющегося движущей силой эпидемии.

Приоритетный комплекс мероприятий в краткосрочной и среднесрочной перспективе в целях достижения критически важного охвата основными услугами, будет состоять из мероприятий, описанных ниже (рис. 24):

Рис. 25: Мероприятия в рамках Приоритета 1

Приоритет 1: Расширение охвата, пользование услугами профилактики ВИЧ и снижение опасного поведения среди общин в целом, ЛЖВ, и уязвимого населения

1.1. Снижение рисков поведения путем интервенций по изменению поведения среди населения в целом и определенных групп с использованием стандартизированных и целенаправленных сообщений

1.2. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции, где инфицирование происходит путем небезопасного поведения во время сексуальных контактов и употребления инъекционных наркотиков

1.3. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции, где инфицирование происходит путем небезопасного поведения работниц секса (РС) и их постоянных клиентов

1.4. Снижение риска, ассоциированного с ВИЧ, а также уязвимости и воздействия, среди мужчин, практикующих секс с мужчинами и их партнерами

1.5. Снижение риска, ассоциированного с ВИЧ, а также уязвимости и воздействия, среди заключенных

1.6. Снижение риска, ассоциированного с ВИЧ, а также уязвимости и воздействия, среди мобильного населения и трудовых мигрантов

1.7. Снижение риска, ассоциированного с ВИЧ, а также уязвимости и воздействия, среди военнослужащих и сотрудников в форме

1.8. Снижение риска, ассоциированного с ВИЧ, и уязвимости среди молодого населения

1.9. Улучшение уровня доступа к расширенным услугам по ППМР

ПРИОРИТЕТ 2: Увеличение количества ЛЖВ, имеющих право доступа к услугам лечения, ухода и смягчения последствий.

Преимущество ухода (ПУ) является эффективной стратегией для расширения услуг в сфере ВИЧ. Услуги по уходу, лечению и смягчению последствий ВИЧ становятся все более доступными в Таджикистане, однако данный аспект требует расширения связей и усиления координации.

ПУ - это комплексный пакет взаимосвязанных услуг по уходу, лечению и поддержке, предоставляемый на всех уровнях (на уровне медицинских учреждений, общин и домашних хозяйств) со стороны правительства, НПО, общественных и религиозных организаций, ЛЖВ и членов семьи.

Предоставление ПУ на уровне медицинских учреждений и общин

Особое значение имеет доступность и приверженность к АРВ терапии, также необходимой для снижения уровня оппортунистических инфекций (ОИ), заболеваемости и смертности, создания спроса на ДККТ и снижение уровня стигмы. Дефицит финансовых и кадровых ресурсов является определенной проблемой для расширения уровня предоставления АРВ терапии, с учётом нынешнего охвата. Кадровые ресурсы могут быть увеличены за счет интеграции услуг по АРВ терапии в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Для этих целей необходимо обучение медицинского персонала, и также осуществление надзора со стороны МЗСЗН в целях содействия корректному назначению АРВ препаратов, и профилактики ранней лекарственной устойчивости ВИЧ к АРВ терапии. Другой проблемой будет налаживание дружественной и непрерывной АРВ терапии для групп высоко риска и групп, подверженных стигматизации, так как доступ этих групп ограничен в связи с частым перемещением или боязни

дискриминации со стороны медицинского персонала. Повышение потенциала медицинского персонала по вопросам клинического ведения ВИЧ-инфицированных будет способствовать повышению общего качества медицинских услуг, и, следовательно, укреплению системы здравоохранения в целом.

Рис. 26: Структура непрерывного ухода



Источник: Адаптировано от UNAIDS/WHO 2000

Смягчение воздействия ВИЧ на ЛЖВ и членов их семей, является частью преемственности ухода, которое имеет две особенности:

1. Группа услуг;
2. Сеть перенаправления. Медицинские сотрудники должны быть осведомлены обо всех услугах, и знать, куда именно перенаправлять клиентов, так как это особенно важно для ЛЖВ, бедных и уязвимых слоев. Менеджеры ключевых услуг, связанных со смягчением воздействия, должны быть частью местных координационных комитетов по ВИЧ/СПИДу в целях поддержки правильного перенаправления;

Группа услуг для смягчения воздействия охватывает широкий спектр услуг

Продовольственная поддержка и помощь в повседневной жизни

Хорошее питание является важнейшим элементом для эффективности АРВ терапии и улучшения качества жизни ЛЖВ. Работники на уровне общин, и опекуны будут предоставлять консультации по вопросам питания, пищевым добавкам и мониторинга питания. ЛЖВ и члены их семей часто нуждаются в материальной поддержке по основным потребностям, включая

жилье, питание, транспорт, медицинскую помощь и т.д. Чаще всего, им нужны малые гранты для налаживания собственного дела и возможности заработка на жизнь. В частности, необходимо вовлечение менеджеров в деятельность по содействию и поощрению экономической деятельности среди беднейших слоев населения, живущих с ВИЧ. Бедность существенно влияет на уровень воздействия ВИЧ и вызывает быстрое прогрессирование инфекции, а также ограничивает доступ к социальным и медицинским услугам. Высокая стоимость мероприятий по смягчению последствий выходит за рамки возможностей и потенциала правительства, и НСПВ призывает партнеров по развитию и частный сектор внести свой вклад и дополнить усилия правительства. Необходимо найти способы мобилизации средств в целях поддержки интервенций на уровне общин, так как сами общины продемонстрировали возможность привлечения средств из частного сектора, НПО, общественных организаций и физических лиц.

Психологическая поддержка

Психологическая поддержка направлена на оказание помощи ЛЖВ и их семьям в целях преодоления психологических и социальных проблем, а также поддержания надежды на достойную жизнь, в качестве полезных и уважаемых членов общества. Психологическая поддержка включает в себя предоставление индивидуального, семейного и группового консультирования, поддержку со стороны равного, духовную помощь, услуг психолога и психиатра и социальных услуг (в том числе поддержка жертв семейного насилия). Психологическая поддержка необходима, в целях преодоления стигмы, связанной с ВИЧ, которая все ещё широко распространена, и играет основную роль в разжигании ВИЧ-инфекции (препятствуя открытости и возможности прохождения тестирования). Кроме того, стигма ставит ЛЖВ в ненужные враждебные ситуации.

Правовая поддержка

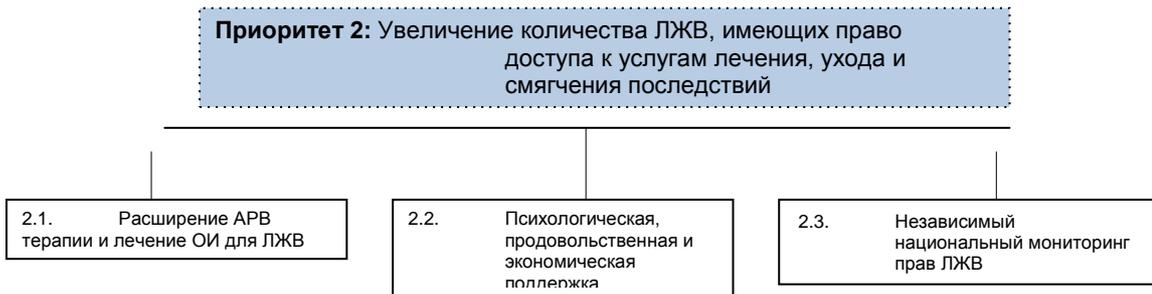
Смягчение воздействия возможно только при наличии благоприятной правовой среды, следовательно, важность повышения осведомленности местных лидеров о потребностях ЛЖВ и наиболее уязвимых групп, о вредных последствиях на систему общественного здравоохранения и о смягчении воздействия в контексте преследования, ареста и заключения. В то же время, в целях защиты прав ЛЖВ и уязвимых групп, которые сталкиваются с дискриминацией по признаку серологического статуса, пола, сексуальной ориентации и т.д., индивидуальная юридическая помощь оказывается профессиональными юристами, что является важным компонентом создания вышеназванной благоприятной правовой среды.

Группы самопомощи ЛЖВ

Жизнеспособные группы самопомощи из числа ЛЖВ и наиболее уязвимых групп, являются важнейшим компонентом эффективного смягчения воздействия, в связи с тем, что они находятся в лучшем положении для понимания и реагирования на потребности членов своих сообществ. Эти самостоятельные группы встречаются на регулярной основе в целях предоставления услуг и оказания поддержки членам группы. Они также принимают участие в деятельности координационных комитетов по ВИЧ/СПИДу, и также в других видах деятельности, таких как определение ЛЖВ, имеющих право на начало АРВ терапии, или просветительская работа с теми, кто не получает необходимые услуги. Они могут быть эффективным механизмом в разрезе ВИЧ-профилактических мероприятий и предоставлять профилактические консультации и распространять презервативы среди членов сообщества. Кроме того, они могут также играть значимую роль в укреплении уровня приверженности к АРВ терапии среди ЛЖВ.

На рисунке 27 показан приоритетный комплекс мероприятий в краткосрочной и среднесрочной перспективе, в целях удержания наибольшего количества ЛЖВ с предоставлением доступа к постоянному уходу, лечению и смягчению воздействия:

Рис.27 Мероприятия в рамках Приоритета 2



ПРИОРИТЕТ 3: Укрепление систем здравоохранения в предоставлении пакета услуг по ВИЧ, обеспечивающего непрерывность ухода в соответствии со Стратегическим планом

Низкий уровень оснащенности системы здравоохранения является одним из главных препятствий на пути расширения масштабов интервенций в целях обеспечения качественных конечных результатов по ВИЧ/СПИДу (и других проблем в сфере здравоохранения). Программа ВОЗ по укреплению системы здравоохранения основана на шести основных составляющих²⁸:

1. Эффективное руководство и управление (для стратегических рамочных структур, эффективного надзора, координации и создания коалиций путем регламентирования, стимулирования и подотчетности);
2. Налаженная система финансирования здравоохранения;
3. Хорошо обученный персонал;
4. Налаженная система закупок и поставок в целях доступа к качественным основным фармацевтическим препаратам, принадлежностям и технологиям;
5. Надлежащий уровень предоставления медицинских услуг;
6. Надлежащее функционирование информационной системы.

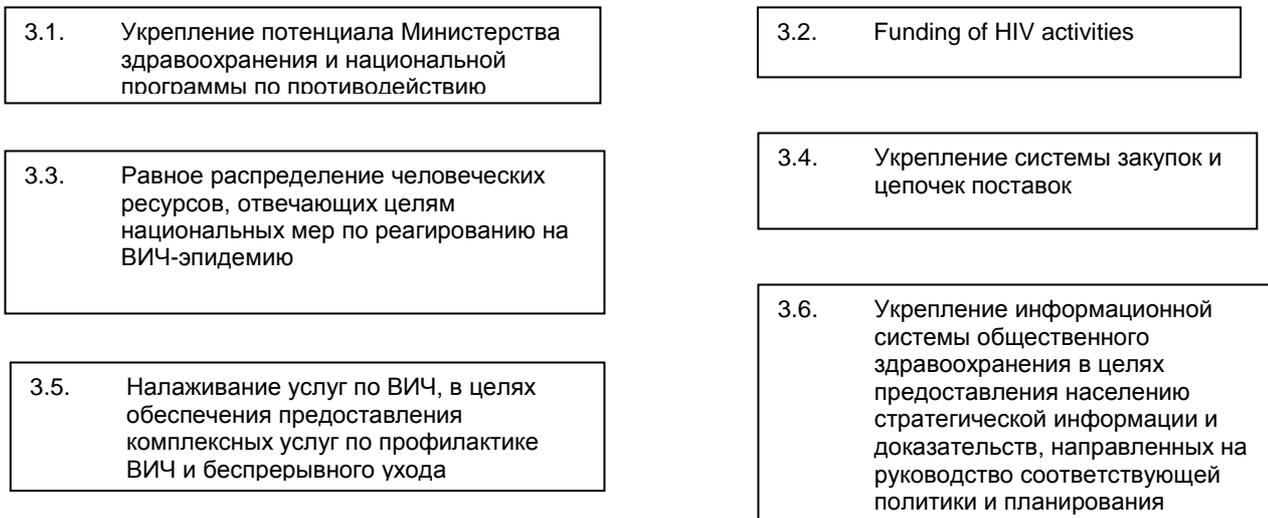
Анализ системы здравоохранения в Республике Таджикистан указывает на настоятельную необходимость в укреплении системы здравоохранения, которая сможет своевременно и эффективно реагировать на ВИЧ эпидемию. В частности, система страдает от существенного недофинансирования. Предоставление услуг фрагментировано, с недостатком взаимосвязи на различных уровнях предоставления услуг. В то же время, имеются серьезные пробелы касательно качества предоставляемой медицинской помощи. Многочисленные усилия по улучшению финансирования, потенциала и материально-технической базы не привели к повышению качества предоставляемых услуг по причине отсутствия стимулов для медицинских сотрудников. Несмотря на усилия правительства по наращиванию потенциала кадровых ресурсов в сфере здравоохранения в предоставлении качественных услуг по ВИЧ/СПИДу, охват, а также улучшение отношения медицинских работников оставляет желать лучшего и требует незамедлительного внимания. По-прежнему необходимо решение вопросов своевременности, полноты и качества надзора и мониторинга данных.

Комплекс приоритетных мероприятий в краткосрочной и среднесрочной перспективе в целях укрепления системы здравоохранения приведен ниже (рис. 28.):

²⁸ http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf

Рис. 28: Мероприятия в рамках Приоритета 3

Приоритет 3: Укрепление систем здравоохранения в предоставлении пакета услуг по ВИЧ, обеспечивающего непрерывность ухода в соответствии со Стратегическим планом



Обзор интервенций

– **Эффективное руководство, управление и надлежащее финансирование системы здравоохранения.** Укрепление политики и стратегий, координации, планирования, финансирования и подсчёта затрат, мониторинга и оценки, отчётности Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, Национальной программы по ВИЧ/СПИДу (НПД) и местного правительства.

– **Надлежащее предоставление услуг сотрудниками системы здравоохранения.** Необходимо разработать соответствующий план в разрезе укрепления кадровых резервов Минздрава для борьбы с ВИЧ/СПИДом. Этот план должен охватывать также НПО и частный сектор, в том числе и семейных врачей. Также необходимо продолжить обучение по вопросам применения стандартов и руководящих принципов в контексте тестирования, ухода и лечения (ППМР, АРВ терапия, ТБ, ОИ и ИППП), а также алгоритмов перенаправления на получения соответствующих услуг в учреждениях, сотрудничающих с Национальной программой по противодействию ВИЧ/СПИДу.

– **Укрепление системы закупок и цепочек поставок.** Повышение эффективности, обеспечение своевременности и прозрачности системы закупок, хранения, транспортировки и распределения поставок и товаров при помощи обширного обучения в целях наращивания потенциала, включая разработку руководящих принципов и улучшение аспектов мониторинга и оценки.

– **Надлежащее предоставление медицинских услуг.** Разработка реалистичного и устойчивого плана в целях:

- **Налаживания моделей предоставлений услуг,** обеспечивающих преемственность услуг на национальном, областном и районном уровне, с особым акцентом на интеграцию услуг в ПМСП и другие услуги, и налаживание эффективной системы перенаправления;

- **Укрепления лабораторного потенциала по вопросам ВИЧ, путем:** i) налаживания эффективной системы перенаправления в лаборатории и логистической поддержки; ii) обеспечения доступности качественных поставок; iii) внедрения внешнего и внутреннего контроля качества; iv) разработки и реализации СОПов, и v) наращивания потенциала лабораторных сотрудников по вопросам применения СОПов;

- **Обеспечения безопасности крови и ее поставки посредством:** i) пересмотра и разработки стандартов и руководящих принципов универсальных мер предосторожности,

рационального использования продуктов крови; ii) просветительской деятельности, поощряющей безвозмездное донорство крови;

▪ **Поощрения инфекционного контроля посредством:** i) пересмотра/разработки системы инфекционного контроля, а также соответствующих руководящих принципов и протоколов; ii) расширения практики мониторинга инфекционного контроля; iii) наращивания потенциала медицинских сотрудников в развертывании эффективного механизма инфекционного контроля;

▪ **Оказания поддержки в разработке национальной системы утилизации медицинских отходов:** i) разработка национальной стратегии по утилизации медицинских отходов, разработка плана и системы мониторинга; ii) участие в разработке системы логистики и утилизации медицинских отходов; iii) разработка национальных руководящих принципов, протоколов и СОПов по выбранным направлениям (утилизация шприцев и игл, сжигание отходов, управление разливами, реагирование на несчастные случаи и т.д.); iv) расширение сбора и количества использованного острого инструментария среди ЛУИН; v) наращивание потенциала кадровых ресурсов по всей стране; vi) институционализация системы мониторинга утилизации отходов.

ПРИОРИТЕТ 4: Включение вопросов по ВИЧ/СПИДу в стратегии и политику конкретных отраслей.

В связи с ростом эпидемии ВИЧ/СПИДа, процесс развития сталкивается все с более сложными задачами. Включение проблематики ВИЧ/СПИДа в процессы национального развития остается одним из ключевых подходов к решению как прямых, так и косвенных причин растущей эпидемии. Путем обеспечения интеграции вопросов ВИЧ в аспекты планирования, выделения ресурсов и составления программ, мы тем самым способствуем межведомственному и межпартнерскому реагированию на ВИЧ/СПИД.

Тесная взаимозависимость этих двух процессов, как правило, включает в себя взаимодействие между одними и теми же партнерами, ведомствами и организациями по планированию, и партнерами по развитию. Правительство Таджикистана должно включить проблематику ВИЧ в отраслевой уровень, в качестве возможности создания многоотраслевого и многоуровневого реагирования, способного также действовать в разрезе особо крупных национальных целей в области развития. Тем не менее, ключевым фактором является понимание проблемы ВИЧ на уровне отраслей, в качестве необходимого действия по реализации, где в свою очередь отдельные сектора и учреждения будут вовлечены в реализацию конкретных мероприятий для достижения совместных результатов в рамках национальных ответных мер на ВИЧ / СПИД и развития в целом.

Национальный ответ на ВИЧ/СПИД является важным компонентом национальной стратегии развития страны. Для достижения согласованных совместных результатов, все ключевые заинтересованные стороны должны работать сообща, с целью определения стратегий и приоритетов для реализации национальных приоритетов по ВИЧ/СПИДу, в рамках более широкого контекста национального развития, который включает в себя достижение целевых показателей, установленных в рамках Целей развития тысячелетия (ЦРТ), Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (UNGASS) и других целей, согласованных на международном уровне в области развития.

Включение проблематики ВИЧ в отраслевые стратегии - это стратегический процесс, которые делает проблематику ВИЧ/СПИДа неотъемлемой частью функционирования отраслей, самоорганизации, отношения к сотрудникам и предоставления услуг. Деятельность по включению проблематики ВИЧ в рамках НСПВ будет затрагивать нижеследующие аспекты:

Гендерные вопросы - значимую роль касательно включения проблематики ВИЧ/СПИДа в стратегии отраслей играют гендерные вопросы. Должны быть определены планы и действия в целях устранения структурного гендерного дисбаланса, являющегося одним из движущих факторов эпидемии. Программы должны принимать во внимание особые потребности и различные риски мужчин и женщин, девочек и мальчиков. Подход, связанный с правами человека, является основной платформой для обеспечения всеобщего доступа и необходимо его рассматривать в качестве комплексного вопроса в национальных ответных мерах. Обязательства по соблюдению прав человека необходимо преобразовывать в конкретные интервенции, направленные на усовершенствование благоприятной среды, устранение стигматизации, дискриминации и насилия, а также продвижение и защиту прав уязвимых групп населения.

Сравнительные преимущества - ключевым требованием интеграции проблематики ВИЧ/СПИДа в работу отраслей является выявление и использование сравнительных преимуществ. Сравнительное преимущество - это то, каким образом отрасль (или организация, или проект) может наилучшим образом способствовать профилактике ВИЧ/СПИДа, уходу и смягчению последствий в рамках своей основной деятельности, компетенции или сферы влияния. Это подразумевает необходимость нахождения тех путей, по которым отрасль может проводить интервенции в рамках своих полномочий и функционирования, с использованием возможностей, которыми не располагают другие отрасли.

Внутреннее и внешнее внедрение – внедрение также подразумевает решение проблем ВИЧ и СПИДа в рамках двух ключевых сфер, а именно на внутреннем уровне (на рабочих местах) и внешнем уровне, который связан с ключевой функцией того или иного сектора/отрасли.

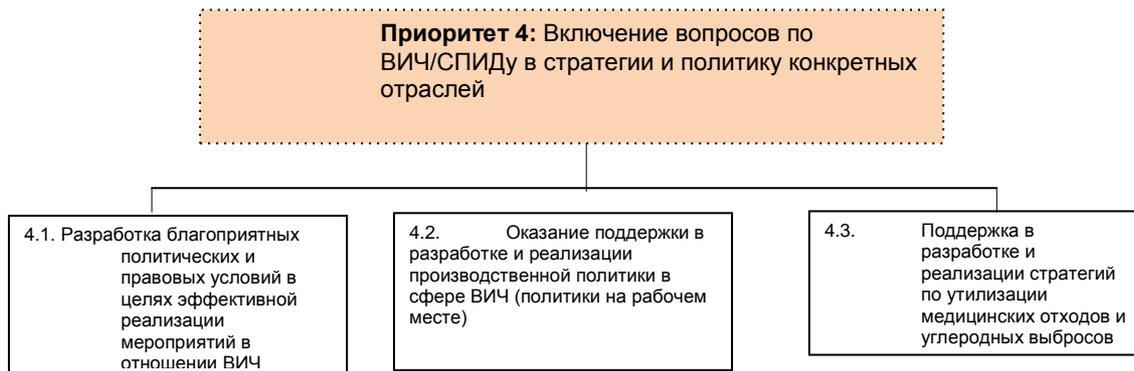
– **Внутреннее внедрение** заключается в изменении отраслевой или организационной политики и практики с целью снижения уровня уязвимости отрасли или организации к воздействию эпидемии. Сюда также входит разработка политики и программ по проблемам ВИЧ/СПИДа на рабочих местах для сотрудников, включая непосредственную работу по вопросам СПИДа с персоналом, как например, профилактика, лечение, уход и поддержка.

– С другой стороны, необходимо **внешнее внедрение**, направленное на адаптацию действий по развитию и усилению акцента на связывание проблематики ВИЧ/СПИДа с ключевым мандатом, целями, политикой и стратегиями отрасли (либо организации). Здесь имеется в виду принятие мер по сдерживанию угрозы эпидемии в целях достижения задач отрасли, а также обеспечения такой деятельности отрасли, которая не усугубила бы ситуацию заболеваемости.

Разработка и реализация политики и программ на рабочих местах формируют еще один приоритет НСПВ в рамках внедрения проблематики ВИЧ/СПИДа на отраслевом уровне. Основная цель программ на рабочих местах в отношении ВИЧ/СПИДа заключается в сокращении случаев новых ВИЧ-инфекций, а также поддержке национальных инициатив в исполнении обязательств на пути предоставления всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в случае ВИЧ. Данная стратегия поможет при реализации программ на рабочих местах следующим образом: содействие в снижении количества случаев ВИЧ-инфицирования посредством усиленной профилактики и изменении поведения среди сотрудников; улучшение качества жизни инфицированных и подверженных инфекции сотрудников посредством инициатив по предоставлению лечения, ухода и поддержки; смягчение социально-экономического воздействия ВИЧ/СПИДа на рабочих местах и в близлежащих общинах.

Комплекс приоритетных мероприятий в целях включения проблематики ВИЧ/СПИДа в отраслевые стратегии и программы будет состоять из следующих мероприятий (Рис. 29):

Рис. 29: Приоритет 4



Обзор интервенций

- **Укрепление политики и стратегий** ключевых министерств и ведомств, не имеющих отношение к сфере здравоохранения, посредством:
 - Разработки отраслевых, министерских, институциональных, организационных целей и усиление ответственности в отношении ВИЧ/СПИДа;
 - Составления профиля по ВИЧ/СПИДу в разрезе каждой отрасли, министерства, ведомства, организации и института;
 - Разработки отраслевых стратегий, способствующих формированию благоприятной правовой среды, в целях эффективной реализации.
- **Укрепление национального потенциала в вопросах планирования, финансирования и подсчёта стоимости услуг**, с целью выявления наиболее жизнеспособного эффективного метода финансирования, а также разработки и реализации эффективных и продуктивных стратегий по привлечению средств
- **Усовершенствование интеграции подхода, основанного на учете гендерных особенностей и прав человека в национальные стратегические планы и ответные меры.**
 - Укрепление национального потенциала ключевых заинтересованных сторон и электората, включая руководителей программ, сотрудников правоохранительных органов, судей и национальные институты по правам человека для принятия мер в направлении гендерного равенства, защиты прав человека, а также разрешения вопросов, связанных со стигматизацией, дискриминацией и насилием, связанных с ВИЧ;
 - Оказание поддержки в разработке плана мероприятий в целях включения проблематики ВИЧ/СПИДа в основную сферу деятельности отрасли, министерства, учреждения/организации/компании;
 - Оказание содействия при подсчёте стоимости услуг и выделении финансирования для мероприятий, направленных на включение вопросов ВИЧ/СПИДа в отраслевые программы.
 - **Разработка последовательной системы мониторинга, оценки и отчетности**
 - Реализация и документирование запланированной деятельности по включению проблематики ВИЧ/СПИДа в отраслевую деятельность;
 - Мониторинг и оценка плана по включению проблематики ВИЧ/СПИДа в отраслевую деятельность.
- **Разработка последовательного плана в целях общего укрепления человеческого потенциала:** прием на работу, обучение кадров, оказание поддержки и оценка ключевых министерств, реализующих деятельность по ВИЧ/СПИДу.
- **Оказание поддержки в разработке и реализации программ на рабочих местах**, посредством:
 - разработки законодательной базы, устанавливающей руководящие принципы, основанные на ключевых принципах;

- оказания поддержки в разработке политики, стратегий и программ на рабочих местах;
- оказания поддержки в руководстве, структурировании и партнерских отношениях;
- создания и наращивания потенциала руководства и персонала по вопросам политики ВИЧ на рабочем месте;
- оказания поддержки в разработке программы мониторинга и оценки ВИЧ на рабочем месте, с обеспечением системы учета и отчетности.

ПРИОРИТЕТ 5: Поддержка общин в реагировании на ВИЧ/СПИД в разрезе местного контекста

Укрепление систем общин подразумевает предоставление финансовой, технической и других видов поддержки организациям и учреждениям, которые непосредственно работают с общинами и на уровне общин. Большинство организаций, нуждающихся в такой поддержке - это местные НПО, общественные организации, которые предоставляют услуги ЛЖВ, членам уязвимых групп населения и отдельным лицам, которые в свою очередь обладают ограниченным доступом к жизненно важным медицинским услугам. В настоящее время, правление Глобального фонда рекомендует следующее: «Обязательное включение заявок на финансирование Глобальным фондом соответствующих мер по укреплению систем сообществ, необходимых для эффективной реализации грантов Глобального фонда». В связи с этим, заявителям на получение грантов Глобального фонда настоятельно рекомендуется включить мероприятия по укреплению системы сообществ в свои заявки, где реализация таких интервенций предусматривает расширение спроса и доступа к предоставлению услуг на местном уровне для ключевых групп населения, в том числе женщинам и девочкам, сексуальным меньшинствам и людям, которые не охвачены услугами в связи со стигмой и дискриминацией, и других социальных факторов. Глобальный фонд определил три взаимосвязанные области, которые необходимо учесть в рамках мероприятий по укреплению мер реагирования, предоставляемых общественными организациями: прогнозируемое финансирование, обучение, наращивание потенциала и усиление координации, а также аспектов согласования и просветительской деятельности²⁹.

Одним из ключевых выводов из обзора предыдущего НСПВ был рост числа и значимости роли групп, формируемых для поддержки профилактики, ухода, лечения и поддержки. Однако расширение, а также интенсификация и долгосрочная поддержка данного подхода, требует наращивания потенциала и развития организационных и управленческих структур общественных организаций. Данным аспектам необходимо назначить особый приоритет в рамках нового НСПВ. Международный опыт показывает, что значительный вклад в эффективность национальных ответных мер по ВИЧ/СПИДу исходит от общественных организаций, состоящих из наиболее уязвимых, пострадавших и заинтересованных групп населения.

Обзор интервенций

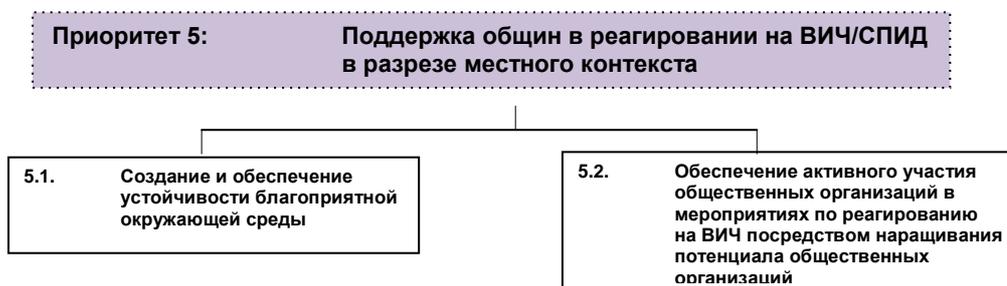
- **Налаживание и поддержка устойчивости благоприятной среды посредством:**
 - Поддержки участия общественных организаций на местных и национальных форумах по изменению политики;
 - Содействия в развитии благоприятной среды³⁰ в целях эффективного функционирования и обеспечения соблюдения прав и нужд общественных организаций

²⁹ Стр. 6, Реальный успех гражданского общества, Укрепление системы общин и двухканальное финансирование: Девять наглядных примеров, ГФСТМ и Международный Альянс по ВИЧ/СПИДу.

³⁰ Благоприятная среда включает в себя социальные, культурные, правовые, финансовые и политические аспекты, а также ежедневные факторы, позволяющие или ограничивающие возможности людей в получении медицинских услуг

- **Повышение уровня участия общественных организаций**, работающих с ключевыми группами риска и ЛЖВ, в контексте национального реагирования на ВИЧ, посредством:
 - Поощрения конструктивного участия и расширения прав и возможностей ЛЖВ и ключевых групп высокого риска и повышение их потенциала. Тем самым, они смогут принять активное участие в разработке программ, их реализации и оценке с целью более активного участия в мероприятиях по профилактике, лечению, и уходу в контексте своих общин;
 - Оказания поддержки в создании общинных сетей, связей, партнерств и улучшения координации;
 - Укрепления технического и управленческого потенциала, и организационной структуры общественных организаций;
 - Предоставления ресурсов для нужд общественных организаций;
 - Предоставления грантов для осведомительных мероприятий на уровне общин.

Рис. 30: Приоритет 5:



ПРИОРИТЕТ 6: Эффективный ввод в действие НСП

Эффективный ввод в действие НСПВ является одним из важных факторов, способствующий дальнейшему сдерживанию эпидемии в РТ. В связи с этим, НСПВ направлен на укрепление потенциала НКК и Минздрава, а также укрепление национальной системы мониторинга и оценки, оказания поддержки в мобилизации ресурсов и эффективного финансового управления НСПВ.

Комплекс приоритетных мероприятий для достижения эффективного ввода в действие НСПВ будет состоять из следующих мероприятий (Рис. 31):

Рис. 312: Приоритет 6



Обзор интервенций

- **Введение в действие национальной структуры управления и подотчетности, посредством:**
 - оказания технической поддержки с применением стандартизированной методологии в целях проведения функциональной и структурной диагностической оценки НКК;
 - определения основных пробелов и потребностей в технической помощи, в разрезе пяти основных функций НКК, и в целях обеспечения того, чтобы НКК отвечал шести критериям приемлемости Глобального Фонда;
 - обеспечения членов НКК надлежащими инструментами для выявления конфликта интересов среди его членов и проведения оценки его базового потенциала для надзора и контроля;
 - оказания поддержки в разработке стратегии для остальных направлений по предоставлению технической помощи при согласовании с НКК;
 - реализации стратегии по наращиванию потенциала НКК.
- **Повышение потенциала МЗСЗН в целях передачи ему руководящей роли в рамках организационного плана развития, направленного на усиление:**
 - функций программного управления;
 - потенциала в выборке суб-реципиентов, заключении контрактов и общего управления;
 - потенциала в финансовом управлении;
 - потенциала в управлении закупками и поставками;
 - функций мониторинга и оценки
- **Укрепление национальной системы мониторинга и оценки**
 - Укрепление суб-систем по сбору данных о ВИЧ/СПИДе, своевременно генерирующих качественные данные по тенденциям и прогрессу ВИЧ-инфекции, а также подходов, учитывающих гендерные особенности и права человека, наряду с интервенциями в разрезе населения в целом, ключевых и наиболее уязвимых групп;
 - Укрепление организационной структуры и кадрового потенциала по вопросам мониторинга, оценки и проведения исследований относительно ВИЧ;
 - Налаживание расширенных партнерских отношений и усиление информационно-просветительской деятельности в целях единой системы мониторинга, оценки и исследований;
 - Предоставление технической поддержки национальным программам по мониторингу, оценке и исследования в области ВИЧ. Разработка ежегодного рабочего плана, с учётом затрат;
 - Текущий обзор и мониторинг национальной системы мониторинга, оценки и исследований;
 - Текущий обзор и мониторинг координации и подотчётности в деле достижения результатов и реализации задач НСПВ на основе соблюдения прав и гендерных вопросов среди общего населения, подверженных и наиболее уязвимых групп;
 - Распространение и использование стратегической информации в стратегических и программных целях.
- **Оказание поддержки в мобилизации ресурсов и эффективного финансового управления в ходе всего периода реализации НСПВ.**

РАЗДЕЛ 5: КООРДИНАЦИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ

Структура Национального управления и подотчетности НСПВ должна рассматриваться в качестве модели партнерства между государственным и частным сектором. Также эта структура направлена на действительное участие государственного, негосударственного и частного секторов на национальном и децентрализованном уровнях. В данном разделе представлены общие роли и обязанности ключевых субъектов НСП. В каждом стратегическом направлении оперативного плана указаны роли различных сторон с детальным описанием.

5.1 ПРАВИТЕЛЬСТВО

Правительство Республики Таджикистан играет руководящую роль в реализации национальных ответных мер по ВИЧ/СПИДу, основанных на принципе «Триединства»: Единая структура мероприятий по ВИЧ/СПИДу в контексте национальных мероприятий, с охватом всех заинтересованных сторон и видов деятельности в рамках сектора здравоохранения и за его пределами; Единый национальный координационный орган под руководством правительства, подтверждающий участие и вовлечение неправительственных и общественных организаций; Единая система мониторинга и оценки, обеспечивающая ответственность перед сообществами, в частности перед группами самопомощи, общественными организациями, созданными ЛЖВ, ключевыми группами высокого риска и соответствующими общинами, а также, партнерами, предоставляющими финансирование.

Новые реалии, возможности и потребности будут решаться путем систематического анализа и доказательной стратегии.

5.2 НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА УПРАВЛЕНИЯ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ

Вслед за консультациями заинтересованных сторон было принято единогласное решение в отношении улучшенной национальной структуры управления и обеспечения отчетности в целях координации действий по реализации данного стратегического плана. Данная структура приведена на рисунке 32.

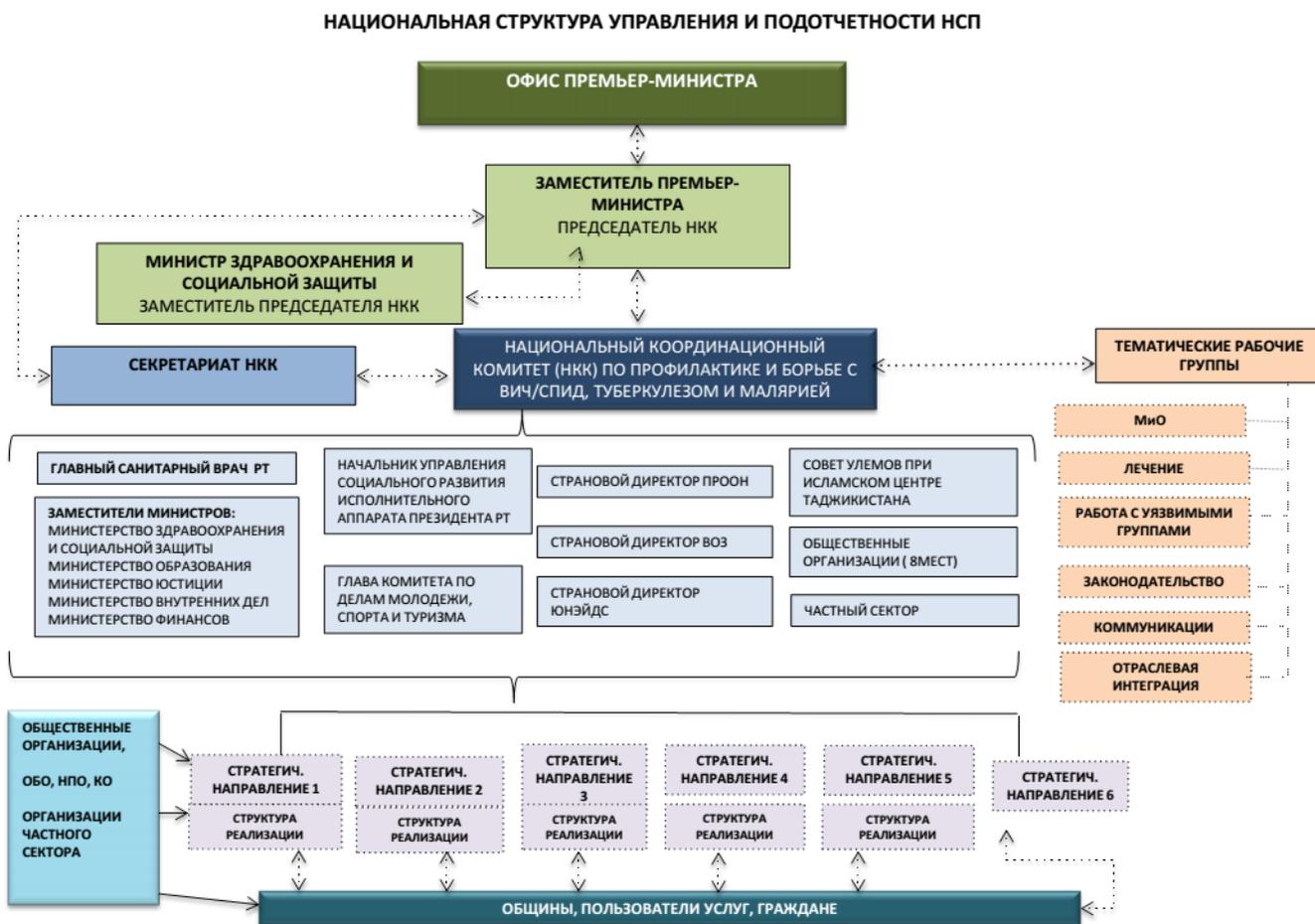
Структура Национального управления и подотчетности НСПВ должна рассматриваться в качестве модели партнерства между государственным и частным сектором. Также эта структура направлена на действительное участие государственного, негосударственного и частного секторов на национальном и децентрализованном уровнях. Далее следует обсуждение ролей и ответственности на различных уровнях.

Национальный координационный комитет по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией возглавляется заместителем Премьер-Министра. В состав НКК входят различные министерства, агентства ООН, международные и общественные организации. НКК ведёт надзор за ходом реализации НСПВ, обеспечивает политическое руководство, и определяет соответствующую внешнюю помощь. При НКК функционирует Секретариат и 5 технических рабочих групп.

Технические рабочие группы открыты для всех заинтересованных сторон, которые могут принимать участие в консультациях и демонстрировать опыт, имеющийся на местном уровне. Рабочие группы обмениваются выявленными данными и рекомендациями с НКК в целях их учёта при принятии стратегических решений.

Основой национальных ответных мер на ВИЧ выступает государственная система здравоохранения. Пятый НСПВ требует значительных усилий в целях включения вопросов ВИЧ с акцентом на уровень районов и сообществ, при помощи использования услуг здравоохранения и других услуг, в качестве средств реализации мероприятий, поставки товаров и выделения финансовых ресурсов. Если будет налажен устойчивый механизм альтернативного предоставления услуг, то он будет иметь большое значение в налаживании взаимосвязи и взаимной подотчетности среди агентств-исполнителей, в целях оптимального использования ресурсов и избежания дублирования мероприятий.

Рис. 32: Национальная структура управления и обеспечения отчетности НСПВ



5.3 УЧАСТИЕ ДРУГИХ ВЕДОМСТВ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА

НСПВ требует значительного расширения своих масштабов деятельности со стороны министерств, кроме Министерства здравоохранения и социальной защиты населения. Все министерства должны сыграть роль в профилактике передачи ВИЧ и внести свой вклад в мероприятия по уходу и поддержке ЛЖВ, а также оказать содействие в создании благоприятных условий в целях реализации ответных мер на всех уровнях.

НСПВ уделяет первостепенное внимание усилению функций и роли министерств, работающих с уязвимыми и подверженными риску группами населения. В частности, особый акцент будет

уделен Министерству внутренних дел (МВД), так как специфика их работы подразумевает контакт с потребителями наркотиков и заключенными, в связи с чем необходимо повысить уровень их понимания в контексте подходов общественного здравоохранения в отношении ключевых групп населения высокого риска. МВД также играет критически важную роль в укреплении координации на национальном и районном уровне. НСПВ уделит особое внимание усилению роли социальной защиты в каждой отрасли и ответственности каждой отрасли за вклад в развитие общей стратегии по смягчению последствий, в том числе установление стандартов для ухода за сиротами и уязвимыми детьми, а также улучшения качества услуг в рамках соответствующих программ с учетом гендерных вопросов, и услуг, направленных на уязвимых женщин. В рамках НСПВ особая роль отведена Министерству образования и науки (МОН) в отношении разработки механизмов реализации в целях расширения масштабов профилактической работы среди детей, не посещающих школы, которые наиболее уязвимы и применяют практику поведения повышенного риска.

В ходе реализации НСПВ, всем министерствам и ведомствам, за исключением Министерства здравоохранения и социальной защиты населения, будет оказана поддержка в разработке собственных ответных мер по ходу появления возможностей, с оказанием непосредственной поддержки в наращивании потенциала, разработки политики/стратегии и реализации программ. Отраслевые министерства должны взять на себя нижеследующие обязательства:

▫ **Содействие в создании благоприятных условий:** Будет проведен обзор отраслевой политики и стратегий с учетом каждого министерства и ведомства, способствовавших передаче ВИЧ и, хоть непреднамеренно, но повышающих подверженность людей к ВИЧ или создающих препятствия для доступа ЛЖВ к уходу, лечению и поддержке. Все сектора дадут гарантию, что тестирование на ВИЧ будет проводиться на добровольных и конфиденциальных началах, и то, что результаты тестирования на ВИЧ не приведут к увольнению или прекращению выдачи пособий, предоставляемых в каждой соответствующей отрасли;

▫ **Учет нужд и потребностей отраслевых сотрудников:** Каждый сектор должен пересмотреть и внести изменения в политику и практику кадровых ресурсов, в целях предоставления своевременной и надлежащей информации о ВИЧ/СПИДе своим сотрудникам. Такого рода информация должна быть предоставлена самим сотрудникам, членам их семей и общинам, к которым они имеют отношение. Каждый сектор, совместно с другими партнерами, должен работать над созданием благоприятных условий и возможностей для усиления инициатив, направленных на профилактику, лечение, уход и поддержку, в целях снижения социальных и экономических последствий, вызванных ВИЧ эпидемией, и затрагивающих непосредственно сотрудников и рабочее сообщество.

▫ **Наращивание отраслевого потенциала:** Каждый сектор будет действовать в соответствии с национальным планом реализации мероприятий в целях приобретения и развития навыков и знаний. Приобретенные знания и навыки будут использованы для создания благоприятной среды и ответных мер по ВИЧ/СПИДу в соответствии с нуждами их сотрудников. Данный аспект требует конкретных планов мероприятий и финансовых ресурсов. Вышеуказанные аспекты являются стратегическими пунктами в целях обеспечения активного участия всех секторов в контексте НСПВ, а также и разработки отраслевых планов и составления соответствующих бюджетов.

5.4 ОБЛАСТНЫЕ И РАЙОННЫЕ КООРДИНАЦИОННЫЕ КОМИТЕТЫ ПО СПИДУ

Будет укреплен потенциал существующих областных координационных советов с акцентом на налаживание благоприятной управленческой среды на региональном уровне и определения координационных ролей, а также предоставление ключевых услуг и реализации мер на районном уровне и уровне общин, включая преемственность услуг. Будет оказана поддержка областным и районным комитетам в целях передачи отчетности для выполнения задач, связанных с оценкой ситуации на уровне своих областей, и также назначение приоритетов для

общин, нуждающихся в помощи, с последующим участием в анализе надзорных данных, координации, и в проведении мониторинга и отчетности.

НСПВ будет продвигать деятельность районных координационных советов, и поддерживать разработку круга полномочий и руководящих принципов в целях координации и определения ролей и обязанностей различных заинтересованных сторон. Кроме того, НСП будет активно наращивать потенциал районных координационных советов в целях их эффективного функционирования. Координацию следует рассматривать в качестве возможности для подхода на основе совместного участия всех партнеров на районном уровне, и тем самым наладить участие местных организаций, сетей и групп самопомощи, и также международных организаций. Сопровождения районных координационных советов должны проводиться на регулярной основе, и в рамках этих совещаний должны быть предоставлены возможности для обмена опытом, пересмотра и планирования, и обсуждения деятельности для преодоления проблем в целях эффективной реализации.

5.5 МНОГОСТОРОННИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Организация Объединенных Наций играет различного рода роли в контексте оказания технической поддержки государственным и негосударственным партнерам в разработке политики/стратегий, планирования, координации, мониторинга, закупок и реализации различных программ. ООН также оказывает помощь в просветительской деятельности в целях привлечения финансирования, поддерживает программы, реализуемые правительством и партнерами среди НПО, обеспечивает сотрудничество в рамках международных соглашений и программ по ВИЧ/СПИДу, а также способствует обмену результатами исследований и просветительской деятельности в рамках применения и адаптации передового международного опыта с национальным контекстом. Сюда также относятся вопросы сотрудничества в предоставлении возможностей и механизмов для регионального и глобального распространения информации и уроков, извлеченных в ходе реализации национальных ответных мер. Касательно предоставления технической поддержки государственным и негосударственным партнерам, ЮНЭЙДС и его соучредители договорились о разделении ответственности, в рамках которой будут определены сравнительные преимущества каждого агентства ООН с целью получения максимальной отдачи от технической поддержки, которая будет представлена агентствами ООН. Данный подход также будет способствовать мобилизации национальных партнеров из числа различных ведомств в целях участия в национальных ответных мерах в отношении ВИЧ-инфекции.

5.6 ОРГАНИЗАЦИИ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА

Общественные организации (ОО) охватывают широкий спектр организаций, в частности, местные ОО, включая группы самопомощи и религиозные организации, национальные профсоюзы и международные неправительственные организации. Их вклад охватывает в равной степени широкий спектр услуг, начиная от предоставления технической помощи, разработки планов и оказания медицинской помощи и профилактических услуг, и наращивания потенциала национальных партнеров.

Важнейшая роль заключается в том, чтобы предложения общин и отдельных лиц, которым оказываются услуги, были сформулированы надлежащим образом и учтены. Также важно, чтобы их мнения стали приоритетными при разработке, реализации и мониторинге мероприятий. Они будут продолжать играть решающую роль в борьбе с ВИЧ, путем предоставления руководства для общин, включая духовное руководство, и просветительской деятельности в интересах пострадавших сообществ. Данные организации будут непосредственно работать с людьми и группами с особыми потребностями, доступ к которым осложнен для государственного сектора. Они будут оказывать техническую помощь в

реализации мер на уровне общин/сообществ, а также просвещать сообщества по вопросам консультирования, ухода и поддержки для детей-сирот и других уязвимых детей, в том числе и для ЛЖВ. МОО примут участие в мобилизации человеческих, финансовых и материальных ресурсов, а также в мотивирование и поддержку создания групп самопомощи. Кроме того, они будут вовлечены в укрепление адаптивного потенциала общин, в целях профилактики повышенной передачи ВИЧ и поощрения сострадания и понимания людей, инфицированных и затронутых ВИЧ, с учетом потребностей уязвимых людей. В конечном итоге, МОО будут ответственны за интеграцию услуг по профилактике и борьбе с ВИЧ в спортивные, религиозные и иные культурные мероприятия на местном уровне.

Международные НПО будут и дальше оказывать техническую помощь на всех уровнях, включая содействие в исследованиях, планировании, координации, мониторингу и оценке, процессах закупок и реализации программ. Кроме того, они будут:

- Оказывать содействие в расширении масштаба интервенций в целях их концептуализации, а также реализации новых интервенций и новых инновационных подходов, наиболее уместных для страны, и, в частности, в разрезе местного контекста и групп населения;
- Играть важную роль в оценке программ и стратегий на всех уровнях, а также в проведении исследований и просветительской деятельности в целях адаптации передового международного опыта к национальному контексту;
- Принимать участие в выявлении новых потенциальных партнеров в целях решения возникающих приоритетов. Более того, МОО будут оказывать поддержку по усилению благоприятной правовой и этической среды, а также окажут поддержку в целях смягчения социально-экономических последствий;
- Мотивировать и поддерживать ЛЖВ, и людей наиболее уязвимых к ВИЧ, включая секс-работниц, ЛУИН, МСМ, в целях создания групп самопомощи и общинных организаций. Также, будет проводиться работа в целях наращивания их потенциала, организационного функционирования и структур управления. Тем самым они смогут вносить больше вклада в разработку и реализацию политики и программ;
- Оказывать содействие в мобилизации международного финансирования

5.7 ОБЩИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ (ОРГАНИЗАЦИИ НА УРОВНЕ СООБЩЕСТВ) И ЛЖВ

Эффективное и широкомасштабное реагирование национального уровня на ВИЧ будет успешными только при всестороннем вовлечении и участии общественных групп и групп самопомощи, в том числе ЛЖВ, СР, МСМ, ЛУИН, местных сообществ, включая религиозные группы.

В ходе реализации НСПВ, приоритет будет направлен на укрепление общинных организаций, в частности по вопросам:

- создания благоприятной среды и усиления процессов осведомления, включая участие сообществ и проведение просветительских мероприятий с целью улучшения политических, правовых и управленческих действий, а также воздействия на определяющие социальные факторы, влияющие на здоровье;
 - наращивания потенциала и организационного функционирования для обеспечения широкого спектра качественных услуг посредством укрепления потенциала в управлении, руководстве и человеческих ресурсов;
 - налаживания партнерских отношений на местном уровне в целях улучшения координации, усиления воздействия и избежания дублирования в предоставлении услуг;
- и

- обеспечения устойчивости финансирования с акцентом на поддержку инициатив в сфере планирования и достижения предсказуемости ресурсов в течение длительного периода в контексте улучшения воздействия и ожидаемых конечных результатов

Ключевая роль ЛЖВ заключается в следующем:

- Оказание содействия в построение сетей и поддержки для ЛЖВ;
- Определение стратегий в целях повышения благосостояния ЛЖВ или людей, затронутых ВИЧ, путем поощрения положительного образа жизни, содействия усилиям по продвижению прав ЛЖВС, уверенности в себе и сокращения уровня инфекции при помощи образовательных мероприятий (позитивная профилактика, грамотность в сфере лечения, профилактика ВИЧ, поощрение ДКТ, распространение презервативов), а также программ по профилактике и уходу;
- Участие в разработке и обзоре стратегий, программ и мероприятий;
- Координация, обмен информацией и просветительская деятельность в целях выявления пробелов в сфере предоставления услуг и поддержки.

5.8 ЧАСТНЫЙ СЕКТОР

Деятельность частного сектора будет сконцентрирована на просветительской деятельности и обучении в целях повышения уровня участия работодателей (владельцев) и менеджеров, предпринимателей и бизнес-ассоциаций в отношении профилактики ВИЧ, лечения и ухода. Стратегии будут направлены на определение необходимых мероприятий на рабочих местах и видов рабочих мест. В рамках НСПВ, частному сектору будет предложено разработать корпоративную политику в сфере ВИЧ, а также практические действия в соответствии с руководящими принципами НСПВ при взаимодействии частного сектора с другими партнерами.

Частный сектор будет работать над ликвидацией дискриминации в отношении работников, а также содействовать гендерному равенству и налаживанию благоприятной рабочей среды. Также, частный сектор должен обеспечить, чтобы тестирование на ВИЧ стало добровольным и конфиденциальным, и наличие ВИЧ-статуса у кого-либо из сотрудников оставалось конфиденциальной информацией. Кроме того, частный сектор будет поощрять работодателей в приеме на работу ЛЖВ. В конечном итоге, в стратегических целях будет поощряться разработка новых предпринимательских коалиций по ВИЧ, с назначением приоритетов в контексте географического местоположения и групп населения, где распространенность и уровень заболеваемости, а также её влияние, остаются на высоком уровне.

РАЗДЕЛ 6: БЮДЖЕТИРОВАНИЕ НСПВ И ПРОБЕЛЫ В ФИНАНСИРОВАНИИ

6.1 МЕТОДИКА РАСЧЕТА ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ ПО НСПВ

Смета расходов НСПВ была проведена в два этапа. Первый этап был направлен на сбор демографических и эпидемиологических данных, а также подробной информации о расходах на основе Национального Оперативного плана по каждому приоритету, определению удельных затрат и завершения подсчета сметы Стратегического плана, с использованием модели функционально-стоимостного анализа (модель ABC, подсчет затрат на основе мероприятий). Второй этап представлял собой анализ финансовых недостатков на основе сметы расходов модели ABC, оценки национальных расходов в сфере СПИДа, прогнозируемых финансовых ресурсов для ВИЧ, и партнерских вкладов в контексте целей стратегического плана.

Информация для составления сметы расходов по НСПВ была получена из разных источников, включая, не ограничиваясь нижеследующими:

1. План поставок/закупок НСПВ, включая данные от ПРООН/ОР, Министерства здравоохранения и отделов по закупкам партнерских организаций;
2. Бюджет РЦ СПИД на период 2015-2017 гг.;
3. Партнеры по реализации (СРы, ССРы);
4. Государственные министерства и ведомства;
5. Предварительный бюджет, подготовленный консультантом GMS для усиления НКК.

Модель ABC и расчет стоимости единиц дают детальное описание целей и охвата программы, а также комплексную стоимость мероприятий в рамках программы. Каждое мероприятие содержит основные ориентировочные расчеты, используемые для определения конкретной стоимости того или иного мероприятия.

Показатели стоимости единицы

В целях обеспечения максимальной точности расчетов был проведен расчет стоимости каждой единицы по мероприятиям. Стоимость таких единиц, как медикаменты, расходные материалы, инфраструктура, оборудование, и т.д., была определена непосредственно на основании прежних бюджетов соответствующих учреждений. Стоимость других единиц была рассчитана посредством экспертных консультаций с соответствующими лицами и проверена при помощи многих других источников.

Количественные показатели

Для определения полной стоимости того или иного мероприятия стоимость единицы была умножена на объективные, предварительно установленные количественные показатели. По необходимости, были использованы цели программы для расчета затрат на несколько лет. Демографические показатели были получены на основании национальных статистических данных. Эпидемиологические показатели были получены в основном на основании данных Министерства здравоохранения, РЦ СПИД, ДЭН и других источников. Самые последние эпидемиологические цифры были использованы для расчета стоимости лечения и ухода.

Данные в отношении персонала, необходимых средств и инфраструктуры были получены непосредственно из институциональных бюджетов в целях обеспечения соответствия расчетов с реальными расходами.

Классификация расходов

Каждое мероприятие было классифицировано по нескольким направлениям: i) степень интервенции; ii) вид расходов; и iii) категория расходов.

Несмотря на всю детальность использованных данных и с учетом сложности расчета бюджета, предложенная смета остается приблизительной и будет подвержена внесению изменений в ходе реализации НСП в оперативные планы действий.

6.2 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАТРАТ

Общая стоимость трехлетней программы составляет 50,804,033 долларов США. При этом ежегодный расход составит приблизительно 17 миллионов долларов США в год. Ежегодный расчет затрат по приоритетам представлен в денежных и процентных показателях в Таблице 3.

Таблица 3: Краткая смета расходов для НСПВ на период 2015-2017 гг.

#	Приоритет		Бюджет			Итого	Доля от общего бюджета %
			Год 1	Год 2	Год 3		
1	Расширение охвата, пользование услугами профилактики ВИЧ и снижение опасного поведения	Профилактика	14,087,834	14,795,308	14,265,979	43,149,121	84.9%
2	Увеличение количества ЛЖВ, имеющих право доступа к услугам лечения, ухода и смягчения последствий	Лечение, уход и поддержка	808,919	821,764	681,783	2,312,467	4.6%
3	Укрепление систем здравоохранения в предоставлении пакета услуг по ВИЧ, обеспечивающего непрерывность ухода в соответствии со Стратегическим планом	Укрепление системы здравоохранения	1,896,873	1,196,994	845,510	3,939,377	7.8%
4	Включение вопросов по ВИЧ/СПИДу в стратегии и политику конкретных отраслей	Многоотраслевое реагирование	94,974	99,412	47,318	241,704	0.5%
5	Поддержка общин в реагировании на ВИЧ/СПИД в разрезе местного контекста	Общественные организации	227,836	264,462	137,284	629,582	1.2%
6	Эффективный ввод в действие НСПВ ³¹	Управление	163,204	251,350	117,228	531,782	1.0%
	ВСЕГО		17,279,640	17,429,290	16,095,102	50,804,033	

Как видно из таблицы, приведенной выше, значительная часть от общего расчет затрат (85%) выделена на профилактические меры. Около 4.6% будет направлено на лечение и уход за ЛЖВ. Около 8% от общего бюджета будет предназначено на укрепление системы здравоохранения, и 0.5% - на внедрение проблематики ВИЧ в отраслевую политику и стратегии. НСПВ также уделяет особое внимание развитию и наращиванию потенциала общественных организаций. 1.2% от общего бюджета выделяется на наращивание организационного и управленческого потенциала общественных организаций, в то время, как реализация мероприятий с общественными организациями будет в большей мере финансироваться в рамках Приоритета 1.

Таблица 4: Краткая смета расходов для НСПВ по категориям затрат

		Год 1	Год 2	Год 3	ИТОГО
1	Обучение	6.3%	7.4%	4.5%	6.1%
2	Техническая поддержка	3.8%	2.9%	0.7%	2.5%
3	Мониторинг, оценка, исследования	3.6%	2.9%	2.5%	3.0%

³¹ Не включая оперативные расходы ПР

4	Медицинские товары и оборудование	40.0%	37.9%	41.9%	39.9%
5	Просветительская деятельность и изменение привычек поведения	3.1%	5.7%	3.0%	3.9%
6	Управление ³²	19.5%	18.0%	19.3%	18.9%
7	Предоставление услуг	23.8%	25.3%	28.3%	25.7%
Всего		100%	100%	100%	

6.3 АНАЛИЗ ПРОБЕЛОВ

Анализ пробелов был проведен сразу после составления сметы расходов. Окончательный анализ пробелов по данному стратегическому плану основан на трех разных источниках данных:

- Оценка национальных расходов Таджикистана в связи со СПИДом, в которой приведена оценка расходов в отношении ВИЧ за период 2013-2014 гг.;
- Ожидаемый вклад Правительства Таджикистана и партнеров по развитию по различным приоритетам НСПВ;
- Расчет финансовых затрат на реализацию НСПВ.

Точная оценка пробелов за трехлетний период НСПВ требует периодического рассмотрения потенциальных вариантов источников дохода.

Неопределенность в наличии внешних донорских ресурсов, помимо ГФСТМ, остается серьезной проблемой. Дальнейшая внешняя поддержка реализации НСПВ в большей мере связана с новым циклом программ международных партнеров и их способностью выделить достаточные средства. Таким образом, анализ пробелов в финансировании был подготовлен в контексте разных сценариев финансирования (Таблица 6).

Первый сценарий наиболее консервативный и предполагает, что средства Правительства и частного сектора увеличатся в такой же степени, как и за прошедшие два года, в то время как внешняя поддержка снизится на 25%. Во втором сценарии бюджетные средства Правительства увеличатся на 10%, в то время как внешнее финансирование останется на прежнем уровне. И третий «оптимистичный» сценарий предполагает увеличение поступлений от Правительства на 15%, а из внешних источников на 2% в год.

Если не предусмотрено иного, первый сценарий представлен в таблицах в качестве ориентировочного, так как он является наиболее реалистичным. Так как ресурсы ГФСТМ (17 млн. долларов США) на ближайшие годы известны, они взяты за основу, как «имеющиеся», и показатели роста не применимы к ресурсам Глобального фонда.

³² ibid 28

Таблица 5: Показатели по сценариям

СЦЕНАРИЙ	БЮДЖЕТ ПРАВИТЕЛЬСТВА	ВНЕШНЯЯ ПОДДЕРЖКА
1. «Имеется»	Бюджет Правительства увеличится в такой же степени, как и за прошедшие два года ³³ (4%) (ежегодный рост)	Снижена на 25%
2. Средний рост	Бюджет Правительства увеличится на 10% (ежегодный рост)	Остается на прежнем уровне ³⁴
3. Высокий рост	Доля бюджета Правительства увеличится на 15% (ежегодный рост)	Увеличена на 2% в год

Таблица 5 демонстрирует то, каким образом растут пробелы в финансировании НСПВ по трем приведенным сценариям. Первый сценарий считается наиболее реалистичным, поэтому анализ пробелов основан на первом сценарии.

Таблица 6: Примерный расчет пробелов в финансировании НСПВ по сценариям

	Год 1	Год 2	Год 3	Итого	Относительный общий пробел
Потребности в ресурсах					
	17.3	17.4	16.1	50.8	
Примерные имеющиеся ресурсы по сценариям					
Сценарий 1	11.46	11.60	11.75	34.8	16.0
Сценарий 2	14.20	14.60	15.05	43.9	7.0
Сценарий 3	14.57	15.19	16.11	45.9	5.0
Пробелы в первом сценарии	5.8	5.8	4.4	16.0	32%
Пробелы во втором сценарии	3.1	2.8	1.1	7.0	14%
Пробелы в третьем сценарии	2.7	2.2	0.0	5.0	10%

В целом, имеется 11.46 миллионов долларов США для финансирования реализации НСПВ в первый год. Как приведено в таблице 5, остается пробел в размере 5.8 миллионов долларов США для достижения планируемой расчетной суммы в размере 17.3 миллионов долларов США. Если предположить, что внешняя поддержка снизится на 25% от существующего уровня, а вклад Правительства возрастет в таком же размере, как за последние два года, то итоговый пробел в реализации НСПВ составит 16 миллионов долларов, что составит 32% от необходимых финансовых ресурсов.

Таблица 7: Анализ пробелов финансирования по источникам финансирования

Млн. долларов США	Год 1	Год 2	Год 3	Итого	Доля общей нехватки финансирования
Потребности в ресурсах	17.3	17.4	16.1	50.8	
Примерная нехватка в ресурсах	5.8	5.8	4.4	16.0	
Государство	1.45	1.46	1.09	4.00	25%
Частный сектор	0.12	0.12	0.09	0.32	2%
Внешние ресурсы	4.24	4.25	3.19	11.69	73%

В соответствии с первым сценарием, 25% от общей нехватки финансирования относится к государственным ресурсам, а 73% - к внешнему финансированию (Таблица 7). Приведенная ниже Таблица 8 показывает источники финансирования, которые могут дать возможность обеспечения полного финансирования мер. Крупнейшим вкладчиком остается ГФСТМ. После утверждения ресурсы Глобального фонда относительно предсказуемы на несколько лет

³³ Данные ОНРС за 2012 и 2013 гг.

³⁴ Данные за 2013 г., ОНРС 2012-2013 гг.

вперед. При наличии других внешних источников бюджет зависит от мобилизации донорских средств.

Таблица 8: Анализ имеющихся ресурсов по источникам финансирования

	Год 1	Год 2	Год 3	Итого	%
Потребность в ресурсах	17.3	17.4	16.1	50.8	
Ориентировочные имеющиеся ресурсы	11.5	11.6	11.7	34.8	100%
Государство	2.9	2.9	2.9	8.7	25%
Частный сектор	0.2	0.2	0.2	0.7	2%
Глобальный фонд	4.6	4.7	4.8	14.0	40%
ООН	1.1	1.2	1.2	3.5	10%
Другие внешние ресурсы	3.2	3.2	3.2	9.6	23%
Нехватка финансирования	5.8	5.8	4.4	16.0	
Нехватка в % от потребности в ресурсах	34%	33%	27%		

РАЗДЕЛ 7: МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

7.1 НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

В целях обеспечения качественных, своевременных и достоверных доказательств, а также для принятия обоснованных решений в ходе реализации НСПВ, была разработана надежная программа планирования, мониторинга и оценки. Она руководствуется концепцией «триединых принципов»: единой согласованной структурой по мероприятиям в сфере СПИДа (НСПВ), единым координирующим органом по СПИДу на национальном уровне (НKK), и единой страновой системой мониторинга и оценки (Национальная программа по мониторингу, оценке, и исследованиям в сфере ВИЧ/СПИДа).

Целью данной программы является управление процессом сбора, анализа, использования и распространения информации, позволяющей отслеживать прогресс и принятие обоснованных решений. Для поддержания эффективной реализации рамочной структуры, была подготовлена детальная Национальная программа по мониторингу, оценке, и исследованиям в сфере ВИЧ/СПИДа (рамочная программа мониторинга и оценки), разработанная на основе активных консультаций с заинтересованными сторонами. Ниже приведен перечень ожидаемых конечных результатов в рамках реализации рамочной программы мониторинга и оценки:

- К середине 2016 года, на местах будет усилена координация, партнерство, потенциал и подотчетность, в рамках национального планирования, мониторинга, оценки и исследований в сфере ВИЧ;
- К 2016 году, в стране будет налажена система своевременного сбора, обработки и анализа качественных данных по ВИЧ/СПИДу, что внесет свой вклад в принятие обоснованных решений и улучшение программных аспектов;
- К 2017 году будет налажено эффективное использование информации по ВИЧ/СПИДу, что обеспечит принятие политики и стратегии на основе доказательной базы, мобилизации и распределения ресурсов в рамках национального реагирования на ВИЧ-эпидемию.

Реализация рамочной программы мониторинга и оценки:

- приведет к проведению оценки способов поддержки для НСПВ;
- позволит наладить партнерства в сфере исследований по ВИЧ;
- окажет содействие в мобилизации ресурсов для системы исследований по ВИЧ;
- поможет в интеграции и включении аспектов по мониторингу, оценке и исследованиям в контексте НСПВ;
- позволит наладить прогресс, отслеживаемый в ходе всей функционирования системы мониторинга, оценки и исследований;
- окажет содействие НKK в выполнении его полномочий и обязанностей.

7.2 СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ И МЕХАНИЗМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ОБЗОРА

Рамочная программа мониторинга и оценки предлагает ряд механизмов, при помощи которых будет отслеживаться прогресс реализации НСПВ. Ниже приведен перечень этих механизмов:

- **Совместный программный обзор по ВИЧ/СПИДу:** Ежегодно, при участии всех заинтересованных стороны будет проводиться децентрализованный обзор на основе совместного участия и предоставления доказательных данных. Цель обзора - оценка прогресса

в контексте Структуры "результатов и индикаторов" НСПВ, оценка каждого направления НОП, оценка потребности в ресурсах и оценка трудностей на пути реализации (включая план мероприятий для их преодоления), а также назначение приоритетов на следующий год.

- **Промежуточная оценка НСПВ:** Запланированная на 2016 год промежуточная оценка поможет сравнить результаты, достигнутые в ходе первых двух лет реализации, с ожидаемыми результатами. Тем самым, промежуточная оценка окажет содействие в обзоре стратегий и индикаторов НСПВ и поможет внести доказательные изменения в национальное реагирование.
- **Оценка по завершению НСПВ:** По завершению периода реализации НСПВ будет проведена всесторонняя оценка в целях выявления общего воздействия и конечных результатов в разрезе поставленных целей и запланированных результатов. Данная оценка внесет свой вклад в общенациональный стратегический обзор, в качестве первого шага по разработке последующего Стратегического плана.

7.3 НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАНИЙ

Нижеследующие подсистемы сбора данных будут отслеживать все индикаторы Стратегического плана, указанные в рамках структуры «Индикаторов и результатов» НСПВ:

- **Отчётность по программной деятельности на уровне общин (ОПДУО):** Данный инструмент предназначен для сбора данных по интервенциям в сфере ВИЧ, реализуемых на уровне общин (сообществ), а также данных по финансовым источникам от организаций гражданского общества;
- **Отчётность на уровне учреждений:** Данная подсистема внесёт свой вклад в эффективность проведения мониторинга и составления отчётности для данного Стратегического плана;
- **Отчётность по национальной службе крови:** Данная подсистема будет предоставлять обязательные данные по скринингу собранной крови на ВИЧ, ИППП и других трансфузионных заболеваний;
- **Отчётность по противотуберкулезной службе:** Данная подсистема будет вести сбор данных по совместным мероприятиям в сфере ТБ/ВИЧ;
- **Системы финансового управления:** Будет принята система мониторинга и оценки НКК, которая впоследствии будет взаимосвязана с системой финансового управления, а также с другими соответствующими системами, в целях отслеживания финансовой и технической отчётности по всем выплатам, издержкам и расходам со стороны партнеров НСПВ. Данные будут разбиты по таким направлениям, как источники финансирования, бенефициары, географический охват результатов, а также своевременность и завершенность.
- **ИСУ по вопросам закупок и цепочек поставок:** ИСУ Минздрава и СЗН по логистике, а также система обеспечения жизненно важными медикаментами и медицинского снабжения будут контролировать и отчитываться по уровням запаса, а также истощению любых основных лекарственных средств.
- **Надзор:** Нижеследующие подсистемы предоставляют ценные надзорные данные по уровню распространенности ВИЧ, соответствующего изменения поведения среди характерных групп и т.д.
- **Эпидемиологический надзор** - сбор серологических данных по уровню распространенности ВИЧ среди характерных групп;
- **Интегрированное биологическое поведенческое исследование** - разработано в целях систематического мониторинга поведенческих тенденций и моделей рискованного поведения в течение определенного периода времени, среди ключевых целевых групп, рассматриваемых в качестве групп высокого риска;
- **Демографическое исследование** - В качестве дополнения к исследованиям по заболеваемости, данная подсистема будет использована заинтересованными сторонами в целях выявления демографической и другой информации касательно уровня воздействия

- ВИЧ на общины/сообщества;
- **Другие контрольные исследования в рамках НСПВ:** Данные стратегический план включает в себя новую подсистему сбора данных и отчётности, по таким направлениям как инвалидность и ВИЧ, ВИЧ на рабочем месте и т.д.
 - **Оценка уровня предоставления услуг:** Данное исследование будет проведено в целях сбора данных по потенциалу и качеству услуг по ВИЧ, предоставляемых в медицинских учреждениях.
 - **Оценки:** Независимыми исследователями будут проведены две всесторонние оценки (промежуточная, в 2016 году, и заключительная в конце 2017 года), в целях оценки прогресса и успехов данного стратегического плана в достижении предложенных ожидаемых результатов и результатов воздействия.
 - Исследование в разрезе групп населения: МЗСЗН, в сотрудничестве с Таджстатагентством и другими заинтересованными сторонами, будет проводить нижеследующие исследования:
 - **Исследование в области индикатора СПИДа (ИИС):** Данное исследование позволит получить ценную информацию об уровне распространенности ВИЧ и ИППП, а также об уровне охвата профилактическими и лечебными программами.

Особые исследования:

- **Исследование заболеваемости:** Организации с соответствующим техническим потенциалом будут проводить данное исследование в целях оценки мер национального реагирования;
- **Исследование рабочих мест и занятости:** Данное исследование проведет оценку прогресса хода реализации стратегий и программ по борьбе с ВИЧ, с использованием репрезентативной выборки крупных работодателей в государственном и частном секторе.
- **Вопросник НКПИ:** На ежегодной основе, МЗСЗН будет проводить данное исследование в виде семинара, что в конечном итоге внесёт свой вклад в отчётность перед ЮНГАСС.
- **ОНРС (Республика Таджикистан):** Данная оценка будет проводиться каждые два года, в целях оценки всех расходов по ВИЧ в стране, в контексте результатов, достигнутых в ходе реализации НСПВ и Национального операционного плана, и оптимизации процесса мобилизации ресурсов.
- **Исследования:** Исследования являются важным компонентом национального планирования ВИЧ и реализации программ в целом. Надежная исследовательская система способствует сбору важной информации, тем самым улучшая меры реагирования в будущем.
- При координации этих подсистем, НКК обеспечит, что все инструменты по сбору данных будут эффективно затрагивать вопросы прав человека, гендерного равенства и подходов, основанных на большем вовлечении ЛЖВ, MARPs и уязвимых групп населения.

По мере необходимости, техническая поддержка будет направлена на разработку и обновление соответствующих руководств и протоколов, проведение отобранных исследований, разработку информационных продуктов и совершенствование национальной интегрированной системы мониторинга и оценки ВИЧ, а также на наращивание научно-исследовательской базы данных и создание веб - сайта.

7.4 УПРАВЛЕНИЕ И КООРДИНАЦИЯ СИСТЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ, МОНИТОРИНГА, ОЦЕНКИ И ИССЛЕДОВАНИЙ

В ходе реализации данного стратегического плана, НКК будет координировать и поддерживать процесс мониторинга и оценки, а также исследовательскую деятельность по ВИЧ/СПИДу. НКК приложит усилия, чтобы все доказательства, сгенерированные в ходе исследований были эффективно использованы в ходе принятия обоснованных решений на всех уровнях, в целях эффективной реализации данного стратегического плана и его обзоров.

7.4.1 ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННЫЕ СТРУКТУРЫ НКК

В соответствии с данным Стратегическим планом, будет укреплен потенциал всех координационных советов, включая районных по вопросам ВИЧ/СПИДа, в целях содействия в сборе и анализе данных; использования получаемой информации для планирования программ и координации на децентрализованном уровне, и своевременного представления регулярных программных отчетов. Кроме того, данный Стратегический план выступит в качестве механизма для отслеживания конечных результатов и индикаторов, определенных в рамках логической структуры ожидаемых результатов. Также, данные комитеты будут периодически обрабатывать информацию в целях определения тенденции и прогресса, и в целях выявления и решения проблем по мере их возникновения. В конечном итоге, комитеты будут нести надзорную функцию.

Партнеры по развитию - Большинство партнеров по развитию играют значительную роль в поддержке мониторинга и оценки, а также исследовательских работ в сфере ВИЧ, таких как проведение стратегического обзора и разработка национальной системы по мониторингу и оценке; Укрепление координационного потенциала ключевых ведомств, ответственных за мониторинг, оценку и исследования; Содействие в проведении национальных исследований среди населения, а также проведении оценок и исследований; и составление отчетов о прогрессе страны в контексте реагирования на ВИЧ - эпидемию (например, ГФСТМ; УНГАСС).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: РАМОЧНАЯ СТРУКТУРА РЕЗУЛЬТАТОВ

ID	Стандартный индикатор	#	Знаменатель	Исходные данные		Цели			Способы проверки (источники данных)	Частота отчетности	Разделение	Ответственная организация	Партнер по финансированию/реализации
				Indicator (figure)	Year	2015	2016	2017					
ИНДИКАТОРЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ													
I-01	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных молодых женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет (показатель ЮНГАСС)	1.8	1014	0.10%	2013			0.10%	ИБПИ	Каждые 3–4 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
I-02	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных людей, применяющих внутривенное введение наркотиков	1.2	2000	13.50%	2011		<10%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
I-03	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных работников секса	1.3	1130	3.70%	2011		<3%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
I-04	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных мужчин, занимающихся сексом с мужчинами	1.4	350	1.50%	2011		<2%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
I-05	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных беременных женщин	1.9	2100	0.10%	2013			0.10%	ИБПИ	Каждые 3–4 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
I-06	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин (показатель ЮНГАСС)	1.9	373	38.30%	2013	<30%	<25%	<20%	Spectrum	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
I-07	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных женщин	1.9	78	1.28%	2012	<2%	<2%	<2%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
I-08	Процентные показатели всех зарегистрированных больных туберкулезом, которые имеют документально подтвержденный статус ВИЧ-положительной инфекции	2.1	5069	1.80%	2013	<2%	<2%	<2%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
I-09	Смертность, вызванная СПИДом	2.1	283	24.03%	2013	<25%	<20%	<18%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
I-10	Процентные показатели взрослых и детей, находящихся на лечении от ВИЧ в течение 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	2.1	423	67.10%	2013	80%	82%	85%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ													
O-01	Процентные показатели людей в возрасте от 15 до 49 лет, которые имели более одного полового партнера за последние 12 месяцев и утверждающие использование презерватива во время последнего полового акта. (Показатель ЮНГАСС)	1.8	203	65.50%	2012	≥75%		≥80%	Исследование среди групп населения	Каждые 2–3 года	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР
O-02	Процентные показатели людей в возрасте от 15 до 49 лет, которые имели более одного полового партнера за последние 12 месяцев (Показатель ЮНГАСС)	1.8	3512	5.80%	2012	≤6%		≤5%	Исследование среди групп населения	Каждые 2–3 года	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР

O-03	Процентные показатели молодых женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет, которые имели половую связь до 15-летнего возраста	1.8	1760	0.70%	2012	≤1%		≤1%	Исследование среди групп населения	Каждые 2–3 года	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР
O-04	Процентные показатели людей, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые утверждают использование презерватива во время последнего полового акта	1.2	2000	29.80%	2011		≥60%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
O-05	Процентные показатели людей, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые утверждают использование стерильных средств во время последнего внутривенного введения наркотиков	1.2	2000	93.50%	2011		95%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
O-06	Процентные показатели работников секса, которые утверждают использование презерватива во время последнего полового акта	1.3	1130	82.30%	2011		85%		ИБПИ	Каждые 2 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
O-07	Процентные показатели мужчин, имеющих сексуальные отношения с мужчинами, которые утверждают использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	1.4	350	67.80%	2011		70%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
O-08	Процентные показатели женщин и мужчин в возрасте от 15 до 49 лет, которые принимают правильное поведение в отношении ЛЖВ	1.1	N/A	25.00%	2013	>40%		>50%	Исследование среди групп населения	Каждые 3–5 лет	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР
O-09	Процентные показатели заключенных, которые приняли поведение, снижающее уровень передачи ВИЧ	1.5	800	4.90%	2013	≥15%		≥20%	ИБПИ	Каждые 2–3 года	Возраст	РЦ СПИД	ПР
O-10	Процентные показатели молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет, которые утверждают использование презерватива при половых актах с нерегулярными половыми партнерами за последний год		1760	60.90%	2012	70%		75%	Исследование среди групп населения	Каждые 2–3 года	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР
O-11	Процентные показатели взрослых и детей с запущенной ВИЧ-инфекцией, которые получают антиретровирусную терапию. (Показатель ЮНГАСС)	2.1	7908	17.70%	2013	20%	22%	25%	Спектрум	Ежегодно	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
O-12	Процент смертности, вызванной туберкулезом, в отношении количества смертей, вызванных ВИЧ	2.1	197	13.71%	2013	<13%	<12%	<11%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
O-13	Процент ЛЖВ с туберкулезом, находящихся на лечении от туберкулеза	2.1	171	100%	2013	100%	100%	100%	Данные РЦ СПИД	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
O-14	Национальный комбинированный индекс политики по ВИЧ/СПИДу (Показатель ЮНГАСС)	4.1	N/A	74.50%	2012	≥80%		≥85%	Экспертное исследование	Каждые 2 года		НКК	ПР
ПОКАЗАТЕЛИ ОХВАТА													
C-01	Процентные показатели молодых женщин и мужчин в возрасте от 15 до 24 лет, которые правильно определяют пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем и которые отвергают неправильное понимание передачи ВИЧ	1.8	1760	17.10%	2012	≥20%		≥25%	Исследование среди групп населения	Каждые 2–3 года	Гендер (возраст и пол)	ПР	ПР

C-02	Процентные показатели людей, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые проходили тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты	1.2	2000	36.40%	2011		≥60%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-03	Процентные показатели людей, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые четко знают пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем и знают как ВИЧ не передается	1.2	2000	32.40%	2011		≥50%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-04	Процентные показатели людей, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые участвуют в программах по профилактике ВИЧ	1.2	2000	37.20%	2011		≥60%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-05	Количество людей, употребляющих наркотики, которые получают метадонную терапию	1.2	25000	375	2013	700	800	900	Отчет по программе	Ежегодно	Гендер (возраст и пол)	РЦ Наркологии	ПР
C-06	Процент регулярных половых партнеров, применяющих внутривенное введение наркотиков, которые участвуют в программах по профилактике ВИЧ	1.2	N/A	N/A	N/A		≥20%		ИБПИ	Каждые 3–5 лет	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-07	Процентные показатели работников секса, которые проходили тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты	1.3	1130	55.70%	2011		≥65%		ИБПИ	Каждые 2 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-08	Процентные показатели работников секса, которые знают пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем и знают как ВИЧ не передается	1.3	1130	33.70%	2011		≥45%		ИБПИ	Каждые 2 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-09	Процентные показатели работников секса, которые участвуют в программах по профилактике ВИЧ	1.3	1130	73.60%	2011		≥80%		ИБПИ	Каждые 2 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-10	Процентные показатели мужчин, имеющих сексуальную связь с мужчинами, которые знают пути предотвращения передачи ВИЧ половым путем и знают как ВИЧ не передается	1.4	350	45.30%	2011		≥50%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-11	Процентные показатели мужчин, имеющих сексуальную связь с мужчинами, которые участвуют в программах по профилактике ВИЧ	1.4	350	41.40%	2011		≥50%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-12	Процентные показатели мужчин, имеющих сексуальную связь с мужчинами, которые проходили тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты	1.4	350	40.20%	2011		≥50%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-13	Процентные показатели заключенных, участвовавших в программах по профилактике ВИЧ		800	57.50%	2013		≥60%	≥65%	ИБПИ	Каждые 2–3 года	Возраст	РЦ СПИД	ПР
C-14	Процент заболеваемости сифилисом среди людей, применяющих внутривенные наркотики	1.2	2000	9.90%	2011		<10%		ИБПИ	Каждые 2 года	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-15	Процент заболеваемости сифилисом среди работников секса	1.3	1130	14.60%	2011		<13%		ИБПИ	Каждые 2 года	Нет данных	РЦ СПИД	ПР

C-16	Процент заболеваемости сифилисом среди молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет	1.8	1014	3.40%	2013			<2%	ИБПИ	Каждые 5 лет	Гендер (возраст и пол)	РЦ СПИД	ПР
C-17	Процентные показатели школ, где, как минимум два преподавателя обучены проблемам ВИЧ/СПИДа и проводили обучение по данному вопросу за прошедший год	1.8	3234	16.70%	2013	≥20%	≥25%	≥30%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	Министерств о образования и науки	ПР
C-18	Процентные показатели школ, в которых за прошедший учебный год были освещены вопросы ВИЧ/СПИДа посредством развития жизненных навыков. (Показатель ЮНГАСС)	1.8	3234	16.70%	2013	≥20%	≥25%	≥30%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	Министерств о образования и науки	ПР
C-19	Процентные показатели заболеваемости сифилисом среди беременных женщин	1.9	2100	3.00%	2013			<2%	ИБПИ	Каждые 3–5 лет	Возраст	РЦ СПИД	ПР
C-20	Процентные показатели беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ	1.9	2100	50.00%	2013			80%	ИБПИ	Каждые 3–5 лет	Возраст	РЦ СПИД	ПР
C-21	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку. (Показатель ЮНГАСС)	1.9	373	31.90%	2013	≥35%	≥40%	≥45%	Спектрум	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-21	Процентные показатели ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	1.9	112	91.80%	2013	>92	>93	>95	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-22	Процентные показатели детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин и получающих надлежащее антиретровирусное лечение	1.9	89	94.40%	2013	100%	100%	100%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-24	Процентные показатели ВИЧ-больных, получавших психологическую поддержку во время антиретровирусной терапии в целях строгого соблюдения лечения	2.1	1399	100%	2013	100%	100%	100%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-25	Процентные показатели людей, болеющих туберкулезом, которые прошли тестирование на ВИЧ	2.1	6906	73.40%	2013	100%	100%	100%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-26	Процентные показатели больных, имеющих смешанную инфекцию ВИЧ и туберкулеза, которые получают антиретровирусную терапию	2.1	171	94.70%	2013	100%	100%	100%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР
C-27	Количество и процентные показатели доз крови, полученных за последние 12 месяцев и должным образом проверены на ВИЧ в соответствии руководствами ВОЗ или национальными руководствами	3.5	31906	100%	2013	100%	100%	100%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	Центр крови	ПР
C-28	Процентные показатели взрослых и детей, в данное время получающих антиретровирусную терапию	2.1	737	89,3%	2013	90%	90%	90%	Отчет по программе	Ежегодно	Нет данных	РЦ СПИД	ПР

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ, РИСКИ И МЕРЫ ПО СМЯГЧЕНИЮ РИСКА В РАМКАХ НСПВ

#	ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ	РИСК	ВЕРоятность	Воздействие	СМЯГЧЕНИЕ РИСКА
1	Основные источники внешней помощи. Продолжение поддержки РТ в рамках НСПВ	Если доноры значительно сократят оказываемую поддержку РТ в сфере ВИЧ/СПИДа, это может привести к значительному недофинансированию многих направлений НСПВ	Средняя	Высокое	Правительство расставит приоритеты в мероприятиях для реализации исходя из эффективности, а также приступит к активному привлечению финансовых средств
2	Устойчивость и предсказуемость финансирования для НСПВ может быть установлена в течение периода реализации Стратегического плана.	Распределение ресурсов для целей НСП может оказаться неподъемным грузом для ГФСТМ, тем самым предложения Правительства РТ о существенном увеличении финансирования в сфере ВИЧ / СПИДа могут не найти поддержки. Это может привести к тому, что НСП не будет выполнен на том уровне, который ожидается, и тем самым выполнение декларации РТ по ВИЧ/СПИДу будет зависеть от желания отдельных доноров, что может привести к невыполнению принципов Парижской декларации.	Средняя	Высокое	Проблематика ВИЧ остается высоким приоритетом для правительства и НКК будет регулярно вести просветительскую деятельность среди отделов государственного планирования по вопросам влияния эпидемии на развитие, с тем, чтобы не потерять успехи, достигнутые в рамках НСПВ на период 2011 - 2015 гг.
3	НКК еще больше укрепляет свои возможности и потенциал, в целях координации действий в рамках НСПВ	Если НКК будет не в состоянии эффективно функционировать и выполнять свою ключевую роль, то вероятней всего будет страдать координация и подотчетность партнеров, ответственных за реализацию НСПВ. Вполне вероятно, что некоторые из результатов в рамках Стратегического плана не будут достигнуты: можно сослаться на опыт текущего НСПВ (на период 2011-2015 гг.) - без надежно скоординированной реализации, при которой ответственность также ложится на исполнительные агентства, реализация становится хаотичной, недостаточной по объему и масштабу в целях достижения запланированного и необходимого охвата, и наблюдается непоследовательность в действиях и страдает согласованность. Кроме того имеет место дублирование мероприятий или реализация мероприятий, не имеющих отношение к НСПВ.	Средняя	Высокое	Будут продолжены усилия по дальнейшему повышению возможностей и потенциала НКК, путем развертывания поддержки ЮСАИД при помощи Управленческих Грантовых Решений (GMS)
4	Политическая приверженность Правительства РТ в достижении цели НСПВ	Отсутствие политической приверженности со стороны Правительства РТ может привести к тому, что вопрос ВИЧ «потеряется» среди многих конкурирующих приоритетов. Существует риск, что руководство НКК не получит требуемую поддержку и тем самым не сможет	Низкая	Высокое	Будет продолжена просветительская деятельность в целях обеспечения и поддержания уровня приверженности Правительства.

		наладить соответствующий уровень подотчётности среди исполнителей			
5	Продолжение стратегии хорошего управления НКК и других учреждений, реализующих НСПВ	Слабый уровень управления в разрезе структур НКК может привести к значительной потере доверия к НКК	Низкая	Высокое	Системы управления были усилены с четким разделением полномочий между руководством и управлением. Необходимо провести институциональную оценку, которая будет сосредоточена на основных функциях НКК, и подать заявку в GMS о предоставлении технической помощи, в целях укрепления потенциала НКК, с особым акцентом на наиболее слабые аспекты функционирования.
6	Все партнеры будут привержены на предоставление услуг в целях обеспечения всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке в стране.	Ставится под сомнение устойчивость приверженности партнеров (Правительство РТ, партнеры по развитию, общинные и общественные организации, религиозные учреждения и частный сектор) к предоставлению всеобщего доступа	Низкая	Высокое	Будут укреплены системы мониторинга и оценки. Низкий потенциал кадровых резервов в контексте реализации и достижения ожидаемых конечных результатов, будут рассмотрены в контексте «Плана по укреплению кадровых резервов и системы здравоохранения на уровне общин/сообществ». Ведется сбор стратегической информации, в целях демонстрации актуальности и воздействия реализуемых профилактических мероприятий Непрерывная просветительская деятельность в целях обеспечения приверженности к целям и задачам НСПВ со стороны различных заинтересованных сторон.
7	Государственный и частный секторы включают проблематику ВИЧ в свои программы, направленные на истинные причины и последствия эпидемии.	Государственному и частному сектору может не хватать приверженности и потенциала для выполнения этого важного ожидаемого конечного результата.	Средняя	Высокое	План технической поддержки, разработанный в рамках НСПВ, направлен на удовлетворение потребностей потенциала государственного и частного сектора, в целях достижения поставленных результатов. Также, будет продолжен мониторинг и обновление плана оказания технической помощи.
8	Сообщества затронут аспекты, ограничивающие доступ и социальные преобразования компетентного сообщества для борьбы со СПИДом.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Среди сообществ присутствует мнение, что борьба с ВИЧ слишком изнурительна ▪ Сообщества имеют свои приоритеты, и ВИЧ может и не быть одним из этих приоритетов 	Средняя	Высокое	НСПВ будет внедрен на уровне общин, в целях обеспечения продолжения мероприятий по повышению осведомленности и просвещению в поддержку достижения устойчивости всеобщего доступа. Коммуникационная стратегия, в целях просветительской деятельности на уровне сообществ и других уровней.
9	Благоприятная политическая обстановка в течение всего периода реализации НСПВ	Нестабильная политическая обстановка, может представлять опасность для успешной реализации НСПВ.	Низкая	Высокое	Будет разработан и реализован инструмент, направляющий ВИЧ-профилактические мероприятия при чрезвычайных ситуациях
10	Исполнители проекта на различных уровнях располагают потенциалом для реализации	Исполнители проекта, получающие финансирование в рамках и в целях реализации НСПВ, не имеют потенциала для эффективной реализации и учета	Низкая	Высокое	НКК использует свои децентрализованные структуры в целях определения суб-исполнителей проекта и реализации мониторинга программы.

	различных программ и будут подотчётны в контексте средств, предоставленных им в качестве авансовой выплаты	средств, выданных в качестве аванса. Следовательно, этот фактор удерживает партнеров по развитию в предоставлении финансирования			Необходимо использовать различные учреждения, в целях обеспечения достижения поставленных целей Необходимо и дальше расширять программы наращивания потенциала агентств-исполнителей, при помощи текущих и последующих программ обучения.
11	Налаживание на местах систем отчётности для различных источников	Отсутствие надлежащей структуры отчетности негативно скажется на ходе реализации всего НСПВ	Низкая	Высокое	Новая рамочная программа мониторинга и оценки была разработана в целях поддержки реализации НСПВ и координации вопросов мониторинга, осуществляемого заинтересованными сторонами. Данная рамочная структура четко определяет структуру и иерархию отчетности. Также структура приводит индикаторы в контексте и на основе управления результатами, и возлагает ответственность на каждого партнера.
12	Финансирование со стороны Правительства РТ и партнеров по развития будет поступать на счета агентств - исполнителей без задержек	Неэффективное и несвоевременное распределение средств среди различных агентств - исполнителей негативно скажется на ходе реализации НСПВ.	Низкая	Высокое	НКК будет внимательно следить за передвижением средств, тем самым своевременно выявлять проблемные места и решать вопросы задержки соответствующим образом. Необходима оптимизация структуры подотчетности, с большим упором и акцентом на местных рабочие структуры. Необходимо снизить уровень потерь средств и рисков.