



Об утверждении Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы

Постановление Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года N 1207

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

1. Утвердить прилагаемую Программу по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы (далее - Программа).

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

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

4. Установить, что:

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

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

5. Настоящее постановление вступает в силу со дня подписания.

Премьер - Министр

Республики Казахстан

Утверждена
постановлением Правительства
Республики Казахстан
14 сентября 2001 года N 1207

Программа
по противодействию эпидемии СПИДа

в Республике Казахстан на 2001-2005 годы

Принятые сокращения

МЗ РК	- Министерство здравоохранения
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная Организация Здравоохранения
ИППП	- инфекции, передаваемые половым путем
МВД	- Министерство внутренних дел
МКИОС	- Министерство культуры, информации и общественного согласия
МО	- Министерство обороны
МОН	- Министерство образования и науки
МСМ	- Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами
МТСЗН	- Министерство труда и социальной защиты на с е л е н и я
МЮ	- Министерство юстиции
ОР	- относительный риск
ПИН	- потребители инъекционных наркотиков
Объединенная Программа ООН/СПИД	- Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
РКС	- работники коммерческого секса
СМИ	- средства массовой информации
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
ЮНЭЙДС	- транслитерация английской аббревиатуры UNAIDS - United Nations Program on AIDS - Программа ООН/СПИД
ЮНИСЕФ	- транслитерация английской аббревиатуры UNICEF - United Nations Children's Fund - Детский фонд ООН
ЮНЕСКО	- транслитерация английской аббревиатуры UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Организация ООН по образованию, науке и к у л ь т у р е
ПРООН	- Программа развития Организации Объединенных Наций
СНГ	- Содружество Независимых Государств

Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 годы

1. Паспорт

Сноска. Раздел 1 с изменениями - постановлением Правительства РК от 2 августа 2002 года N 862 P020862_ ; от 28 января 2003 г. N 98 ; от 18 декабря 2003 г. N 1266 .

Наименование Программы	Программа по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан на 2 0 0 1 - 2 0 0 5 г о д ы
Основание для разработки Программы	Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 г. N 1808 P001808_ "О Концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике К а з а х с т а н "
Основные разработчики Программы	Министерство здравоохранения Республики К а з а х с т а н
Цель и задачи Программы	Стабилизировать распространенность ВИЧ на концентрированной стадии, не допустив ее перехода в г е н е р а л и з о в а н н у ю с т а д и ю Уменьшить пополнение уязвимых в отношении инфицирования ВИЧ групп населения новыми лицами из среды м о л о д е ж и Обеспечить не менее 80% людей, живущих с ВИЧ, медицинскими и социальными программами, снижающими у р о в е н ь и х к о н т а г и о з н о с т и
Основные исполнители Программы	Министерство здравоохранения Республики К а з а х с т а н (МЗ РК), Министерство образования и науки (МОН), Министерство внутренних дел (МВД), Министерство обороны (МО), Министерство труда и социальной защиты населения (МТCSH), Министерство культуры, информации и общественного согласия (МКИОС), Министерство

финансов (МФ), Министерство юстиции (МЮ), местные исполнительные органы

Сроки реализации
Программы
Перечень основных
мероприятий Программы

2001-2005 годы

Претворение в жизнь мер по поддержке конституционно гарантированных прав граждан и социальной защите групп населения, наиболее уязвимых в отношении ВИЧ-инфекции. Снижение уязвимости групп рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ. Совершенствование государственной политики по привлечению общественных объединений к решению проблем ВИЧ/СПИДа. Совершенствование информации и образовательных программ по формированию здорового образа жизни. Повышение качества медицинских и социальных услуг, связанных с первичной профилактикой ВИЧ-инфекции. Совершенствование управления и координации исполнения превентивных программ по ВИЧ/СПИДу

Источники и объемы
финансирования

Из средств республиканского бюджета - 32,84 млн. тенге, в том числе на 2002 год - 5,4 млн. тенге; на 2003 год - 8,405 млн. тенге; на 2004 год - 10,63 млн. тенге; на 2005 год - 8,405 млн. тенге. По отраслям здравоохранения - 15,115 млн. тенге, Министерство юстиции - 12,0 млн. тенге, Министерство внутренних дел - 5,725 млн. тенге.

Из средств местных бюджетов планируется финансирование в сумме 358,3 млн. тенге, в том числе на 2002 год - 80,5 млн. тенге; на

2003 год - 92,6 млн. тенге; на 2004
год - 92,6 млн. тенге; на 2005 год -
92,6 млн. тенге.

Дополнительно привлекаемые средства -
22441,908 млн. тенге

Ожидаемые результаты
от реализации
Программы

Противодействие распространению
ВИЧ/СПИДа будет поднято на
межсекторальный уровень. В стране
будет создана гибкая и стройная
система профилактики ВИЧ-инфекции,
основанная, прежде всего, на
мероприятиях разных секторов по
снижению заражений, связанных с
небезопасным поведением людей.
Подходы к разрешению вопросов ведения
больных наркоманией и ИППП будут
построены на приоритетах
противостояния экспансии ВИЧ/СПИДа.

Эпидемиологический надзор будет
подчинен требованиям профилактической
работы. Все это позволит эффективно
противостоять распространению ВИЧ-
инфекции и удержать ее на
концентрированной стадии развития

Система организации
контроля за
исполнением Программы

Проведение мониторинга и
представление информации о ходе
реализации Программы и об
использовании средств бюджета в

Правительство 1 раз в полугодие

2. Введение

Основанием для разработки данной Программы послужило поручение
Правительства Республики Казахстан Министерству здравоохранения Республики
Казахстан (постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 года
№ 1808 Р001808_ "О Концепции государственной политики по противодействию
эпидемии СПИДа в Республике Казахстан").

В истекшем году закончился срок действия Р960193_ Плана мероприятий по

профилактике и борьбе со СПИДом в Республике Казахстан на 1996-2000 годы, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 13 февраля 1996 года N 193, сыгравшего роль в развитии системы противостояния ВИЧ-инфекции в стране. Ухудшение эпидемической ситуации, возникновение ряда новых факторов, определяющих характер эпидемического процесса, возникновение нового его понимания потребовало создания документа, определяющего направления противостояния эпидемии, круга участников этой деятельности и соответствующего ресурсного обеспечения на предстоящее пятилетие.

В 1999 г. Объединенная Программа ООН/СПИД разработала и предложила в качестве руководства для стран-членов ООН новый стратегический подход к планированию мероприятий по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа. Этот подход предусматривает:

проведение анализа ситуации с выявлением движущих факторов эпидемии, определение их иерархии;

осуществление критического анализа эффективности ответных мероприятий, их соответствия ситуации, выявление неиспользованных возможностей;

составление плана вмешательств по приоритетным направлениям, от которых непосредственно зависит распространение ВИЧ-инфекции в данный отрезок времени с перераспределением ресурсов.

Основой при создании настоящей стратегической Программы послужило понимание того, что проблема распространения ВИЧ/СПИДа выходит далеко за рамки проблем здравоохранения и касается всех социальных секторов. Представленная программа противостояния ВИЧ-инфекции определяет направления многосекторальных усилий на путях противостояния распространению ВИЧ. Она не охватывает узко технические вопросы, а также факторы, которые в настоящее время имеют ограниченную значимость в распространении ВИЧ/СПИДа в Казахстане.

Программа основана на положениях Законов Республики Казахстан Z970111_ "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан" от 19 мая 1997 года, Z946000_ "О профилактике заболевания СПИД" от 5 октября 1994 года, U984153_ Государственной программы "Здоровье народа", утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 16 ноября 1998 года N 4153 и постановления Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2000 года N 1808 P001808_ "О Концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан". В программе учтены положения, содержащиеся в Центральноазиатской декларации по ВИЧ/СПИДу от 4 мая 2001 года и декларации по обязательствам в области ВИЧ/СПИДа специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу от 27 июня 2001 года, в том числе в части профилактики, как основной меры реагирования, обеспечения ухода, поддержки и лечения людей с ВИЧ, соблюдения прав человека, реализации мер по снижению уязвимости. При составлении принята во внимание

необходимость мобилизации ресурсов международных доноров.

3. Анализ современного состояния проблемы

3.1 Обзор ситуации, связанной с распространением ВИЧ/СПИДа

Республика Казахстан - государство Центральной Азии общей площадью 2,7 миллиона квадратных километров со среднегодовой численностью населения 14,9 миллиона человек, включая 7 миллионов экономически активного населения. Согласно Национальному отчету о человеческом развитии (2001 г.) по индексу человеческого развития страна относится к среднеразвитым, занимая 73 место в мире, с валовым внутренним продуктом на душу населения 1126 долларов США в год, уровнем грамотности взрослого населения 99,5% (при наличии среднего образования у 86,8% лиц в возрасте 20-24 лет) и показателем средней продолжительности предстоящей жизни 66 лет. Объем производства не превышает 2/3 от уровня 1990 года. В 2000 году уровень безработицы составил 12,8%, 31,8% населения имели доходы ниже прожиточного минимума, который определен в 4007 тенге (около 28 долларов США) в м е с я ц .

Географическое положение Казахстана на пути нелегальной транспортировки героина из Афганистана в Россию и страны Восточной Европы и сложная социально-экономическая ситуация обуславливают потенциально высокую вовлеченность жителей страны в наркоторговлю и употребление инъекционных наркотиков, а также в сферу оказания сексуальных услуг, то есть в деятельность, связанную с передачей ВИЧ.

3.1.1 Данные о распространенности ВИЧ/СПИДа

На 1 июня 2001 года в Республике Казахстан общее число выявленных людей с ВИЧ-инфекцией с момента регистрации первого случая в 1987 году составляло 1799. У

37 ВИЧ-инфицированных развилась клиника СПИДа, и 31 из них к настоящему времени умер. Показатель впервые идентифицированной распространенности ВИЧ в 2000 г. составил 35 на 100000 обследованных. За первые пять месяцев 2001 г. распространенность ВИЧ-инфекции составила 99 на 100000 обследованных, что в 5 раз выше показателя аналогичного периода 2000 г. При этом имеющиеся данные о распространенности ВИЧ в стране основаны на анализе выборок, существенно сдвинутых как по селекции, так и по участию, а потому имеют относительный характер. Указанные сдвиги происходят как следствие значительных отличий групп индивидуумов, выбирающихся для обследования, и групп, не попадающих в число обследованных; групп людей, участвующих в обследованиях и не участвующих в них.

Согласно оценке Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом на ВИЧ-инфекцию удается обследовать не более 10% от истинного числа людей, зависимых от наркотиков и представителей других групп рискованного поведения, среди которых сегодня сконцентрирована эпидемия (см. ниже). А значит, можно предполагать, что истинная распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане примерно на порядок выше, чем зарегистрированная.

Географически распространенность ВИЧ в Казахстане существенно варьирует. Более половины людей, живущих с ВИЧ, сосредоточены в Карагандинской области. Однако в последнее время все большее число случаев стало регистрироваться в Павлодарской и Западно-Казахстанской областях (в первом квартале 2001 г. по сравнению с аналогичным периодом 2000 г. численность вновь выявленных людей, живущих с ВИЧ, здесь изменилась с 0 до 93 и с 1 до 38 соответственно).

3.1.2 Пути передачи ВИЧ, вклад различных групп рискованного поведения

85% путей заражения при установленных случаях ВИЧ приходится на передачу вируса при инъекциях наркотиков; на половой путь передачи ВИЧ-инфекции приходится еще 7%. В 7% случаев путь передачи инфекции установить не удалось. Таким образом, исходя из структуры исследованных случаев, можно констатировать, что до сих пор распространение ВИЧ-инфекции в стране более, чем на 90% зависело от небезопасного употребления инъекционных наркотиков и от небезопасных сексуальных контактов. Эта констатация определяет приоритеты профилактики, которая должна быть связана, прежде всего, с обеспечением более безопасных форм поведения, исключая или хотя бы уменьшающих шанс передачи ВИЧ.

Исходя из структуры передачи ВИЧ, наибольший интерес для целенаправленных превентивных вмешательств представляют группы населения, которые практикуют формы поведения, опасные с точки зрения инфицирования ВИЧ.

Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) имеют наиболее высокий относительный риск (ОР) заражения ВИЧ. Показатель распространенности ВИЧ в этой группе населения на конец 2000 г. составлял 425 на 10 000. В отдельных населенных пунктах, в частности в городе Темиртау Карагандинской области, по данным дозорного эпидемиологического надзора, проведенного среди клиентов пунктов доверия (см. ниже), распространенность ВИЧ среди ПИН составляла в 2000 г. 26%. ОР заразиться ВИЧ для представителей данного сообщества был почти в 500 раз выше, чем для общей совокупности представителей популяций, не употребляющих наркотики. Среди подростков и молодежи 15-23 лет распространенность ВИЧ составляла 1,8 на 10 000. ОР заразиться ВИЧ у молодежи 18-23 лет в 2,5 раза превышал риск заражения в немолодежных популяциях. Из обследованных в стране в течение августа-ноября 2000 г. 1476 работников коммерческого секса-женщин только 1 была ВИЧ-позитивной.

Представленные данные свидетельствуют о том, что в Республике Казахстан наметился переход от начальной стадии эпидемии ВИЧ к концентрированной ее стадии, когда инфекция распространяется, главным образом, среди ПИН.

3.1.3 Потребление инъекционных наркотиков и детерминанты распространения ВИЧ среди ПИН

Численность ПИН, зарегистрированных наркологической службой республики на конец 2000 г., составляла свыше 26000 человек. Но, согласно оценке экспертов, общая численность ПИН в Казахстане приближается к 250 000. В частности, численность ПИН в городе Алматы определена в 12 тысяч(1), в городах Астане и Павлодаре в 8 тысяч в каждом, в городах Петропавловске, Таразе и Усть-Каменогорске - в 6-6,5 тысячи в каждом(2), в городе Темиртау - в 8 тысяч(3), в городе Шымкенте - в 20 тысяч(4). При этом из года в год возрастает регистрация наркологической службой случаев инъекционной наркомании (от 90 в 1996 г. до 250 в 2000 г. на 100 000 взрослых и подростков), что отражает ее безусловный фактический рост в общей популяции.

Доминирующим наркотиком, используемым для инъекций, повсеместно является героин. Менее распространено инъекционное введение кустарно изготовляемых препаратов опиума-сырца. Отношение потребления героина и опиума-сырца варьирует от 9:1 в городе Алматы до 6:4 в городе Темиртау. По данным

опросов ПИН опасным с точки зрения заражения ВИЧ являются следующие, повсеместно в той или иной степени принятые в этой группе, практики:

использование общего шприца для инъекций наркотиков, в том числе путем последовательного их введения в компании одним шприцем; такую практику применяют хотя бы время от времени 60% ПИН;

забор растворов наркотиков из общей емкости повторно используемыми шприцами;

использование в процессе приготовления наркотика человеческой крови.

Из результатов интервью с ключевыми информаторами, проведенных в 2000 г. в городах Астане, Павлодаре, Таразе, следует, что практически ни один наркопотребитель не обеспечивает эффективную стерилизацию использованных шприцев в случае их повторного применения. С учетом существующих практик введения наркотиков сделан прогноз о том, что в течение ближайших 2-3 лет в городах Астане, Павлодаре, Петропавловске, Усть-Каменогорске и Таразе при возникновении собственных очагов инфекции в сообществе ПИН заразиться ВИЧ инъекционным путем могут около 18 тысяч человек.

Многочисленные данные социологических опросов наркопотребителей, выполнявшихся в 1998-2000 гг. агентством БРИФ среди клиентов пунктов доверия в городе Темиртау (1997 г.)(5), центрами по профилактике и борьбе со СПИДом среди больных наркоманией, состоящих на учете в организациях наркологической службы (2000 г.)(6), и другие свидетельствуют о низком уровне осведомленности ПИН о путях предотвращения ВИЧ при применении инъекционных наркотиков. Так, 7% ПИН, состоящих на учете в наркологических диспансерах, вообще не соглашается с утверждением о том, что при использовании общих шприцев можно заразиться ВИЧ (опрошено 740 человек). И только 11% ПИН обнаруживает правильные представления об эффективной стерилизации инъекционного инструментария.

Большинство ПИН вступает в беспорядочные половые связи. Так, 65% опрошенных ПИН в городах Павлодаре и Таразе в течение последних трех месяцев имели двух и более случайных сексуальных партнеров. При этом уровень использования презервативов ПИН не превышал 20%. Около 20% ПИН наблюдало у себя симптомы инфекций, передаваемых половым путем. Причем, как показывают опросы, менее половины из них готовы получать медицинскую помощь в организациях кожно-венерологической службы. В городе Темиртау из 120 ПИН с симптомами ИППП, направленных в кожно-венерологический диспансер центром по профилактике и борьбе со СПИДом, в эту организацию обратилось только 60(7). Опросы ПИН, проведенные в 2000 г. в городе Шымкенте, свидетельствуют о чрезвычайно низкой осведомленности в области профилактики сексуальной трансмиссии ВИЧ. Ни один из 80 опрошенных не смог полностью справиться с вопросами, касающимися использования презервативов для профилактики ВИЧ-инфекции.

По своему имущественному статусу большинство ПИН принадлежит к бедному слою населения, что ограничивает их доступ к услугам, в том числе к информационным и медицинским.

Согласно оценке ситуации, выполненной в 2000 г., 90% ПИН в 5 регионах Казахстана (Астане, Павлодаре, Петропавловске, Таразе и Усть-Каменогорске) собирается продолжать употреблять наркотики, и только каждый десятый готов прекратить их употребление при предоставлении соответствующего эффективного медицинского пособия.

3.1.4 Коммерческий секс и детерминанты распространения ВИЧ в группах населения с опасным половым поведением

По мере роста ВИЧ-инфекции в сообществе ПИН все более будет возрастать сексуальная передача ВИЧ. В этой передаче ВИЧ, безусловно, видную роль займут работники коммерческого секса (РКС). Общая численность РКС, промышляющих на улице, по оценкам Научно-исследовательского кожно-венерологического института в Республике Казахстан составляет около 20000. Согласно данным быстрой оценки, общая численность РКС, работающих в летнее время в городе Алматы, составляет 2500 человек, количество клиентов уличных РКС - 1-3 в день при числе "рабочих" дней в году - в среднем около 240(8). Иными словами, в течение года РКС в городе Алматы вступают более, чем в 1 миллион половых контактов. В городе Шымкенте численность РКС зимой 1999 года составляла 500 человек, в том числе 250 работающих на улице(9). В городе Астане в феврале 2001 г. одновременно работало около 600 РКС ежедневно(10).

Уличные РКС обычно вступают в половые связи в местах, которые определяются их клиентами, что снижает возможности женщин контролировать обстановку, в том числе соблюдение условий безопасного секса. Нередко клиентами уличных РКС становятся представители криминальных кругов, люди с сексуальными перверсиями, пониженным уровнем контроля над собственным поведением вследствие алкогольного или наркотического опьянения. Уличные РКС часто подвергаются физическому насилию со стороны клиентов. По своему материальному положению РКС, работающие на улице, относятся к бедным слоям населения, что определяет ограниченные возможности получения информации и медицинского сервиса.

В результате обследования 70 РКС в городе Алматы, проведенного в 2000 г., у 27 из них (39%) выявлен сифилис, что иллюстрирует практику опасного полового поведения. 2% РКС, согласившихся принять участие в опросе на улице, в городе Алматы

сообщили об употреблении инъекционных наркотиков (всего опрошено 100 человек). По данным ключевых информаторов распространенность потребления инъекционных наркотиков среди РКС достигает 30%. Многие ПИН женского пола оказывают сексуальные услуги с целью заработать средства на приобретение наркотиков. Согласно результатам опроса РКС в разных городах Казахстана, выполненного Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИДом в 2000 г., только 44,5% опрошенных постоянно используют презервативы. Информированность РКС о ВИЧ/СПИДе и ИППП недостаточна. При опросе РКС-женщин, проведенном в городе Алматы(11), ни одна из них не включила профилактику ВИЧ/СПИД и ИППП в пятерку личных приоритетов. Только единичные РКС обращаются в кожно- венерологический диспансер в случае возникновения признаков ИППП, что объясняется ими неприемлемостью условий предоставления медицинского сервиса. С целью терапии ИППП ими используется теневой сектор, самолечение, в ряде случаев РКС не лечатся в о в с е .

Наряду с женским, в стране существует и мужской коммерческий секс. Численность мужчин, предлагающих сексуальные услуги как женщинам, так и мужчинам, в Алматы в 1999 г. составляла около 100 человек. Мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, в целом являются одной из групп населения с рискованным поведением(12). Опрос 100 MSM, проведенный в городе Алматы, показал, что 35% из них употребляет наркотики или другие психоактивные средства. У 52% опрошенных были симптомы ИППП, либо указания на заболевания сифилисом, гонореей или урогенитальным хламидиозом в течение последних 12 месяцев. При этом 20 опрошенных в течение последних 6 месяцев сменили 10 и более партнеров, а 47% в этот же период времени имели двух половых партнеров и более. Не используют презервативы при проникающем сексе с непостоянными партнерами или используют их не всегда 70% опрошенных младше 21 года и 53% опрошенных старше 21 года. Условия государственного медицинского сервиса при ИППП, однако, не приемлемы для большинства опрошенных. По указанной причине они прибегают к услугам теневого сектора или к самолечению, что снижает вероятность санации излечимых ИППП и увеличивает риск заражения ВИЧ. Уровень знаний о путях профилактики сексуальной трансмиссии ВИЧ у MSM ограничен. Только 70% опрошенных связывало профилактику с использованием презерватива.

Особой группой населения, примыкающей по степени риска поведения к ПИН и РКС, являются лица, находящиеся в местах лишения свободы. Опросы, проведенные среди анонимных посетителей пунктов доверия для ПИН в городах Алматы и Шымкенте, свидетельствуют, что наркозависимые люди составляют до 30% лиц, находящихся в пенитенциарных учреждениях, где, несмотря на принимаемые меры, наркотики остаются доступными. При этом инъекционный инструментарий фактически не стерилизуется и используется до тех пор, пока он не придет в полную

негодность. Результаты эпидемиологического надзора, проведенного в 2001 г. в пенитенциарных учреждениях Карагандинской области в рамках проекта Каз 99/002 показали 42-процентную превалентность антител к вирусу гепатита С среди осужденных (обследовано 400 человек, шаговая выборка).

Согласно данным тех же опросов более половины лиц, лишенных свободы, вступает в однополые сексуальные отношения и при этом не использует презервативы. Опасное половое поведение иллюстрирует высокая распространенность ИППП среди населения пенитенциарных учреждений. Например, в результате обследования одного из учреждений уголовно-исполнительной системы Алматинской области, проведенного Научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом (1998 г.), которое охватило 200 человек, сифилис был выявлен в 10% случаев.

Между тем, численность людей, живущих с ВИЧ, в пенитенциарных учреждениях на конец 2000 г. составляла 300 человек или 38 на 10000 лиц, лишенных свободы, что в 5 раз выше их оценочной пропорции в общей популяции. Согласно принятым процедурам, лица, лишенные свободы, подвергаются обязательному тестированию на антитела к ВИЧ, и ВИЧ-позитивные люди изолируются. Однако ввиду большой длительности периода между заражением ВИЧ и появлением антител к вирусу указанный фильтр будет функционировать все менее надежно. Число ложно отрицательных результатов тестирования резко возрастет.

Социологические исследования, проведенные в рамках проекта Каз 99/002 в трех исправительных учреждениях Карагандинской области, свидетельствуют о низком уровне знаний вопросов профилактики ВИЧ/СПИДа среди осужденных. Доля лиц, давших правильные ответы на комплекс вопросов о путях передачи ВИЧ, правилах стерилизации инструментария и пользования презервативами составила 4% (опрошено 1 2 0 ч е л о в е к) .

3.1.5 Молодежь и передача ВИЧ

Не подлежит сомнению, что ряды ПИН, как и РКС, пополняют представители молодежи. Общая численность людей в возрасте от 15 до 23 лет в Республике Казахстан составляет 2,9 миллиона человек или около 20% населения страны. Естественно, что именно в молодом возрасте в связи с процессами созревания происходит формирование мировоззрения, межличностных отношений и сексуальности. В этой связи важным индикатором является подготовленность молодежи к контакту с новыми для нее социальными явлениями, с которыми

ассоциировано распространение ВИЧ/СПИДа.

По данным опроса подростков - учащихся школ города Алматы, проведенного Научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом в 1997 г., к 15 годам 13% из 400 респондентов имели опыт сексуальных контактов, 4% уже пробовали наркотики, а 23% употребляли алкоголь, 9% сексуально активных подростков сообщили об уже перенесенных ИППП. Распространенность зарегистрированных случаев инъекционной наркомании у подростков в 2000 г. составила 107 на 100000 населения с ростом в 1,3 раза по сравнению с 1997 годом. У одного из каждых 1800 подростков в 2000 г. был впервые выявлен сифилис.(13) Несмотря на то, что в динамике с 1997 г. регистрирующаяся заболеваемость сифилисом подростков в Республике Казахстан неуклонно понижалась, природа этого феномена в равной мере может зависеть от уменьшения обращаемости. Данные вышеупомянутого опроса свидетельствуют, что в 1997 г. условия предоставления медицинской помощи при ИППП кожно-венерологическими диспансерами были неприемлемы для 64% опрошенных лиц.

Употребление наркотиков, по мнению респондентов, принявших участие в социологических исследованиях, стало составной частью молодежной субкультуры. По данным отчетов о ситуации с употреблением наркотиков в 5 регионах Казахстана личный опыт использования наркотиков имеет около трети студентов вузов.

Согласно данным отчета по демографии и надзору за здоровьем в Казахстане(14) 16,9% мужчин и 33% женщин 15-19 лет, не знают как предотвратить ВИЧ-инфекцию (всего опрошено 226 мужчин и 791 женщина). 27,4% опрошенных мужчин и 65% опрошенных женщин не используют презервативы во время полового акта с непостоянным партнером.

3.1.6 Обобщение

Таким образом, наиболее значимыми путями передачи ВИЧ в Казахстане в настоящее время являются инъекционный и половой. Определяющий путь распространения инфекции на сегодня - инъекционный, при введении наркотиков. Значимость этого пути передачи в экспансии ВИЧ в 5,5 раз выше, чем всех других установленных путей передачи ВИЧ вместе взятых. Вторым по значимости в распространении ВИЧ является половой путь передачи. Группа населения, практикующая потребление инъекционных наркотиков, которая насчитывает до 250000 человек, вводит их небезопасно с точки зрения передачи ВИЧ и имеет недостаточные

представления о путях предотвращения заражения, что не позволяет сделать ее представителям осознанный поведенческий выбор. Кроме того, ПИН практикуют опасное половое поведение и не обнаруживают адекватных знаний, которые бы позволили им вести себя более безопасно.

Группа населения, для которой характерны частые случайные сексуальные связи с большим числом партнеров, - работники коммерческого секса - также практикует опасные с точки зрения заражения ВИЧ формы поведения - половые контакты без использования презерватива и необращение за лечением ИППП, повышающих шанс заражения и передачи ВИЧ. Уровень осведомленности этой группы населения о профилактике ВИЧ-инфекции неудовлетворителен. Вследствие одновременной принадлежности ряда РКС к группе ПИН, многочисленности контингента - около 20000 человек, только промышляющих на улице, и высокого спроса на секс-услуги можно с уверенностью прогнозировать повышение значимости группы в передаче ВИЧ в ближайшем будущем.

Молодежь образует группу населения, из состава которой пополняются две предыдущие группы. Анализ ситуации показывает, что сегодня среди подростков и молодежи недостаточна мотивированность для отказа от употребления инъекционных наркотиков и опасного секса. Это еще более повышает потенциал распространения ВИЧ.

3.2 Обзор ответных мероприятий на эпидемию ВИЧ/СПИДа

В Республике Казахстан действует ряд законодательных и нормативных актов, определяющих направления борьбы со СПИДом. Среди этих актов Закон Z946000_ "О профилактике заболевания СПИД", принятый в 1994 г., и ряд специальных постановлений Правительства. Вопросы борьбы с ВИЧ/СПИДом отражены в Законе Z970111_ "Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан", U984153_ Государственной программе "Здоровье народа", утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 16.11.1998 г. N 4153, Указе Президента Республики Казахстан U000395_ "О Государственной Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2000-2001 годы" от 16.05.2000 г. N 395. В стране в рамках отрасли здравоохранения создана инфраструктура специализированных государственных учреждений особого типа - центров по профилактике и борьбе со СПИДом. Эти центры взаимодействуют и координируют свою деятельность с наркологической, венерологической службами, службами охраны здоровья матери и

ребенка, переливания крови, формирования здорового образа жизни и др.

3.2.1 Практики, принятые в здравоохранении в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа

Исходя из данных ситуационного анализа, основной детерминантой распространения ВИЧ в Казахстане является опасное поведение людей, принадлежащих к определенным сообществам, значимость которых в передаче ВИЧ убывает в ряду: ПИН>>РКС>молодежь. Логическим ответом на распространение ВИЧ-инфекции должны быть мероприятия, направленные на ослабление воздействия этой детерминанты. Однако профилактические мероприятия среди уязвимых групп населения проводились в ограниченных масштабах с охватом менее 1% представителей э т и х с о о б щ е с т в .

3.2.1.1 Анализ эффективности традиционных ответных мероприятий для предотвращения передачи ВИЧ

Тактика профилактики ВИЧ-инфекции, использовавшаяся до сих пор, существенно не отличалась от традиционно принятой тактики в отношении других инфекционных заболеваний. Она заключалась в попытке выявить как можно больше людей, живущих с ВИЧ, проследить эпидемиологическую цепочку, установить их контакты и прекратить передачу инфекции путем вмешательства в эпидемиологический процесс. При этом не принимается во внимание международный опыт эффективной профилактики ВИЧ/СПИДа путем содействия более безопасному поведению уязвимых групп населения. С момента получения информации о своей ВИЧ-позитивности человек может быть привлечен к уголовной ответственности за действия, которые могли бы повлечь за собой заражение других людей. В пенитенциарных учреждениях люди с ВИЧ строго сегрегируются от других лиц, л и ш е н н ы х с в о б о д ы .

Таким образом, ВИЧ-позитивность налагает на человека дополнительное бремя ответственности. А потому люди не мотивированы получать информацию о своем

ВИЧ-статусе. Доля людей, добровольно обратившихся с целью анонимного обследования на ВИЧ в 2000 г., составила только 1,5% от общего числа обращений при уровне выявляемости ВИЧ в 0,08% случаев таких обращений. Это примерно в 60 раз реже выявляемости ВИЧ в сообществе ПИН.

Выявление ВИЧ-инфицированных в Казахстане строится в основном не на анонимном, а на обязательном и принудительном тестировании. В случае отказа от таких практик число выявляемых ВИЧ-инфицированных людей было бы почти на два порядка ниже. Интересы службы профилактики и борьбы со СПИДом требуют общественного осознания масштаба распространения инфекции. Между тем, проблема доступа в уязвимые группы населения, прежде всего в группы ПИН, в стране не разрешается. В то время как нет никаких доказательств эффективности установления контроля над личным поведением людей, живущих с ВИЧ, с целью предотвращения передачи инфекции, практика принудительного тестирования, будучи ограничительной по своей природе, побуждает ПИН к еще большей изоляции. В результате ПИН, будучи крайне недостаточно осведомленными о способах предотвращения передачи ВИЧ (см. раздел 3.1), не получают профилактических программ и не могут сознательно избирать выгодные для них модели поведения.

С точки зрения теории эпидемиологического надзора принятая практика тестирования на ВИЧ к тому же чревата большими погрешностями в оценке и мониторинге, обусловленными несистематическими сдвигами в обследуемой группе по выбору и по участию. Эта система оборачивается непродуктивными затратами, поглощающими ресурсы службы профилактики и борьбы со СПИДом, которые могли бы быть направлены на профилактические программы.

3.2.1.2 Реализация подходов, направленных на снижение риска поведения ПИН

С 1997 г. в стране при поддержке Объединенной Программы ООН/СПИД и других агентств ООН, а также Фонда Сороса реализуются подходы, направленные на содействие более безопасному поведению ПИН, обеспечению их информацией, обучением менее опасной жизни, консультированием, программами обмена шприцев и игл, презервативами, дезинфицирующими средствами, лечением ИППП. Опыт экспериментального внедрения данного проекта в городе Темиртау показал шестикратное уменьшение доли ВИЧ-носителей среди ПИН, впервые поставленных на учет наркологическим диспансером, и полуторакратное уменьшение доли

ВИЧ-носителей среди групп, обследованных по предписанию СНЭК в 1999 г., по сравнению с 1998 г.(15) Данные дозорного эпидемиологического надзора, проведенного в 2000 г., показали, что среди людей, употребляющих инъекционные наркотики в течение 3 лет и являющихся клиентами пунктов доверия в течение года и более, уровень инфицированности ВИЧ ниже, чем среди людей, также употребляющих наркотики в течение 3 лет, но ставших клиентами этих пунктов 3 месяца назад и менее. В то время как в целом по Казахстану за первые 5 месяцев 2001 г. по сравнению с аналогичным периодом 2000 г. моментная распространенность ВИЧ-инфекции увеличилась в 5 раз, в городе Темиртау она уменьшилась в 1,5 раза. Следует признать, что степень систематического охвата ПИН профилактическими программами остается низкой и не превышает 5% их оценочной численности.

Несмотря на эффективность приведенного опыта, до сих пор не разработаны механизмы его репликации в общенациональном масштабе. Как показывает практика проектов, поддерживаемых донорами в городах Алматы и Шымкенте, их реализация может обеспечиваться путем мобилизации внутренних ресурсов организаций здравоохранения по обеспечению открываемых пунктов доверия помещениями и кадрами, что не требует дополнительных финансовых затрат.

Вопреки тому, что, только десятая часть ПИН выражает готовность отказаться от введения наркотиков в случае предоставления приемлемой медицинской реабилитации, при невысокой ее прогнозируемой результативности, не разрешен вопрос о применении заместительной терапии наркомании. Стратегия замены инъекционного введения наркотиков, опасного с точки зрения заражения ВИЧ, на пероральное введение наркотика, несмотря на позитивный международный опыт и рекомендации Всемирной организации здравоохранения, не апробируется.

3.2.1.3 Мероприятия по снижению уровня контагиозности людей, живущих с ВИЧ

ВИЧ-инфицированные люди, как правило, не обеспечиваются за счет государственного бюджета противовирусной терапией. Не полностью охватываются профилактикой передачи ВИЧ от матери плоду живущие с ВИЧ беременные женщины. Таким образом, вирусная нагрузка у известных ВИЧ-инфицированных граждан сохраняется на высоком уровне, что обуславливает их высокую контагиозность.

Для людей, живущих с ВИЧ, существуют программы психологической поддержки, они приглашаются к участию в программах бесплатного обеспечения презервативами,

обмена шприцев и игл. Однако уровень мотивации ВИЧ-инфицированных участвовать в таких программах остается низким. Например, в 2000 г. в городе Темиртау, где на момент проведения дозорного эпидемиологического надзора среди клиентов пунктов доверия проживало около 450 ВИЧ-инфицированных ПИН, остатки крови в 420 собранных в течение трех дней шприцах были ВИЧ-положительны только в 109 случаях. Это означает, что не более 20% наркозависимых с ВИЧ систематически охватывалось профилактическими программами.

Люди, живущие с ВИЧ, стигматизированы. На уровне обыденного сознания они сегрегируются и дискриминируются, в том числе представители групп рискованного поведения другими представителями тех же групп, к которым принадлежат они сами. Закон не защищает людей, живущих с ВИЧ, от мер обязательного контроля, которые не применяются в отношении остального населения (в частности, медицинского контроля). Действующее уголовное законодательство имеет специальные статьи, предусматривающие преследование лиц, знающих о своей зараженности и при этом заражающих или ставящих в опасность заражения других людей. Все это благоприятствует замкнутости людей, живущих с ВИЧ и фактически образует барьеры между ними и остальным населением.

3.2.1.4 Мероприятия по профилактике и контролю ИППП

В ответ на охватившую страну эпидемию ИППП Правительством Казахстана в 1999 г. принята и реализована двухгодичная программа борьбы с этими инфекциями. В качестве одного из элементов практических действий взят на вооружение синдромный подход к ведению ИППП, который поддерживается Всемирной организацией здравоохранения. Принятие синдромного подхода явилось вкладом в реформу здравоохранения. Однако широкое внедрение синдромного подхода, который бы гарантировал предоставление эффективного, доступного лечения, назначаемогося в день явки больного, на анонимной основе, в амбулаторных условиях, что, согласно ситуационному анализу, удовлетворило бы запросы представителей групп рискованного поведения, не осуществлено.

Применение синдромного подхода предполагает возможность децентрализации медицинской помощи при ИППП, отказ от помещения больных ИППП в стационары, от принуждения их сообщать о контактах под страхом наказания, что подрывает основы существования кожно-венерологических диспансеров в их нынешнем виде. Существующая система финансирования кожно-венерологических организаций

основана не на стимулировании обеспечения излечения максимального числа больных ИППП с помощью наиболее экономичных технологий, а на дифференцированной оплате пребывания пациентов на стационарном и амбулаторном лечении в пользу стационарного, независимо от его обоснованности. По этой причине экономические интересы кожно-венерологических диспансеров требуют реализации дорогостоящих протоколов лечения, что противоречит потребностям представителей уязвимых групп. В 1999 г. в Казахстане более 19000 больных ранним сифилисом были госпитализированы(16), проведя в стационаре свыше 400000 койко-дней, что оборачивалось многомиллионными непродуктивными затратами. Согласно международным протоколам терапии раннего сифилиса, все эти больные нуждались в единственной инъекции бензатинпенициллина G, которая осуществляется в амбулаторных условиях.

Централизация лечения ИППП обеспечивает выгодное монопольное положение кожно-венерологических диспансеров на рынке медицинских услуг. По этой причине синдромный подход признается ими правомерным для реализации только там, где кожно-венерологических диспансеров (отделений, кабинетов) не существует, то есть в сельской местности. Но данный компромисс с точки зрения профилактики ВИЧ явно недостаточен, поскольку подавляющее большинство представителей уязвимых групп проживает в городах.

Обеспечение лечения пациентов на приемлемых для них условиях (в частности, на анонимной основе) обуславливается формальной, а нередко и неформальной дополнительной оплатой врачу. Последняя практика является составной частью теневого рынка медицинских услуг. Однако получение платной медицинской помощи при ИППП недоступно для большинства представителей групп рискованного поведения, имеющих, как показывает ситуационный анализ, низкие доходы.

Неприемлемость условий оказания медицинской помощи в кожно-венерологическом диспансере обуславливает низкую обращаемость населения. Так, в 1999 г. доля людей, самостоятельно обратившихся в эти медицинские организации по поводу сифилиса, составляла в целом по стране менее 30%.

В 2000 г. Министерством здравоохранения Республики Казахстан совместно с ВОЗ, Объединенной Программой ООН СПИД, ЮСАИД и Гейдельбергским университетом (Германия) в экспериментальном порядке внедрялась интеграция профилактики и лечения ИППП в практику семейной медицины. В результате обращаемость населения за медицинскими услугами в связи с ИППП существенно возросла, причем 2/3 из самостоятельно обращавшихся пациентов с сифилисом и гонореей предпочли семейную врачебную амбулаторию кожно-венерологическому диспансеру(17).

В Казахстане имеется ограниченный опыт работы дружественных клиник для представителей групп населения с рискованным поведением на базе Научно-исследовательского кожно-венерологического института в городе Алматы и

кожно-венерологического диспансера в городе Шымкенте. Открытие указанных клиник обеспечило обращаемость в них РКС, МСМ и других групп населения, которые в иных условиях отказывались от получения медицинской помощи. Однако существование этих клиник во многом основано на поддержке донорских организаций. Механизмы государственного финансирования оказания медицинской помощи при ИППП представителям групп рискованного поведения на приемлемых для них условиях не разработаны.

3.2.2 Ответ сектора образования

С целью просвещения молодежи по вопросам ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан предложен ряд программ обучения школьников, Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни в сотрудничестве с сектором образования разработаны учебные пособия. Методические материалы предложены и другими центрами сектора здравоохранения, а также неправительственной организацией "Медико-педагогическая ассоциация". Издан ряд пособий соответствующего профиля на местном уровне. В 1997-1998 гг. за счет средств Фонда Сороса осуществлена соответствующая подготовка учителей школ. При активном участии Национального центра проблем формирования здорового образа жизни в планы средних учебных заведений страны включен предмет валеология, составной частью которого являются вопросы безопасного поведения.

Тем не менее, обучение этой дисциплине осуществляется на факультативной основе. Не разработаны и не протестированы учебники для школьников с учетом их возрастной дифференциации. Реальное внедрение вопросов профилактики ВИЧ/СПИДа осуществлено только в отдельных регионах страны (например, в городе Темиртау, где, как указывалось выше, эпидемическая обстановка характеризуется наибольшей напряженностью).

Среди педагогов и родителей до сих пор имеется достаточно много противников практик предоставления образовательных программ школьникам, что не согласуется со сформированной субкультурой потребления инъекционных наркотиков и достаточно широкой распространенностью ИППП среди подростков и молодежи.

3.2.3 Политика в области снабжения презервативами

Обеспечение населения презервативами официально признается важнейшим средством противостояния распространению ВИЧ-инфекции. По существующим правилам презервативы, реализуемые на территории Казахстана, должны иметь гигиенический сертификат, который выдается уполномоченным органом.

На практике, однако, государственные мероприятия в области снабжения презервативами ограничены, и этот вопрос оставлен сугубо на усмотрение частнопредпринимательских структур, в том числе и отсутствие женских презервативов на рынке, которое не дает возможности женщинам, включая РКС, лично принимать решения о более безопасном поведении.

Политики дотации приобретения презервативов, равно как и государственных закупок их крупными партиями с получением скидок и последующим покрытием расходов не проводится. Качественные презервативы недоступны по стоимости для большей части населения, в том числе для представителей групп рискованного поведения. Фактическая стоимость одного качественного презерватива западного производства превышает среднюю стоимость половины ежедневной потребительской корзины (113 тенге), ниже которой, как указывалось, находятся доходы трети населения.

На рынке Казахстана доступны и дешевые презервативы, поступающие из Китая и Индии. Однако они не обязательно сертифицируются. Реального барьера поступлению множества несертифицированных презервативов неизвестного происхождения и низкого качества не создано. Пропаганда презервативов осуществляется в ограниченных масштабах, в основном службами ИППП, ВИЧ/СПИДа, репродуктивного здоровья и планирования семьи. Однако эта пропаганда встречает сопротивление даже в рамках сектора здравоохранения.

3.2.4 Ответ гражданского общества

В последние годы в Республике Казахстан зарегистрирован ряд неправительственных организаций, ставящих своими уставными задачами противостояние эпидемии ВИЧ/СПИДа. Эти организации, однако, нестабильны, и их

потенциал противодействовать эпидемии нуждается в улучшении. Ряд неправительственных организаций, таких как "Надежная опора" и "Сеним" в городе Шымкенте, "Альтернатива" в городе Алматы, "Жемчужина" в городе Караганде, "Матери против наркотиков" в городе Темиртау работают непосредственно среди групп населения с рискованным поведением (ПИН, РКС, МСМ). В городе Темиртау функционирует неправительственная организация "Шапагат", защищающая интересы людей, живущих с ВИЧ. Хотя в последние годы дан старт диалогу местных властей и неправительственных организаций, этот диалог поддерживается в ограниченных масштабах.

Средства массовой информации периодически освещают вопросы ВИЧ/СПИДа. Однако уровень освещения этих вопросов нуждается в существенном повышении. Некоторые массовые издания стоят на позициях отрицания ВИЧ-инфекции. В 2000 г. имели место перепечатки безответственных деклараций о том, что проблемы ВИЧ/СПИДа якобы вообще не существует. Другие средства массовой информации не проверяли эти сообщения.

3.2.5 Мультисекторальные вмешательства при работе с группами рискованного поведения

В связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа с помощью международных организаций в ограниченных масштабах предпринимается внедрение нетрадиционных для страны подходов по профилактике ВИЧ/СПИДа, направленных на обеспечение более безопасного поведения ПИН, РКС, МСМ, лиц, находящихся в местах лишения свободы. В настоящее время проекты среди ПИН работают в 15 городах Казахстана, среди РКС - в 7 городах, среди МСМ - в 2 городах, среди осужденных - в учреждениях пенитенциарной системы одной области. Соответствующие интервенции имеют очень ограниченный характер и в общей сложности охватывают менее 1% оцениваемой общей численности указанных групп населения в Казахстане. Вмешательства осуществляются в основном силами секторов общего и ведомственного здравоохранения, в меньшей степени - внутренних дел и неправительственных организаций, а также частного сектора.

3.2.6 Изменение политики правоотношений

В последние годы в стране наметился отказ от репрессивных практик в отношении групп населения с рискованным поведением, что находит отражение в изменении законодательства. В новом Уголовном кодексе Республики Казахстан, введенном в действие в 1996 г., отсутствуют статьи, предусматривающие наказание за добровольные сексуальные отношения между мужчинами.

Коммерческий секс **К010155**_ Кодексом об административных правонарушениях, введенным в действие в 2001 г., перестал рассматриваться в качестве наказуемого деяния. Однако работники коммерческого секса не признаются в качестве социальной единицы, а законодательство преследует организованный коммерческий секс. Основаниями для задержания РКС полицией могут являться проживание без прописки или регистрации, отсутствие документов, предположения зараженности ИППП и эти основания достаточно часто применяются практически. Одной из мер принудительного характера в отношении РКС является обследование на ВИЧ и ИППП, а также принудительное лечение ИППП при их выявлении.

Потребление наркотиков по закону не преследуется. Тем не менее, предусмотрено уголовное наказание за незаконное приобретение и хранение наркотиков в больших количествах. При этом на законном основании наркозависимый человек наркотики приобрести не может. А крупным считается количество, которое наркопотребитель может использовать даже в виде однократной дозы. Практика ареста, задержания, производства личного досмотра ПИН без веских на то оснований со стороны силовых структур является традиционной. ПИН могут быть подвергнуты мерам принудительного характера, в частности принудительному лечению, принудительному обследованию на ВИЧ и ИППП.

Существующие правоотношения, таким образом, все еще не способствуют проведению профилактики ВИЧ/СПИДа среди групп населения с девиантным поведением и побуждают представителей групп рискованного поведения к отказу от контактов с государственными структурами.

3.2.7 Ответ производственного сектора

До сих пор эпидемия ВИЧ/СПИДа не вызывала беспокойства производственного сектора. Поддержка вмешательств по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения и среди собственных работников металлургическим комбинатом "Испат-Кармет" в городе Темиртау является скорее исключением из общего правила. Собственники предприятий, на которых работает молодежь, не участвуют в финансировании издания информационных материалов, превентивных обучающих программ, обеспечения своих работников презервативами.

3.2.8 Обобщение

Ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в настоящее время неадекватен разрешению задачи сдерживания распространения инфекции. Основные ресурсы до сих пор направлялись на выявление людей, живущих с ВИЧ, а не на превентивные мероприятия.

При этом принудительное тестирование на ВИЧ и фактическое ограничение прав ВИЧ-позитивных индивидуумов, мотивирует людей не знать о своем ВИЧ-статусе, а, напротив, уклоняться от получения сведений, которые бы налагали на них дополнительное бремя ответственности перед законом. В случае ВИЧ-позитивности такие люди могут непредумышленно заражать других людей.

Работа службы профилактики и борьбы со СПИДом в целевых группах все еще не обеспечила существенного изменения поведения их представителей на более безопасное. Политика наркологической и кожно-венерологической служб в недостаточной мере подчинена проблемам профилактики распространения ВИЧ. Участие сектора образования в формировании здорового образа жизни в аспекте предотвращения передачи ВИЧ среди молодежи остается ограниченным. В основу превентивных вмешательств кладутся доктрины полного отказа от форм поведения, признающихся противоречащими общественной морали, будь то требования полного отказа от употребления наркотиков или от полигамных сексуальных отношений. Такие доктрины не учитывают эпидемической обстановки, характеризующейся концентрацией ВИЧ в уязвимых группах населения, для которых предлагаемые меры неприемлемы. Они отвращают представителей целевых групп от охвата превентивными программами, чем косвенно способствуют дальнейшему распространению ВИЧ. Стратегии снижения вреда реализуются в крайне ограниченных масштабах, способных оказать лишь минимальное влияние на экспансию ВИЧ.

Несмотря на общую либерализацию законодательства в отношении групп

населения рискованного поведения, принятая практика в лучшем случае ориентирована на более терпимое к ним отношение, но не на меры по охране их прав. Существующие правоотношения в целом продолжают побуждать представителей групп населения с рискованным поведением к закрытости от государственных структур.

Ограничительные практики, основанные на действующих законодательных и нормативных актах, повышают уязвимость групп населения рискованного поведения в отношении заражения ВИЧ. Они ограничивают доступ к образовательным программам, информации, консультированию, которые имеют целью побудить представителей уязвимых групп вести более безопасный образ жизни. Репрессивное отношение к больным ИППП, недостаточный уровень конфиденциальности медицинских услуг; требования предъявлять документы, удостоверяющие личность, давать информацию о партнерах под угрозой привлечения к ответственности; принудительная госпитализация; недоброжелательное отношение персонала; психологическая неготовность посещать специализированные учреждения из-за боязни встретить знакомых; высокая плата за медицинские услуги и лекарства поддерживают низкую обращаемость и высокий уровень распространенности заболеваний, повышающих биологическую восприимчивость к ВИЧ/СПИДу.

Эффективному ответу на эпидемию ВИЧ/СПИДа препятствуют слабость координации разных общественных служб и недостаток ресурсов, которые должным образом не мобилизованы. Проблема ВИЧ/СПИДа продолжает рассматриваться как проблема здравоохранения, хотя противостояние ВИЧ/СПИДу в настоящее время строится на изменении поведения людей, в чем возможности медицинской службы к р а й н е о г р а н и ч е н ы .

4. Цели и задачи реализации программы

Программа направлена на создание действенной системы профилактики ВИЧ/СПИДа в стране. Как показал анализ, добиться стабилизации распространенности ВИЧ в стране можно, поставив (в порядке убывания приоритетности) следующие д о с т и ж и м ы е ц е л и :

Цель 1. Стабилизировать распространенность ВИЧ на концентрированной стадии, не допустив ее перехода в генерализованную стадию: к концу 2005 г. распространенность ВИЧ среди ПИН в целом по стране не должна превышать 5%; при этом доля лиц, заразившихся ВИЧ половым путем, в структуре путей инфицирования н е д о л ж н а п р е в ы ш а т ь 2 0 % .

Задачи, подлежащие разрешению:

увеличить долю ПИН, постоянно вовлеченных в профилактические программы, до 50% их оцениваемого количества;

увеличить долю РКС, постоянно вовлеченных в профилактические программы, до 50% их оцениваемого количества;

увеличить обращаемость представителей групп, в которых концентрируется эпидемия (ПИН и РКС обоего пола), за консультированием и тестированием на добровольной анонимной основе до 50% их оцениваемой численности;

создать поддерживающую общественную среду для реализации профилактических программ для уязвимых групп населения;

ограничить доступ представителей сообществ рискованного поведения к донорству к р о в и и т к а н е й .

Цель 2. Уменьшить пополнение уязвимых в отношении инфицирования ВИЧ групп населения ПИН и РКС новыми людьми из среды молодежи, снизить риск полового поведения молодежи.

Задачи, подлежащие разрешению:

повсеместно в организованных коллективах осуществлять образовательные программы, разъясняя вред употребления наркотиков и опасность полигамных отношений, а также меры защиты от заражения ВИЧ;

разработать и осуществить молодежную политику, направленную на популяризацию безопасного секса и жизни без наркотиков.

Цель 3. Обеспечить не менее 80% людей, живущих с ВИЧ, медицинскими и социальными программами, снижающими уровень их потенциальной контагиозности.

Задачи, подлежащие разрешению:

обеспечивать информацией, психологической поддержкой, презервативами, программами планирования семьи людей с ВИЧ;

включить в деятельность центров по профилактике и борьбе со СПИДом в качестве одного из основных направлений разрешение вопросов социальной адаптации людей, живущих с ВИЧ, и разработку мероприятий по снижению тяжести последствий ВИЧ/С П И Д а ;

обеспечить снижение вирусной нагрузки путем предоставления людям, живущим с ВИЧ, противовирусного лечения.

Разрешение вышеуказанных задач должно проходить в рамках стратегических направлений, определенных Концепцией государственной политики по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

5. Основные направления и механизм реализации Программы

5.1 Совершенствование законодательной базы по правоотношениям, связанным с проблемой ВИЧ/СПИДа, и правоприменительной практики, защита конституционно гарантированных прав и свобод лиц с рискованным поведением и ВИЧ-инфицированных

Одной из главных задач при осуществлении политики противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа является обеспечение конституционных прав и свобод лиц с девиантными формами поведения ПИН, РКС, МСМ и др., а также людей с ВИЧ/СПИДом с целью достижения их большей открытости для профилактических программ. Законодательная база и правоприменительная практика не должны противоречить возможности эффективного содействия представителям групп высокого риска изменить свое поведение на более безопасное, то есть не должны мотивировать их закрытости от государственных и общественных структур. Следствием инициирования осознанного выбора более безопасного поведения представителями групп поведения высокого риска будет снижение ВИЧ-инфицирования в их среде, а значит, уменьшение возможности передачи ВИЧ от этих групп остальной части населения.

Должны быть обеспечены условия для оказания поддержки в социальной адаптации ВИЧ-инфицированным и лицам рискованного поведения, оказания им необходимой помощи со стороны государства и общества. Необходима выработка правовых мер, обеспечивающих толерантные взаимоотношения между государственными структурами и лицами с рискованным поведением, усиление ответственности медицинских и социальных работников за разглашение сведений о ВИЧ-инфицированных.

Приоритетными мероприятиями правового и правоохранительного секторов должны быть следующие:

пересмотр нормативных актов, определяющих количества хранящихся наркотиков как небольшие, крупные и особо крупные, принимая во внимание реальные однократные дозировки на предмет наступления ответственности; деятельность полиции в отношении групп поведения высокого риска акцентировать

на защите их законных прав, а не только на ограничительных практиках; обеспечение программами профилактики ВИЧ/СПИДа лиц, находящихся в местах лишения свободы, с учетом потенциальных рисков их поведения; анализ эффективности государственных актов, сегрегирующих людей, живущих с ВИЧ, от других людей, в том числе в местах лишения свободы.

5.2 Формирование отношений понимания и поддержки между государственными структурами, гражданским обществом и группами населения рискованного поведения

На стадии эпидемии ВИЧ/СПИД, переживаемой в настоящий момент Казахстаном, рост ВИЧ-инфекции определяется в основном лицами, применяющими инъекционные наркотики и ведущими беспорядочный образ половой жизни. Все большее распространение получает занятие секс-бизнесом лиц, внутривенно применяющих наркотики. Между тем, лица с вышеуказанными девиантными формами поведения подвергаются социальному ostracism и стигматизации, что побуждает их к закрытости от государственных и общественных структур. В результате представители приоритетных групп населения не получают образовательных и информационных программ, остаются в неведении о ВИЧ/СПИДе и путях его профилактики и не могут сделать осознанного поведенческого выбора.

Неотложной мерой является установление контактов с сообществами рискованного поведения, повышение их осведомленности по вопросам ВИЧ/СПИДа и стимулирование выбора менее опасного поведения.

Органам государственного управления на местах необходимо:

усилить государственную поддержку и стимулирование конструктивных инициатив представителей приоритетных групп по снижению риска поведения, формированию толерантной среды вокруг ВИЧ-инфицированных, сотрудничеству государственных органов с объединениями представителей приоритетных групп, направленное на ликвидацию их фактической дискриминации и оказание помощи в социальной адаптации с привлечением общественных объединений и международных организаций;

в целях приближения структур, призванных непосредственно общаться с лицами рискованного поведения, к соответствующим группам населения развивать систему пунктов доверия с функциями оказания психосоциальной поддержки, обмена шприцев, снабжения защитными средствами и необходимой информацией;

открыть пункты доверия для ПИН во всех государственных лечебно-профилактических организациях за счет использования имеющихся производственных площадей и персонала, а также вне лечебно-профилактических организаций ;

включить полевую работу с ПИН в качестве приоритета деятельности местных социальных служб, а также служб профилактики и борьбы со СПИДом и наркологии, укрепить существующие подразделения, занимающиеся данным видом деятельности за счет внутреннего перераспределения трудовых ресурсов;

мобилизовать общественность на обеспечение поддержки профилактических программ для групп населения с рискованным поведением, оказывать поддержку неправительственным организациям в их деятельности, направленной на привлечение ПИН и РКС к профилактическим программам;

постоянно сотрудничать с неправительственными организациями, международными организациями, работающими в области профилактики ВИЧ/СПИДа у ПИН, РКС, других уязвимых групп населения, и местными властями, а также медицинскими службами ;

поддерживать контакты с людьми, живущими с ВИЧ; привлекать их к работе по профилактике ВИЧ - инфекции ;

проводить публичные акции, в том числе благотворительные, в пользу ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом;

в приоритетном порядке содействовать трудоустройству и бытовому обустройству ВИЧ-инфицированных, предоставлению микрокредитов их семьям для начала собственного дела ;

обратить особое внимание на формирование "групп-проводников" из числа ВИЧ-инфицированных лиц, являющихся одновременно РКС, РКС, использующих наркотики, их клиентов, практикующих незащищенный секс, иных лиц с поведением повышенного риска; содействовать изменению поведения за счет предоставления профилактических программ .

5.3 Претворение в жизнь образовательных программ и создание информационной среды, способствующей правильному восприятию проблемы ВИЧ/СПИДа, адекватному пониманию опасности ведения рискованного образа жизни

На сегодня основным средством борьбы с ВИЧ является воздействие на поведение населения, приводящее к заражению ВИЧ (применение загрязненного ВИЧ инъекционного инструментария и растворов, незащищенный секс). Информационно-образовательная деятельность должна приводить к формированию у населения стереотипов поведения, препятствующих заражению ВИЧ. Для ее реализации образовательному, информационному и молодежному секторам **н е о б х о д и м о :**

внедрить в обязательные планы обучения общеобразовательных школ, начальных, средних и высших профессиональных учебных заведений, а также личного состава Вооруженных Сил Республики Казахстан и МВД вопросы по профилактике употребления наркотиков, ВИЧ/СПИДа и ИППП;

развивать внешкольное обучение вопросам безопасной жизни в аспекте профилактики ВИЧ/СПИДа (в частности, в секциях при домах школьников, клубах, **д о м а х м о л о д е ж и**) ;

обеспечить выполнение в полном объеме образовательных программ профилактики ВИЧ с глубокой проработкой предусмотренной в них тематики. Результаты обучения оценивать только по показателям фактического уровня знаний, намерений и изменения **п о в е д е н и я** ;

улучшить качество доставки информации путем внедрения прогрессивных форм работы (театрализованные представления, ролевые игры, интерактивные методы обучения по принципу "равный - равному" и др.);

обеспечить разработку и издание информационных материалов, предназначенных для массового читателя на казахском, русском языках и других языках народа Казахстана, так, чтобы соответствующая информация стала доступна для всех жителей **с т р а н ы** ;

обеспечивать пропаганду презервативов в молодежной среде, повысить доступность презервативов для молодежи;

заострять внимание молодежи на необходимости давать ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Проводить популярные среди молодежи мероприятия в сфере культуры и спорта под девизом противостояния ВИЧ/СПИДу;

проводить молодежные кампании "Жизнь без наркотиков". Мобилизовать авторитетных в молодежной среде людей, прежде всего деятелей искусства, спортсменов, выступать против наркотиков;

использовать молодежные организации и места сбора молодежи для пропаганды **б о р ь б ы с В И Ч / С П И Д о м** ;

содействовать пропаганде моральных и этических ценностей, направленных на укрепление **с е м е й н ы х о т н о ш е н и й** ;

проводить для педагогов и родителей обучающие семинары, тренинги; обеспечивать военнослужащих образовательными программами, необходимой

информацией и учебными пособиями;

поставлять для лиц с рискованным поведением достаточный объем санитарно-просветительной литературы, вести совместно с общественными объединениями и активом из представителей групп рискованного поведения разъяснительную работу. В местах концентрации представителей этих групп организовать размещение средств наглядной агитации.

5.4 Организация медицинского сервиса, контроля качества изделий медицинского и гигиенического назначения, оценки и мониторинга ситуации в связи с эпидемией ВИЧ/СПИДа

Сектору здравоохранения необходимо:

принять меры по обучению лиц, практикующих инъекционное применение наркотиков, методам безопасного их введения с точки зрения заражения ВИЧ. Организовать снабжение ПИН стерильными одноразовыми шприцами, иглами, презервативами, дезинфицирующими средствами;

полностью исключить принудительное тестирование на ВИЧ населения, как эпидемиологически неоправданное, в том числе представителей групп рискованного поведения;

изучить вопрос практики применения заместительной терапии наркомании в Казахстане;

проведение полевой работы с ПИН и обеспечение функционирования пунктов доверия считать важнейшей сферой деятельности центров по профилактике и борьбе со СПИДом, отражать ее в отчетных документах, характеризующих основные показатели деятельности этих медицинских организаций;

за счет внутренних ресурсов перестроить работу кожно-венерологических диспансеров, переориентировать деятельность их эпидемиологических подразделений на полевую работу, направленную на содействие более безопасному половому поведению РКС, МСМ и других категорий населения, практикующих сексуальное поведение высокого риска. Отказаться от любых принудительных действий кожно-венерологических диспансеров по выявлению контактных лиц, перейдя на метод их уведомления самими больными;

сделать упор в деятельности кожно-венерологических диспансеров на профилактическую работу по обеспечению информацией, образовательными программами по профилактике ИППП и ВИЧ/СПИДа, презервативами представителей населения уязвимых групп, отражать эту деятельность в отчете диспансера и использовать в качестве одного из ключевых показателей при оценке работы этих организаций;

в каждом кожно-венерологическом диспансере за счет внутренних ресурсов обеспечить открытие дружественных клиник (кабинетов) для РКС, ПИН, МСМ и

других уязвимых групп населения, обеспечивая бесплатную медицинскую помощь в гарантированном объеме на приемлемых для этого контингента условиях (анонимно, амбулаторно, с немедленным назначением лечения и использованием синдромного подхода к ведению больных);

обеспечить возможность назначения лечения больным ИППП в любой организации лечебной сети по месту обращения в рамках гарантированного объема медицинской помощи;

принять в качестве основного направления в решении вопроса обеспечения населения презервативами и дезинфицирующими средствами создание в дальнейшем их отечественного производства. Ввести строгий контроль качества и условий реализации презервативов при их ввозе и доставке до потребителей. Принять меры по вытеснению с рынка несертифицированной продукции;

увеличить вклад добровольного бесплатного донорства в службе переливания крови. Пересмотреть требования, предъявляемые к платным донорам, с целью максимального ограничения возможности ошибочного взятия крови, органов и тканей для целей трансплантации у представителей групп рискованного поведения;

пересмотреть показания для переливания крови в сторону их ограничения, расширить использование искусственных кровезаменителей;

исключить практику обязательного уведомления со стороны людей, живущих с ВИЧ, специалистов здравоохранения о своем ВИЧ-статусе при обращении в медицинские организации. Обеспечить беспрепятственное оказание медицинской помощи людям с ВИЧ во всех медицинских организациях;

развить систему оказания ВИЧ-инфицированным психосоциальной поддержки в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и лечебных учреждениях, подготовить медработников по методике и технике ее проведения;

расширить сеть кабинетов, предоставляющих анонимное тестирование и консультирование. Специалисты соответствующего профиля должны в обязательном порядке работать во всех центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, кожно-венерологических и наркологических диспансерах, центрах психического здоровья;

обеспечить населению бесплатную диагностику ВИЧ-инфекции и СПИД-ассоциируемых заболеваний на основе конфиденциальности и анонимности;

подготовить специалистов по до- и послетестовому консультированию, в том числе среди самих представителей групп населения с рискованным поведением и людей, живущих с ВИЧ;

разработать и внедрить национальный протокол дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, отразив в нем надзор за изменением поведения, опасного с точки зрения заражения;

разработать национальный протокол противовирусной терапии ВИЧ-инфекции.

Провести экономический расчет и подготовить концепцию обеспечения людей, живущих с ВИЧ, противовирусными препаратами в соответствии с имеющимися ресурсами. Определить приоритетные контингенты для обеспечения противовирусным лечением;

в сотрудничестве с местными исполнительными органами обеспечить лекарственными препаратами лечебно-профилактические учреждения для этиотропного лечения инфицированных ВИЧ беременных женщин и детей (ретровирусом, ламивудином, криксиваном и т.д.).

5.5 Организация управления, координации и исполнения превентивных программ по ВИЧ/СПИДу

Мировой практикой показано, что эффективные программы противодействия распространению ВИЧ/СПИДа должны носить мультисекторальный характер. Для обеспечения такого подхода центральный исполнительный орган здравоохранения должен выступать в роли секретариата на следующих приоритетных направлениях.

Формирование и обеспечение практической деятельности координационных комитетов по претворению в жизнь программ профилактики ВИЧ/СПИДа среди групп рискованного поведения на разных уровнях.

Внесение дополнений в Положение о центрах по профилактике и борьбе со СПИДом, обеспечив их включение в разрешение не только медицинских, но и других социальных задач. Пересмотреть и утвердить штатные нормативы центров с включением в них должностей юрисконсульта, психолога, социолога, экономиста по вопросам планирования и прогнозирования, педагога, специалиста по связям со СМИ и общественностью (журналиста). Разработать и утвердить типовые должностные обязанности соответствующих категорий работников, обеспечивающие их активное участие в превентивных программах в соответствии с профессиональной компетенцией

Предусмотреть возможность работы в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом волонтеров на контрактной основе.

При Правительстве страны создается координационный комитет в составе представителей исполнительных органов здравоохранения, образования, массовой информации, по делам молодежи, юстиции, контроля над наркотиками, внутренних дел, обороны, экономики, стратегического планирования, социальной защиты при участии политических государственных служащих, а также неправительственных организаций.

В состав организационного комитета приглашаются парламентарии, известные в стране деятели, а также представители ООН, в том числе Объединенной Программы ООН/СПИД, других международных организаций и дипломатических представительств, работающих в Казахстане.

Координационные комитеты на местных уровнях создаются при акимах административно-территориальных образований. В состав местных координационных комитетов входят представители заинтересованных ведомств, привлекаются депутаты представительских органов власти, активисты неправительственных организаций, люди, живущие с ВИЧ, творческая интеллигенция, представители международных организаций, работающих на данной территории.

В исполнительных органах каждого сектора на центральном и местном уровнях должны быть выделены ответственные лица по работе по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа, которые в совокупности составят четыре технические группы: группа по анализу и совершенствованию правоотношений и правоприменительной практики должна объединить сектор юстиции, правоохранительный сектор; группа по вопросам информации и образования должна объединить представителей секторов массовой информации, образования, обороны, по делам молодежи; группа по экономическим вопросам объединит секторы экономики и социальной защиты; группа по вопросам здравоохранения должна объединить усилия медицинских работников общей медицинской сети и разных ведомств по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Функции координационных комитетов состоят в разработке рекомендаций политического характера на центральном и местном уровнях. Технические группы несут ответственность за проведение оценки и прогнозирования распространения и последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа на соответствующих территориях и разработку технических рекомендаций.

Периодичность заседаний координационных комитетов и технических групп устанавливается, исходя из специфики ситуации.

Гибкость стратегической программы, приведение рабочих планов в соответствие с особенностями развертывания эпидемиологического процесса обеспечивается перманентным проведением мониторинга и переоценкой программы, осуществляемым координационными комитетами и отраслевыми техническими группами.

В качестве индикаторов достижения целей предусматриваются:
выполнение отдельных конкретных поручений программы (создание видеофильмов, разработка программ, издание санитарно-просветительной литературы и т.д.);
достижение программных показателей (изменение в знаниях, намерениях и поведении учащейся, работающей, не работающей молодежи, лиц, использующих наркотики внутривенно, РКС и т.д.) по данным опросов, показателей эпидемиологической ситуации;

выполнение долгосрочных мероприятий (работа пунктов доверия, обеспечение

лечения ВИЧ-инфицированных и ИППП, распределение презервативов и т.д.).

6. Необходимые ресурсы и источники финансирования

Сноска. Раздел 6 с изменениями - постановлением Правительства РК от 2 августа 2002 года N 862 ; от 28 января 2003 г. N 98 ; от 18 декабря 2003 г. N 1266 .

Финансовое обеспечение Программы осуществляется за счет средств республиканского бюджета, выделяемых на реализацию данной Программы, а также местных бюджетов, которые предусматриваются при составлении бюджетов. В ходе реализации отдельных мероприятий Программы необходимо мобилизовать ресурсы донорских международных организаций, а также частного сектора.

Предполагаемые финансовые затраты госбюджета на реализацию "Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2002-2005 годы" (в млн . тенге).

Средства	2002 год	2003 год	2004 год	2005 год	Всего
Республиканский бюджет	5,4	8,405	10,63	8,405	32,84
Местные бюджеты	80,5	92,6	92,6	92,6	358,3

Реализация Программы из госбюджета будет осуществляться из средств, утвержденных в пределах республиканского и местных бюджетов.

Объем средств местного бюджета, необходимых для реализации мероприятий 2002-2005 гг., будет определяться местными исполнительными органами при разработке местного бюджета на соответствующий финансовый год.

Предполагаемые финансовые затраты на 2002-2005 гг. будут корректироваться при формировании государственного бюджета на соответствующий год.

Объем необходимых финансовых затрат для решения приоритетных задач на 5 лет составляет 22808,096 млн. тенге. Индикативные объемы финансирования разрешения приоритетных задач программы следующие:

Задачи, подлежащие решению	! Необходимый объем	! Объем финансирования, млн.тенге	! Объем финансирования,
----------------------------	---------------------	-----------------------------------	-------------------------

!финансиро- ! _____ !который нужно
!вания, млн.!республи-! местные !мобилизовать
! тенге !канский ! бюджеты !дополнительно,
! !бюджет ! !млн. тенге
! ! ! !

З а д а ч а			1		
Увеличить	долю		П И Н ,		
постоянно	вовлеченных			в	
профилактические	1397,21	30,406		164,3	1202,504
программы ,	до	5 0 %			и х
оцениваемого		количества			
З а д а ч а			2		
Увеличить	долю			Р К С ,	
постоянно	вовлеченных			в	
профилактические	410,625	5,002		15,0	390,623
программы ,	до	5 0 %			и х
оцениваемого		количества			
З а д а ч а			3		
Увеличить	обращаемость				
представителей			г р у п п ,		
в	которых		концентрируется		
эпидемия (ПИН и РКС	23,205	-		-	23,205
обоего	пола) ,			за	
консультированием				и	
тестированием				на	
добровольной	анонимной				
основе	до	5 0 %			и х
оцениваемой					
численности					
З а д а ч а			4		
Создать	поддерживающую				
общественную	среду			для	
реализации профилактических	16,0	-		10,0	6,0
программ	для	уязвимых		г р у п п	
населения					
Задача 5					Базовое
Ограничить доступ					финансиро-
представителей сообществ	вание	-		-	-
рискованного поведения	к				управлений

донорству крови и тканей				здраво-
				охранения
З а д а ч а		6		
Повсеместно в органи-				
зованных коллективах				
осуществлять				
образовательные				
программы, разъясняя	1250,656	3,2	34,0	1213,456
вред употребления				
наркотиков и опасность				
полигамных отношений,				
а также возможности				
защиты от заражения				
В И Ч				
З а д а ч а		7		
Разработать и осуществить				
молодежную политику,	500,0	8,0	25,0	467,0
направленную на популяри-				
зацию безопасного секса и				
жизни без наркотиков				
З а д а ч а		8		
Обеспечивать информацией,				
психологической поддержкой,				
презервативами, программами	10,4	-	5,0	5,4
планирования семьи людей с				
В И Ч				
З а д а ч а		9		
Включить в деятельность				
центров по профилактике				
и борьбе со СПИДом в Базовое - - -				
качестве одного из финанси-				
основных направлений рование				
разрешение вопросов управлений				
социальной адаптации людей, здраво-				
живущих с ВИЧ, и разработку охранения				
мероприятий по снижению				
тяжести последствий				
В И Ч / С П И Д а				
З а д а ч а		10		

Обеспечить вирусной нагрузки предоставления людям, живущим с ВИЧ, противовирусного		снижение путем		
	19200,0	-	66,280	19133,72
Всего:	22808,096	46,608	319,58	22441,908

Общий объем необходимых финансовых средств для реализации Программы составляет 22847,655 млн. тенге.

7. Ожидаемые результаты от реализации Программы

Противодействие распространению ВИЧ/СПИДа будет поднято на межсекторальный уровень. В стране будет создана гибкая и стройная система противостояния распространению ВИЧ, основанная, прежде всего, на мероприятиях разных секторов по снижению заражений, связанных с небезопасным поведением людей. Система субординации в разрешении вопросов оказания медицинской помощи больным наркоманией и ИППП будет построена на приоритетах противостояния экспансии ВИЧ/СПИДа. Эпидемиологический надзор будет подчинен требованиям профилактической работы. Все это позволит снизить темпы распространения инфекции и удержать ее на концентрированной стадии развития.

Использование общих шприцев и игл среди ПИН в среднем по стране к 2005 г. должно снизиться до 5%.

Охват ПИН профилактическими программами должен постоянно повышаться и к концу 2005 г. составить не менее 50% их оценочной численности.

Использование презервативов ПИН и РКС к 2005 г. должно достичь не менее 95%.

Отношение численности ПИН, РКС и подростков, обратившихся в учреждения медицинской сети с симптомами ИППП и получивших полноценное лечение к общей совокупности всех лиц указанной категории по результатам социологических исследований к 2005 г. должно достичь 95%, постоянно повышаясь.

Адекватную осведомленность по вопросам ВИЧ/СПИДа и ее профилактики к концу срока выполнения программы должно иметь не менее 95% молодежи.

Численность молодежи, употребляющей наркотики, к 2005 г. не должна превысить аналогичную численность в 2000 г.

Использование презервативов молодежью при вступлении в сексуальные отношения с непостоянными партнерами должно достичь 95%.

Серопревалентность сифилиса среди РКС по результатам дозорного эпиднадзора

должна снизиться и удерживаться до 2005 г. не более, чем на уровне 1%.

Серопревалентность ВИЧ среди ПИН к 2005 г. по результатам дозорного эпиднадзора не должна превысить 5%.

Серопревалентность сифилиса среди женщин 15-24 лет - пациенток антенатальных медицинских организаций - по данным дозорного эпидемиологического надзора должна ежегодно снижаться и к концу 2005 г. не должна превышать 0,05%.

Должен постоянно повышаться уровень осведомленности ПИН, РКС и молодежи о путях профилактики ВИЧ/СПИДа. К 2005 г. уровень осведомленности в этих группах населения должен достичь 99%.

8. План основных мероприятий по реализации Программы

Сноска. Внесены изменения - постановлением Правительства РК от 28 января 2003 г. N 98 ; от 18 декабря 2003 г. N 1266 .

8.1. Правовые и социальные вопросы

№	Мероприятия	Форма	Ответствен-ные	Сроки	Объемы и источники финансирования
!	!	!	!	!	!_____
!	!	!	!	!	!респуб!местные
!	!	!	!	!	!ликан-!бюджеты
!	!	!	!	!	!ский !(млн.
!	!	!	!	!	!бюджет!тенге)
!	!	!	!	!	!(млн.!
!	!	!	!	!	!тенге)!

8.1.1 Создать обстановку Информация МЗ РК, акимы Ежегодно - -
терпимости к ВИЧ- Правитель- всех
инфицированным, ству уровней
больным наркоманией Республики
и лицам, занимаю- Казахстан
щимся секс-бизнесом

8.1.2 Обеспечить контроль Информация МЗ РК, акимы Постоянно - -
за выполнением в Прави- всех
Закона Республики тельство уровней
Казахстан от Республики
05.10.94 г. Казахстан
" О профилактике
заболевания СПИД "

в части социальной
защиты лиц, заражен-
ных вирусом иммуно-
дефицита человека

8.1.3 Оказывать помощь Решения Акимы Постоянно - -
в организации акимов областей,
семейных детских гг. Астаны
домов для детей, и Алматы
родившихся от ВИЧ
инфицированных
женщин и оставшихся
без попечения
родителей

8.2. Информационно-образовательная работа по профилактике ВИЧ/СПИД

8.2.1 Выделить учебные Проект МОН, акимы 2002 г. - -
часы для преподава- норматив- всех
ния тем по вопросам ного пра- уровней
формирования в нового
здорового образа акта
жизни, профилактики
ВИЧ / СПИД в обще-
образовательных
школах и в учебных
заведениях началь-
ного, среднего,
высшего профессио-
нального образова-
ния по программам
" Проблемы СПИД и
его профилактика "

8.2.2 Включить изучение Проект МОН 2002 г. - -
вопросов профилак- норматив-
тики ВИЧ / СПИД по ного
программе "Проблемы правового
СПИД и его профи- акта
лактика " в учебные
программы курсов
повышения квалифи-

каций преподавателей общеобразовательных школ, учебных заведений начального, среднего, высшего профессионального образования

8.2.3 Подготовить и издать учебные Информационно-правовые пособия

и наглядные пособия по программам профилактики ВИЧ для организаций образования на казахском и русском языках

8.2.4 Организовать в пенитенциарных учреждениях проведение комплексных мероприятий по

профилактике ВИЧ и ИППП

8.2.5 Организовать обучение Проект МО, МВД 2002-2005 гг.

военнослужащих и курсантов Вооруженных Сил Министерства обороны и внутренних дел профилактике ВИЧ/СПИД, обеспечить проведение комплексных мероприятий, предусматривающих нераспространение ВИЧ в войсках с осуществлением необходимого объема обследования и

		снабжения	защитными		
			средствами		
8.2.6	Организовать подготовку в пенитенциарной системе волонтеров из личного состава и лиц, лишенных свободы, для профилактической работы, обеспечить их необходимой литературой	Проект МЮ, МВД,	2001-2005	-	-
		норматив-	МЗ РК		
			ного		
			правового		
			акта		
			состава		
			и лиц,		
			лишенных		
			свободы,		
			для профилакти-		
			ческой работы,		
			обеспечить их		
			необходимой		
			литерату-		
			рой		
8.2.7	Обеспечить проведение обучающих семинаров для преподавателей учебных	Проект МОН, акимы	2002-2005	-	-
		норматив-	областей,		
		ного	гг. Астаны и		
			правового		
			Алматы		
			акта		
			по проблемам		
			ВИЧ / СПИДа		
8.2.8	Организовать изучение результативности информационно-образовательной	Информация Правительству	областей, гг. Астаны	-	-
		гг. Астаны	и Алматы		
			Казахстан		
			работы среди		
			населения		
			с использованием		
			социологических		
			опросов		
8.2.9	Организовать в местах скопления населения, на транспортных магистралях, в аэропортах, стадионах, вокзалах и т.п. размещение	Решения Акимов	2002-2005	-	В пределах
		всех	гг.		средств,
		уровней			ежегодно
					выделяе-
					мых мес-
					тными
					бюджета-

	рекламных щитов,		п а н н о ,	д р у г и х	ми
			с р е д с т в	н а г л я д н о й	
			а г и т а ц и и		
8.2.10	Обеспечивать контингентны рискованного поведения в местах их концентрации печатными материа- лами по способам защиты от заражения ВИЧ и ИППП	Решения акимов	Акимы всех уровней	2002-2005 гг.	- В преде- лах средств, ежегодно выделяе- мых мес- тными бюджета- ми
8.2.11	Обеспечить производство и размещение в эфире	Информация Правительству Республики	МЗ РК, МКИОС	2003-2004 гг.	2003 год -1,005 2004 год -1,005 всего - 2,01 Казахстан
			эфире теле- и в том числе роликов по актуальным проблемам ВИЧ / СПИДа		радиопередач, видео- роликов по актуальным проблемам ВИЧ / СПИДа
8.2.12	Издавать санитарно- просветительную литературу по вопросам Казахстан ВИЧ/СПИДа на государственном и русском языках в виде буклетов,	Информация Правитель- ству Республики Казахстан	МЗ РК, акимы областей, гг. Астаны и Алматы	2002- 2005 гг.	2002 год -1,9 2003 год -3,4 2004 год -3,4 2005 год - 4,405 всего - 13,105 В преде- лах средств, ежегодно выделяе- мых мес- тными бюджета- ми
			б р о ш ю р ,	п л а к а т о в ,	
			п а м я т о к		
8.2.13	Проводить школьные и межшкольные фестивали, встречи, вечера, олимпиады, пропагандирующие	Решения акимов	Акимы областей,	2002-2005 гг.	- гг. Астаны и Алматы, МОН, МЗ РК

здоровый образ жизни,
сексуальную культуру,
борьбу с наркоманией,
предупреждение
заболеваний ВИЧ/СПИД

и ИППП

8.3. Мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ среди
контингентов рискованного поведения

8.3.1 Разработать Проекты Акимы 2001-2005 - -
программу социаль- норматив- областей, гг.
ной поддержки лиц ных гг.Астаны
с повышенным риском правовых и Алматы,
заражения ВИЧ, актов, МЗ РК
создать для них решения
обстановку, исклю- акимов
чающую любые виды
дискриминации.
Обеспечить поддерж-
ку инициатив
людей с рискованным
поведением по пре-
дупреждению зара-
жения ВИЧ. Обеспе-
чить поддержку
формирования
общественных объе-
динений, ставящих
целями профилактику
ВИЧ/СПИДа и ИППП
среди лиц с риско-
ванным поведением

8.3.2 Обеспечить доступ- Проекты МЗ РК 2002-2005 - -
ность услуг норматив- гг.
консультирования и ных
оказания квалифици- правовых
рованной медицинской актов
помощи лицам повы-
шенного риска зара-
жения ВИЧ

- 8.3.3 Усилить работу по Решения Акимы 2001-2005 - -
привлечению волон- акимов областей, гг.
теров из числа лиц, гг. Астаны
прекративших употре- и Алматы
бление наркотиков,
к профилактике
наркомании, ВИЧ/
СПИДа и ИПП
- 8.3.4 Обеспечить Решения Акимы 2001-2005 - -
проведение профилак- акимов областей, гг.
тической работы с гг. Астаны
лицами рискованного и Алматы
поведения местах их
сбора, доставку им
информационных
материалов, раздачу
средств защиты от
ВИЧ-инфекции и ИПП
- 8.3.5 Обеспечить оказание Проекты МЗ РК 2002-2005 - -
медицинской помощи норма- гг.
больным наркоманией тивных
с ВИЧ в лечебно- правовых профилактических актов
учреждениях и центрах
реабилитации на
приемлемых и доступ-
ных для них условиях
- 8.3.6 Изучить опыт приме- Отчет МЗ РК, МВД, 2001 г. - -
нения заместительной Прави- МЮ
терапии наркомании тельству
Р е с п у б -
л и к и
К а з а х с т а н
- 8.3.7 Изучить вопрос Информа- МЗ РК, МВД, 2002 г. - -
практики применения ция МЮ
заместительной Правите-
терапии наркомании льству
Р е с п у б л и -
к и К а з а х -
с т а н

- 8.3.8 Усилить контроль за реализацией презервативов, продающихся на территории страны, обеспечить их обязательную государственную сертификацию
 Проекты МЗ РК, 2002-2005 гг.
 нормативных правовых актов
 акимы областей и гг. Астаны и Алматы
- 8.3.9 Организовать сеть кабинетов анонимного тестирования и психосоциального консультирования при лечебно-профилактических учреждениях областных, районных центров и городов республики
 Проекты МЗ РК, 2002 г.
 нормативных правовых актов, решения акимов
- 8.3.10 Разработать и внедрить программу обучения личного состава органов и учреждений внутренних дел принципам борьбы с ВИЧ/СПИД, защите прав и свобод лиц с повышенным риском заражения ВИЧ и ВИЧ-инфицированных ванных
 Проекты МЗ РК, МВД 2002-2005 гг.
 нормативных правовых актов
- 8.3.11 Организовать оказание услуг по планированию, рецепции, прерыванию беременности ВИЧ-инфицированным и наркозависимым женщинам по их желанию
 Проект МЗ РК 2002-2005 гг.
 континентального правового акта

на бесплатной основе
для профилактики
врожденной ВИЧ-
инфекции

8.3.12 Учредить дружественные клиники (кабинеты) по профилактике и лечению ИППП у целевых групп населения при всех государственных кожно-венерологических организациях страны

Проект МЗ РК 2002 г. - -

нормативного правового акта

8.3.13 Учредить в дополнение к имеющимся пунктам доверия для ПИН во всех областных центрах республики, гг. Астане, Алматы и двенадцати крупных городах областного значения

Решения Акимов областей, гг. Астаны и Алматы

В пределах средств, ежегодно выделяемых местными бюджетами

при государственных организациях здравоохранения, не менее, чем в следующих количествах:

Акмолинская область - 5, 2002 г.

в том числе:
г. Степногорск - 1
г. Атбасар - 1

Актюбинская область - 4 2003 г.

Алматинская область - 3, 2002 г.

	в том числе :	
	г .	К а с к е л е н - 1
	г .	Т а л г а р - 1
	г .	Т а л д ы к о р г а н - 1
область - 3		А т ы р а у с к а я 2003 г .
		В о с т о ч н о -
		К а з а х с т а н с к а я
область - 4 ,		2002 г .
	в том числе :	
	г .	Л е н и н о г о р с к - 1
	г .	С е м и п а л а т и н с к - 1
область - 3		Ж а м б ы л с к а я 2003 г .
		З а п а д н о -
		К а з а х с т а н с к а я
область - 2		2003 г .
		К а р а г а н д и н с к а я
область - 6 ,		2002 г .
	в том числе :	
	г .	Ж е з к а з г а н - 1
	г .	Т е м и р т а у - 2
область - 1		К ы з ы л о р д и н с к а я 2003 г .
		К о с т а н а й с к а я
область - 5 ,		2003 г .
	в том числе :	
	г .	А р к а л ы к - 1
	г .	Р у д н ы й - 1
область - 1		М а н г и с т а у с к а я 2003 г .
		П а в л о д а р с к а я
область - 5 ,		2002 г .
	в том числе :	
	г .	Э к и б а с т у з - 1
	г .	А к с у - 1
область - 3		С е в е р о - К а з а х с т а н с к а я 2002 г .
		Ю ж н о - К а з а х с т а н с к а я

область - 3	2002 г.
г. Алматы - 3	2002 г.
г. Астана - 3	2002 г.

И т о г о - 5 4

8.4. Диагностические и лечебные мероприятия

8.4.1	Разработать и внедрить националь- ный протокол лече- ния ВИЧ-инфекции	Проект МЗ РК	2002 г.	-	-
8.4.2	Обеспечить оказание бесплат- ных, анонимных медицинских услуг по лечению ИППП с назначением терапии в момент обращения в амбулаторных условиях для приоритетных групп населения, оказывать медицинскую помощь больным в дружественных клиниках (кабинетах) кожно-венерологи- ческих диспансеров и других медицинских организациях, в том числе с использова- нием синдромного подхода к диагностике и лечению ИППП	Проект МЗ РК	2002-2005	-	-
8.4.3	Отработать методику дозорного эпидемио- логического надзора, включая лаборатор- ный этап (совместно с международными	Проекты МЗ РК	2002 г.	За счет	между- народ- ных ор- ганизаций

организациями)

	8.4.4	Обеспечить	Проект	МЗ РК	2002
- 2 0 0 5	-		В	п р е -	
противовирусное	норматив-		гг.	делах	
лечение следующих	ного пра-			средств,	
категорий ВИЧ-	вового			ежегодно	
инфицированных:	акта			выделяе-	
инфицированных				мых мес-	
женщин во время				тными	
беременности и				бюджета-	
р о д о в ;				м и	
		д е т е й ,		р о ж д е н н ы х	
		о т		В И Ч - п о з и т и в н ы х	
				м а т е р е й ;	
		д е т е й		и	
		д о	1 4	п о д р о с т к о в	
8.4.5	Обеспечить	Решения	Акимы	2002-2005	- -
предупреждение	заражений ВИЧ	акимов	областей,	гг.	
через донорскую			гг. Астаны		
			и Алматы		
		к р о в ь .		М о д е р н и з и р о -	
		в а т ь		л а б о р а т о р и и	
		ц е н т р о в		к р о в и	
		д и а г н о с т и к е		В И Ч /	
		С П И Д		в	
				о б л а с т я х	

8.5. Мероприятия по обеспечению организации управления, координации и исполнения Программы

8.5.1	Разработать и	Решения	Акимы	2002 г.	- -
	внедрить	региональ-	акимов	областей,	
	ные программы по			гг. Астаны	
	предупреждению			и Алматы	
				р а с п р о с т р а н е н и я	
				С П И Д а	
8.5.2	Проводить работу	Решения	Акимы	2002-2005	- -
	с населением и	акимов	всех	уровней	гг.
				р у к о в о д и т е л я м и	
				о р г а н и з а ц и й	
				п о	

предупреждению
ущемления граждан-
ских прав групп
населения с
рискованным пове-
дением и людей с
ВИЧ.

Привлекать к этой
работе юристов,
социологов, психо-
логов, педагогов,
экономистов и
других специалистов

8.5.3 Создать при Проекты МЗ РК 2002-2005 За счет -
Республиканском норматив- гг. спонсор-
центре СПИД постоян- ных пра- ской
ные курсы повышения вовых помощи
знаний медицинских актов

работников по проб-
лемам ВИЧ / СПИДа

8.5.4 Разработать пособие Отчет МЗ РК 2002 г. За счет -
по организации Правите- спонсор-
обучения медицинских льству ской
работников, педагогов Республики помощи

школ, журналистов, Казахстан
волонтеров и молодежи
проведению профилак-
тической работы по
предупреждению
распространения ВИЧ /

8.5.5 Разработать Проекты МЗ РК 2002-2005 - -
национальный норматив- гг.

протокол и внедрить ных пра-
веденческий и вовых
серологический актов

дозорный надзор за
ВИЧ - инфекцией в
с т р а н е

- 8.5.6 Завершить создание Отчет МЗ РК 2002 г. - -
 единой компьютерной Правитель-
 информационной сети ству
 на всей территории Республики
 страны с внедрением Казахстан
 следующих программ:
 аналитическая система
 слежения за инфици-
 рованностью населения;
 система анализа
 материалов социоло-
 гических исследований
 по уточнению пред-
 посылок развития
 эпидемического
 процесса ВИЧ-инфекции
 в стране;
 система анализа
 состояния лаборатор-
 ной диагностики
 ВИЧ-инфекции в
 республике
- 8.5.7 Обеспечить Проекты МЗ РК, 2002-2005 - -
 проведение лабора- норматив- МВД гг.
 торного скрининга ных пра-
 на ВИЧ на основе вовых
 анонимного добро- актов
 вольного обследова-
 ния, исключив
 принудительное
 тестирование и
 применяя обязатель-
 ное тестирование
 только в отношении
 доноров
- 8.5.8 Обеспечить Отчет МЗ РК, МОН, Один раз - -
 систематическую Прави- МВД, МО, в полугодие
 оценку и мониторинг тельству МТСЗН, 2002-2005
 Программы на Респуб- акимы гг.

республиканском и лики областей,
 местном уровнях с Казах- гг.
 помощью международ- стан Астаны,
 ных, региональных и Алматы

национальных экспер-
 тов, обеспечивать
 постоянное поддержа-
 ние прямых и обратных
 связей с уязвимыми
 сообществами и в
 направлении центр-
 периферия

8.5.9 Создать в городе Решение Аким 2002 г. - В преде-
 Аркалыке городской акима Костанай- лах
 центр по профилак- ской средств,
 тике и борьбе со области ежегодно
 СПИДом с одновремен- выделяе-
 ным обслуживанием моих
 отдаленных Джангель- местным
 динского и Амангель- бюджетом

8.5.10 Разработать и Решения Акимы 2002 г. - -
 реализовать меры по акимов всех
 оказанию помощи всем уровням
 общественным объеди- уровней
 нениям в расширении
 их деятельности по
 профилактике ВИЧ/
 СПИДа среди приори-
 тетных групп
 населения при помощи
 привлечения ресурсов
 местных исполнитель-
 ных органов и крупных
 предприятий

8.6 Сотрудничество с международными и общественными
 организациями

8.6.1 Установить Проект МЗ РК 2002-2005 - -
 постоянные деловые норматив- гг.

контакты с зарубежного
бежными государствами по обмену опытом, научно-практической информацией, решению актуальных проблем борьбы со СПИДом

8.6.2 Обеспечить реализацию Соглашения о сотрудничестве в решении проблем ВИЧ-инфекции в странах-участниках СНГ и "Межгосударственной программы сотрудничества в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в государствах-участниках СНГ на период до 2005 г." - -

8.6.3 Постоянно сотрудничать с Объединенной Программой ООН СПИД (ЮНЭЙДС), ВОЗ, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ, Офисом ООН по контролю за наркотиками и предотвращению преступлений, другими агентствами ООН, Фондом Сорос-Казахстан, Контрпарт Консорциумом и прочими международными органи- гг. ству Рес- публики Казахстан

з а щ и м и в в о п р о с а х
п о л у ч е н и я м е т о д и ч е с к о й ,
т е х н и ч е с к о й и и н о й
п о м о щ и в б о р ь б е с
В И Ч / С П И Д о м в р е с п у б л и к е

П р и м е ч а н и е :

1 Де Джоун В., Лазоренко Б., Киунов В. и др. Распространение инъекционной наркомании и ВИЧ-инфекции в г. Алматы, Казахстан. - Алматы, 1998. 2 Бусель А. Распространение инъекционной наркомании и ВИЧ-инфекции в городах Астана, Павлодар, Петропавловск, Тараз, Усть-Каменогорск. - Астана - Усть-Каменогорск, 2000. 3 Бусель А. Распространение инъекционной наркомании и ВИЧ-инфекции в городе Темиртау, Казахстан. - Темиртау, 1999. 4 Суреш К., Бусель А., Савченко И. и др. . Отчет о результатах экспресс- оценки ситуации внутривенного употребления наркотиков в Шымкенте, Республика Казахстан. - Шымкент, 1998. 5 Отчет по исследованию знаний, отношения, убеждений, поведения относительно БППП, ВИЧ/ СПИДа, алкоголя и наркотиков в городе Темиртау Карагандинской области. - Темиртау , 1997. 6 Результаты социологического опроса, проведенного среди больных наркоманией, состоящих на диспансерном учете в наркологической службе Республики Казахстан. - Алматы, 2000. 7 Заключительный отчет по проекту 97/018 АД Каз 98/Д 40 "Содействие мультисекторальным усилиям по противодействию распространению ВИЧ/СПИДа и ИППП, а также употреблению наркотиков в Карагандинской области и по всей республике". - Алматы, 2000. 8 Морган Р. Оценка коммерческого секса в Алматы, Казахстан. - Алматы, 1997. 9 Курманова Г. Отчет по оценке ситуации в области ограничения распространения ИППП/ВИЧ/СПИДа среди работниц коммерческого секса в г. Шымкенте, Казахстан. - Шымкент, 1999. 10 Курманова Г. Отчет о результатах оценки ситуации в области распространения инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ/СПИД среди работников коммерческого секса в г. Астана. - Астана, 2001. 11 Курманова Г. Отчет об оценке ситуации в области коммерческого секса и обеспечении технической помощи в развитии профилактических программ, направленных на ограничение распространения ИППП/ ВИЧ/СПИД среди работников коммерческого секса и их клиентов в г. Алматы. - Алматы, 1999. 12 Жусупов Б. Отчет о результатах исследования поведения мужчин, вступающих в сексуальные отношения с мужчинами, в г. Алматы. - Алматы, 2001. 13 Кешилева З.Б., Косухин А.Б., Мурзанова Р.С. и др. Подростки: заболевания, передаваемые половым путем, связь с образованием и особенностями поведения// Здравоохранение Казахстана, 1997, N 9, с. 71-73. 14 Шарман А., Курмангалиева Е. ВИЧ /СПИД и другие инфекции, передаваемые половым путем//Казахстан: обзор

демографии и здоровья, 1999. 15 Годовой отчет по проекту 97/0186 АД/98/Каз/Д40 " Содействие мультисекторальным усилиям по противодействию распространению ВИЧ/ СПИДа и ИППП, а также употреблению наркотиков в Карагандинской области и по всей республике". - Алматы, 1999. 16 Инфекции, передающиеся половым путем в Республике Казахстан. Под редакцией З.Б. Кешилевой и В.А. Козловского. - Алматы, 2000. 17 Рейднер Г. Доклад проекта: Интеграция по предотвращению ИППП и поддержка служб помощи семьям в Жезказгане. - Копенгаген, 2000.

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан