

**Отчётность о достигнутом прогрессе
в осуществлении глобальных мер
в ответ на СПИД
2012 год**

АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА

*Отчетный период:
январь 2010г. – декабрь 2011гг.*

Дата представления: 15.03.2012

I. Содержание

Термины и сокращения	3
II. Краткий обзор	5
III. Обзор эпидемии ВИЧ–инфекции	18
IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа	40
V. Наилучшая практика	69
VI. Основные проблемы и меры для их устранения	75
VII. Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране	80
VIII. Условия для мониторинга и оценки	84
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	92
Приложение 1: Консультационный процесс/подготовка странового отчета о мониторинге выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.....	92
Приложение 2: Анкета «Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)».....	94
Список литературы	173

ТЕРМИНЫ И СОКРАЩЕНИЯ

AP	Азербайджанская Республика
AZN	денежная единица страны
АРВ–терапия (АРТ)	антиретровирусная терапия
ВГ	вирусных гепатитов
ВГС	вирусный гепатит С
ВГВ	вирусный гепатит В
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ (WHO)	Всемирная Организация Здравоохранения
ГФ	Глобальный Фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ИОК	Информация, образование, коммуникация
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МЗ	Министерство Здравоохранения
МиО	Мониторинг и Оценка
МСМ (мужчины, имеющие секс с мужчинами)	мужчины, практикующие проникающие сексуальные контакты с лицами своего пола
Н/К	Не касается
НПО	неправительственная организация
НКИП	Национальный комбинированный индекс политики
NASA	программа оценки национальных расходов на СПИД в стране
ПИН	потребители инъекционных наркотиков
ППМР	профилактика передачи ВИЧ–инфекции от матери ребенку
РНД	Республиканский Наркодиспансер
СКК	Страновой Координационной Комитет
СМИ	средства массовой информации
СПИД	синдром приобретенного иммунного дефицита
СВ	социальные вопросы
СР (секс–работницы)	женщины, оказывающие сексуальные услуги за вознаграждение
ССГА ООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
CRIS	информационная система мониторинга ответных мер
ОЗТ	опиоидная заместительная терапия
ОЗ	оппортунистические заболевания
ОО	общественное объединение/организация
ОИ	оппортунистические инфекции
ООН	Организация Объединенных Наций
OSI–AF	Институт Открытое Общество–Фонд Содействия
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ТБ	туберкулез

Уличные дети	несовершеннолетние лица мужского и женского пола, лишившиеся родительской опеки, которых не определили в специализированные детские учреждения, которые в течение предшествующего года значительную часть времени ведут бездомный образ жизни, не учатся и не работают
UNAIDS	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
UNHCR	Управление Верховного Комиссара ООН по делам беженцев
UNICEF	Детский фонд Организации Объединенных Наций
UNODC	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
USAID	Агентство по Международному Развитию США

II. Краткий обзор

а) Участники процесса написания отчета

Национальный отчет о выполнении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом ССГАООН за 2010–2011 гг. был подготовлен при участии представителей различных министерств, комитетов, общественных и международных организаций, вовлеченных в работу по предотвращению распространения ВИЧ–инфекции в стране, многие из которых являются также представителями странового координационного комитета по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией в Азербайджанской Республике.

Организаторами работы по составлению отчета были Министерство Здравоохранения Азербайджанской Республики, Республиканский Центр по борьбе со СПИДом Министерства Здравоохранения Азербайджана и UNAIDS.

В работе принимали участие специалисты ряда министерств (Министерство здравоохранения, Министерство образования, Министерство молодежи и спорта, Министерство юстиции), государственных комитетов (Государственный Комитет по делам семьи, женщины и ребенка), представители аппарата уполномоченного по правам человека (Омбудсмана) Азербайджана, представители Глобального Фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, представители международных (WHO, UNAIDS, UNICEF, UNODC, представительство Красного креста и полумесяца в Азербайджане, OSI–AF, World Vision) и общественных организаций и объединений (Фонд им. Ростроповича–Вишневецкой, ОО «Развитие 2006», ОО «Пропаганда здорового образа жизни» (Сеть Снижения Вреда), ОО «Правовое развитие и Демократия», ОО по защите прав человека «Чистый мир», ОО «Борьба со СПИД–ом», Альянс «Защиты прав детей», Альянс «Призыв к Здоровью», ОО «Здоровая жизнь и развитие», Альянс НПО по Правам Детей, НПО «Надежное Будущее», «Юридическая Клиника по Правам детей»).

б) Состояние эпидемии

По кумулятивным данным на 1 января 2012 г., в Азербайджанской Республике зарегистрировано 3267 ВИЧ–инфицированных, из которых 113 (3,5%) – иностранцы, 3154 (96,5%) – граждане Азербайджана. Распространенность ВИЧ–инфекции на 100 тыс. населения составляет 35,86, пораженность населения – 0,036%.

За последние годы в стране наблюдается тенденция роста числа впервые регистрируемых случаев заражения ВИЧ–инфекцией. При этом за 2007–2010 гг. число новых случаев ВИЧ–инфекции было относительно стабильным и составляло от 437 до 459 в год, однако в 2011 году оно увеличилось приблизительно на 100 случаев и составило 548.

Заражение ВИЧ–инфекцией происходит в основном в результате инъекционного употребления наркотиков (61,6%) и незащищенных гетеросексуальных контактов (26,3%).

Мужчины преобладают в общей структуре ВИЧ–инфицированных и на конец 2011 г составляют 81,7%, однако наблюдается увеличение числа ВИЧ–инфицированных женщин (в 2008–2011 гг доля ВИЧ–инфицированных женщин возросла от 15,9% до 18,3%).

Высоким остается число впервые выявленных ВИЧ–инфицированных беременных женщин (в 2010–2011 годах их было 48, в 2008–2009 годах – 51). Параллельно увеличению числа ВИЧ–инфицированных беременных увеличилось и число детей, зараженных ВИЧ, и в 2010–2011гг был зарегистрирован 21 ВИЧ–инфицированный ребенок.

Однако, в отличие от прошлых лет, в отчетном периоде увеличилось число беременных, выявленных во время беременности, а не в родах и после них. За 2008–2011 гг. доля ВИЧ – инфицированных беременных, выявленных во время беременности, возросла от 62,1% до 81,2%. Это увеличило возможности более широкого охвата их программой профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Возросло число ЛЖВ на поздних стадиях ВИЧ–инфекции и умерших от нее. Так, на конец 2011 г. на стадии СПИД зарегистрировано 895 человек, число умерших составило 431. Соответственно, возросло также число ЛЖВ, состояние которых требует необходимости назначения АРТ (с 278 в 2008–2009 гг. до 712 в 2010–2011 гг.).

Эпидемия ВИЧ–инфекции в Азербайджане носит территориальный характер с выявлением регионов с высокой степенью пораженности (Ширван, Гаджигабул, Астара, Ленкорань, Сумгаит и др).

Широкое распространение инъекционного наркопотребления способствует широкой распространенности среди ЛЖВ инфицирования гепатитом С, которая составляет 62,9%.

Треть ВИЧ–инфицированных в Азербайджане (1078 человек – 33%) составили заключенные, что свидетельствует о том, что в пенитенциарной системе концентрируется значительное число представителей уязвимых групп.

Значимой для эпидпроцесса ВИЧ–инфекции группой населения являются также мигранты, поскольку 21,9% ВИЧ–инфицированных граждан Азербайджана заразились ВИЧ–инфекцией за рубежом, в основном в России

Данные дозорного эпиднадзора по проекту «Исследование распространенности ВИЧ–инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения в Азербайджанской Республике», проведенному в 2011 г в 7 регионах Азербайджана среди 5 групп (ПИН, СР, МСМ, уличные дети и заключенные) подтвердили, что эпидемия ВИЧ–инфекции находится на концентрированной стадии среди ПИН и заключенных.

Так, в результате исследования установлено, что распространенность ВИЧ в группе ПИН составила в среднем 9,5%, варьируя в зависимости от региона от 2,0% до 16,7%; в группе СР – в среднем 0,7%, варьируя в зависимости от региона от 0% до 4%; в группе МСМ гор. Баку – 2%; в группе заключенных – 5,8%; среди уличных детей инфицированность ВИЧ не обнаружена.

В результате проведенного исследования обнаружена высокая частота рискованных поведенческих практик и широкая распространенность антител к вирусу гепатита С среди ПИН (в среднем, 62,8%), и заключенных (57,8%), что позволяет прогнозировать дальнейшее развитие эпидемии как среди ПИН и заключенных, так и среди их сексуальных партнеров.

В целом, широкая распространенность высокорискованных поведенческих практик среди ПИН, СР, МСМ, уличных детей и заключенных, случаи ВИЧ–инфицирования среди ПИН, СР, МСМ и заключенных, высокий уровень инфицированности гепатитом С, выявление случаев носительства маркера гепатита В и антител к возбудителю сифилиса, позволяют рассматривать эти группы как высокоуязвимые к ВИЧ.

А поскольку размер этих групп не был установлен, что затрудняло оценку их потребностей и охвата услугами, в 2011 году в Азербайджане впервые был проведен проект по определению численности групп, подверженных наибольшему риску заражения: ПИН, СР и МСМ. Результаты данного исследования находятся в стадии обработки.

с) Политика и программные ответные меры

Проблема ВИЧ/СПИДа в Азербайджанской Республике остается одной из приоритетных. Политика в этой области, в целом, сформирована. Она основана на многосекторальном подходе, предполагающем совместную деятельность государственных и негосударственных секторов, а также взаимодействие различных ведомств в рамках общегосударственной активности. В течение отчетного периода в Азербайджане продолжалась работа по выполнению

обязательств по Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года, а также Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2006 года, в соответствии с которой страна взяла на себя обязательство о расширении деятельности по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ/СПИДе.

С целью выполнения этих обязательств в стране за отчетный период последовательно осуществлялся ряд мероприятий, благодаря которым были созданы возможности для расширения комплексных программ по профилактике, лечению, уходу и поддержке .

В Политической декларации 2011 года по ВИЧ/СПИДу с целью активизации глобальных мер борьбы с ВИЧ государства–члены Организации Объединенных Наций согласовали 17 имеющих конкретный срок выполнения задач. В связи с этим, начата работа над пересмотром основных показателей, которые отражают обязательства, изложенные в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года и приведением их в соответствие с сформулированными в ней новыми целями.

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению эпидемии, в 2011 году в Азербайджане рабочей группой СКК, при поддержке UNAIDS, разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013– 2017 годы».

Одной из масштабных мер по предотвращению роста заболеваемости ВИЧ–инфекцией населения является принятие 11 мая 2010 года нового Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека».

Принятие этого Закона позволило заполнить юридические пробелы, возникшие в связи с изменившимися подходами к противодействию распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа. В Законе предписана ответственность государства за меры борьбы против ВИЧ–инфекции, определены правовые основы профилактики, диагностики, лечения и оказания всего комплекса медицинских и социально–психологических услуг ЛЖВ. Кроме того, введены дополнительные статьи о необходимости усиления профилактических работ, просветительской деятельности среди населения, особенно молодежи, мигрантов и представителей групп рискованного поведения, о недопущении стигмы и дискриминации.

Действующий с 2004 года Страновой Координационный Комитет (СКК) по борьбе с ВИЧ/СПИД–ом, туберкулезом и малярией, координирует и объединяет усилия государственных, международных и неправительственных организаций, в т.ч. организаций ЛЖВ, направленные на противодействие распространению ВИЧ–инфекции в стране. Состав СКК в 2010 году был обновлен, расширено представительство гражданского сектора, впервые заместителем Председателя СКК выбран представитель неправительственного сектора.

Работа СКК позволила обеспечить эффективную реализацию проекта «Усиление ответных мер против ВИЧ/СПИД–а в Азербайджанской Республике», финансируемого Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и

малярией. Поданная в 2009 году заявка на получение гранта 9 раунда Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИД–ом, туберкулезом и малярией была удовлетворена. Для проведения пятилетней программы (2010–2015гг.) стране был выдан грант в размере 21,6 миллионов евро. Указанная Программа «Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧСПИДа среди групп повышенного риска населения при участии гражданского общества» успешно реализовывается с октября 2010 года.

Вырос объем государственного финансирования деятельности, направленной на преодоление эпидемии.

Азербайджанская Республика за период 2010–2011 годы продолжала работу в рамках «Программы мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013гг.», утвержденной 27 ноября 2008г. приказом министра здравоохранения, являющегося одновременно председателем Странового Координационного Комитета по борьбе с ВИЧ/СПИД–ом, туберкулезом и малярией.

Политическая поддержка и увеличение финансирования, в т.ч. за счет гранта Глобального Фонда, позволили достичь значительных успехов в предоставлении доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ–инфекцией и обеспечить прогресс в достижении Целей всеобщего доступа. В Азербайджанской Республике доступ к АРВ–терапии имеют все нуждающиеся, улучшился уровень лабораторного мониторинга проводимой терапии. Существенно повысился охват мероприятиями по профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ–инфекции беременных женщин.

В отчетном периоде был начат процесс создания единой согласованной системы мониторинга и оценки (МиО) и национального плана МиО. Развитие национальной системы мониторинга и оценки осуществляется при поддержке UNAIDS, а также в рамках гранта Глобального Фонда.

что способствовало совершенствованию системы уточнения и отслеживания эпидемиологической ситуации, научного планирования вмешательств и повышения их эффективности. В структуре Республиканского Центра по борьбе со СПИДом создано отделение по МиО, имеющее 3 штатные единицы.

Проведение мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИДом и достижение универсального доступа к услугам в связи с ВИЧ–инфекцией в Азербайджанской Республике, регламентируется следующими документами:

- Закон Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ–инфекция)» от 11.05.2010 (№ 1001 IIIQ);
- Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, 2001г.;
- Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 60/262, 2006 г.;

- Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 60/262, 2011 г.;
- «Программа мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013 гг», утвержденная 27 ноября 2008 г.;
- Стратегический план Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики на 2011–2015 гг.;
- Программа «Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди групп повышенного риска населения при участии гражданского общества» гранта 9–го раунда Глобального Фонда по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией;
- Конституция Азербайджанской Республики от 12 ноября 1995 года;
- Трудовой кодекс Азербайджанской Республики от 01 февраля 1999 года;
- Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения» от 26 июня 1997 г.;
- Закон Азербайджанской Республики «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения» от 10 ноября 1992 г.;
- Закон Азербайджанской Республики «Об обеспечении гендерного равенства» от 10 октября 2006 года ;
- Закон Азербайджанской Республики «О наркологической службе и наркологическом контроле» от 29 июня 2001 года;
- Закон Азербайджанской Республики «О предотвращении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов» от 25 августа 1992 г.;
- «Закон о социальном обеспечении детей без опеки родителей и детей–сирот» от 1999 г.;
- Закон Азербайджанской Республики «О предотвращении инвалидности, реабилитации и социальной защите инвалидов» от 25 августа 1992 г.;
- Закон Азербайджанской Республики, 22 июня 1999г. № 693–IQ «О социальной защите детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей»;
- Закон Азербайджанской Республики, 24мая 2005г. № 919–IIQ «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;
- Закон Азербайджанской Республики, 19 мая 1998г. № 499–IQ «О правах ребенка»;
- Закон Азербайджанской Республики от 11 июня 1999 года «Об обжаловании в суде решений и действий (бездействия), нарушающих права и свободы граждан»;
- «Национальный план деятельности по защите прав человека в Азербайджанской Республике» от 28 декабря 2006 года;
- Государственная программа «Снижение уровня бедности и устойчивое развитие в Азербайджанской Республике в 2008–2015 гг»;

- Государственная программа «О мерах борьбы с незаконным оборотом наркотиков, их прекурсоров, психотропных веществ и распространением наркомании в Азербайджанской Республике в 2007–2012 гг» от 28 июня 2007 г. №2271;
- Государственная программа по альтернативному уходу и возвращению детей в семьи (деинституционализации) на 2006–2015 гг.;
- Кодекс Азербайджанской Республики «Исполнение наказаний» от 14 июля 2000 года;
- Приказ Министерства Юстиции N 13–Т от 24 марта 2004 года «Правила внутреннего распорядка в Учреждениях Исполнения Наказаний »;
- Приказ Министерства Юстиции N 41–Т от 29 ноября 2007 года «Правила этических норм поведения сотрудников органов юстиции»;
- Другие документы

d) Показатели ССГАООН

Ключевые показатели отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД

Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года

Общее население

1.1	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*	<p>2006 г. 15-24 лет.</p> <p><i>Мужчины:</i> 5,3%</p> <p><i>Женщины:</i> 4,8%</p> <p>15-19 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 2,1%</p> <p><i>Женщины:</i> 3,1%</p> <p>20-24 года:</p> <p><i>Мужчины:</i> 8,8%</p> <p><i>Женщины:</i> 6,7% [4]</p>
1.2	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	<p>2006 г. 15-24 лет.</p> <p><i>Мужчины:</i> 0,6%</p> <p><i>Женщины:</i> 0,5%</p> <p>15-19 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 0,6%</p> <p><i>Женщины:</i> 0,4%</p> <p>20-24 года:</p> <p><i>Мужчины:</i> 0,6%</p> <p><i>Женщины:</i> 0,7 % [4]</p>
1.3	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	<p>2006 г. Всего</p> <p><i>Мужчины:</i> 23,1%</p> <p>15-19 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 2,9%</p> <p>20-24 года:</p> <p><i>Мужчины:</i> 15,6%</p> <p>25-49 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 4,6% [4]</p>
1.4	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*	<p>2006 г. Всего</p> <p><i>Мужчины:</i> 57,43%</p> <p>15-19 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 8,03%</p> <p>20-24 года:</p> <p><i>Мужчины:</i> 25,9%</p> <p>25-49 лет:</p> <p><i>Мужчины:</i> 23,5% [4]</p>

1.5	Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Нет данных	
1.6	Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ*	Не применим, т.к. Азербайджан не является страной с генерализованной инфекцией	
<i>Работники секс-бизнеса</i>			
1.7	Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ	2011 г. Всего	33,3 %
		До 25 лет:	39,1 %
		Старше 25 лет:	31,0 %
1.8	Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	2011 г. Всего	53,0 %
		До 25 лет:	57,5 %
		Старше 25 лет:	51,2 %
1.9	Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	2011 г. Всего	12,0 %
		До 25 лет:	12,6 %
		Старше 25 лет:	11,7 %
1.10	Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ	2011 г. Всего	0,7 %
		До 25 лет:	1,1 %
		Старше 25 лет:	0,5 %
<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>			
1.11	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ	2011 г. Всего	23,5 %
		До 25 лет:	20,0 %
		Старше 25 лет:	26,4 %
1.12	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	2011 г. Всего	28,5 %
		До 25 лет:	23,3 %
		Старше 25 лет:	32,7 %
1.13	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	2011 г. Всего	24,5 %
		До 25 лет:	18,9 %
		Старше 25 лет:	29,1 %
1.14	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ	2011 г. Всего	2,0 %
		До 25 лет:	0,0 %
		Старше 25 лет:	3,6 %

Цель 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.			
2.1	Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год	2010 г. Всего	7,2
		2011 г. Всего	48,9
2.2	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта	2011 г. Всего	7,7 %
		<i>Мужчины:</i>	7,1 %
		<i>Женщины:</i>	39,1 %
		До 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	7,6 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %
		Старше 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	7,6 %
		<i>Женщины:</i>	42,9 %
2.3	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	2011 г. Всего	46,3 %
		<i>Мужчины:</i>	46,6 %
		<i>Женщины:</i>	34,8 %
		До 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	55,1 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %
		Старше 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	45,6 %
		<i>Женщины:</i>	38,1 %
2.4	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	2011 г. Всего	3,9 %
		<i>Мужчины:</i>	3,7 %
		<i>Женщины:</i>	17,4 %
		До 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	3,4 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %
		Старше 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	3,7 %
		<i>Женщины:</i>	19,0 %
2.5	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ	2011 г. Всего	9,5 %
		<i>Мужчины:</i>	9,7 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %
		До 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	1,7 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %
		Старше 25 лет:	
		<i>Мужчины:</i>	10,6 %
		<i>Женщины:</i>	0,0 %

Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа			
3.1	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	2010 г. Всего	68,0 %
		2011 г. Всего	74,2 %
3.2	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения	2010 г. Всего	66,7 %
		2011 г. Всего	88,5 %
3.3	Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку (смоделировано)	2010 г. Всего ВИЧ+ детей:	11
		2011 г. Всего ВИЧ+ детей:	10
Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ.			
4.1	Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают*	2010 г. Всего	59,8 %
		<i>Мужчины:</i>	58,0 %
		<i>Женщины:</i>	66,9 %
		До 15 лет:	81,8 %
		Старше 15 лет:	59,5 %
		2011 г. Всего	62,6 %
		<i>Мужчины:</i>	61,9 %
		<i>Женщины:</i>	65,1 %
4.2	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	2010 г. Всего	76,6 %
		<i>Мужчины:</i>	76,7 %
		<i>Женщины:</i>	76,2 %
		До 15 лет:	100,0 %
		Старше 15 лет:	76,0 %
		2011 г. Всего	78,7 %
		<i>Мужчины:</i>	77,6 %
		<i>Женщины:</i>	83,3 %
	До 15 лет:	100,0 %	
	Старше 15 лет:	78,2 %	

Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 г.																						
5.1	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">2010 г. Всего</td> <td style="text-align: right;">74,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><i>Мужчины:</i></td> <td style="text-align: right;">77,2 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><i>Женщины:</i></td> <td style="text-align: right;">30,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">До 15 лет:</td> <td style="text-align: right;">0,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">Старше 15 лет:</td> <td style="text-align: right;">74,0 %</td> </tr> <tr> <td>2011 г. Всего</td> <td style="text-align: right;">60,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><i>Мужчины:</i></td> <td style="text-align: right;">63,2 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><i>Женщины:</i></td> <td style="text-align: right;">31,6 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">До 15 лет:</td> <td style="text-align: right;">100,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">Старше 15 лет:</td> <td style="text-align: right;">59,6 %</td> </tr> </table>	2010 г. Всего	74,0 %	<i>Мужчины:</i>	77,2 %	<i>Женщины:</i>	30,0 %	До 15 лет:	0,0 %	Старше 15 лет:	74,0 %	2011 г. Всего	60,0 %	<i>Мужчины:</i>	63,2 %	<i>Женщины:</i>	31,6 %	До 15 лет:	100,0 %	Старше 15 лет:	59,6 %
2010 г. Всего	74,0 %																					
<i>Мужчины:</i>	77,2 %																					
<i>Женщины:</i>	30,0 %																					
До 15 лет:	0,0 %																					
Старше 15 лет:	74,0 %																					
2011 г. Всего	60,0 %																					
<i>Мужчины:</i>	63,2 %																					
<i>Женщины:</i>	31,6 %																					
До 15 лет:	100,0 %																					
Старше 15 лет:	59,6 %																					
Цель 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов																						
6.1	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">2010 г. Всего:</td> <td style="text-align: right;">8236250.71</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Государственный бюджет:</td> <td style="text-align: right;">6857540.01</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Международные источники:</td> <td style="text-align: right;">1378710.70</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> <tr> <td>2011 г. Всего:</td> <td style="text-align: right;">14555703.90</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Государственный бюджет:</td> <td style="text-align: right;">8563408.60</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">Международные источники:</td> <td style="text-align: right;">5992295.30**</td> <td style="text-align: right;">USD</td> </tr> </table>	2010 г. Всего:	8236250.71	USD	Государственный бюджет:	6857540.01	USD	Международные источники:	1378710.70	USD	2011 г. Всего:	14555703.90	USD	Государственный бюджет:	8563408.60	USD	Международные источники:	5992295.30**	USD		
2010 г. Всего:	8236250.71	USD																				
Государственный бюджет:	6857540.01	USD																				
Международные источники:	1378710.70	USD																				
2011 г. Всего:	14555703.90	USD																				
Государственный бюджет:	8563408.60	USD																				
Международные источники:	5992295.30**	USD																				
Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития																						
7.1	Национальные обязательства и политические инструменты (профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, вовлечение гражданского общества, гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, мониторинг и оценка)	См. национальные обязательства и политические инструменты																				
7.2	Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">2006 г. Всего</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;"><i>Женщины</i></td> <td style="text-align: right;">13,5% [4]</td> </tr> </table>	2006 г. Всего		<i>Женщины</i>	13,5% [4]																
2006 г. Всего																						
<i>Женщины</i>	13,5% [4]																					

7.3	Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*	Не применим, т.к. в Азербайджане нет различий между посещением школ детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей
7.4	Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев	Не применим, т.к. Азербайджан не является страной с высоким показателем распространенности ВИЧ-инфекции

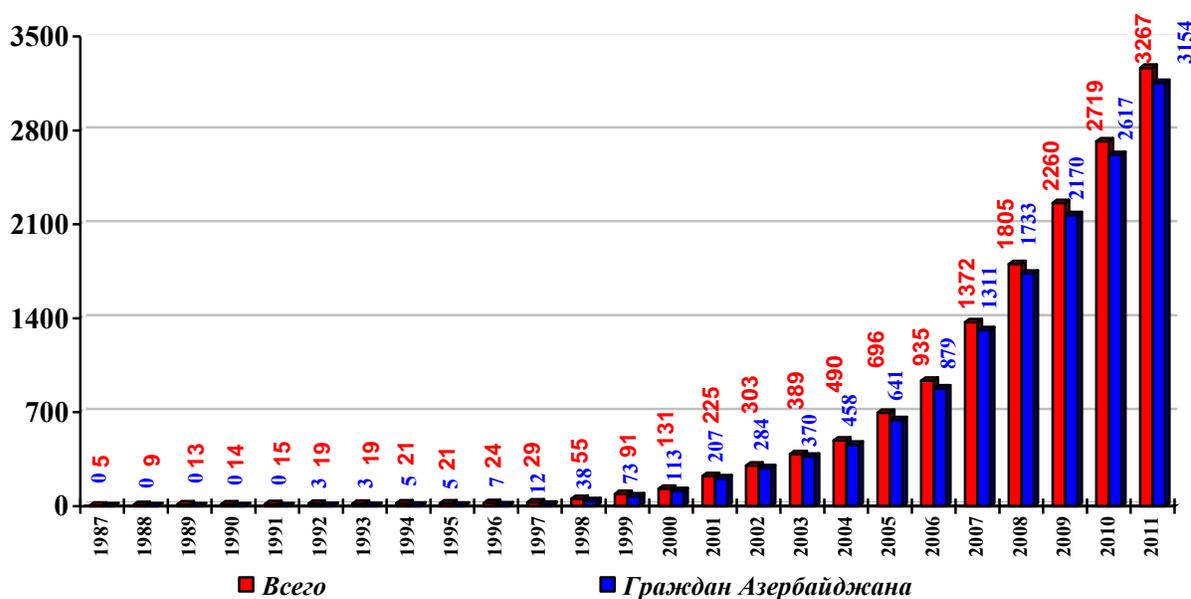
* Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

** Не включают данные по расходам UNODC за 2011 год.

III. Обзор эпидемии ВИЧ–инфекции

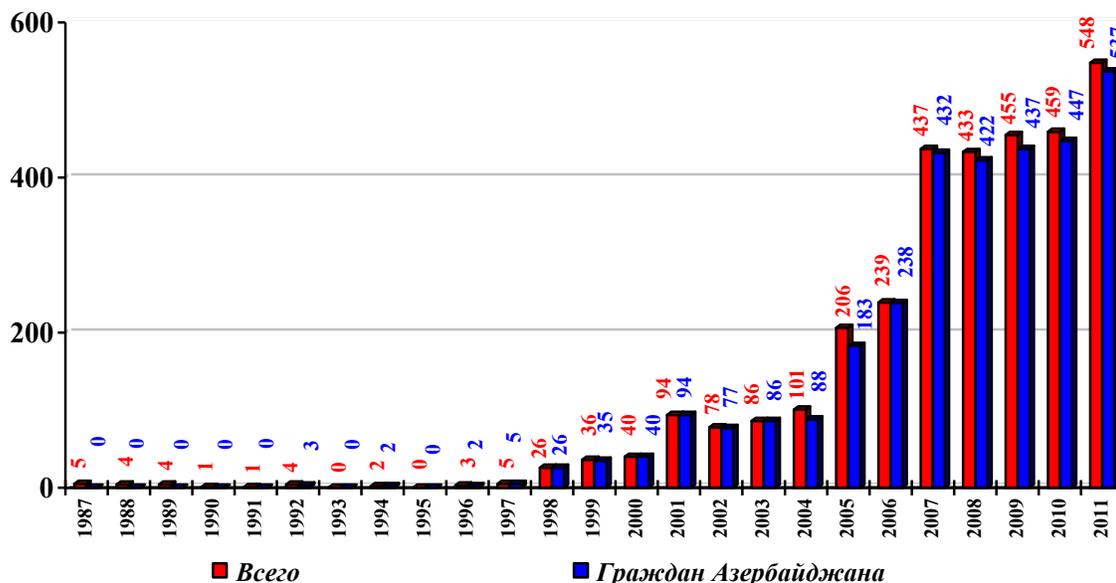
По данным Республиканского Центра по борьбе со СПИДом [7], на 1 января 2012 г. в стране зарегистрировано 3267 ВИЧ–инфицированных, из которых 113 – иностранцы, 3154 – граждане Азербайджана (Рисунок 1). Распространенность ВИЧ–инфекции на 100 тыс. населения составляет 35,86, пораженность населения – 0,036%.

Рисунок 1. Динамика выявления случаев ВИЧ–инфекции в Азербайджане за 1987–2011 гг. (кумулятивные данные)



За последние годы в стране наблюдается тенденция роста числа впервые регистрируемых случаев заражения ВИЧ–инфекцией. Так, из зарегистрированных за 24 года (1987–2011 гг.) 3267 случаев ВИЧ–инфекции, 3136 (96%) приходятся на последние 11 лет (2001–2011 гг.). При этом за 2007–2010 гг. число новых случаев ВИЧ–инфекции было относительно стабильным и составляло от 437 до 459 в год, однако в 2011 году оно увеличилось приблизительно на 100 случаев. В результате было отмечено максимальное за весь период регистрации этой инфекции число новых случаев заражения ВИЧ – 548. (Рисунок 2). Это связано с проведением в 2011 году дозорного сероэпидемиологического исследования, когда в тестирование были вовлечены представители труднодоступных групп высокого риска инфицирования (ПИН, СР, МСМ, уличные дети и заключенные) (Рисунок 2).

Рисунок 2. Динамика выявления случаев ВИЧ–инфекции в Азербайджане за 1987–2011 гг. (по каждому году)



Из общего числа ВИЧ–инфицированных 81,7% составляют мужчины, 18,3% – женщины. Преобладание мужчин в общей структуре ВИЧ – инфицированных наблюдалось и по каждому из отчетных годов (79,3% – в 2010 г и 74,8% – в 2011г.). Однако за последние годы наблюдается увеличение числа ВИЧ–инфицированных женщин. Так, если в 2008 и 2009 годах женщины кумулятивно составляли, соответственно, 15,9% и 16,2% всех ВИЧ–инфицированных, то в 2010 и 2011 годах эти показатели составили 17% и 18,3%. И если доминирующим путем заражения для мужчин является парентеральный при инъекционном введении наркотика (74,3%), то для женщин – это половой (82,5%).

Так же высоким остается число впервые выявленных ВИЧ–инфицированных беременных женщин. Так, если в 2008 и 2009 годах впервые выявленных ВИЧ–инфицированных беременных было, соответственно, 29 и 22, то в 2010 и 2011 годах эти числа составляли, соответственно, 16 и 32. За эти годы процент ВИЧ–инфицированных беременных среди всех беременных в стране был следующим: в 2008 г – 0,02% и в 2009 г – 0,01%, то в 2010 – 0,01%, 2011– 0,02%

Позитивным фактом является то, что увеличивается число ВИЧ – инфицированных беременных, выявленных во время беременности, и соответственно, уменьшается число их, выявленных после родов. Так, если в 2008–2009 гг. доля ВИЧ – инфицированных беременных, выявленных во время беременности, составляла 62,1% и 50,0%, то в 2010–2011 гг. эти показатели были, соответственно, 62,5% и 81,2%. Это дало возможность более широкого

охвата их программой профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в том числе, и АРВ – препаратами.

АРВ–терапия в Азербайджане была внедрена с ноября 2006 г., поэтому в 2006г. АРВ–профилактикой было охвачено всего 10% ВИЧ–инфицированных беременных и ни одного ребенка. Начиная с 2007 г. каждой выявленной беременной женщине назначалась АРВ–профилактика, однако позднее выявление ВИЧ–инфекции не позволяет охватить всех беременных, хотя определенная положительная динамика и наблюдается. Так, если в 2009 году АРВ–профилактика была проведена у 50% беременных и 52,2% детей, то в 2010 г ППМР было проведена у 68% беременных и 62,5% детей, а в 2011 г – у 74,2% беременных и 73,1% детей.

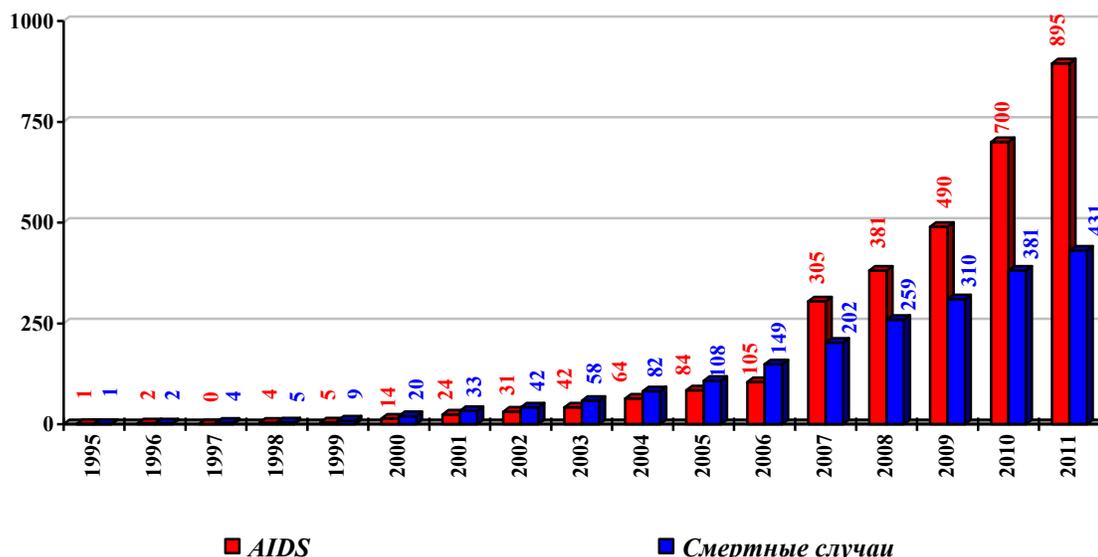
Параллельно увеличению числа ВИЧ–инфицированных беременных увеличилось и число детей, зараженных ВИЧ. Тревожным является двукратное увеличение числа таких детей в 2010–2011гг. Так, если в 2008–2009 годах было зарегистрировано 10 ВИЧ–инфицированных детей, то за отчетный период их число составило 21.

Всего за период 1992–2011гг. ВИЧ–инфицированными матерями было рождено 294 ребенка, из которых на 1 января 2012 г наличие ВИЧ–инфекции подтверждено у 42 детей, из них 41 ребенок не получил ни один из компонентов профилактики вертикальной передачи ВИЧ. У одного ребенка профилактика вертикальной передачи была проведена трехэтапной однокомпонентной терапией (монотерапия зидовудином), однако она не дала эффекта, в связи с чем было принято решение об отказе от монотерапии АРВ – препаратами при ППМР. У 208 детей исследование на ВИЧ–инфекцию дало отрицательный результат по истечении 18 месяцев, у 49 детей диагноз пока не установлен, 8 детей умерли до установления их ВИЧ–статуса. Из детей с установленным диагнозом ВИЧ–инфекции пятеро умерло, пятеро недоступны для наблюдения по причине смены места жительства, 37 находятся на диспансерном наблюдении в Республиканском СПИД–Центре, 15 из них получают АРВ–терапию.

Всего за период 1992–2011 гг. был зарегистрирован 1421 случай семейного инфицирования. При этом в одной семье инфицирован только ребенок, в 3 семьях – мать и ребенок, 34 семьях инфицированы отец, мать и дети, в 332 семьях – муж и жена, в 958 семьях только муж, в 93 семьях – только жена.

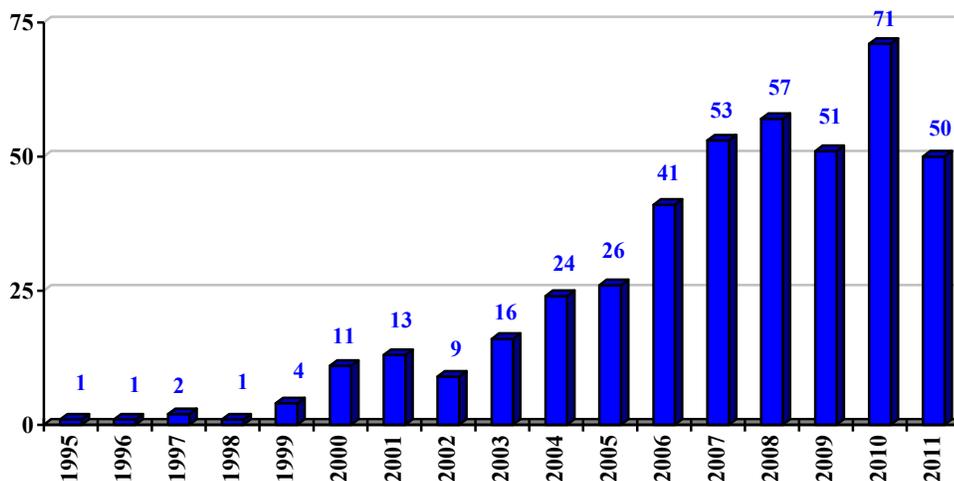
В стране возросло число больных, находящихся на стадии СПИД и умерших от СПИДа. На конец 2011 г. кумулятивно зарегистрировано 895 ЛЖВ на стадии СПИД и 431 умерший (Рисунок 3).

Рисунок 3. Кумулятивное число случаев СПИДа и смертей от СПИДа за 1995–2011 гг



При этом, в 2010 г. было зарегистрировано максимальное (71 случай) число смертей среди ВИЧ–инфицированных, что является результатом позднего выявления ВИЧ–инфицированности у больных и низкой приверженности их к лечению. (Рисунок 4)

Рисунок 4. Число смертей от СПИДа за 1995–2011 гг (по каждому году)



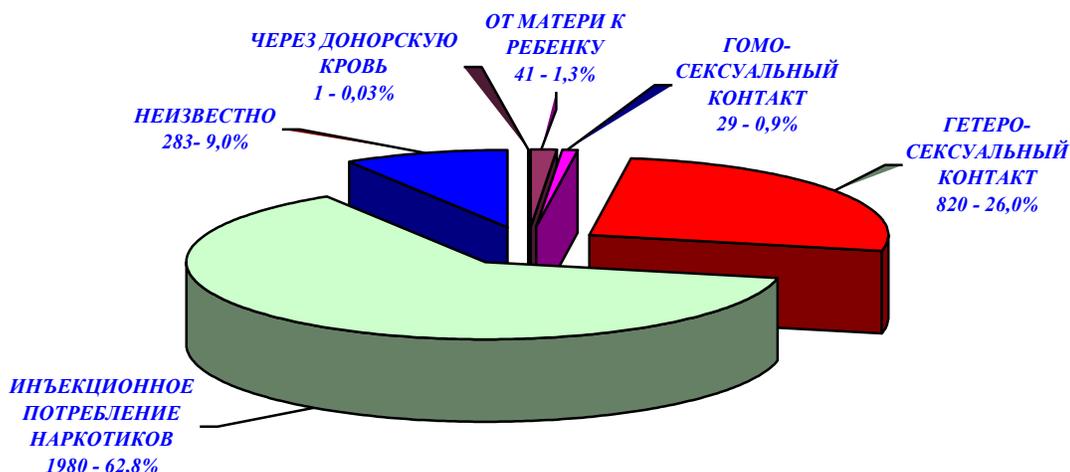
Соответственно возрастанию числа ЛЖВ на поздних стадиях ВИЧ–инфекции, возросло также число ЛЖВ, состояние которых требует необходимости назначения АРТ. Так, если в 2008 и 2009 годах число ЛЖВ, нуждающихся в АРВ–терапии, составляло 125 и 153, то в 2010 и 2011годах эти цифры составили 309 и 403.

Кумулятивное число ЛЖВ, нуждающихся в АРВ–терапии, на 1 января 2012 г составило 1130.

В Азербайджанской Республике заражение ВИЧ–инфекцией происходит в основном в результате инъекционного употребления наркотиков и незащищенных гетеросексуальных контактов. Так, из 3267 ВИЧ–инфицированных, зарегистрированных на 1 января 2012 г, 2014 (61,6%) заразились при употреблении инъекционных наркотиков, 858 (26,3%) – при гетеросексуальном контакте, 41 ребенок (1,3%) заразился от ВИЧ–инфицированной матери, 29 (0,9%) человек – при гомосексуальном контакте, 1 (0,03%) – при переливании непроверенной донорской крови. У 324 человек (9,9%) путь инфицирования не установлен.

Примерно так же распределены по путям заражения ВИЧ–инфицированные граждане Азербайджана. (Рисунок 5).

Рисунок 5. Распределение ВИЧ–инфицированных граждан Азербайджана по путям заражения (1992–2011)



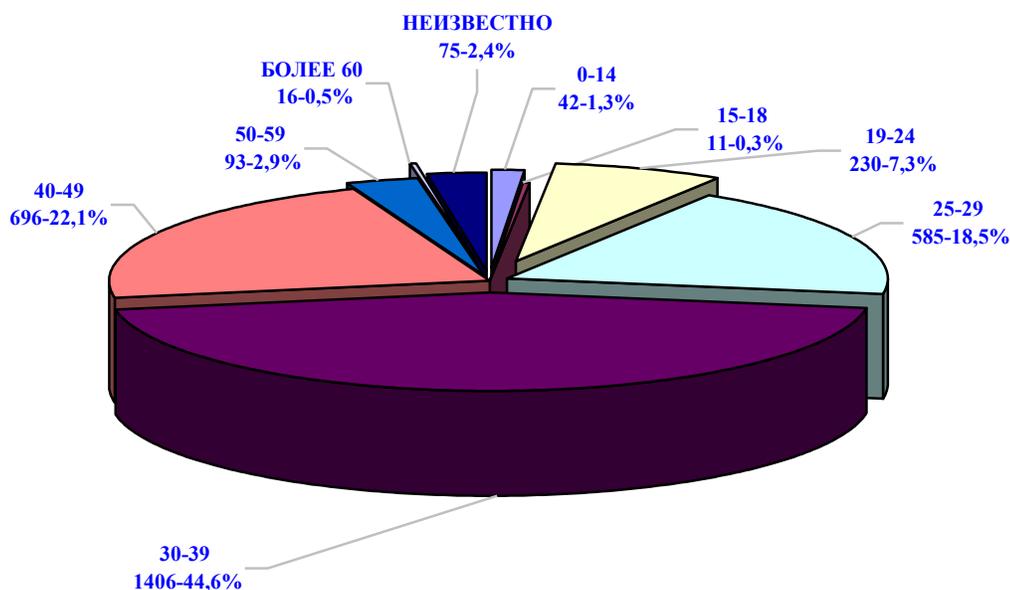
По возрастным категориям распределение ВИЧ–инфицированных, зарегистрированных за период 1987–2011 гг., было следующим:

- 0–14 лет – 42 человека (1,3%)
- 15–18 лет – 11 человек (0,3%),
- 19–24 года – 248 человек (7,6%),
- 25–29 лет – 600 человек (18,4%),
- 30–39 лет – 1447 человек (44,3%),
- 40–49 лет – 724 человек (22,2%),
- 50–59 лет – 99 человек (3,0%),
- свыше 60 лет – 16 человек (0,5%),
- у 80 (2,4%) человек возраст не определен.

Как видно из представленных данных, на момент выявления ВИЧ-инфицированности 26% составляли молодые люди в возрасте 15–29 лет, основную же часть (69,5%) составляли люди в возрасте 30–60 лет.

Распределение ВИЧ-инфицированных граждан Азербайджана по возрасту показано на рисунке 6.

Рисунок 6. Распределение ВИЧ-инфицированных граждан Азербайджана по возрасту (1992–2011)



С 1992 года, когда ВИЧ-инфицирование было впервые выявлено у гражданина Азербайджана, по 1 января 2012 г. случаи ВИЧ-инфекции были зарегистрированы в 55 административно-территориальных регионах и городах Республики. При этом наибольшее число случаев зарегистрировано по следующим городам и районам: город Баку и Апшеронский район – 859 случаев (27,2%), город Сумгаит – 354 случая (11,2%), город Ширван – 283 (9,0%), Ленкоранский район – 247 случаев (7,8%), Гаджикабульский район – 142 случая (4,5%), Астаринский район – 128 случаев (4,1%), город Гянджа – 110 случаев (3,5%) и т.д.

Однако, при пересчете на 10000 населения наибольшая распространенность ВИЧ-инфекции была отмечена в следующих регионах: город Ширван – 36,0, Гаджикабульский район – 21,1, Астаринский район – 13,0, Ленкоранский район – 11,8, город Сумгаит – 11,2, Евлахский район – 7,9, Хызинский район – 6,0, город Мингячевир – 5,2, Масаллинский, Гейчайский районы – по 4,9, Кюрдамирский, Сиязанский районы – по 4,4, город Баку и Апшеронский район, а также Шемахинский район – по 3,8, город Гянджа – 3,5 и т.д.

На рисунке 7 показано географическое расположение регионов с высокой распространенностью ВИЧ на территории Азербайджана, показывающее близость

этих регионов к маршрутам наркотрафика (Афганистан–Иран–Россия или Иран–Азербайджан–Грузия–Европа).

Рисунок 7. Регионы с высокими показателями инфицированности населения ВИЧ–инфекцией (на 10 000 населения).



Широкое распространение инъекционного наркопотребления способствует широкой распространенности среди ЛЖВ инфицирования гепатитом С, которая на 1 января 2012 г. составляет 62,9%. Из других инфекций, имеющих сходные пути передачи, выявлены следующие: вирусный гепатит В – 8,1%, сифилис – 7,7%.

Поскольку в пенитенциарной системе концентрируется значительное число представителей уязвимых групп, треть ВИЧ–инфицированных в Азербайджане (1078 человек – 33%) составили заключенные. При этом наблюдается некоторое снижение инфицированности среди заключенных. Так, если в 2008–2009 г ВИЧ–инфицированность заключенных составляла 2,3% (157 из 6771) и 2,7% (178 из 6600), то в 2010–2011 гг. этот показатель был, соответственно, 2,2% (175 из 7979) и 1,7% (154 из 9016).

690 (21,9%) ВИЧ–инфицированных граждан Азербайджана заразились ВИЧ–инфекцией за рубежом, в основном, в России, что делает группу мигрантов также значимой для эпидпроцесса ВИЧ–инфекции.

Эпидемиологический надзор за ВИЧ–инфекцией в Азербайджанской Республике проводится с 1987 года на основе существующих законов и приказов по контролю и эпидемическому надзору за эпидемией ВИЧ. Он основан на скрининговых серологических исследованиях в определенных группах населения, которые в силу особенностей своего поведения или других факторов подвергаются риску ВИЧ–инфицирования или могут передать вирус другим людям. Это доноры

крови, органов и тканей; беременные женщины; пациенты с ИППП, туберкулезом, гепатитами В и С, а также с клиническими проявлениями ВИЧ–инфекции, представители группы риска (ПИН,СР,МСМ); заключенные; призывники, отдельные профессиональные группы. При этом, обязательному тестированию подлежат только доноры; все остальные группы населения тестируются по собственной инициативе или инициативе медицинского работника, но с согласия обследуемого. Тестирование на ВИЧ проводится бесплатно, и должно сопровождаться обязательным дотестовым и послетестовым консультированием. Его можно пройти анонимно и конфиденциально в любом медицинском учреждении, а также в учреждениях службы борьбы со СПИДом: Республиканском Центре по борьбе со СПИДом и его 12 региональных лабораториях, расположенных в 11 регионах страны.

В целом, проблема совершенствования надзора за ВИЧ/СПИДом актуальна для Азербайджанской Республики. В политическом аспекте, внедрение второго поколения надзора оказалось важным с точки зрения стандартизации ключевых показателей (индикаторов), характеризующих ход выполнения на национальном уровне Декларации ООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001 г.). Кроме того, принятые в 2004 г. «Триединые ключевые принципы», предусматривающие создание устойчивых систем по надзору за эпидемией и эффективностью профилактических программ и проектов, также базируются на индикаторах, предоставляемых современными системами эпидемиологического надзора за эпидемией.

С 2003 г. система скринингового серологического надзора в Азербайджане была в дополнена элементами 2–го поколения дозорного эпиднадзора, т.е. поведенческим надзором. В 2003–2004 гг Республиканским Центром по борьбе со СПИДом при финансовой и методической поддержке ВОЗ в рамках проекта «Дозорный надзор за ВИЧ–инфекцией в группе лиц с рискованным поведением» в городах Баку и Ленкорань были проведены исследования распространенности ВИЧ–инфекции и некоторых ИППП, а также поведенческих особенностей ПИН и СР. Эти исследования выявили достоверные различия показателей пораженности ВИЧ–инфекцией в группах наркопотребителей, обследованных в медицинских учреждениях, и «уличных» наркопотребителей в городах Баку и Ленкорань, а также в группе «уличных» и «стационарных» СР в городе Баку. И если, по данным традиционного надзора, в целом в Азербайджане отмечался низкий уровень распространения ВИЧ–инфекции, то результаты дозорного эпидемиологического надзора позволили охарактеризовать эпидемию ВИЧ–инфекции в стране как концентрированную, ввиду установленного факта активного распространения вируса среди уязвимых групп населения (распространенность ВИЧ среди уличных ПИН составила 24,0%, среди СР, работающих на улицах г. Баку, – 11,0%). Этими исследованиями было показано, что эпидемический процесс ВИЧ–инфекции локализовался в группах с рискованным поведением, практически не попадавшими под медицинский контроль («уличные ПИН» и СР, работающие на улицах) [1].

В связи с этим, было рекомендовано осуществлять мониторинг распространенности ВИЧ–инфекции и инфекций, имеющих сходные пути передачи, а также мониторинг поведения, способствующего инфицированию, в труднодоступных группах населения.

Прежде всего, это касается потребителей инъекционных наркотиков и секс–работниц, однако требовалась также оценка ситуации в группе мужчин, имеющих секс с мужчинами, которая до 2007 г. не была охвачена профилактическими программами и дозорными исследованиями. Актуальной для исследования группой была также группа уличных детей, среди которых, согласно экспертным оценкам, высок уровень рискованного сексуального поведения и за последние несколько лет все большее распространение получает наркопотребление. Кроме того, традиционный эпиднадзор за ВИЧ–инфекцией в Азербайджанской Республике не охватывает всех учреждений пенитенциарной системы, где концентрируется значительное число представителей уязвимых групп населения, поэтому скрининг распространенности ВИЧ и других инфекций, имеющих сходные пути передачи, также представлял большой интерес.

В связи с изложенным, в 2007–2008 гг. для мониторинга и оценки реальной эпидемиологической ситуации по ВИЧ–инфекции в Азербайджанской Республике, Министерством Здравоохранения и Республиканским Центром по борьбе со СПИДом при поддержке тематической группы по ВИЧ/СПИДу ООН (WHO, UNICEF, UNAIDS, UNODC и UNHCR) была проведена работа по расширенному (национальному) интегрированному исследованию в формате сероэпидемиологического и поведенческого надзора второго поколения среди некоторых уязвимых групп населения.

По проекту «Исследование распространенности ВИЧ–инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения в Азербайджанской Республике» был составлен отчет, который был опубликован в 2008 г на двух языках: азербайджанском (полная версия) [2] и английском (сокращенная версия) [3].

Исследования проводились в семи городах и районах Азербайджанской Республики: г. Баку, г. Сумгаит, г. Гянджа, р. Ленкорань, р. Масаллы, г. Ширван и р. Гаджикабул.

Данные дозорного эпиднадзора, проведенного в 2007–2008 гг. в 7 Азербайджана, среди 5 групп (ПИН, СР, МСМ, уличные дети и заключенные) подтвердили, что эпидемия ВИЧ–инфекции находится на концентрированной стадии, поскольку распространенность вируса в группе ПИН составила в среднем 10,3%. Распространенность серопозитивности к ВИЧ среди СР составила в среднем 1,7%, среди МСМ – 1%, среди заключенных – 2,9%, среди уличных детей антитела к ВИЧ не были выявлены.

Основными факторами риска в моделях поведения уязвимых групп в контексте заражения ВИЧ, по данным проведенного исследования, являлись: частое употребление наркотиков инъекционным путем, широкое использование

игл и шприцев, ранее использованных другим лицом, отсутствие возможности получать стерильные иглы и шприцы, большое количество половых партнеров и незащищенных половых контактов, секс в состоянии наркотического и алкогольного опьянения, наличие фактов сексуального насилия, наличие ВИЧ-инфицированных среди сексуальных партнеров. При этом отмечалась низкая информированность о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для каждой группы, низкий процент участия в этих программах.

Широкая распространенность высокорискованных поведенческих практик среди ПИН, СР, МСМ и «уличных» детей, информация об уже имеющихся случаях ВИЧ-инфекции среди этих групп, а также осужденных, высокий уровень инфицированности респондентов гепатитом С, выявление случаев носительства маркера гепатита В и серопозитивности к возбудителю сифилиса позволяет рассматривать указанные группы как высокоуязвимые к ВИЧ.

В 2011 г. для продолжения мониторинга и оценки реальной эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции в Азербайджанской Республике, а также мониторинга поведения, способствующего инфицированию, в труднодоступных группах населения, было проведено третье дозорное исследование.

Проект реализован в процессе сотрудничества государственной службы по противодействию ВИЧ-инфекции, Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики, с другими региональными подразделениями Министерства Здравоохранения (Наркологический диспансер Ленкоранского района, Центральные Районных Больниц Масаллинского и Гаджикабулского районов) и неправительственными и общественными организациями, оказывающими медико-социальные услуги целевым группам настоящего исследования. Проект был осуществлен при финансовой и технической поддержке Глобального Фонда.

Исследованием были охвачены следующие уязвимые к ВИЧ группы населения: ПИН – 1200 респондентов (города – Баку, Сумгаит, Гянджа, Ширван, районы – Ленкорань, Масаллы, Гаджикабул); СР – 300 респондентов (города Баку, Гянджа, Сумгаит); МСМ – 200 респондентов (г. Баку); уличные дети – 200 респондентов (г. Баку); осужденные – 400 респондентов, отбывавших наказание в учреждениях пенитенциарной системы на территории Азербайджанской Республики.

В ходе выполнения проекта в группах была изучена распространенность ВИЧ-инфекции и инфекций, имеющих сходные с ВИЧ пути передачи (вирусные гепатиты В и С, сифилис), а также факторы риска в моделях их поведения, способствующие инфицированию. Следует отметить, что впервые в группе осужденных было проведено интегрированное дозорное сероэпидемиологическое исследование.

В результате исследования установлено, что распространенность ВИЧ в группе ПИН составила в среднем 9,5%, варьируя в зависимости от региона от 2% до 16,7%; в группе СР – в среднем 0,7%, варьируя в зависимости от региона от 0% до 4 %; в группе МСМ гор. Баку – 2%; в группе заключенных – 5,8%, в группе уличные дети – 0%.

Данные дозорного эпиднадзора еще раз подтвердили, что эпидемия ВИЧ-инфекции в Азербайджане продолжает находиться на концентрированной стадии, так как в результате исследования было установлено, что распространенность вируса в группе ПИН составила в среднем 9,5%, а среди заключенных – 5,8%.

Учитывая то, что размер групп населения, наиболее значимых для эпидпроцесса ВИЧ-инфекции в Азербайджане (ПИН, СР, МСМ) не был установлен, что затрудняло оценку потребностей и охвата услугами, в 2011 г. впервые в Азербайджане была проведена оценка численности групп рискованного поведения.

В августе – сентябре 2011 г. по проекту «Оценка численности групп рискованного поведения» в Азербайджанской Республике были проведены исследования в десяти городах и районах Азербайджанской Республики: г. Баку, г. Сумгаит, г. Гянджа, г. Ширван, р. Ленкорань, р. Масаллы, р. Гаджикабул, р.Закатала, р.Казах и р.Билясувар.

Исследованием были охвачены следующие уязвимые к ВИЧ группы населения: ПИН – 1250 респондентов (Баку, Сумгаит, Гянджа, Ширван, Ленкорань, Масаллы, Гаджикабул, Казах); СР – 500 респондентов (Баку, Гянджа, Сумгаит, Масаллы, Закатала, Казах, Билясувар); МСМ – 300 респондентов (г. Баку, Гянджа, Сумгаит).

В группе ПИН в семи регионах (Баку, Сумгаит, Гянджа, Ширван, Ленкорань, Масаллы, Гаджикабул), в группе СР в трех регионах (Баку, Сумгаит, Гянджа) и в группе МСМ в городе Баку, проект по определению численности групп рискованного поведения был интегрирован в дозорное сероэпидемиологическое исследование.

Результаты проекта находятся в стадии обработки и в дальнейшем будут использованы для планирования новых и повышения эффективности имеющихся профилактических программ по ВИЧ-инфекции для этих групп, а также их менеджмента. Ожидается, что это будет содействовать повышению качества данных программ для уязвимых групп населения, вследствие чего будет возможным ограничение распространения ВИЧ-инфекции/СПИДа и смягчение его последствий.

Кроме того, в 2010 году было проведено второе биоповеденческое исследование среди МСМ в Азербайджане. Исследование было проведено неправительственной организацией «Гендер и развитие», совместно с Республиканским Центром по борьбе со СПИДом, при технической поддержке странового офиса ВОЗ в Азербайджане. Контроль за проектом осуществлялся со стороны СОС Нидерланды (Cultuur en Ontspannings-Centrum, or Centre for Culture and Leisure), отчет был написан обучающим центром ВОЗ по наращиванию

потенциала в области эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом при Университете общественного здравоохранения города Загреб, Хорватия. Целью данного исследования, главным образом, было определение распространенности ВИЧ-инфекции и сифилиса среди MSM в Баку. А также поведенческие характеристики, которые важны для понимания контекста передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым путем. Для формирования выборки впервые в Азербайджане была выбрана методика, управляемая самими респондентами (RDS). Исследованием было охвачено 454 представителя данной группы. Сбор данных проводился исследовательской группой в период апрель – июль 2010 года.

Во время исследования у 2 (0,6%) MSM была выявлена ВИЧ-инфекция, у 16 (1,5%) MSM – антитела к возбудителю сифилиса [5].

Данное исследование также выявило высокое рискованное поведение MSM. Что еще раз подтверждает необходимость рассматривания MSM и их половых партнеров как весьма уязвимая группу для ВИЧ-инфекции.

Потребители инъекционных наркотиков.

Географический регион, в котором расположен Азербайджан, находится на пути наркотрафика между Азией и Европой, что способствует более широкому распространению наркомании среди местных жителей.

Согласно данным Республиканского Наркологического Центра, в стране растет число потребителей наркотиков, в том числе и инъекционных. Так, на конец 2011 г., в Азербайджане официально зарегистрировано 26716 наркоманов, из которых 15310 – это потребители инъекционных наркотиков, в то время как в 2010 г их число составляло 25489 и 14146, соответственно.

В рамках проекта «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения», проведенного в 2011г. было обследовано 1200 ПИН на 7 административных территориях (города Баку, Сумгаит, Гянджа и Ширван, районы Ленкорань, Массалы, и Гаджикабул).

Во всех 7-ми регионах ПИН были представлены преимущественно мужчинами (98,1%) и лишь незначительно (1,9%) женщинами. Около трети ПИН (28,9%), участвовавших в опросе, в течение последних лет проживали за пределами Республики (в основном в России и Украине). Основной наркотик, употребляемый ими, – героин (99,0%), однако, наряду с ним использовались и опиаты кустарного изготовления (45,5%).

Установлено, что эпидемия ВИЧ-инфекции в Республике продолжает поддерживаться, в первую очередь, за счет распространения вируса в группе ПИН. Присутствует региональная специфика в уровне пораженности ВИЧ – от 2,0% (г. Гянджа) до 16,7% (г. Ширван). Отмечен факт снижения уровня серопозитивности к ВИЧ среди ПИН в 2011 г. по сравнению с 2007–2008 гг. в г. Баку (с 7,5% до 4,7%),

в р. Гаджикабул (с 33,0% до 12,7%) и в г. Ширван (с 21,0% до 16,7%); в то же время отмечается рост выявляемости среди ПИН в г. Ленкорань (с 9,3% до 13,3%), в р. Масаллы (с 5,3% до 12%), в г. Сумгаит (с 6,7% до 10%) и в г. Гянджа (с 1,3% до 2%).

В то же время, на ещё более высоких показателях распространенности, чем в 2007–2008 гг, продолжается эпидемия гепатита С в г. Баку (в 2007–2008 гг. – 57,0%, в 2011 г. 60,7%), в г. Гянджа (в 2007–2008 гг. – 28,7%, в 2011 г. 31,3%), в г. Сумгаит (в 2007–2008 гг. – 46,7%, в 2011 г. 64,7%), в г. Ширван (в 2007–2008 гг. – 29,0%, в 2011 г. – 61,3%), в р. Масаллы (в 2007–2008 гг. – 45,3%, в 2011 г. – 50,7%), в р. Ленкорань (в 2007–2008 гг. – 80,7%, в 2011 г. – 88,0%). Единственным регионом, где отмечается некоторое снижение показателя серопозитивности к вирусу гепатита С среди ПИН, это р. Гаджикабул, где в 2007–2008 гг. был отмечен очень высокий уровень распространенности – 87,0%, а в 2011 г. он снизился на 1,7% и составил – 85,3%.

Распространенность гепатита В среди ПИН, которая составляет в среднем 10,9%, также возросла по сравнению с исследованием, проведенным в 2007–2008 гг., когда она составляла 5,9%. По отдельным регионам инфицированность гепатитом В возросла в г. Сумгаит с 8,7% до 12,0%, г. Гянджа с 6,0% до 13,3%, р. Гаджикабул с 7% до 13,3%, г. Ширван с 3,0% до 14,0%, р. Ленкорань с 6,0% до 10,7%, р. Масаллы с 2% до 7,3%. Единственным регионом, где отмечается некоторое снижение показателя серопозитивности к вирусу гепатита В среди ПИН, это г. Баку, где в 2007–2008 гг. серопозитивность составляла 7,5%, а в 2011 г. – 5%.

Циркуляция ВИЧ поддерживается в группе ПИН также и за счет полового пути, о чем косвенно свидетельствуют данные о серопозитивности к возбудителю сифилиса (показатель распространенности антител к *Tp. Pallidum*) среди ПИН варьировал на разных территориях от 4,7% (г. Ленкорань) до 14,7% (р. Гаджикабул). При этом наблюдается некоторое снижение в 2011 г. по сравнению с 2007–2008 гг. пораженности в двух регионах: это р. Масаллы (с 10,7% до 7,3%) и г. Ширван (с 8,0% до 6,7%). Во всех остальных районах, кроме города Сумгаит, в котором это значение осталось неизменным, наблюдается повышение серопозитивности к возбудителю сифилиса. Так в городе Баку он повысился с 3,5% до 5,7%, в г. Гянджа – с 3,3% до 6,0%, в р. Гаджикабул – с 10,0% до 14,7% и в р. Ленкорань – с 3,3% до 4,7%.

Дополнительными факторами риска инфицирования ВИЧ среди ПИН являлись: высокая частота употребления наркотиков (более 80% респондентов употребляли наркотики инъекционно несколько раз в неделю или в день); использование «чужих» (80,8%) и передача «своих» (81,7%) использованных шприцев и игл в течении последнего месяца; большое количество сексуальных партнеров («случайных» – 4, «коммерческих» – 5), неиспользование презервативов (более 80%).

Информированность о ВИЧ/СПИДе в группах ПИН оказалась достаточно высокой (98,9%), однако, имелись определенные заблуждения по отдельным

вопросам. Информированность о существующих услугах профилактических программ и другого медико–социального сервиса среди ПИН в среднем по семи регионам составила 55,6%, наименее информированными оказались ПИН Гянджи (38,7%) и Массалы (10,7%).

Таким образом, данные об уровне распространения ВИЧ–инфекции и факторов риска в поведении ПИН, делающих их уязвимыми к ВИЧ, полученные в дозорном исследовании, позволяют подтвердить, что эпидемический процесс ВИЧ–инфекции в Азербайджанской Республике находится на концентрированной стадии. По степени пораженности ПИН ВИЧ–инфекцией изученные регионы Республики ранжируются в следующем порядке: г. Ширван (16,7%), р. Ленкорань (13,3%), р. Гаджикабул (12,7%), р. Массалы (12,0%), г. Сумгаит (10,0%), г. Баку (4,7% г.), Гянджа (2,0%). В среднем среди ПИН семи регионов она составляет 9,5%.

При сравнении данных 2011 г. с результатами дозорного эпидемиологического надзора 2007–2008 гг., отмечается некоторое снижение инфицированности ПИН ВИЧ–инфекцией (с 10,3% до 9,5%), увеличение инфицированности гепатитом С (с 53,2% до 62,8%), гепатитом В (с 5,9% до 10,1%) и сифилисом (с 5,9% до 7,0%).

В целом, результаты исследования по группе ПИН, подтверждают данные дозорных исследований предыдущих лет. Исследование, проведенное в 2011 г. среди ПИН, позволяет вновь констатировать факт, что эпидемия ВИЧ–инфекции находится на концентрированной стадии, поскольку распространенность вируса в группе наркопотребителей составляет 9,5%, колеблясь от 2% до 16,7%.

Секс–работницы (СР)

Женщины, вовлеченные в коммерческий секс–бизнес, составляют вторую по значимости после потребителей инъекционных наркотиков группу, определяющую развитие эпидемии ВИЧ–инфекции. В Азербайджане доминирующим является парентеральный путь передачи ВИЧ (в основном среди группы ПИН), однако, за последние годы наблюдается тенденция роста передачи ВИЧ половым путем. Так, если в 2009 и 2010 годах было зарегистрировано 537 (23,7%) и 662 (24,3%) случаев передачи ВИЧ гетеросексуальным путем, соответственно, то на конец 2011 года эта цифра составила 858 (26,3%).

Секс–бизнес действует в стране нелегально. Это определяет труднодоступность данной группы, хотя для определения эпидемиологической ситуации с распространением ВИЧ/СПИДа в стране необходимо проведение исследований основных тенденций, поведенческих аспектов и ведущих факторов заражения среди СР. По данным Министерства Здравоохранения, случаи выявления ИППП в стране в 2010 г. были следующими: 294 случаев заражения сифилисом, 1213 – гонореей и 2504 – трихомониазом. В 2011г. эти цифры составили, соответственно, 488, 752 и 1723.

В 2011 году в рамках проекта «Исследование распространенности ВИЧ – инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения» было обследовано 300 СР в 3 городах (Баку – 200, Гянджа – 50, Сумгаит – 50), при этом были обследованы все доступные для обследования СР.

Антитела к ВИЧ были выявлены только в образцах крови когорты г. Гянджа (4,0%), в отличии от предыдущего проекта (2007–2008 гг.), где ВИЧ–инфекция была выявлена у 2,5% СР только в г. Баку.

Также отмечается изменение в инфицированности гепатитами В, С и сифилисом. Так, показатели серопозитивности к возбудителю сифилиса по результатам исследования, проведенного в 2011 году, в г. Гянджа снизились с 22,0% до 12,0%, в г. Сумгаит – с 14,0% до 4,0%, по г. Баку же отмечается небольшое увеличение серопозитивности с 3,5% до 5,0%.

Иная картина наблюдается по отношению выявляемости маркера гепатита В. Во всех трех городах отмечается повышение инфицированности. Так, по сравнению с предыдущим исследованием, проведенным в 2007–2008 гг., отмечается увеличение инфицированности гепатитом В в г. Гянджа с 8,0% до 14,0%, в г. Сумгаит с 2,0% до 4,0% и в г. Баку с 2,5% до 3,5%.

Повышение инфицированности гепатитом С наблюдалось среди респондентов двух городов – Гянджа (с 10,0% до 18%) и Баку (с 8,0% до 11,5%). В г. Сумгаите же, наоборот, этот показатель снизился с 14,0% до 6,0%.

Результаты исследования показали, что 22,7% женщин, участвовавших в исследовании, в течение последних лет периодически проживали за рубежом (Турция, Арабские Эмираты, Россия).

Опыт употребления какого–либо инъекционного наркотика имели 16,7% секс–работниц в г. Баку, в г. Сумгаит – 62,5% женщин, в г. Гянджа – 55,6%. Основными наркотиками являлись героин и кустарно изготовленные опиаты.

Практика совместного использования инструментария для инъекций была отмечена во всех трех регионах. Бакинские и гянджинские СР «иногда» пользовались чистыми иглами и шприцами, в отличие от сумгаитских СР, которые в половине случаев в течение последнего месяца для внутривенного введения наркотика пользовались чистыми иглами и шприцами.

Ведущие факторы риска в контексте заражения ВИЧ присутствовали в моделях сексуального поведения СР: среднее число различных сексуальных партнеров последний месяц составило 63 – в г. Баку, 44 – в г. Гянджа и 40 – в г. Сумгаит. Причем, больше половины СР Сумгаита (56,0%), почти половина СР Баку (46,0%) и Гянджи (42,0%) не использовали презерватив при последнем половом контакте с «коммерческим» партнером. Чаще всего причиной неиспользования презерватива были возражения партнера.

При этом, 2,0% СР Сумгаита определенно утверждали, что за последние 12 месяцев они имели половые контакты с ВИЧ–инфицированными партнерами. Сексуальному насилию за последние 12 месяцев подвергалась четверть (по 26,0%) СР Сумгаита и Гянджи, реже – СР в Баку (6,5%).

Процент осведомленности СР о ВИЧ/СПИДе был довольно высок (95,7 %), однако, имелись определенные заблуждения по отдельным вопросам. Опыт тестирования на ВИЧ когда-либо имели 27,3% СР, из них за последний год – 53,7%. Информированность СР о существующих услугах медико-социального сервиса неодинакова и составляет в г.Баку – 91%, в г.Сумгаите – 16% и в г.Гянджа – 36% . Такова же обращаемость за этими услугами.

Следствием высокорискованного поведения являлась высокая инфицированность гепатитом С (11,7%), гепатитом В (5,3%) и сифилисом (6,0%), а также инфицированность ВИЧ-инфекцией (0,7%).

При сравнении данных 2011 г. с результатами дозорного эпидемиологического надзора 2007–2008 гг., отмечается некоторое снижение инфицированности СР ВИЧ-инфекцией с 1,7% до 0,7% и инфицированности сифилисом с 8,3% до 6,0%, однако зарегистрировано увеличение инфицированности гепатитом С с 9,3% до 11,7% и гепатитом В с 3,3% до 5,3%.

Таким образом, при изучении поведенческой модели женщин из группы СР демонстрируется очень много факторов риска и возможность роста эпидемии ВИЧ-инфекции в этой группе, а также среди клиентов этой группы.

Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)

В Азербайджане, как и в других странах постсоветского пространства, не уделялось внимания исследованиям в группе МСМ. С одной стороны, это определялось доминирующей ролью ПИН в эпидемической ситуации, а с другой стороны – из-за труднодоступности закрытой группы МСМ. Сексуальные связи между однополыми партнерами не являются вне закона в Азербайджане, однако МСМ являются наиболее подверженной стигматизации группой, и публичное признание гомосексуальной ориентации личности не принято в азербайджанском обществе. Однако за отчетный период наблюдается увеличение числа исследований, проводимых среди представителей данной группы, вследствие чего улучшаются социологические и эпидемиологические данные об этой группе.

Данные традиционного надзора о выявляемости ВИЧ-инфекции среди МСМ за последние три года свидетельствуют о том, что распространенность ВИЧ среди них имеет тенденцию к нарастанию. Так, если по итогам 2009 года из ВИЧ-инфицированных граждан Азербайджана 16 человек (0,7%) инфицировались в результате однополых половых контактов, то по итогам 2010 года уже 22 случая (0,8%) приходилось на долю МСМ, а на 1 января 2012 г зарегистрировано 29 случаев инфицирования среди МСМ, что составляет 0,9% всех ВИЧ-инфицированных.

В 2010 году было проведено второе биоповеденческое исследование среди МСМ в Азербайджане. Исследование было проведено неправительственной организацией «Гендер и развитие», совместно с Республиканским Центром по борьбе со СПИДом, при технической поддержке

странового офиса ВОЗ в Азербайджане. Контроль за проектом осуществлялся со стороны СОС Нидерланды (Cultuur en Ontspannings-Centrum, or Centre for Culture and Leisure), отчет был написан обучающим центром ВОЗ по наращиванию потенциала в области эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом при университете общественного здравоохранения города Загреб, Хорватия. Исследованием было охвачено 454 представителя данной группы. Сбор данных проводился в период апрель – июль 2010 года.

Включенные в выборку МСМ (55,3%) были в основном, в возрасте 18–21 лет. 61,5% из них имели среднее образование, 71,6% респондентов не состояли в браке.

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о высоком уровне рискованного сексуального поведения среди МСМ. Так, более 20% МСМ в среднем имели 6 и более половых партнеров–мужчин в течение последних 6 месяцев. Частота использования презервативов была низкой: 37,7% МСМ не использовали презерватив во время последнего анального контакта, 56,4% никогда не пользовались презервативами во время полового контакта со случайным партнером за последние 6 месяцев, 33,4% никогда не пользовались презервативами с постоянными партнерами–мужчинами в течение последних 6 месяцев и только 42,7% использовали презерватив во время последнего полового контакта с постоянным партнером. В течение последних 6 месяцев у 19% МСМ был оральный и/или анальный секс с коммерческим партнером. И только четверть из них пользовалась презервативом во время последнего сексуального контакта. На протяжении своей жизни 89% МСМ имели опыт половых контактов с женщиной, большинство их (66,2%) идентифицировали себя как бисексуалы. 38,6% МСМ имели 11 или более сексуальных партнерш за последний год.

Информированность МСМ о ВИЧ, была невысокая. Треть (37,5%) МСМ информированы о ВИЧ. 93,4% МСМ знали, что ВИЧ может передаваться с помощью иглы или шприца, уже использованного кем-то другим, 43% осознавали, что ВИЧ не передается при совместном приеме пищи. Однако, только 13% из них правильно ответили на все вопросы об ВИЧ-инфекции.

Во время исследования у 2 (0,4%) МСМ была выявлена ВИЧ-инфекция, у 16 (3,5%) МСМ – антитела к возбудителю сифилиса.

Данное исследование также выявило высокое рискованное поведение МСМ и что еще раз подтверждает необходимость рассматривания МСМ и их половых партнеров как весьма уязвимую группу для ВИЧ-инфекции.

В 2011 г. в рамках проекта «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения» в Азербайджане, было проведено третье дозорное исследование среди МСМ и было обследовано 200 респондентов в городе Баку.

Результаты проекта показали, что MSM были представлены в основном молодыми мужчинами в возрасте 20 – 29 лет (63,0%), из которых 40% имели среднее, 37% – высшее образование. Из опрошенных MSM 78,5% не состояли в браке и не жили с каким-либо партнером в гражданском сожительстве. Больше половины MSM (52,0%) не имели постоянной работы, 30,5% их за последние 5 лет проживали за пределами Республики, в основном, в Турции (60,7%) и России (47,5%).

По данным опроса, 22,5% респондентов употребляли когда-либо в жизни неинъекционные наркотики, причем 91% из них употребляли их за последний месяц. В отличие от предыдущего проекта, ни один из респондентов не указал на употребление наркотиков инъекционным путем.

Абсолютное большинство MSM имели оральные (97%) и анальные половые контакты (100%), а также большое количество постоянных, случайных и коммерческих партнеров (среднее число различных сексуальных партнеров составило 30). Бисексуальные контакты подтвердили 10,5% респондентов. Кроме того, 4% респондентов подвергались сексуальному насилию.

Следствием высокорискованного поведения явилась высокая серопозитивность к возбудителю сифилиса (8,0%), к вирусу гепатита С (6,5%), к вирусу гепатита В (5%), а также инфицированность ВИЧ-инфекцией (2%).

При сравнении этих данных с результатами дозорного эпидемиологического надзора 2007–2008 гг., отмечается двукратное увеличение инфицированности MSM ВИЧ-инфекцией (с 1% до 2%), и некоторое увеличение серопозитивности к вирусу гепатита В (с 4% до 5%). При этом, серопозитивность к возбудителю сифилиса осталась прежней, а к гепатиту С снизилась с 14% до 6,5%.

Разница в результатах по серопозитивности к ВИЧ и сифилиса, полученные в двух исследованиях («Биоповеденческое исследование среди MSM», 2010 г. и «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения», 2011 г.) скорее всего, является результатом различных методик формирования выборки.

Высокорискованная практика сексуального поведения, употребление наркотиков, наличие сексуального насилия позволяет рассматривать MSM и их половых партнеров как высокоуязвимую для ВИЧ-инфекции группу.

Уличные дети

В Азербайджанской Республике в рамках проекта «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения» было проведено второе дозорное интегрированное сероэпидемиологическое и поведенческое исследование в группе уличных детей. Была обследована группа из 200 уличных детей в городе Баку, которая большей частью была представлена мальчиками (92,5%), а в меньшей (7,5%) – девочками. Средний возраст детей в группе составляет 17 лет, средняя

давность проживания в г. Баку – 16 лет. Среднее число лет обучения составило 8 лет. На момент исследования только 14,0% уличных детей проживали самостоятельно вне семей родителей, родственников и приютов, большая же часть – 65% жили в семье с родителями. По ответам 95,0% уличных детей следует, что средством существования для них являлись подсобные работы (38,5%), уборка рабочих и торговых мест (28,6%), торговля (28,1%), мытье машин (22,4%) и др.

Отмечены факты задержания со стороны полиции уличных детей (17,0%), в большинстве случаев (70,6%) причиной тому было хулиганство.

Больше половины респондентов (61,0%) употребляли алкоголь, 28,0% – имели опыт употребления каких-либо наркотиков, однако никто не указал на использование наркотиков инъекционным путем.

70,5% из уличных детей отметили опыт половых контактов, из них 62,5% – в течение предшествующего года. При этом, среднее число гетеросексуальных половых партнеров за год составило 7 человек.

Превалирующее большинство уличных детей не использовали презерватив при последнем половом контакте с некоммерческим (74,1%) и с коммерческим (74,8%) партнером. Из 70,0% респондентов, ответивших на вопрос об опыте гомосексуальных контактов, 6,4% подтвердили наличие таких контактов в течение жизни.

Общая информированность детей об ИППП/ВИЧ/СПИДе на уровне 56,0% – 80,0%, однако многие из них имеют заблуждения по ряду вопросов. Информированность уличных детей о программах профилактики ВИЧ/ИППП, проводимых для подростков и молодежи в городе Баку, составляет всего 30,5%, из них 11,5% детей лично принимали участие в этих программах.

Только у 3,0% был опыт прохождения тестирования на ВИЧ-инфекцию когда-либо в жизни, половина из которых тестировалась в течение предшествующего года.

Из 200 обследованных уличных детей ни у одного не были выявлены антитела к ВИЧ, у 3,5% детей выявлен маркер гепатита В, у 8,0% выявлены антитела к вирусу гепатита С, у 0,5% – антитела к возбудителю сифилиса. Следует отметить, что относительно результатов одноименного исследования, проведенного в 2007–2008 гг., (HBsAg был обнаружен у 0,5%, анти-HCV у 3,5%, анти-Luis у 4,0% уличных детей) отмечается повышение серопозитивности к вирусам гепатитов В и С, а также снижение серопозитивности к возбудителю сифилиса.

В целом, поведение уличных детей характеризовалось высокими рисками в плане наркопотребления и сексуального поведения. Группа высокоуязвима к ВИЧ и потенциально может быть средой для распространения эпидемии. ВИЧ-инфекция не была диагностирована среди уличных детей, но высокая практика наркопотребления и их вступление в беспорядочную половую связь, позволяют предполагать развитие эпидемии среди них.

Лица, отбывающие наказание в местах лишения свободы

До 2011 года дозорный эпиднадзор среди заключенных ограничивался проведением только серологических исследований среди представителей данной группы. Впервые в рамках проведенного в 2011–м году проекта «Исследования показателей распространения ВИЧ–инфекции и факторов риска инфицирования в поведении некоторых чувствительных групп населения в Азербайджанской Республике» в группе заключенных наряду с серологическим, был проведен сбор поведенческих данных. Работа с представителями целевой группы заключенных проводилась с помощью медицинской службы Министерства Юстиции в 3 учреждениях пенитенциарной системы, расположенных в г. Баку. Всего в исследование и обработку было включено 400 анкет и 400 образцов крови.

Средний возраст заключенных, участвовавших в исследовании, составил 33 года. Большинство заключенных (70,3%) имело среднее образование. Больше половины из них (54,8%) состояли в официальном браке и жили совместно с супругами, более трети (38,0%) не состояли ни в официальном браке и не жили с партнером в гражданском сожительстве.

Во время исследования было выявлено, что почти половина из них (46%) были задержаны по статье 234 УК Азербайджанской Республики «Незаконное изготовление, производство, получение, хранение, перевозка, транспортировка или продажа наркотических, психотропных веществ или их прекурсоров».

Большинство заключенных (90,5%) отметили факт употребления спиртных напитков когда–либо в жизни, 2,0% указали на возможность употребления спиртных напитков в учреждениях пенитенциарной системы, но абсолютное большинство заключенных (97,0%) за последний месяц не употребляли спиртные напитки в местах заключения.

61,5% заключенных имели опыт использования наркотических веществ когда–либо в жизни. 12,0% заключенных подтвердили наличие условий для приема наркотиков в местах заключения и почти половина их (45,0%) использовали наркотики в местах заключения, причем, 3,3% из них за последний месяц использовали неинъекционные наркотики (в основном, гашиш). Инъекционным путем наркотики (в основном, опиаты, изготовленные кустарным образом) использовало 2,5% заключенных. 42,3% заключенных во время последней инъекции использовали иглы и шприцы, которыми до того пользовались другие. При этом 62,1% из них считали, что они «обеззараживали» эти шприцы, однако, для 52,4% заключенных методами «обеззараживания» были промывание горячей или холодной водой. Число людей, которые использовали совместно с респондентом инъекционный инструментальный за последний месяц, составило 6 человек.

Почти каждый седьмой (15,0%) из респондентов, участвовавших в исследовании, пользовались бритвенными принадлежностями других людей, также, как они считали, «обеззараженными» водой.

Почти каждый второй (49,8%) из заключенных имел опыт нанесения татуировки во время последнего пребывания в местах заключения свободы. 74,4% из них во время этой процедуры пользовались использованными иглами.

97,3% заключенных имели опыт половых контактов в течение жизни. В свою очередь, 23,1% из них имели половых партнеров в течение последних 12 месяцев. 68% из них не использовали презерватив при половых контактах с постоянным партнером. 2,0% заключенных подтвердили наличие гомосексуальных половых контактов на протяжении жизни, из них 87,5% – за последние 12 месяцев, причем никто из них не использовал презервативы.

Почти все заключенные информированы о ИППП (92,3%) и гепатитах (95,3%), но никто из них в течение прошедшего года не обследовался и не лечился по поводу ИППП. В течение прошедшего года 2,5% заключенных был поставлен диагноз «гепатит В» и 7,8% – «гепатит С».

41,8% из них имеет опыт тестирования на ВИЧ–инфекцию, половина (50,3%) из которых тестировалась в течение последнего года. Информированы о ВИЧ/СПИДе 92,8% заключенных, хотя по отдельным вопросам имеются серьезные заблуждения. Например, 39,3% из них считают, что через укус комара можно инфицироваться ВИЧ–инфекцией.

В результате исследования у 5,8% заключенных была выявлена ВИЧ–инфекция, у 57,8% – антитела к вирусу гепатита С, у 5,8% – антиген гепатита В, а у 5,3% – антитела к возбудителю сифилиса. Показатель выявления ВИЧ–инфекции (5,8%) среди заключенных по сравнению с проводившимся в 2007–2008–м годах одноименным исследованием (2,9%) вырос в 2 раза, подтвердив факт концентрированности эпидемии среди них. Это служит подтверждением того, что среди осужденных присутствуют лица из уязвимых групп населения и что необходимо поддерживать эпидемиологический надзор за ВИЧ–инфекцией и вирусными гепатитами среди групп рискованного поведения и в тюрьмах.

В заключение следует отметить, что наличие среди заключенных большого числа потребителей инъекционных наркотиков, использование в основном нестерильных игл и шприцев во время приема наркотиков инъекционным путем и нанесения татуировок, неиспользование презервативов во время половых контактов, позволяет предположить вероятность более широкого распространения в будущем среди них ВИЧ–инфекции.

Данные дозорного эпиднадзора по проекту «Исследование распространенности ВИЧ–инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения в Азербайджанской Республике», проведенного в 2011 г. в 7 регионах Азербайджана среди 5 групп (ПИН, СР, МСМ, уличные дети и заключенные), еще раз подтвердили, что эпидемия ВИЧ–инфекции в Азербайджане продолжает находиться на концентрированной стадии, так как в результате исследования было установлено, что распространенность вируса в

группе ПИН составила в среднем 9,5% (варьируя в зависимости от региона от 2% до 16,7%), а в группе заключенных – 5,8%.

Основными факторами риска в моделях поведения уязвимых групп (ПИН, СР, МСМ, уличных детей и заключенных) в контексте заражения ВИЧ, по данным проведенного исследования, являлись: частое употребление наркотиков инъекционным путем, широкое использование игл и шприцев, ранее использованных другим лицом, большое количество половых партнеров и незащищенных половых контактов, секс в состоянии наркотического и алкогольного опьянения, наличие фактов сексуального насилия, наличие ВИЧ-инфицированных среди сексуальных партнеров. При этом отмечалась относительно низкая информированность о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для каждой группы, и низкая активность участия в этих программах.

Широкая распространенность высокорискованных поведенческих практик среди ПИН, СР, МСМ, уличных детей и заключенных, случаи ВИЧ-инфицирования среди ПИН, СР, МСМ и заключенных, высокий уровень инфицированности гепатитом С, выявление случаев носительства маркера гепатита В и антител к возбудителю сифилиса, позволяют рассматривать эти группы как высокоуязвимые к ВИЧ.

В ходе выполнения исследования респонденты всех целевых групп проекта получили информацию о ВИЧ/СПИДе, а также о существующих на территории Азербайджанской Республики программах профилактики, о социальной и медицинской помощи. Всем участникам исследования была предоставлена возможность узнать о своем серологическом статусе.

Результаты проекта позволят реально оценить эпидемиологическую ситуацию в стране, провести мониторинг распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценить эффективность действующих профилактических программ, а также планировать новые. Результаты позволят также оценить предпринимаемые усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов, при представлении отчетности на национальном и международном уровне.

Таким образом, наиболее значимые для эпидпроцесса группы населения ВИЧ-инфекции в Азербайджане: ПИН, СР, МСМ, заключенные и мигранты. Учитывая сложившуюся эпидемическую ситуацию, представляется актуальным осуществление постоянного мониторинга распространенности ВИЧ-инфекции и инфекций, имеющих сходные пути передачи, а также мониторинга факторов риска в поведении, способствующих инфицированию, в уязвимых группах населения.

IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа.

В Азербайджанской Республике проблема ВИЧ–инфекции и СПИДа продолжает оставаться актуальной и признана одной из приоритетных.

В целом политика и стратегия Азербайджанской Республики в области противостояния эпидемии ВИЧ–инфекции построена на принципах, установленных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом «Глобальный кризис–глобальные действия», принятой на 26–ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2001 г. а также Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2006 года.

Политическая Декларация по ВИЧ/СПИДу, принятая Генеральной Ассамблеей ООН в июне 2011 года, в которой намечены новые цели и обязательства по эффективному противодействию эпидемии СПИДа, требует дальнейшей активизации усилий по искоренению эпидемии ВИЧ.

Соблюдаются триединые принципы координации действия в области профилактики и лечения ВИЧ инфекции – единая национальная программа, единый координирующий межсекторальный орган и единая национальная система мониторинга и оценки.

В осуществлении мер по противодействию ВИЧ–инфекции в стране Правительство Республики и организации–исполнители руководствуются национальным и международным опытом, а также лучшими практиками борьбы со СПИДом. Вопросы противодействия социально–значимым заболеваниям, в том числе и ВИЧ, нашли отражение в следующих государственных документах Азербайджанской Республики:

- Закон Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека» от 11.05.2010 (№ 1001 IIIQ);
- Решение Кабинета Министров «Об утверждении некоторых нормативно–правовых актов в связи с применением Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека» № 62 от 27.04.2011;
- «Программа мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013 гг», утвержденная 27 ноября 2008 г.;
- Стратегический план Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики на 2011–2015 гг. Одним из важных направлений Плана является противостояние эпидемии ВИЧ /СПИДа

В отчетный период правительство страны, государственные и общественные организации Азербайджана активно содействовали реализации глобальной инициативы по обеспечению универсального доступа к профилактике, лечению,

уходу и поддержке. В стране продолжалась работа по выполнению обязательств по Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001г, а также Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2006 года об обеспечении всеобщего доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией, в том числе, через увеличение ресурсов, устранение стигмы и дискриминации, увеличение доступа к лекарственным препаратам и снижение уязвимости людей, пострадавших в результате ВИЧ/СПИДа.

Существующая в Азербайджане с 1997г. межведомственная стратегия мер в ответ на ВИЧ получила свое продолжение в виде «Программы мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013 гг», утвержденной 27 ноября 2008г. приказом министра здравоохранения, являющегося одновременно председателем Странового Координационного Комитета (СКК) по борьбе с ВИЧ/СПИД-ом, туберкулезом и малярией.

В 2011г. в стране при координирующей роли СКК и технической поддержке UNAIDS был разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 – 2017годы», который в настоящее время на этапе согласования с ключевыми ведомствами.

В течение 2010–2011 годов «Программа мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013 гг.» успешно реализовывалась, в результате чего эпидемия ВИЧ инфекции удержана в концентрированной стадии.

Основными целями программы являются:

- обеспечение взаимодействия государственных структур с учреждениями гражданского сектора, представителями уязвимых групп и ЛЖВ в осуществлении мероприятий по предупреждению ВИЧ/СПИДа;
- улучшение эпидемиологических показателей по распространенности ВИЧ-инфекции и ИППП, снижение случаев ВИЧ-инфекции и ИППП среди представителей групп риска;
- оказание медицинской помощи, ухода и поддержки ЛЖВ;
- усиление работы по проведению профилактических мероприятий среди групп высокого риска заражения ВИЧ (ПИН,СР,МСМ, заключенные, мигранты и др).

Основными направлениями программы являются:

- усиление системы взаимодействия между государственными и негосударственными организациями в деле профилактики ВИЧ/СПИДа и контроля за эпидемией;
- расширение мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП среди уязвимых групп населения;
- расширение охвата службы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) в государственных медицинских учреждениях,

дальнейшее их развитие в рамках программ оказания молодежи и снижения вреда;

- расширение и усовершенствование службы оказания медицинской и социальной помощи и поддержки людям, живущим с ВИЧ, в том числе, ВИЧ–инфицированным детям, и членам их семей;
- предупреждение передачи ВИЧ–инфекции, сифилиса и других инфекций от матери ребенку;
- усиление и усовершенствование системы эпидемиологического контроля, включая поведенческий надзор второго поколения и другие исследования, за ВИЧ–инфекцией и ИППП;
- обеспечение надзора в медицинских учреждениях за безопасностью переливания крови и проведения медицинских процедур с целью профилактики передачи ВИЧ, возбудителя сифилиса и других инфекций;
- расширение и усовершенствование мероприятий по просвещению и информированию представителей уязвимых групп, молодежи, детей и общего населения в вопросах профилактики ВИЧ–инфекции и ИППП;
- расширение и усовершенствование мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и уходу за лицами (включая заключенных) с сочетанными ВИЧ/туберкулез инфекциями.

По программе целевыми группами, на которые направлена работа по профилактике ВИЧ/СПИДа в стране, определены молодежь, ПИН,СР,МСМ, заключенные, мигранты/мобильные группы населения, женщины репродуктивного возраста, ЛЖВ. В программе указаны методы осуществления мероприятий по профилактике ВИЧ–инфекции среди отдельных групп населения. Это образовательные программы для молодежи, просветительские программы для общего населения и программы снижения вреда для уязвимых групп.

В 2011г. при поддержке UNAIDS разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 – 2017годы». Стратегический План был подготовлен рабочей группой СКК с участием всех заинтересованных министерств и ведомств, а также негосударственных, общественных и других организаций. Указанный документ объединяет все экономические и политические усилия страны, выражаясь в конкретных заданиях–обязательствах сторон, выполнение которых может быть конкретно мониторировано по качеству и объему, а также по срокам исполнения.

Стратегический План в настоящее время на этапе согласования с ключевыми ведомствами и, как ожидается, будет способствовать налаживанию стратегических и оперативных партнерских отношений между представителями общественного здравоохранения, органов правопорядка, гражданского общества и ключевых затронутых групп населения в целях наращивания высокорезультативных мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

С целью создания благоприятных правовых, социальных и политических условий для ликвидации стигматизации, дискриминации и насилия, связанных с

ВИЧ, и содействия расширению доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ–инфекции, в 2009г. была начата работа по подготовке нового законопроекта Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека». Действовавший в стране с 16 апреля 1996 года Закон «О предотвращении распространения заболевания (СПИД), вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)», не отвечал изменившимся подходам на проблему борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа, и сдерживал эффективное и справедливое осуществление программ профилактики ВИЧ–инфекции, лечения, ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ и затронутых ВИЧ.

Принятый 11 мая 2010 года Закон Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека» (№ 1001 ПҚ) заполнил пробелы, имевшие место в предыдущем Законе.

В новом Законе более конкретно отражены основные гарантии государства в области борьбы с ВИЧ–инфекцией, в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ:

- доступность и качество добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе, правила обследования на ВИЧ, обеспечение динамического наблюдения, предоставление психосоциальных, юридических и медицинских консультаций;
- медицинская помощь и бесплатное лекарственное обеспечение ;
- осуществление профилактических мероприятий по снижению риска передачи ВИЧ–инфекции от матери к плоду;
- социальная и правовая защита ВИЧ–инфицированных и членов их семей;
- недопущение каких–либо форм дискриминации в связи с характером заболевания;
- права, в том числе трудовые, и обязанности людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ);
- ответственность за заражение ВИЧ–инфекцией и нарушение конфиденциальности и др.

В то же время, в Законе особенно подчеркнута необходимость усиления профилактической работы по предупреждению заражения ВИЧ, введены новые статьи, определяющие проведение просветительской работы среди всего населения, и особенно, среди молодежи, мигрантов, представителей групп рискованного поведения, недопустимость стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ–инфекцией в учебных учреждениях и учреждениях социальной службы, осуществление медицинского контроля и помощи ЛЖВ, проведение профилактики ВИЧ–инфекции среди представителей групп риска, в пенитенциарной системе, проведение программ снижения вреда, постконтактной профилактики, обеспечение

безопасности медицинских процедур внедрением универсальных мер безопасности, защиту медицинских работников и др.

Принятие нового основополагающего правового акта в лице Закона от 11.05.2010 года за № 1001 IIIQ обусловило внесение изменений в принятые ранее законодательные акты, с целью приведения их в соответствие друг другу.

Указом Президента Азербайджанской Республики от 10.06.2010 года № 280 Закон был принят к исполнению и определены задачи Кабинету Министров о порядке введения его в действие и разработке нормативов социальных и медицинских услуг.

Решением Кабинета Министров № 62 от 27.04.2011 года были разработаны и введены в действие:

- нормативы и порядок обеспечения бесплатными медицинскими услугами по обследованию и лечению ЛЖВ;
- нормативы и порядок бесплатного обеспечения искусственным питанием новорожденных до 1 года, рожденных от ВИЧ– инфицированных матерей;
- в соответствии с программами снижения вреда нормативы и порядок бесплатного обеспечения ЛЖВ презервативами, а также ВИЧ–инфицированных ПИН шприцами и инъекционными иглами, препаратами заместительной терапии;
- список должностей и производств, занятие которых противопоказано ЛЖВ.

В соответствии с положениями Закона подготовлены и направлены на утверждение инструкции по:

- универсальным правилам безопасности в медицинских учреждениях;
- правилам и порядке проведения постконтактной профилактики;
- порядку и объему оказания паллиативной помощи ЛЖВ в стационарах и на дому;

Министерством Здравоохранения Республики (приказ № 73 от 14.07.2011г.) предусмотрена организация сети кабинетов-пунктов по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ), в т.ч. по инициативе медицинских работников. 15 кабинетов уже функционируют, в течение 2012–2013гг. предусмотрено открытие еще 35 кабинетов.

Правительством страны обеспечена гарантия защиты и уважения прав ВИЧ–инфицированных, принимаются меры по ликвидации дискриминации и борьбе со стигмой.

На состоявшейся в июне 2010г. в г.Баку V межпарламентской конференции стран Центральной Азии и Азербайджана по вопросам ВИЧ/СПИДа «Законодательное обеспечение мер по противодействию ВИЧ–инфекции и приоритеты межрегионального сотрудничества» был обсужден международный опыт в сфере законодательного обеспечения мер по противодействию эпидемии ВИЧ–инфекции,

председателем комитета по социальной политике Парламента Республики представлен обзор и этапы развития законодательства Азербайджана по вопросам ВИЧ /СПИДа .

Защита прав ВИЧ–инфицированных находится также в центре внимания Уполномоченного по правам человека (Омбудсмана) Азербайджана. Сотрудники аппарата в сотрудничестве с Министерством Здравоохранения, пенитенциарной службой, международными организациями участвовали в выработке концепции борьбы против ВИЧ/СПИДа и наркомании, проводили мониторинг законодательства в этой области, готовят информационные материалы для широкого населения по вопросам ВИЧ, проводят конференции. В течение отчетного периода сотрудники аппарата совместно со специалистами СПИД–Центра проводили просветительскую работу по распространению знаний о ВИЧ/СПИДе среди населения, участвовали в пропаганде здорового образа жизни. В рамках приуроченных к Всемирному дню прав человека « Месячника прав человека» и « Месячника прав детей» был проведен цикл семинаров–тренингов, посвященных эффективной профилактике ВИЧ/СПИДа.

С 2004г. в стране сформирован и функционирует общенациональный межведомственный координационный орган – Страновой Координационной Комитет (СКК) по борьбе с ВИЧ/СПИД–ом, туберкулезом и малярией, который возглавляет Министр Здравоохранения Республики. СКК объединяет и координирует усилия государственных, неправительственных и международных организаций, направленные на противодействие распространению ВИЧ–инфекции в стране и смягчению последствий эпидемии. Состав СКК отражает потребности сферы и обеспечивает эффективность и устойчивость взаимодействия с неправительственным сектором и международными организациями. В него входят представители Министерства Здравоохранения Республики, Министерства Внутренних Дел, Министерства Юстиции, Министерства Образования, Министерства Молодежи и Спорта, экспертных организаций, таких как Республиканский СПИД Центр, Республиканский Наркологический Центр, НИИ Легочных заболеваний, НИИ Акушерства–гинекологии; местных неправительственных организаций, включая представителей людей, живущих с ВИЧ и туберкулезом; международных неправительственных организаций. В 2010г. состав СКК был обновлен, впервые заместителем председателя СКК избран представитель неправительственного сектора. В настоящее время представители гражданского сектора в СКК занимают 38% состава, включая людей, живущих с ВИЧ, против 20% в 2009г.

Работа СКК позволила обеспечить эффективную реализацию проекта «Усиление ответных мер против ВИЧ/СПИДа в Азербайджанской Республике» 4 раунда, финансируемого Глобальным Фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Поданная в 2009 году Правительством Республики заявка на получение гранта 9 раунда Глобального Фонда была удовлетворена. Для проведения пятилетней программы (2010–2015гг.) стране был выдан грант в

размере 21,6 миллионов евро. Указанная Программа «Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧСПИДа среди групп повышенного риска населения при участии гражданского общества» успешно реализовывается с октября 2010 года.

Глобальным Фондом на мероприятия по противодействию распространения ВИЧ/СПИДа в Азербайджане за 2010–2011г.г. было выделено 4311385 евро (456442– в 2010г. и 3854943 – в 2011г.), из которых на профилактические программы (включая профилактическую работу, направленную на изменение поведения и снижение вреда в уязвимых группах населения – ПИН, СР, заключенные, молодежь и т.п) затрачено 1212249 евро, на уход и лечение (включая АРВ–терапию, лечение оппортунистических инфекций, паллиативную помощь ЛЖВ и социальное сопровождение) – 1037776 евро, управление программами –1765950 евро, кадровые ресурсы - 187866 евро, исследования – 107545 евро.

В отчетном периоде существенно увеличено государственное финансирование борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Бюджет на расходы в связи с ВИЧ/СПИДом составил: в 2010г. – 5 486 032,01 AZN (6 857 540,01 USD), в 2011г. – 6 765 092,79 AZN (8 563 408,60 USD). Определенную часть из него составляет бюджет выделенный Министерством Здравоохранения для Республиканского СПИД-Центра. Так, если в 2008-2009 гг. он составлял 2148850 AZN, то в 2010-2011 гг. эта сумма была увеличена почти вдвое и составила 4923069,19 AZN. Бюджет Минздрава включает различные направления финансирования, и в первую очередь, снабжение тест-системами для диагностики ВИЧ-инфекции и оппортунистических инфекций, АРВ-препараты, лекарственные препараты для профилактики и лечения оппортунистических инфекций и симптоматической терапии.

Политическая поддержка и увеличение финансирования в 2010–2011 гг. позволили расширить организационные мероприятия в отношении ВИЧ–инфекции.

Повысился охват общего населения и уязвимых групп профилактическими программами, направленными на предупреждение заражения ВИЧ, в том числе, программами снижения вреда. Последовательное проведение этих программ в ряде регионов привело, как показали результаты дозорного эпиднадзора, к снижению распространенности ВИЧ среди представителей группы ПИН в этих регионах.

В 2010–2011гг. продолжалась работа по усовершенствованию лабораторной службы, осуществляющей исследования на ВИЧ–инфекцию. Из средств государственного бюджета, а также из средств проекта, финансируемого Глобальным фондом, получен Real Time ПЦР–анализатор, экстрактор для ПЦР–анализатора, ИФА–анализатор, а также ИТ–оборудование. В ближайшее время планируется приобретение еще одного ПЦР–анализатора, аппарата для определения резистентности ВИЧ к АРВ–препаратам, 6 ИФА–анализаторов,

гематологического, биохимического, бактериологического анализаторов и прочего лабораторного оборудования. Приобретены IT-оборудование, а также транспортные средства для организованных в различных регионах страны 6 Центров по АРВ-терапии. Для внедрения пилотного проекта по обмену шприцев в 4-х учреждениях пенитенциарной системы приобретены аппараты для обмена шприцев.

Увеличился охват ЛЖВ диспансерным наблюдением и лечением, в первую очередь АРВ-терапией. Расширился охват ВИЧ-инфицированных беременных АРВ-профилактикой, а соответственно, и детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами.

При финансовой поддержке Глобального Фонда сотрудниками СПИД-Центра и представителями организации ЛЖВ продолжала оказываться паллиативная помощь больным, нуждающимся в уходе и поддержке.

Большой вклад в реализацию программ вносит гражданское общество. В настоящее время более 30 организаций работают в области профилактики и смягчения последствий эпидемии ВИЧ-инфекции, осуществляя работу с уязвимыми группами населения и ЛЖВ, реализуя программы по социальной помощи.

Продолжается работа по созданию единого национального плана по мониторингу и оценке эффективности мероприятий по ВИЧ/СПИДу.

На состоявшейся в сентябре 2011г. в столице Азербайджана г.Баку сессии Европейского регионального комитета ВОЗ 53 государствами-членами Европейского региона был одобрен «Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015гг.», в подготовке которого страна принимала активное участие.

В 2010 и 2011гг. представители Азербайджана участвовали в работе следующих международных конференций по вопросам ВИЧ/СПИДа: 18-ая конференция в г.Вене, международный конгресс в г. Глазго, 6-ая конференция в г.Риме.

Профилактика

Среди направлений противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в Республике наиболее актуальным является проведение мероприятий, направленных на предупреждение передачи ВИЧ.

В течение 2010–2011гг. в рамках реализации «Программы мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013гг.» осуществлялись следующие направления профилактической деятельности:

- обеспечение безопасности донорской крови и безопасности медицинских процедур;
- профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку;

- профилактика среди групп высокой уязвимости к инфицированию ВИЧ (ПИН, работников секс–бизнеса, заключенных, мигрантов) внедрением программ снижения вреда;
- внедрение принципов добровольного тестирования и консультирования, в т.ч. по инициативе медицинских работников;
- профилактика ВИЧ–инфекции среди молодежи проведением информационно–образовательной работы среди молодежи и других групп населения;
- проведение массовых информационных компаний в СМИ;
- снижение уровня стигматизации и повышение толерантности к людям, живущим с ВИЧ

В «Программе мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013гг» особое место уделено обеспечению надзора в медицинских учреждениях за безопасностью переливания крови и проведения медицинских процедур с целью профилактики передачи ВИЧ, возбудителя сифилиса и других инфекций. Работа осуществляется на основании приказов и инструкций Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики. Согласно действующим приказам в клинической практике можно использовать только проверенную донорскую кровь. Охват заготовленной донорской крови тестированием на ВИЧ–инфекцию в стране превосходит 100%. В 2010 г. стране было протестировано на ВИЧ–инфекцию и др. инфекции, передаваемые трансфузионным путем, 50994, а в 2011 г. – 61434 образцов донорской крови.

В Азербайджане тестирование и консультирование проводится в рамках услуг, предоставляемых всем пациентам при обращении в учреждения здравоохранения за медицинской помощью или непосредственно за обследованием на ВИЧ–инфекцию. В республике разработана нормативная база и методические рекомендации, определяющие основные принципы и организацию процесса консультирования (приказ Министерства Здравоохранения № 155 от 02.12.2002г). Существующая в стране сеть организаций здравоохранения обеспечивает доступность для населения консультирования и тестирования на ВИЧ. Вместе с тем, в целях расширения доступности услуг по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ) и практики усовершенствования этого вида услуг Министерством Здравоохранения издан новый приказ №73 от 14.07.2011 года “О создании пунктов добровольного консультирования и тестирования”. В соответствии с этим приказом предусмотрена организация сети кабинетов/пунктов по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ), в т.ч. по инициативе медицинских работников в 50 медицинских учреждениях г. Баку и регионов страны. В настоящее время 15 пунктов уже успешно функционируют. Перед началом работы были проведены тренинги для работников. Пункты ДКТ обеспечены руководством по «Тестированию и консультированию по инициативе медицинского работника», а также информационными материалами, средствами

защиты и частично – экспресс–тестами. В течение 2012–2013гг. предусмотрено открытие еще 35 кабинетов. Продолжается работа по подготовке специалистов различных профилей навыкам и опыту проведения до- и послетестовой консультации.

Всемерное укрепление системы добровольного консультирования и тестирования (ДКТ) при ВИЧ–инфекции предусмотрено также в разработанном новом «Стратегическом Плана страны по борьбе с ВИЧ/СПИД на 2013–2017 годы».

Несмотря на имеющуюся положительную динамику в работе по охвату тестированием и консультированием беременных, она все еще является неполной, что способствует запоздалому выявлению случаев ВИЧ–инфицирования. Так, остается достаточно высоким удельный вес ВИЧ–инфицированных беременных, узнающих о своем ВИЧ–статусе впервые во время родов (37,5% в 2010г. и 18,8% в 2011г.). Соответственно, недостаточен уровень привлечения ВИЧ–позитивных беременных к программам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Ввиду поздней обращаемости беременных в учреждения антенатального ухода, за отчетный период охват АРВ–профилактикой ВИЧ–позитивных беременных составил: в 2010г. – 68% , в 2011 г – 74,2%. В связи с этим, основные усилия должны быть сосредоточены на охвате их антенатальным наблюдением, что позволит обеспечить проведение ДКТ и, при необходимости, комплекса мероприятий по ППМР. В целом, в результате проводимой организационно–методической работы показатели охвата химиопрофилактикой женщин возросли с 10% в 2006г. до 74,2% в 2011г.

В целях мониторинга уровня распространения ВИЧ–инфекции в стране продолжено обследование населения с нарастанием числа обследованных лиц (2008–4,15%; 2009–4,36%; 2010–4,51%; 2011–4,7% от всего населения страны). При этом, однако, охват обследованием на ВИЧ представителей групп рискованного поведения, и в частности ПИН, остается недостаточным. Так, из числа официально зарегистрированных ПИН в 2010 и 2011 гг. было обследовано 17,5% и 24,6%, соответственно.

Среди представителей групп высокого риска, по данным дозорного эпиднадзора 2011 г. доля тех, кто прошли тестирование за последние 12 месяцев и знают свои результаты, составила для ПИН–3,9%, для СР–12%, для МСМ–24,5%.

В 2010–2011 г.г. продолжена работа по привлечению ВИЧ–инфицированных ПИН к опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) метадоном, что является одним из важных компонентов программ снижения вреда. В соответствии с существующим законодательством, по которому метадоновая терапия предусмотрена только в государственных учреждениях, с 2004 г. проведение ОЗТ налажено в Республиканском Наркологическом Диспансере, а с мая 2009 г – в филиале Республиканского Наркологического Диспансера, который расположен на базе Республиканского СПИД–Центра. В 2010г. было привлечено к заместительной терапии – 17, а в 2011 г. – 11 ВИЧ–инфицированных ПИН. На 1 января 2012г.

общее число ВИЧ-инфицированных ПИН, взятых на заместительную терапию, ВИЧ – инфицированных составило 68 человек.

Обязательным компонентом программ снижения вреда является аутрич–работа, позволяющая расширить доступ представителей групп риска к программам профилактики ВИЧ–инфекции. Все НПО, вовлеченные в программу снижения вреда, имеют компонент аутрич–работы, причем работников зачастую выбирают из числа представителей целевых групп.

Среди направлений противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в 2010–2011гг. в стране продолжалась реализация программы снижения вреда с компонентом аутрич–работы, впервые начатая в 2002г. с двух пилотных проектов, а с 2006 г получившая широкий региональный и количественный охват.

В 2010 г 14 НПО с 43–мя аутрич–работниками в 16–ти регионах, и в 2011 г – 32 НПО со 100 аутрич–работниками в 24–ти регионах проводили программу снижения вреда среди ПИН и СР. Общее число ПИН и СР, охваченных услугами программы, составило: в 2010 г – 4824 человек, в 2011 г – 16774 человек. В 2010 году роздано 101587 шприцов и 79435 презервативов, в 2011 году - 749131 шприцов и 189079 презервативов.

Оценка охвата программами профилактики представителей групп риска была сделана по результатам проведенного в 2011 г. дозорного эпиднадзора среди ПИН, СР, МСМ и уличных детей.

Результаты исследования показали, что более половины (55,3%) ПИН оказались информированными о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для потребителей инъекционных наркотиков, а 37,2% из них участвовали в этих программах.

Информированность ПИН о существующих в регионах услугах медико–социального сервиса невысока и колеблется, в среднем, от 0,4% (группы группам самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)) до 51,1% (информированность ПИН о бесплатном тестировании на ВИЧ). Отмечен факт нулевой информированности ПИН г. Сумгаит о таких важных для ПИН услугах, как обмен игл и шприцев. Соответственно информированности, была и обращаемость за различными услугами медико–социального сервиса, которая колебалась в среднем от 0% (группы самопомощи ЛЖВ) до 19% (обмен игл и шприцев), причем низкая обращаемость к услугам была, в основном, в регионах Ширван, Ленкорань, Гаджикабул, Масаллы и Сумгаит, где и отмечены самые высокие показатели распространенности ВИЧ (16,7%; 13,3%; 12,7%, 12,0% и 10% соответственно).

Снижение показателей ВИЧ–инфицированности среди ПИН в 2011 г. по сравнению с 2007–2008 гг. в г. Баку (с 7,5% до 4,7%), в р. Гаджикабул (с 33,0% до 12,7%) и в г. Ширван (с 21,0% до 16,7%) скорее всего, является результатом проводимых программ снижения вреда, и в частности, обмена шприцев и раздачи презервативов.

Как показали результаты дозорного эпиднадзора среди СР трех регионов, более двух трети из них (69,3%) были информированы о профилактических программах, проводимых в городах для секс-работниц, а 82,7% из них участвовали в этих программах.

Информированность СР о существующих в городах Баку, Сумгаит и Гянджа услугах медико-социального сервиса неравномерна и варьирует, в среднем, от 0% (реабилитация наркозависимых, и о группах самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.)) до 71,3% (получение презервативов).

Соответственно информированности был и уровень пользования услугами этого сервиса, максимум которого (70,0%) составлял получение презервативов, а минимум (0%) – бесплатная наркологическая помощь и обращаемость в группы самопомощи для потребителей наркотиков (типа АН и пр.) и к др. видам наркологического сервиса. Обращаемость к таким услугам, как бесплатное тестирование на ИППП и ВИЧ, составляла, соответственно, 2,3% и 4,7%, бесплатное лечение ИППП – 1,0%.

При сравнении данных 2011 г. с результатами дозорного эпидемиологического надзора 2007–2008 гг., отмечается некоторое снижение инфицированности СР ВИЧ-инфекцией с 1,7% до 0,7% (Антитела к ВИЧ были выявлены только в образцах крови когорты г. Гянджа (4,0%), в отличие от предыдущего проекта (2007–2008 гг.), где ВИЧ-инфекция была выявлена у 2,5% СР только в г. Баку) и серопозитивности к возбудителю сифилиса с 8,3% до 6,0%, однако зарегистрировано увеличение серопозитивности к возбудителю гепатита С с 9,3% до 11,7% и к возбудителю гепатита В с 3,3% до 5,3%. Что, возможно, объясняется увеличением потребления инъекционных наркотиков среди СР в городе Гяндже (с 0% до 55,6%) и снижением их в городе Баку (с 92,9% до 16,7%), а также увеличением числа половых партнеров и случаев неиспользования презерватива с коммерческими партнерами в этих регионах.

По данным дозорного эпиднадзора 2011 г. 28,5% МСМ г. Баку информированы о профилактических программах, проводимых для мужчин, практикующих секс с мужчинами, и почти каждый четвертый имел собственный опыт участия в этих программах. Информированность МСМ о существующих в Баку услугах медико-социального сервиса низка, неравномерна и варьирует от 3,0% (группы самопомощи для потребителей наркотиков, реабилитация наркозависимости, бесплатная наркологическая помощь) до 30,0% (бесплатное тестирование на ВИЧ).

Соответственно информированности, была и обращаемость МСМ за различными услугами медико-социального сервиса. Она колебалась от 0% (восстановление документов) до 24,5% (бесплатное тестирование на ВИЧ). Доля респондентов, постоянно использующих презервативы при половых контактах с постоянными, коммерческими, случайными партнерами-мужчинами, а также с партнерами-женщинами в течение последних 6 месяцев, составляет 7,7%, 7,7%,

11,9% и 14,3%, соответственно, что выше на 2–9%, чем те же показатели, полученные в дозорном эпиднадзоре 2007–2008 гг.

Следствием высокого уровня рискованного сексуального поведения среди МСМ явилось двукратное увеличение инфицированности МСМ ВИЧ–инфекцией (с 1% до 2%), и некоторое увеличение серопозитивности к возбудителю гепатита В (с 4% до 5%) по сравнению с результатами дозорного эпидемиологического надзора 2007–2008 гг. Возможно, это связано со снижением информированности МСМ о профилактических программах, проводимых для мужчин, практикующих секс с мужчинами, в 2011 г. по сравнению с результатами исследования 2007–2008 гг. (с 46% до 28,5%), а также их низкая обращаемость за услугами профилактики (особенно – за получением презервативов, которая снизилась с 70% до 23,5%).

Информированность уличных детей о специализированных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для подростков и молодежи в г. Баку, в 2011 г. по сравнению с дозорным эпидемиологическим надзором 2007–2008 гг. увеличилась с 2% до 30,0%. Также увеличилось с 0% до 11,5% число детей, которые участвовали в этих программах.

В целом, выявлена нулевая серопозитивность к ВИЧ и снижение серопозитивности к возбудителю сифилиса (с 4% до 0,5%). Однако отмечается повышение серопозитивности к возбудителю гепатита В (с 0,5% до 3,5%), и к возбудителю гепатита С (с 3,5% до 8,0%).

В целом, по данным дозорного эпиднадзора 2011 г., охват программами профилактики для ПИН составил 6,1%, для СР – 33,3%, для МСМ – 23,5%.

С начала реализации проекта, финансируемого Глобальным фондом, были значительно расширены возможности проведения массовых информационно–образовательных компаний по ВИЧ/СПИДу. Информационная компания, проводимая в 2010–2011 гг, представляла собой комплексную программу, направленную на повышение информирования общественности о проблеме ВИЧ/СПИДа, вовлечение молодежи в профилактическую работу, формирование толерантного отношения к ВИЧ– инфицированным людям. В деятельности ряда Министерств (Здравоохранения, Молодежи и Спорта, Образования), Государственного Комитета по Проблемам Семьи, Женщин и Детей, аппарата Омбудсмана реализованы активности в области информации, образования и коммуникации, направленные на пропаганду здорового образа жизни, формирование социально ответственного поведения.

Для повышения уровня информированности населения по вопросам ВИЧ/СПИДа в 2010–2011 гг. продолжалась интенсивная просветительская работа среди различных групп населения, и в первую очередь, среди молодежи.

Проводимые Министерством Образования при технической поддержке Глобального Фонда в рамках проекта «Усиление ответных мер против ВИЧ/СПИДа в Азербайджане» образовательные тренинги для преподавателей в 2010 году были приостановлены. В 2011 году проект был продолжен, и в течение года 1615 преподавателей из 817 школ участвовали в программе обучения.

В каждом из отчетных годов в рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом были организованы круглые столы с участием представителей государственных, международных, негосударственных организаций, а также представителей прессы, где обсуждалась эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу в мире и в Азербайджане». Также были организованы выступления на центральных и региональных телевизионных каналах и радио. При поддержке аппарата Омбудсмана были организованы круглые столы для молодежи по проблемам ВИЧ/СПИДа. Государственным Комитетом по Проблемам Семьи, Женщин и Детей для старшеклассников 24 школ прочитан цикл лекций на тему «Репродуктивное здоровье молодых семей», в женской исправительной колонии продемонстрирована постановка пьесы «Беда».

В 2010 г. была проведена дискотека и «флешмоб» для молодежи, а также молодежное шествие.

В 2011 г. ко Всемирному дню борьбы со СПИД-ом, был организован рок-концерт, представлены премьеры спектаклей “Пропавшая жизнь” и “Случайность”. В Центре Общественного Здравоохранения и Реформ Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики были продемонстрированы видео-ролики на тему ВИЧ/СПИДа. Кроме того, Обществом Красного Полумесяца, сетью Программ снижения вреда и клиникой “Дружба и здоровье молодежи БУТА” были организованы семинары и лекционные занятия. В учреждениях пенитенциарной службы, в том числе, в женской колонии, с целью агитации здорового образа жизни были проведены обучающие занятия о ВИЧ/СПИДе, ИППП и наркомании.

В течение всего отчетного периода в институтах, техникумах, колледжах и школах были проведены 75 (в 2010 году – 35, в 2011 году – 40) лекций на тему «О ВИЧ/СПИДе и профилактике ВИЧ-инфекции, наркомании и ИППП».

В каждом из отчетных годов в рамках Дня памяти людей, умерших от СПИДа, также были организованы лекции, семинары и круглые столы с участием представителей государственных, международных, негосударственных организаций, а также представителей прессы. Были организованы выступления на телевизионных каналах, 5 круглых столов для молодежи и выступления на региональных телеканалах по проблемам ВИЧ/СПИДа, поддержанные аппаратом Омбудсмана.

В мае 2010 г. к этому дню была приурочена выставка рисунков, плакатов и вышивки под девизом «Образование, время и мы», среди учащихся школ был проведен общереспубликанский конкурс сочинений, а также был организован вечер народной музыки в театре «Мугам».

Был проведен телемарафон, посвященный 26 июня – Всемирному дню борьбы против наркомании и культурно-массовые акции под названием «Молодежь объединяется против вредных привычек».

Подготовлены и изданы 56 видов информационно – просветительских материалов о ВИЧ/СПИД-е (брошюры, буклеты, календари, плакаты, блокноты,

ручки, значки и т.д.), которые распространены в средних и высших учебных заведениях, в местах скопления молодежи, в ЗАГС-ах, на каждой проведенной акции.

В рамках профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заражения ВИЧ среди молодежи, общественными молодежными организациями было осуществлено 55 проектов.

Лечение, уход и поддержка.

Политическая поддержка и увеличение финансирования, в первую очередь за счет гранта Глобального фонда, позволила достичь значительных успехов в предоставлении доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией. Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам осуществляется Республиканским Центром по борьбе со СПИДом, а также лечебно-профилактическими учреждениями службы репродуктивного здоровья и родовспоможения, инфекционной, противотуберкулезной, наркологической, онкологической, кожно-венерологической, психиатрической и др. служб. Специалисты Центра по борьбе со СПИДом осуществляют наблюдение пациентов в соответствии со стандартами ВОЗ по оказанию лечения и помощи при ВИЧ/СПИДе, обеспечивают проведение необходимых лабораторных исследований, включая определение количества CD4 клеток и вирусной нагрузки, назначают и контролируют проведение терапии ВИЧ-инфекции и оппортунистических инфекций, проводят профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, предоставляют паллиативную помощь, осуществляют психологическую и иную поддержку.

Предоставление доступа к антиретровирусной терапии

В Азербайджанской Республике АРВ-терапия представляется всем состоящим на диспансерном учете ВИЧ-инфицированным пациентам, имеющим показания и давшим согласие для нее начала. В рамках гарантированного Законом объема медицинской помощи, все ВИЧ-инфицированные взрослые и дети бесплатно обеспечиваются АРВ-препаратами и другими лекарственными средствами.

С целью обеспечения доступа к лечению ВИЧ-инфекции в рамках комплексной программы ухода за ЛЖВ, с ноября 2006 года в стране начато проведение этиотропной терапии антиретровирусными препаратами (АРВ-терапия). За истекшие 5 лет сделан значительный шаг вперед в области охвата ВИЧ-инфицированных лечением и уходом. По состоянию на 31.12.2011 г., кумулятивное число пациентов, которые получали антиретровирусную терапию с начала ее внедрения, составило 941 человек, в том числе 15 детей. Из них 238

пациентов с ВИЧ–инфекцией начали АРВ–терапию в учреждениях исполнения наказаний.

Благодаря существующей системе диспансеризации, персонифицированного учета случаев ВИЧ–инфекции и наличию достаточного количества АРВ–препаратов, удалось существенным образом повысить качество и уровень охвата наблюдением, что положительно отразилось на своевременном назначении терапии. В 2010–2011гг. охват ВИЧ–инфицированных больных АРВ–терапией существенно возрос и составил для 2010 г. 80,7%, а для 2011 г. – 83,3% . На конец 2009 года этот показатель составлял 78,9% . При этом процент охвата детей, которым полагается антиретровирусная терапия, не изменился и по–прежнему составляет 100%. Из числа 587 человек, получавших АРВ–терапию на конец 2010г. – 136 (23,2%) получали ее, находясь в учреждениях пенитенциарной системы, в 2011г. этот показатель возрос до 25,3% (238 из 941). Т.о. охват АРТ заключенных возрос с 15,8% в 2009 г. до 25,3% в 2011г.

Подбор больных и проведение АРВ–терапии осуществляется Республиканским Центром по борьбе со СПИДом. В 2010г. в соответствии с рекомендациями ВОЗ пересмотрены критерии начала АРВ–терапии : более раннее начало, при уровне CD4 \leq 350 кл/мкл.

Поставки АРВ препаратов осуществляются регулярно и бесперебойно. Внедрена программа мониторинга поставок и запасов АРВ–препаратов. В стране используется 10 АРВ–препаратов в 16 формах выпуска, применяется 14 схем лечения, из которых 4 схемы АРТ для детей. Большинство пациентов, включенных в программу АРВ–терапии, получают препараты 1–й линии (98%).

Мониторинг за ходом АРТ осуществляется в СПИД–Центре. Сюда входит определение иммунного статуса (количества CD4–лимфоцитов) и вирусной нагрузки. По данным мониторинга за АРТ, выживаемость спустя 12 месяцев после начала лечения, в соответствии с индикатором 4.2, составляет: 76,6% для 2010 г. и 78,7% для 2011 г. Для сравнения, этот показатель в 2009г. составлял 69,8%. У детей этот показатель по–прежнему равен 100%. Обращает внимание улучшение показателя выживаемости среди мужчин с 62% в 2009г. до 78,7% в 2011г. Однако, трудности, связанные с необходимостью пожизненного приема препаратов, и жесткие требования к соблюдению режима лечения приводят со временем к снижению приверженности лечению. При этом, следует иметь в виду, что более половины (60,3%) ЛЖВ, начавших АРВ–терапию, составляют потребители инъекционных наркотиков, изначально характеризующиеся низкой приверженностью лечению. В виду вышеуказанного, с течением времени отмечается снижение показателей выживаемости: через 24 месяца он составил 68,5%, 36 месяцев – 57,3%, 48 месяцев – 55,6%.

Привлечение и удержание пациентов на АРВ–терапии представляет собой достаточно серьезную проблему: на 31.12.2011г. из числа больных, начавших АРВ–терапию, продолжали лечение 707 человек, что составляет 75,1% . Из 234 человек (24,9%), сошедших с лечения: 49 (20,9%) отказались продолжать

лечение, 81 (34,6%) пациент умер, 72 (30,7%) недоступны для наблюдения, 32 (13,8%) – беременные, закончившие курс профилактики (ППМР).

Для формирования устойчивой мотивации к длительному/пожизненному лечению требуется более широкое использование подхода, получившего название «социальное сопровождение», которое включает услуги по социальному патронажу ЛЖВ, получающих АРВ–терапию. Расширение социального сопровождения пациентов оказало бы значительную помощь в формировании и улучшении приверженности АРВ–терапии.

Тем не менее, имевшее место за отчетный период расширение профилактических программ, в т.ч. в регионах, наиболее пораженных ВИЧ, включение в программу ОЗТ ВИЧ–позитивных пациентов из Баку и близлежащих городов–спутников, несколько улучшило приверженность пациентов АРВ–терапии (в 2009г. процент сошедших с лечения составлял 27,9%).

В 2010 – 2011 гг. в целях улучшения работы по приверженности лечению издавались и распространялись информационно–образовательные материалы для ЛЖВ по приверженности АРВ–терапии. Кроме того, для улучшения приверженности АРТ, в 2011г. в городах Баку и Гянджа для членов мультидисциплинарных команд проведены 2 межрегиональных семинара с привлечением международного эксперта, где обучено 48 человек.

За отчетный период в целях обучения основам профилактики, диагностики и оказания специализированной медицинской помощи ВИЧ–инфицированным пациентам проведены тренинги для медицинского персонала учреждений исполнения наказаний, на которых обучено 20 врачей.

За период 2010–2011гг. удалось повысить качество и уровень охвата диспансерным наблюдением ЛЖВ. Так, если в 2010г. он составил 71,6% (1343 из 1875), то в 2011г. - 86,5% (1917 из 2217). Таким образом, охват диспансерным наблюдением ЛЖВ возрос на 14,9 % по сравнению с 2009 годом. При этом, диспансерное наблюдение и лечение ЛЖВ проводится не только в СПИД–Центре, но и на дому и в учреждениях пенитенциарной системы.

Улучшилось качество диспансерного наблюдения. В рамках диспансеризации, а также в целях обоснованного назначения антиретровирусных препаратов и контроля эффективности лечения в 2010 и 2011гг. проведено исследований: по определению иммунного статуса - 1433 и 2172, по определению вирусной нагрузки - 1271 и 1336, соответственно. Определение лекарственной устойчивости ВИЧ к АРВ–препаратам планируется с 2012 года.

В рамках программы снижения вреда и улучшения приверженности ЛЖВ к АРВ–терапии с 2008г. проводится работа по привлечению ВИЧ–инфицированных ПИН к заместительной терапии метадоном. С мая 2009г. на базе Республиканского СПИД–Центра функционирует кабинет ОЗТ. На конец 2011г. общее число ВИЧ–инфицированных ПИН, взятых на заместительную терапию, составило 68 человек, из которых 46 (67,6%) назначена антиретровирусная терапия.

Кроме АРВ–терапии, особое внимание уделяется профилактике и лечению оппортунистических инфекций (ОИ). Так, за 2010 год профилактикой и лечением ОИ было охвачено 502 ЛЖВ, проживающих в 35 регионах Республики. В течение 2011г. у 490 ЛЖВ, проживающих в 48 регионах, была проведена профилактика и лечение ОИ.

Больные ВИЧ–инфекцией, нуждающиеся в стационарном лечении, проходили это лечение в стационаре Республиканского СПИД–Центра, который начал функционировать с ноября 2006 г. В 2010 и 2011гг. число пролеченных в стационаре больных составило: 235 и 271 соответственно.

Одной из наиболее серьезных причин, отягощающих характер и тяжесть течения заболевания, являются хронические вирусные гепатиты С (64%), и В (8,2%), диагностированные у состоящих на диспансерном учете ВИЧ–инфицированных.

Развитие тяжелого поражения печени, вызванного, в первую очередь, гепатитом С, является частой причиной летальных исходов среди больных ВИЧ–инфекцией. Среди причин смерти, не относящихся к критериям СПИДа, терминальная стадия хронических вирусных поражений печени в 2010–2011гг. составляла 9,5%. Вместе с тем, высокая стоимость препаратов, применяющихся для лечения вирусных гепатитов, не позволяет проводить терапию гепатитов С и В нуждающимся в лечении больным.

На протяжении отчетного периода было продолжено оснащение лабораторной службы оборудованием. Из средств государственного бюджета, а также проекта, финансируемого Глобальным фондом, получен Real Time ПЦР–анализатор, экстрактор для ПЦР–анализатора, ИФА–анализатор, а также ИТ–оборудование. В ближайшее время планируется приобретение еще одного ПЦР–анализатора, аппарата для определения резистентности ВИЧ к АРВ–препаратам, 6 ИФА–анализаторов, проточных цитометров, гематологического, биохимического, бактериологического и прочего лабораторного оборудования.

В 2010–2011гг. из числа специалистов Республиканского СПИД–Центра 2 врача, осуществляющих диспансерное наблюдение за ВИЧ–инфицированными пациентами, и 1 специалист лабораторной службы прошли подготовку по современным принципам лечения и диагностики ВИЧ–инфекции на зарубежных базах (Йенский Университет в Германии, Университетская клиника в г.Анкаре).

Для оказания квалифицированной, приближенной к месту проживания медицинской помощи, а также в целях улучшения диспансерного наблюдения за ВИЧ–инфицированными и осуществления мониторинга АРВ–терапии планируется децентрализация оказания медицинской помощи, в связи с чем предусмотрена организация Центров по АРВ–терапии в 6 регионах страны.

Оказание паллиативной помощи и психо–социальной поддержки ЛЖВ

В 2010–2011гг. активно внедрялась программа предоставления паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. Пункты предоставления комплекса услуг,

включающих медицинскую, психологическую, социальную и духовную поддержку действуют в г.Баку. В течение 2012г. планируется их открытие в 4-х городах, наиболее пострадавших от эпидемии (гг.Сумгаит, Ширван, Ленкорань и Гаджигабул). По данным на 31 декабря 2011г., паллиативная помощь предоставлена 1595 тяжелому пациенту с ВИЧ/СПИДом на дому и 286 в стационаре .

В целях повышения эффективности оказания услуг в 2011г. разработано и издано «Методическое пособие для врачей и медицинских сестер по паллиативному уходу при ВИЧ–инфекции». К методическому пособию разработана и приложена Шкала Оценки интенсивности боли. В 2010 –2011гг. регулярно проводилось обучение персонала службы паллиативного ухода, а также мультидисциплинарных команд, которые осуществляют оказание паллиативной помощи и ухода за ВИЧ инфицированными, проведены семинары с участием международного эксперта, посвященные вопросам паллиативного ухода.

Профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ–инфицированных пациентов

Принимая во внимание то, что туберкулез является одной из основных причин заболеваемости и смертности среди ЛЖВ, в отчетном периоде улучшена работа по обеспечению качественной диагностики и лечения в связи с ТБ в соответствии с руководящими принципами ВОЗ.

Анализ причин смертности ЛЖВ показал, что туберкулез является основной причиной смертности (28,9% случаев среди зарегистрированных случаев смерти) у ВИЧ–инфицированных.

Для эффективной реализации совместных мероприятий, проводимых в области ТБ/ВИЧ, создана рабочая группа «ВИЧ–инфекция и туберкулез». Тестирование на ВИЧ доступно в учреждениях по лечению ТБ. Установлены механизмы сотрудничества, которые помогают осуществлять работу на национальном и районном уровнях. Существующая в республике нормативная правовая база определяет принципы оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез. Разрабатывается План действий по интеграции услуг по туберкулезу и ВИЧ.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ 2010 года обновляется национальный протокол «Туберкулез и ВИЧ–инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией».

В целях раннего выявления туберкулеза у ВИЧ–инфицированных все ЛЖВ, состоящие на учете в Республиканском СПИД–Центре , в обязательном порядке направляются для обследования и консультации фтизиатра в противотуберкулезный диспансер, где им проводится рентгенологическое обследование, микроскопия мазка мокроты и, при отсутствии симптомов активного ТБ, постановка пробы Манту. В 2010–2011гг. из числа ЛЖВ, направленных в

противотуберкулезный диспансер, результаты обследования представили 84,3 % и 85,6 % ЛЖВ.

Доля ВИЧ–инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ в 2010 и 2011гг. составила 74% и 60%, соответственно. Этот же показатель за период 2008 – 2009гг. соответствовал 46,4% и 53,5% . Несмотря на то, что за отчетный период число пациентов, получающих комплексное лечение в связи с ТБ и ВИЧ–инфекцией, по сравнению с 2008– 2009гг. несколько увеличилось, поздняя диагностика туберкулеза, особенно его внелегочных форм, среди ВИЧ–позитивных больных, все еще является причиной позднего назначения специфического лечения.

Трудности диагностики ТБ у больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ, в особенности диагностики внелегочных форм туберкулёза, связаны, в основном, с его атипичным течением у ВИЧ–инфицированных, а также со все еще существующей фобией персонала перед инструментальными исследованиями ВИЧ–инфицированных, отсутствием структуры для проведения биопсии в противотуберкулёзной службе . Кроме того, одной из причин, способствующих распространенности туберкулеза среди ВИЧ–позитивных больных, является высокая распространенность ВИЧ–инфекции и ТБ среди ПИН. ВИЧ–инфекция, ТБ и употребление наркотиков тесно связаны между собой, и каждый из этих факторов в еще большей степени осложняет уход за этими пациентами.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.

Самое пристальное внимание уделяется комплексу мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Национальными приоритетами в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ являются:

- добровольное тестирование и консультирование женщин на ВИЧ–инфекцию во время беременности;
- первичная профилактика ВИЧ–инфекции посредством предоставления консультационных услуг по проблеме ВИЧ/СПИД всем женщинам, обращающимся в организации здравоохранения;
- обеспечение всех нуждающихся ВИЧ–инфицированных беременных женщин и новорожденных медицинскими услугами, направленными на профилактику передачи ВИЧ–инфекции от матери ребенку;
- обеспечение бесплатного заместительного вскармливания детей, рожденных от ВИЧ–инфицированных матерей, на первом году жизни;
- обеспечение всех нуждающихся ВИЧ–инфицированных женщин АРВ–терапией с лабораторным мониторингом проводимого лечения;
- психологическая и социальная поддержка ВИЧ–инфицированных женщин и их семей.

Медикаментозная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) в Азербайджане начата в 2006г. В результате проводимой организационной и

методической работы показатели охвата химиопрофилактикой женщин за этот период возросли с 10% в 2006г. до 74,2% в 2011г. За отчетный период охват АРВ–профилактикой ВИЧ–позитивных беременных составил: в 2010г. – 68% (у 17 из 25 нуждающихся), в 2011 г – 74,2% (у 23 из 31). К 2014 году этот показатель планируется довести до отметки не менее 90%.

Однако, позднее выявление ВИЧ–инфицированности среди беременных женщин все еще остается актуальной проблемой. Неполный охват химиопрофилактикой обусловлен тем, что часть беременных женщин не становится на учет в специализированные учреждения и, следовательно, не охвачены антенатальными услугами, в т.ч. обследованием на ВИЧ.

В соответствии с обновленными рекомендациями ВОЗ, с 2010г. осуществляется более раннее, с 14–й недели беременности, проведение АРВ–профилактики. ВИЧ–инфицированные беременные в соответствии с клиническими сценариями, рекомендованными ВОЗ, получали медикаментозную профилактику с использованием трех антиретровирусных препаратов или монотерапию Зидовудином. Однако, в результате имевшего место случая неэффективности ППМР с использованием монотерапии Зидовудином, с 2011 года применяется только 3–х компонентная АРВ–профилактика.

С 2009 г. при поддержке Фонда Растроповича–Вишневской в роддомах г. Баку, а с 2010–2011гг. еще и в городах Гянджа и Ленкорань внедрен метод экспресс-диагностики ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита В у беременных женщин с неизвестным статусом, что способствовало снижению риска инфицирования новорожденных.

Для эффективной реализации совместных мероприятий, проводимых в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ, а также для интеграции услуг по профилактике передачи ВИЧ–инфекции от матери ребенку (ППМР) в сферу репродуктивного здоровья, в составе СКК создана рабочая группа «ВИЧ–инфекция и репродуктивное здоровье». Установлены механизмы сотрудничества, которые помогают осуществлять работу на национальном и районном уровнях. В течение 2010г. рабочей группой подготовлен и утвержден Министерством Здравоохранения страны национальный «Протокол по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку». В соответствии с новыми рекомендациями ВОЗ в настоящее время проводится работа над обновлением протокола.

За период 2010–2011гг. в республике от ВИЧ–инфицированных матерей родились 50 детей. Из них диагноз ВИЧ–инфекции установлен 4 детям. 22 ребенка сняты с диспансерного наблюдения в связи с отрицательным ВИЧ–статусом, 24 ребенка, не достигшие 18 месяцев, находятся в стадии установления диагноза.

Из–за позднего выявления ВИЧ–инфицированности среди беременных женщин, не все дети, рожденные ВИЧ–позитивными матерями, были в полном масштабе охвачены АРВ–профилактикой: в 2010г. 15 детей из 24 нуждающихся (62,5%), а в 2011г. 19 детей из 26 нуждающихся (73,1%) получили АРВ–

профилактику. Однако, по сравнению с 2009г. наблюдается положительная тенденция увеличения охвата АРВ–профилактикой новорожденных с 52,% в 2009 г. до 73,1% в 2011г .

На конец 2011г. диагноз «ВИЧ–инфекция» подтвержден у 42 детей, из которых 41 ребенку не проведена профилактика передачи ВИЧ, ввиду поздней диагностики ВИЧ у матери. Из числа инфицированных детей лишь одному ребенку была проведена трехэтапная (матери в период беременности и родов, родоразрешение путем ПКС, новорожденному в первые 6 часов) монокомпонентная (Зидовудином) профилактика вертикальной передачи ВИЧ. Это явилось причиной отказа от дальнейшего применения 1–компонентной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Из 31 ВИЧ–инфицированных детей, находящихся на диспансерном наблюдении, 15 детей получают АРВ–терапию. Выживаемость детей в течение 24 месяцев составила 100%.

В стране используется стратегия искусственного (заместительного) вскармливания, и все дети, рожденные от ВИЧ инфицированных матерей, до 12 месяцев жизни обеспечиваются государством адаптированными молочными смесями.

Созданы компьютерные базы данных, позволяющих проводить мониторинг и оценку проводимых мероприятий. Это база данных по проведенным исследованиям на ВИЧ, эпидемиологическая база данных индивидуальных случаев ВИЧ–инфекции, база данных по охвату диспансерным наблюдением, база данных по мониторингу АРВ–терапии, база данных по мониторингу поставок и запасов АРВ–препаратов, база данных по осуществлению мероприятий по профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ–инфекции, база данных о детях, рожденных ВИЧ–инфицированными матерями.

Знания и изменение поведения

Уровень знаний представителей различных групп населения был определен по результатам «Опроса демографии и здоровья в Азербайджане», проведенного в 2006 г Государственным Комитетом по статистике Азербайджанской Республики при технической поддержке Macro International Inc. и финансовой поддержке USAID и UNICEF [4].

В 2011 г. было проведено очередное исследование в области демографии и здоровья в Азербайджане. Однако результаты его в настоящее время все еще находятся в стадии обработки, вследствие чего не могут быть представлены в данном отчете.

Как показал опрос 2006 г., всего 5,3% молодых мужчин и 4,8% молодых женщин в возрасте 15-24 лет правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ. Более высокий уровень знаний по этому вопросу, по данным дозорного эпиднадзора, продемонстрировали ПИН, МСМ и СР, среди которых

32,7%, 35,8% и 43,5%, соответственно, дали правильные ответы (ДЭН, 2007-2008 гг.).

Для оценки эпидемиологической ситуации важны характеристики сексуального поведения как основного населения, так и групп рискованного поведения.

Как показал демографический опрос, основное население страны характеризуется менее рискованным поведением. Так например, у 0,6% молодых мужчин и 0,5% молодых женщин 15-24 лет были половые контакты в возрасте до 15 лет. У 23,1% мужчин в возрасте 15-49 лет были половые контакты более, чем с одним партнером за последние 12 месяцев. И наконец, 57,4% мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты более, чем с одним партнером за последние 12 месяцев, использовали презерватив во время последнего полового контакта [4]

Что касается поведения представителей групп высокого риска, то, как показали результаты биоповеденческого исследования 2007-2008 гг., особо рискованное в отношении инфицирования ВИЧ поведение практиковали ПИН. Так например, только 37,6% ПИН пользовались стерильным инструментарием во время последней инъекции наркотика и 15,3% ПИН использовали презерватив во время последнего полового контакта. Представители двух других групп - СР и МСМ продемонстрировали менее рискованное поведение. В частности, две трети СР (74,7%) использовали презерватив во время контакта со своим последним клиентом и более половины МСМ (57,4%) использовали презерватив во время последнего анального секса с партнером-мужчиной [2,3].

Оценить влияние профилактических программ на знания и изменение поведения представителей уязвимых групп возможно, сравнив результаты проведенных в 2007-2008 гг и 2011 г. дозорных исследований среди ПИН, СР, МСМ и уличных детей.

Как показали результаты исследований 2011 г., представители группы ПИН практиковали достаточно рискованное поведение. Так, к примеру, процент ПИН, использовавших иглы или шприцы, уже ранее использовавшиеся кем-то другим во время последней инъекции, в среднем для семи регионов возрос с 37,6% (в 2007-2008 гг.) до 52,9% (в 2011 г.). Возросло среднее число людей, пользовавшихся инструментарием для инъекций совместно с респондентом в течение последнего месяца (с 4 до 6). Снизилась частота пользования чистыми иглами и шприцами для внутривенного введения наркотика в течение последнего месяца с 53,0% до 23,% и единственным регионом, в котором отмечается увеличение данного показателя, это Гаджикабул, где он повысился с 1,0% до 18,0%.

На фоне незначительного увеличения числа различных сексуальных партнеров (с 4 до 5), в среднем по семи регионам возросла частота неиспользования презерватива с коммерческими партнерами в течение последних 12 месяцев с 36,8% в 2007-2008 гг. до 47,1% в 2011 г., однако со случайными

половыми партнерами, частота его неиспользования уменьшилась с 52,9% до 47,9%.

В среднем для семи регионов в группе ПИН отмечается почти двукратное увеличение информированности о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для потребителей инъекционных наркотиков (с 29,7% в 2007-2008 гг. до 55,3% в 2011 г.). Однако, отмечается некоторое снижение информированности ПИН в городах Гянджа (с 44,0% в 2007-2008 гг. до 38,7% в 2011 г.) и Ширван (с 77,0% в 2007-2008 гг. до 59,3% в 2011 г.). Отмечается увеличение информированности ПИН (в среднем по семи регионам) в 2011г. по сравнению с 2007-2008 гг., относительно следующих превентивных мероприятий: о бесплатном тестировании на ИППП (с 2,0% до 16,3%), о бесплатном лечении ИППП (с 1,3% до 9,4%), о бесплатном тестировании на ВИЧ (с 48,0% до 51,1%), о программах обмена игл и шприцев (с 15,6% до 26,5%), о получении презервативов (с 9,2% до 15,0%).

Что касается обращений ПИН за превентивными мероприятиями (в среднем по семи регионам), то в 2011г. по сравнению с 2007-2008 гг., отмечалось увеличение обращаемости по следующим превентивным мероприятиям: бесплатное тестирование на ИППП (с 1,0% до 1,8%), бесплатное лечение ИППП (с 0,8% до 1,2%), программы обмена игл и шприцев (с 13,7% до 19,0%), бесплатная наркологическая помощь (с 1,3% до 3,1%), получение презервативов (с 3,4% до 4,4%).

Информированность о ВИЧ/СПИДе в группах ПИН оказалась по прежнему достаточно высокой (97,1% в 2007-2008 гг. и 98,9% в 2011 г.). Уровень знаний примерно остался на прежнем уровне, однако наблюдаются изменения по отдельным вопросам. Так, например, снизилась доля ПИН, считающих, что можно обезопасить себя от ВИЧ, пользуясь презервативом при каждом половом контакте, с 85,8% (в 2007-2008 гг.) до 69,9% (в 2011 г.), и что внешне здоровый человек может оказаться инфицированным ВИЧ (79,5% в 2007-2008 гг. и 48,1% в 2011 г.).

Ведущие факторы риска в контексте заражения ВИЧ присутствовали в моделях сексуального поведения СР: среднее число различных сексуальных партнеров последний месяц у СР трех регионов возросло и составило 56 (при 20 в 2007-2008 гг.). Причем, больше половины СР (56,0%) Сумгаита, почти половина СР Баку (46,0%) и Гянджи (42,0%) не использовали презерватив при последнем половом контакте с коммерческим партнером (в 2007-2008 гг. эти цифры составляли соответственно, 44%, 22,5% и 18%). Несколько лучше ситуация с использованием презерватива за последний месяц. Так, доля СР, использовавших презерватив при каждом половом контакте с коммерческими партнерами в течение последнего месяца, увеличилась в среднем по трем регионам с 11,3% до 15,3%.

В группе СР практически осталась прежнем уровне информированность о местах тестирования на ВИЧ-инфекцию: 55% в 2007-2008 гг. и 55,3% в 2011 г. Возросла доля СР, имеющих опыт тестирования на ВИЧ в течение предшествующего года, которая в среднем по трем регионам, составила 53,7%

(16,2% в 2007-2008 гг.). Также возросла доля СР, информированных о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для СР в городах, с 19,3% (2007-2008 гг.) до 69,3% (2011 г.) и соответственно этому во всех трех регионах стало больше СР, участвовавших в специализированных программах в течение последних 12 месяцев: 6,3% в 2007-2008 гг. и 98,3% в 2011 г.

Кроме того, отмечено увеличение потребления инъекционных наркотиков среди СР в городе Гяндже (с 0% до 55,6%) и снижение их потребления в городе Баку (с 92,9% до 16,7%). Соответственно этому, отмечается увеличение информированности СР о программах обмена игл и шприцев в городе Гяндже (с 0% до 14,0%) и в городе Баку (с 1,0% до 2,0%).

Несколько увеличилась информированность СР о программах получения презервативов, которая в среднем по трем регионам составила 71,3% в 2011 г. (при 64,7% в 2007-2008 гг.). Такая же закономерность наблюдается в пользовании данной услугой (в среднем по трем регионам в 2007-2008 гг. - 63,0%, а в 2011 г. - 70,0%).

Отмечается почти двукратное увеличение числа респондентов, получивших информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа в 2011 г., - 6,0%, (в 2007-2008 гг. она составляла 3,3%). Доля СР, которые прошли бесплатное тестирование на ВИЧ в городе Баку, увеличившись в 3,5 раза, составила 7,0% в 2011 г. (2,0% в 2007-2008 гг.).

Процент осведомленности СР о ВИЧ/СПИДе был по-прежнему довольно высок (97,7% -2007-2008 гг. и 95,7 % в 2011г.). Почти вдвое уменьшилось число СР, которые считали, что можно обезопасить себя от ВИЧ, не пользуясь посудой ВИЧ-инфицированного (62,3% в 2007-2008 гг. и 32,3% в 2011 г.). Во всех трех регионах увеличилась доля СР, считающих, что новорожденный может заразиться ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери, и составила в среднем по трем регионам 72,0% (59,0% - в 2007-2008 гг.)

Однако, отмечалось и снижение информированности по отдельным вопросам. Например, то, что внешне здоровый человек может оказаться инфицированным ВИЧ, считали 46,3% СР в 2011 г. (при 76,1% в 2007-2008 гг.). Почти на треть снизилась доля СР, считающих, что можно обезопасить себя от ВИЧ, пользуясь презервативом при каждом половом контакте (с 96,0% в 2007-2008 гг. до 65,7% в 2011 г.).

По данным опроса 2011 г, проведенного среди МСМ, в моделях сексуального поведения их выявлены факторы риска, число которых возросло по сравнению с исследованием 2007-2008 гг. Так например, абсолютное большинство их имели оральные (89% в 2007-2008 гг. и 97% в 2011 г.) и анальные половые контакты (94% в 2007-2008 гг. и 100% в 2011 г.) за последние 6 месяцев, а также большое количество постоянных (2 в 2007-2008 гг. и 7 в 2011 г.), случайных (6 в 2007-2008 гг. и 20 в 2011 г.) и коммерческих партнеров (11 в 2007-2008 гг. и 51 в 2011 г.). Среднее число различных сексуальных партнеров составило 30 (15 в 2007-2008 гг). Однако, в четыре раза уменьшилось количество МСМ, имеющих половые

контакты с партнерами женщинами (41,5% в 2007-2008 гг. и 10,5% в 2011 г.), и снизилось число МСМ, подвергавшихся сексуальному насилию за последние 12 месяцев (14% в 2007-2008 гг. и 4% в 2011г.).

Увеличилось число МСМ, все время использующих презерватив при анальных половых контактах с партнерами-мужчинами в течение последних 6 месяцев с 7,4% в 2007-2008 гг. до 10% в 2011 г., а также с постоянными (с 4,5% в 2007-2008 гг. до 7,7% в 2011 г.), с коммерческими (с 1,2% до 7,7%) и со случайными партнерами (с 2,8% до 11,9%). Напротив, частота использования презерватива при половых контактах с женщинами в течение последних 6 месяцев, снизилась до 4,8% в 2011 г. по сравнению с 12,2% в 2007-2008 гг.

Кроме того, увеличилась частота наркопотребления среди МСМ. Число респондентов употреблявших когда-либо в жизни наркотики, возросло с 12% в 2007-2008 гг. до 22,5% 2011г., однако, в отличие от предыдущего проекта, ни один из респондентов не указал на употребление наркотиков инъекционным путем.

Незначительно увеличилась информированность о специальных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для мужчин, практикующих секс с мужчинами в г. Баку, с 92,6% (2007-2008 гг.) до 96,5% (2011 г.). Более, чем в два раза увеличилась в 2011 году (24,5%) доля МСМ, которые прошли бесплатное тестирование на ВИЧ (12% в 2007-2008 гг.), и МСМ, которые вернулись за результатом тестирования (с 13% до 24,5%). Также возросла доля МСМ, которые получили информационные материалы по проблеме ИППП и ВИЧ/СПИДа (с 6% в 2007-2008 гг. до 14% 2011 г.).

По информированности МСМ о ВИЧ/СПИДе также наблюдаются изменения знаний по отдельным вопросам. Так, например, снизилась доля МСМ, которые знают, что ребенок может заразиться от ВИЧ-инфицированной беременной женщины (с 56% в 2007-2008 гг. до 4,0% в 2011 г.), что можно обезопасить себя от ВИЧ, воздерживаясь от половых контактов при отсутствии презерватива (с 89,0% до 26,0%), а также доля МСМ, которые считали, что внешне здоровый человек может оказаться инфицированным ВИЧ (с 83,1% до 26,0%).

Как показали результаты исследования, проведенного среди уличных детей, в 2011 г. до 70,5% возросла доля уличных детей, имевших опыт половых контактов (в 2007-2008 гг. 49%). При этом, среднее число их гетеросексуальных половых партнеров за год увеличилось почти вдвое и составило 7 человек (4 в 2007-2008 гг.). Однако, увеличилось и число уличных детей, пользовавшихся презервативом при каждом половом контакте в течение предшествующего года как с некоммерческими (с 1,4% в 2007-2008 гг. до 6% в 2011г.), так и коммерческими партнерами (с 0% в 2007-2008 гг. до 30% в 2011г.).

Информированность уличных детей о специализированных программах профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа, проводимых для подростков и молодежи в г. Баку в 2011 г. по сравнению с дозорным эпидемиологическим надзором 2007-2008 гг. увеличилась с 2% до 30,0%. Также увеличилась с 0% до 11,5% доля детей,

которые участвовали в этих программах. По сравнению с 2007-2008 гг. увеличилась информированность уличных детей о гепатитах В и С с 16% до 35,5%.

Общий уровень знаний детей об ВИЧ/СПИДе относительно высок, однако снизилась доля уличных детей, которые знали, что можно обезопасить себя от ВИЧ, воздерживаясь от половых контактов при отсутствии презерватива (с 87,5% в 2007-2008 гг. до 48% в 2011 г.). Также снизилась доля уличных детей, которые считали, что можно обезопасить себя от ВИЧ, не пользуясь посудой ВИЧ-инфицированного с 75,5% (2007-2008 гг.) до 45,5% (2011 г.).

Смягчение последствий

Одним из основных принципов национальной политики в отношении эпидемии ВИЧ-инфекции является ослабление социальных и экономических последствий эпидемии ВИЧ/СПИД-а в Азербайджане.

В предыдущих национальных стратегических программах (1997–2001 г.г. и 2002–2006гг.) и в действующей «Программе мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Азербайджанской Республике на 2009–2013гг.» определены задачи снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией как общего населения, так и групп повышенного риска, оказание медицинской и социальной помощи ЛЖВ, охрана здоровья матери и ребенка и др. Реализация этих мероприятий будет способствовать смягчению последствий эпидемии ВИЧ-инфекции.

Защита гражданских прав и свобод, бесплатное обеспечение ЛЖВ медицинской и социальной помощью гарантировано государством в новом Законе Азербайджанской Республики “О борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека” от 11.05.2010г. , № 1001ШQ.

Закон определяет правовые основы медицинской и психосоциальной помощи ЛЖВ в профилактике, диагностике, лечении ВИЧ-инфекции и регулирует взаимоотношения в этой области.

В Закон дополнительно введены новые статьи о необходимости усиления профилактической работы для предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией, об усилении просветительской работы среди населения, особенно молодежи, мигрантов и представителей групп рискованного поведения, о недопущении стигмы и дискриминации в учебных заведениях и учреждениях социальной службы, о бесплатном представлении всех видов медицинской и социальной помощи ЛЖВ, о профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Предусмотрены статьи по расширению применения программ по снижению вреда среди групп риска, а также в пенитенциарной системе, о постконтактной профилактике, об обеспечении безопасности медицинских и иных процедур применением универсальных мер безопасности, об охране труда медицинских работников и другим вопросам.

В отличие от предыдущего, в новом Законе конкретно отражены гарантии государства в сфере борьбы с ВИЧ, права ЛЖВ, в том числе, их право на труд, недопустимость ущемления трудовых прав по причине ВИЧ/СПИДа, социальные гарантии ЛЖВ и членам их семей, необходимость соблюдения конфиденциальности информации о ВИЧ–инфицированных.

В соответствии с законодательством Азербайджанской Республики медицинское обследование и лечение ВИЧ–инфицированных проводятся безвозмездно, более того, оплачивается их проезд до пункта получения медицинской помощи. Больные с установленным диагнозом ВИЧ–инфекции получают пособие по инвалидности различной группы в зависимости от стадии ВИЧ–инфекции, лица, ухаживающие за ВИЧ–инфицированными детьми до 14 лет, получают пособие по государственному социальному страхованию. Предусмотрены значительные социальные и финансовые льготы медицинским работникам и другим служащим и научным сотрудникам, занятым в сферах, связанных с ВИЧ/СПИДом.

В целях предупреждения распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа и смягчения последствий заражения Решением Кабинета Министров (№ 62 от 27.04.2011 г) были разработаны и введены в действие:

- нормативы и порядок обеспечения бесплатными медицинскими услугами по обследованию и лечению ЛЖВ;
- нормативы и порядок бесплатного обеспечения искусственным питанием новорожденных до 1 года, рожденных от ВИЧ– инфицированных матерей;
- в соответствии с программами снижения вреда нормативы и порядок бесплатного обеспечения ЛЖВ презервативами;
- порядок бесплатного обеспечения ВИЧ– инфицированных ПИН шприцами и инъекционными иглами, препаратами заместительной терапии;
- список должностей и профессий, занятие которых противопоказано ЛЖВ.

Учитывая, что социальная реклама является одним из самых простых и действенных способов привлечения внимания общества к проблеме ВИЧ/СПИДа, в целях противодействия эпидемии, в новом Законе предусмотрено размещение на государственных телеканалах бесплатной социальной рекламы по данной тематике не менее 20 минут эфирного времени в месяц.

В 2010г. с участием Министерства Здравоохранения и Министерства социальной защиты и труда, при поддержке UNAIDS, проведена Конференция по вопросу «ВИЧ/СПИД и сфера труда». Была отмечена необходимость наращивания усилий со стороны обоих ведомств в целях недопущения дискриминации и стигматизации на производстве, по профилактике ВИЧ на рабочих местах и в расширении доступа к лечению для людей, живущих с ВИЧ.

В 2011г. Министерством социальной защиты и труда, при участии Международной Организации Труда (МОТ) проведен семинар, посвященный разработке национальной политики «ВИЧ/СПИД и сфера труда». Было подчеркнуто, что сфера труда играет одну из важнейших ролей в решении проблемы ВИЧ/СПИДа. Разработка и реализация стратегии по ВИЧ/СПИДу на рабочих местах позволит использовать огромный потенциал сферы труда в обеспечении лицам, живущим с ВИЧ, права на труд, недопущение дискриминации и стигматизации на рабочих местах, а также, расширяя профилактические программы, позволит охватывать более широкие слои населения.

В целях повышения эффективности мер противодействия распространению ВИЧ/СПИДа в учреждениях пенитенциарной службы, а также для осуществления преемственности в лечении, медицинском наблюдении и уходе по принципу «общество–тюрьма–общество», Главным Медицинским управлением Министерства Юстиции совместно со СПИД–Центром, при технической поддержке UNAIDS в 2011году подготовлена и утверждена «Инструкция по диагностике и профилактике ВИЧ–инфекции среди лиц, содержащихся в учреждениях пенитенциарной службы, а также организации медицинской помощи ВИЧ–инфицированным заключенным».

V. НАИЛУЧШАЯ ПРАКТИКА

Политика и программные меры

Руководствуясь положениями Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой на 26-ой специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН (2001г), и далее подтвержденными в Политической Декларации ООН (2006г), а также положениями Политической Декларации ООН, принятой в июне 2011г., Правительством Азербайджанской Республики предпринимаются последовательные меры по выполнению обязательств по противодействию распространения ВИЧ-инфекции. Государственная система координации мероприятий в области ВИЧ-инфекции проводится в соответствии с 3 ключевыми принципами ООН: единая согласованная политика – единый национальный координирующий орган – единая система мониторинга и оценки.

О высокой политической приверженности руководства страны вопросам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа, созданию необходимых социально-правовых условий для осуществления эффективных мер для предотвращения роста заболеваемости среди населения, свидетельствует принятие нового Закона о СПИДе. Принятый 11 мая 2010 года Закон Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека» (№ 1001 ШО) заполнил пробелы, образовавшиеся в результате новых подходов к проблеме борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа. В новом Законе расширено социально-правовое поле для ВИЧ-инфицированных лиц, более конкретно отражены основные гарантии государства в области борьбы с ВИЧ-инфекцией, а также в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции. В Закон введены новые статьи о необходимости усиления профилактической работы по предупреждению заражения ВИЧ, о проведении просветительской работы среди всего населения, и особенно, среди молодежи, мигрантов, представителей групп рискованного поведения, о недопустимости стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией, о проведении профилактики ВИЧ-инфекции среди представителей групп риска, в пенитенциарной системе, о проведении программ снижения вреда, о необходимости постконтактной профилактики, об обеспечении безопасности медицинских процедур внедрением универсальных мер безопасности, о защите медицинских работников и др.

По поводу введения Закона в действие Президентом страны издано 2 указа, конкретно определяющих рамки прав и полномочий органов исполнительной власти и их обязательства в деле борьбы с эпидемией ВИЧ. Для осуществления единых согласованных действий изданы также распоряжения Правительства республики (Постановления Кабинета Министров (№182-S от 25.06.2010г. и №62 от 27.04.2011г.), конкретизирующие степень ответственности министерств и ведомств в работе по борьбе с ВИЧ. Определены государственные нормативы по различным аспектам обслуживания ВИЧ-инфицированных пациентов (объемы

медицинских услуг, нормативы бесплатного обеспечения искусственным питанием новорожденных до 1 года, нормативы по программам снижения вреда, списки должностей и специальностей, противопоказанных ВИЧ-инфицированным и пр.).

С целью повышения эффективности мероприятий по предотвращению эпидемии, в 2011 году в Азербайджане при поддержке UNAIDS разработан новый «Национальный Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 – 2017годы».

Стратегический План был подготовлен рабочей группой СКК, при участии представителей других заинтересованных министерств и ведомств, а также негосударственных, общественных и других организаций. Указанный документ объединяет все экономические и политические усилия страны, выражаясь в конкретных заданиях–обязательствах сторон, выполнение которых может быть конкретно мониторировано по качеству, объему, а также по срокам исполнения, включая планы финансирования.

Стратегический План состоит из 5 глав, охватывающих все аспекты борьбы с ВИЧ, в которые включены 13 приоритетных направлений работы:

1. Координация мероприятий национального ответа, усиление инициатив по адвокации и финансовому обеспечению;
2. Повышение качества и расширение охвата превентивными мероприятиями;
3. Расширение доступа к лечению ВИЧ/СПИДа и улучшение результатов лечения;
4. Уход и поддержка;
5. Усиление системы здравоохранения.

В данном документе конкретно отражены ожидаемые результаты по всем приоритетам, отмечены ответственные за разделы работ организации, предусмотрено создание мониторинговой базы для оценки проводимых работ, определены необходимые финансовые ресурсы с расчетом на перспективу. Реализация плана позволит привлечь широкие слои общества в борьбу с эпидемией ВИЧ, преодолеть стигму и дискриминацию, практически защитить права этих людей, гарантированные государством.

В настоящее время Стратегический План на этапе согласования с ключевыми ведомствами.

Повышение участия ЛЖВ

В 2010–2011гг. продолжалась реализация принципа расширения участия людей, живущих с ВИЧ, в принятии решений. Так, в 2010г. был обновлен состав СКК. В настоящее время представители гражданского сектора, включая людей, живущих с ВИЧ, занимают в нем 38% состава (против 20% в 2009г.), что повысило потенциал ЛЖВ и расширило партнерские связи с государственными и общественными организациями.

В настоящее время более 30 организаций работают в области профилактики и смягчения последствий эпидемии ВИЧ–инфекции, осуществляя работу с уязвимыми группами населения и ЛЖВ, реализуя программы по социальной и паллиативной помощи, а также по снижению вреда.

Мониторинг и оценка

Для определения тенденций развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране, а также мониторинга поведения, способствующего инфицированию, в 2011г. было проведено очередное дозорное исследование 2-го поколения. ДЭН проведен в 7 регионах страны с охватом основных дозорных групп: ПИН, СР, МСМ, заключенных, уличных детей.

Параллельно с ДЭН проведен первый в Азербайджане проект “Оценка численности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике”. Помимо этого, в 2010г. проведено отдельное дозорное исследование среди МСМ г. Баку.

Проекты были реализованы в процессе сотрудничества службы по противодействию ВИЧ–инфекции с другими региональными медицинскими учреждениями Министерства Здравоохранения страны, а также неправительственными и общественными организациями, оказывающими медико–социальные услуги целевым группам исследования. Мероприятия осуществлялись при финансовой и технической поддержке Глобального Фонда, тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу и ВОЗ.

Данные ДЭН еще раз подтвердили, что эпидемия ВИЧ–инфекции в Азербайджане продолжает находиться на концентрированной стадии.

В национальных масштабах реализация проекта «Оценка численности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике» проводилась впервые. Исследования проводились в десяти городах и районах Азербайджанской Республики. Исследованием были охвачены следующие уязвимые к ВИЧ группы населения: ПИН, СР, МСМ. Полученные данные в настоящее время обрабатываются и систематизируются.

Результаты проекта позволят реально оценить эпидемиологическую ситуацию в стране, подготовить базу для мониторинга распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценить эффективность действующих профилактических программ, планировать новые, оценить усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов, представлении отчетности на национальном и международном уровне.

Результаты проведенных исследований помогут также определить расчетную распространенность ВИЧ среди взрослых, посредством применения программного обеспечения для произведения расчетов и прогнозирования ВОЗ/ЮНЭЙДС (Spectrum/EPP).

В отчетном периоде был начат процесс создания единой согласованной системы мониторинга и оценки (МиО) и национального плана МиО. Целью национальной системы мониторинга и оценки является отслеживание эпидемиологической ситуации, оценка риска развития и прогноз эпидемии, научное планирование вмешательств и повышение их эффективности, систематический сбор, анализ и распространение информации о национальных мероприятиях в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в стране. Развитие национальной системы мониторинга и оценки осуществлялось при финансовой и технической поддержке гранта Глобального фонда, а также ЮНЭЙДС. За отчетный период в структуре Республиканского Центра по борьбе со СПИДом создан отдел мониторинга и оценки, имеющий 3 штатные единицы. Разработано положение и определены задачи отдела мониторинга и оценки.

Расширение эффективных программ профилактики

Профилактика остается приоритетным направлением государственной политики страны в области ВИЧ/СПИДа. В 2010-2011гг. на профилактические мероприятия израсходовано примерно 50% общего объема финансовых средств, выделенных на борьбу с эпидемией ВИЧ-инфекции. Особое внимание в программах профилактики уделялось молодежи и группам высокой уязвимости к ВИЧ-инфекции.

Создание в республике сети кабинетов ДКТ стало важным дополнением к осуществляемой профилактической деятельности, направленной на молодежь и группы риска. Министерством Здравоохранения республики (приказ № 73 от 14.07.2011г.) предусмотрена организация сети кабинетов-пунктов по добровольному консультированию и тестированию (ДКТ), в т.ч. по инициативе медицинских работников. 15 кабинетов уже функционируют, в течение 2012–2013гг. предусмотрено открытие еще 35 кабинетов. Этому предшествовала большая работа: предварительно были обучены врачи смежных специальностей, такие, как наркологи, дермато-венерологи, инфекционисты, фтизиатры, акушер-гинекологи, а также медперсонал пенитенциарной системы. Было разработано и утверждено Министерством Здравоохранения «Пособие по добровольному обследованию и консультированию в лечебно-профилактических учреждениях по инициативе медицинских работников».

Программа заместительного лечения

Проведение заместительной терапии в стране регламентируется нормативными правовыми актами Республики. Так, пунктом 3.1 Государственной программы Азербайджанской Республики «О мерах противодействия незаконному обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров и распространения наркомании в 2007–2012 гг.» (от 28 июня 2007 г. №2271), предусматривается обеспечение разработки, апробации и внедрения

прогрессивных методов оказания медицинской помощи лицам, страдающим зависимостью от наркотических средств.

Заместительная терапия метадонем в стране начала проводиться с 2004г. в метадоновом кабинете Республиканского Наркологического диспансера. В 2008–2009гг. начата работа по привлечению ВИЧ–инфицированных ПИН к заместительной терапией метадонем. Однако, существующие проблемы проезда в наркодиспансер, ограничивали доступ ВИЧ–инфицированных к метадоновой терапии. Открытие метадонового кабинета в филиале Республиканского Наркологического диспансера, расположенного на базе Республиканского СПИД–Центра (приказ Министерства Здравоохранения №38/І–SH от 13.05.2009г.), способствовало разрешению этой проблемы, а также улучшению приверженности к АРВ–терапии. На конец 2011г. общее число ВИЧ–инфицированных ПИН, взятых на заместительную терапию, составило 68 человек, в 2008–2009 годах этот показатель составлял 12 и 40 человек соответственно. Из числа пациентов, включенных в программу ОЗТ, 46 (67,6%) больным назначена антиретровирусная терапия.

Предоставление доступа к лечению

За отчетный период расширение системы организационных мероприятий в отношении ВИЧ–инфекции и усиление материально–технической базы службы позволили достичь значительных успехов в предоставлении доступа к услугам по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ–инфекцией.

На конец 2011гг. охват ВИЧ–инфицированных больных АРВ–терапией возрос до 83,3% (на конец 2009г. этот показатель составлял 78,9%). Охват детей антиретровирусной терапией составляет 100%.

Улучшился показатель выживаемости спустя 12 месяцев после начала лечения: он составляет 78,7% для 2011г. Для сравнения, этот показатель в 2009г. составлял 69.8% . У детей этот показатель по–прежнему равен 100%.

За период 2010–2011гг. удалось повысить качество и уровень охвата диспансерным наблюдением ЛЖВ. Так, охват диспансерным наблюдением ЛЖВ в 2011г. составил 86,5% (на конец 2009г. этот показатель составлял 71,6%). По сравнению с 2009г. этот показатель возрос на 14,9 % .

В результате выполнения комплекса мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, показатели охвата химиопрофилактикой женщин за этот период возросли с 10% в 2006г. до 74,2% в 2011г. К 2014 году этот показатель планируется довести до отметки не менее 90%.

В течение 2010–2011гг. при поддержке Фонда Растроповича–Вишневской в роддомах г. Баку, Гянджа и Ленкорани внедрен метод экспресс–диагностики ВИЧ–инфекции и вирусного гепатита В у беременных женщин с неизвестным статусом, что способствовало снижению риска инфицирования новорожденных.

Министерством Здравоохранения Республики (приказ №40 от 18.03.2011г.) в рамках проекта Глобального Фонда для оказания квалифицированной, приближенной к месту проживания медицинской помощи, а также в целях улучшения диспансерного наблюдения за ВИЧ–инфицированными и осуществления мониторинга, запланирована децентрализация АРВ–терапии и ведется работа по организации 6 региональных центров в гг. Нахичевань, Гянджа, Ленкорань, Шеки, Ширван и Губа.

Подготовленные ранее на основе клинических протоколов ВОЗ 2007г. национальные протоколы: «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков», «Туберкулез и ВИЧ–инфекция: тактика ведения пациентов с сочетанной инфекцией», «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку» пересмотрены в соответствии с новыми рекомендациями ВОЗ от 2010 года. Кроме того, разработаны в соответствии с рекомендациями ВОЗ инструкции и пособия по ДКТ, правилам безопасности в медицинских учреждениях, постконтактной профилактике, паллиативному уходу. Подготовленные и утвержденные Министерством Здравоохранения «Руководство по вопросам ВИЧ–тестирования и консультирования по инициативе медицинских работников в лечебно–профилактических учреждениях» и «Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку» размножены и направлены для использования в лечебную сеть в качестве методических пособий.

Общепризнанный принцип, согласно которому тюрьмы и заключенные остаются частью общества, означает, что угроза, которую ВИЧ представляет для здоровья заключенных, и угроза здоровью населения за пределами тюрем, неразрывно связаны между собой и, следовательно, требуют скоординированных действий.

С целью организации эффективного противодействия ВИЧ/СПИДу в тюрьмах, обеспечения непрерывности ухода по принципу «общество–тюрьма–общество», а также непрерывности лечения внутри тюремной системы, Главным Медицинским управлением Министерства Юстиции совместно со СПИД–Центром в 2011году подготовлена и утверждена «Инструкция по диагностике и профилактике ВИЧ–инфекции среди лиц, содержащихся в учреждениях пенитенциарной службы, а также организации медицинской помощи ВИЧ–инфицированным заключенным».

VI. ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И МЕРЫ ДЛЯ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Обозначенные в предыдущем отчете проблемы, благодаря предпринятым в течение 2010–2011 гг. мерам, были в значительной степени решены, что улучшило обеспечение ВИЧ–инфицированных лиц медико–социальными услугами.

В страновом отчете за 2008–2009 гг [6]. указывались следующие проблемы.

1. Проблемы, связанные с нормативно–законодательной базой:

– недостаточно разработанная законодательная база для проведения комплексной профилактической работы среди уязвимых к ВИЧ группам населения, особенно ПИН, включая программы снижения вреда, в том числе и заместительную терапию;

– правовые препятствия для реализации профилактических программ среди закрытых групп риска: СР из–за их нелегального бизнеса, МСМ, ПИН;

– ощутимая стигма и дискриминация на различных уровнях (общество, медицинские учреждения, социальные службы, правоохранительные органы, пенитенциарные учреждения, рабочие места, образовательные учреждения, средства массовой информации);

С целью решения означенных проблем в 2010 г. в Азербайджане принят новый Закон “О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека”, в котором определены правовые основы профилактики, диагностики, лечения и оказания всего комплекса медицинских и социально–психологических услуг ЛЖВ. В Закон введены дополнительные статьи о необходимости усиления профилактических работ, просветительской деятельности среди населения, особенно молодежи, мигрантов и представителей групп рискованного поведения. В Закон внесены новые статьи о недопущении стигмы и дискриминации в учреждениях социальной службы и образования, оказания всех видов медицинской и социальной помощи на бесплатной основе, профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Предусмотрены статьи о применении профилактических программ среди групп риска, а также в пенитенциарной системе, усилении программ снижения вреда. В отличие от предыдущего, в нем также изложены гарантии государства в сфере борьбы с ВИЧ–инфекцией, права ЛЖВ, в т. ч. трудовые права и обязанности, социальные гарантии, предоставляемые ЛЖВ и их семьям. Конкретно отражена ответственность за распространение инфекции и нарушение конфиденциальности.

В соответствующих решениях КабМина (№ 182–S от 25.06.2010г. и №62 от 27.04.2011г.) конкретно разграничены полномочия и обязательства структур, ответственных за медико–социальное и правовое обеспечение ЛЖВ. Определены государственные нормативы по различным аспектам обслуживания ВИЧ–инфицированных пациентов (объемы медицинских услуг, нормативы бесплатного обеспечения искусственным питанием новорожденных до 1 года, нормативы по

программам снижения вреда, списки должностей и специальностей, противопоказанных ВИЧ-инфицированным и пр.).

2. В отчете за 2008–2009 гг. было указано, что в стране существует нормативная, материальная и методическая база для проведения ДКТ, однако существует и проблема недостаточного охвата тестированием на ВИЧ уязвимых групп населения. Для решения этой проблемы в течение отчетного периода проведена работа по улучшению системы добровольного консультирования и тестирования, в частности, по расширению сети пунктов ДКТ для скринингового тестирования, в т.ч. по инициативе медицинских работников. Министерством Здравоохранения Республики (приказ № 73 от 14.07.2011г.) предусмотрена организация 50 пунктов ДКТ, 15 из которых уже начали действовать в отчетный период.

3. В предыдущем отчете отмечались трудности в лечении ЛЖВ, связанные с централизованным предоставлением услуг в СПИД-Центре и отсутствием региональных структур по лечению ВИЧ.

За отчетный период проведен ряд организационных мероприятий для децентрализации услуг по предоставлению АРВ-терапии. Для оказания квалифицированной, приближенной к месту проживания медицинской помощи, а также в целях улучшения диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными и осуществления мониторинга АРВ-терапии Министерством Здравоохранения Республики (приказ №40 от 18.03.2011г.), в рамках проекта Глобального Фонда ведется работа по организации 6 региональных центров АРВ-терапии. Прошли обучение и подготовлены кадры медицинских работников. В настоящее время создается материально-техническая база этих центров для проведения мониторинга АРВ-терапии, в связи с чем запланировано оснащение лабораторий проточными цитометрами, биохимическими и гематологическими анализаторами. Введение в действие региональных центров планируется на 2012 год.

4. Указанные в прошлом отчете проблемы с нерегулярными поставками тест-систем для своевременного и качественного мониторинга проводимой АРВ-терапии, оснащением лабораторной службы современным оборудованием, в отчетный период нашли свое решение. Благодаря увеличению государственных ассигнований и финансированию Глобального Фонда, поставки тест-систем и АРВ-препаратов осуществляются регулярно и бесперебойно. Обеспечена потребность в медикаментах для лечения и профилактики оппортунистических инфекций, а также сопутствующих заболеваний.

В 2010–2011гг. продолжено оснащение лабораторной службы СПИД-Центра, и его региональных подразделений современным оборудованием, компьютерной техникой. Из средств государственного бюджета, а также проекта, финансируемого Глобальным фондом, получен Real Time ПЦР-анализатор, экстрактор для ПЦР-

анализатора, ИФА–анализатор, а также ИТ–оборудование. В ближайшее время планируется приобретение еще одного ПЦР–анализатора, аппарата для определения резистентности ВИЧ к АРВ–препаратам, 6 цитофлюориметров, 6 ИФА–анализаторов, гематологического, биохимического, бактериологического анализаторов и прочего лабораторного оборудования.

5. В числе проблем, затрудняющих расширение доступа к услугам по уходу и поддержке, была указана проблема недостаточного числа обученных кадров, предоставляющих эти услуги, слабое вовлечение НПО и сообществ ЛЖВ в сферу ухода и поддержки, отсутствие методической и нормативной документации, а также отсутствие у медицинских работников мотивации работы со сложными уязвимыми контингентами.

В 2010–2011гг. активно внедрялась программа предоставления паллиативной помощи и ухода людям, живущим с ВИЧ. Пункты предоставления комплекса услуг, включающих медицинскую, психологическую, социальную и духовную поддержку, действуют в г.Баку. В течение 2012г. планируется их открытие в 4–х городах, наиболее пострадавших от эпидемии (гг.Сумгаит , Ширван, Ленкорань и Гаджигабул). В целях повышения эффективности оказания услуг в 2011гг. разработано и издано «Методическое пособие для врачей и медицинских сестер по паллиативному уходу при ВИЧ–инфекции»

В 2010–2011 гг. регулярно проводилось обучение персонала службы паллиативного ухода, а также мультидисциплинарных команд, которые осуществляют оказание паллиативной помощи и ухода за ВИЧ–инфицированными, проведены семинары с участием международного эксперта, посвященные вопросам паллиативного ухода.

За счет средств ГФ проводятся доплаты персоналу, участвующему в оказании паллиативных услуг.

6. В предыдущем отчете было указано на существование такой проблемы, как недостаточное количество и слабое вовлечение НПО и сообщества ЛЖВ в профилактическую и просветительскую работы, слабо развитый институт «Равного консультанта», недостаточное число подготовленных активистов из числа лиц, живущих с ВИЧ, вовлеченных в профилактическую работу. За отчетный период число общественных организаций, работающих в области ВИЧ–инфекции, выросло и составляет 36 против 14 в 2009г.

7. Была отмечена проблема все еще встречающихся случаев стигмы и дискриминации на различных уровнях (общество, медицинские учреждения, социальные службы, правоохранительные органы, пенитенциарные учреждения, рабочие места, образовательные учреждения, средства массовой информации). В отчетный период Министерством Здравоохранения и Министерством социальной защиты и труда при участии Международной Организации Труда (МОТ) и

поддержке UNAIDS проведены конференция и семинар, посвященные проблеме ВИЧ/СПИДа. Была отмечена необходимость наращивания усилий со стороны обоих ведомств в целях недопущения дискриминации и стигматизации на производстве, по профилактике ВИЧ на рабочих местах и в расширении доступа к лечению для людей, живущих с ВИЧ.

8. В отчете за 2008–2009 гг. была указана проблема затрудненной оценки и прогнозирования эпидемиологической ситуации, а также потребности в услугах, ввиду отсутствия данных об оценочном числе таких уязвимых к ВИЧ групп населения, как ПИН, СР, МСМ и мобильные группы населения.

Для определения тенденций развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране, а также мониторинга поведения, способствующего инфицированию, в 2010г. было проведено 2-ое дозорное биоповеденческое эпидемиологическое исследование по МСМ в г.Баку. Результаты исследования обобщены и доложены на конференции в г.Тбилиси.

В 2011г. было проведено третье дозорное сероэпидемиологическое и поведенческое исследование (ДЭН) среди групп риска: ПИН, СР, МСМ, заключенных и уличных детей. ДЭН проведен в 7 регионах страны. Параллельно с ДЭН впервые в стране проведен проект “Оценка численности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике”. Исследованием были охвачены уязвимые к ВИЧ группы населения: ПИН, СР и МСМ, исследования проводились в 10 городах и районах Азербайджана. Результаты третьего ДЭН и проекта “Оценка численности групп рискованного поведения” в настоящее время обрабатываются и систематизируются.

Результаты проведенных исследований позволят реально оценить эпидемиологическую ситуацию, подготовить базу для мониторинга распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценить эффективность действующих профилактических программ, планировать новые, оценить усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов, представлении отчетности на национальном и международном уровне.

Остающиеся проблемы:

1. Профилактика вертикальной трансмиссии ВИЧ

Выполнение комплекса мероприятий по ППМР позволили увеличить охват химиопрофилактикой ВИЧ–позитивных женщин: показатели охвата возросли с 10% в 2006г. до 74,2% в 2011г.

За период 2010–2011гг. увеличилось число ВИЧ-инфицированных беременных, выявленных во время беременности, и соответственно, уменьшилось число выявленных после родов. Так, если в 2008–2009 гг. доля ВИЧ – инфицированных беременных, выявленных во время беременности, составляла 62,1% и 50,0%, то в отчетный период эти показатели соответствовали 62,5% и

81,2%. Это дало возможность более широкого охвата их программой ППМР, в том числе, и АРВ-препаратами.

Однако, ввиду существующей проблемы поздней обращаемости беременных в учреждения антенатального ухода, основные усилия должны быть сосредоточены на охвате их антенатальным наблюдением, что позволит своевременное проведение комплекса мероприятий по ППМР. В отчетный период продолжалось обучение врачей по проблеме ППМР в ходе различных тренингов и семинаров. Министерством Здравоохранения и в рамках проекта ГФ в течение 2012–2013 гг. предусмотрены комплексные мероприятия (тренинги и семинары, в том числе выездные по регионам), более широкое включение вопросов ВИЧ в последипломное образование и при сертификации. Республиканским НИИ Акушерства и гинекологии готовится «Руководство по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку», которое будет способствовать более эффективной профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции.

2. Лечение вирусных гепатитов В и С

Хронические вирусные гепатиты, которые диагностированы у больных ВИЧ-инфекцией (НСV–64% и HBV–8,2% из числа находящихся на учете к концу 2011г. граждан Азербайджана), являются одной из наиболее серьезных причин, отягощающих характер и тяжесть течения заболевания. Развитие тяжелого поражения печени, вызванного, в первую очередь, гепатитом С, является частой причиной летальных исходов среди больных ВИЧ-инфекцией. Учитывая высокую стоимость препаратов, применяемых для лечения вирусных гепатитов, требуется дальнейшее усиление мер по расширению доступа к лечению вирусных гепатитов В и С.

3. Слабое развитие программ по социальному сопровождению ЛЖВ и формированию приверженности АРВ-терапии.

Отмечается недостаточная приверженность ЛЖВ к АРВ-терапии, соблюдению врачебных рекомендаций, здоровому образу жизни. Имеет место слабое развитие программ по формированию приверженности и социальному сопровождению ВИЧ-инфицированных, недостаточное вовлечение социальных служб и НПО, на которых возлагается роль социального патронажа в реализации этих вопросов.

4. Слабое вовлечение в систему просветительской работы НПО и сообщества ЛЖВ.

За отчетный период число общественных организаций, работающих в области ВИЧ-инфекции, возросло и составляет 36. Однако, организации ЛЖВ, СР, потребителей наркотиков еще малочисленны в стране и, пока что, слабо вовлечены в профилактическую и просветительскую работы, слабо развит институт «Равного консультанта», не все ЛЖВ имеют информацию о доступности лечения. Ощутим недостаток подготовленных активистов из числа лиц, живущих с ВИЧ, вовлеченных в профилактическую работу.

С целью решения этих проблем в 2012–2013гг. в рамках проекта Глобального Фонда предусмотрен ряд тренингов для сотрудников СПИД-сервисных НПО.

Кроме того, в новом Стратегическом Плане предусмотрено расширение деятельности по налаживанию партнерских отношений между представителями общественного здравоохранения, гражданского общества и уязвимых групп населения.

VII. ПОДДЕРЖКА СО СТОРОНЫ ПАРТНЕРОВ ПО ПРОЦЕССУ РАЗВИТИЯ В СТРАНЕ

Важную роль в реализации мер в ответ на ВИЧ/СПИД, в том числе, в обеспечении всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ–инфекцией, играют международные организации, и в первую очередь, различные агентства Организации Объединенных Наций (ООН), оказывающие стране как техническую помощь, так и финансовую поддержку.

Наиболее значительную помощь в борьбе с распространением ВИЧ играют Глобальный Фонд по борьбе с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом и малярией, Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS), Всемирная Организация Здравоохранения (WHO), Детский Фонд ООН (UNICEF), Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), Фонд Ростроповича – Вишневецкой, Институт Открытое общество – Фонд Содействия (OSI–AF), Программа развития ООН, Всемирный Банк, Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

Глобальный Фонд – Глобальным Фондом в рамках проекта гранта 9–го раунда, поддерживается децентрализация службы ВИЧ, мероприятия по интеграции работы по профилактике передачи ВИЧ–инфекции от матери ребенку в антенатальную службу; поддерживается работа по укреплению ВИЧ службы в пенитенциарной системе.

Кроме того, Глобальный Фонд принимает участие в обеспечении лабораторий по диагностике ВИЧ новым оборудованием; помогает в обеспечении тест – системами для диагностики ВИЧ–инфекции и оппортунистических инфекций; осуществляет закуп АРВ–препаратов и препаратов для лечения оппортунистических инфекций; помогает приобретению тест–систем, необходимых для проведения мониторинга АРВ–терапии; обеспечивает оказание паллиативного ухода больным ВИЧ/СПИДом; проводит тренинги с целью подготовки кадров; помогает усилению эпидемиологического контроля, поддержав проведение дозорного эпидемиологического надзора второго поколения.

Глобальный Фонд также оказывает финансовую поддержку развитию гражданского общества и усилению потенциала НПО, работающих в сфере ВИЧ; проводятся медиа кампании, посвященные вопросам профилактики ВИЧ, стигмы и дискриминации.

UNAIDS – при поддержке UNAIDS был подготовлен новый «Национальный Стратегический План по борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2013–2017 гг.», UNAIDS оказывает техническую и финансовую поддержку процессу разработки национальной системы МиО; при технической поддержке UNAIDS Главным Медицинским управлением Министерства Юстиции подготовлена и утверждена «Инструкция по диагностике и профилактике ВИЧ–инфекции среди лиц, содержащихся в учреждениях пенитенциарной службы».

Была оказана техническая и финансовая поддержка усилению потенциала представителей СМИ для отражения проблем, касающихся сферы «ВИЧ и права человека»; технически и финансово поддержано НПО людей, живущих с ВИЧ по усилению приверженности к АРВ и улучшению доступа ЛЖВ и их семей к медицинским и правовым услугам; проведены тренинги по подготовке кадров. UNAIDS помогает усилению эпидемиологического контроля, поддержав проведение дозорного эпидемиологического надзора 2–го поколения, оказывает помощь в разработке национального отчета о выполнении Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

WHO – оказывает помощь в разработке новых стратегий по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ–инфекции согласно протоколам ВОЗ; улучшению качества медицинской помощи, предлагаемой ЛЖВ, и укреплению кадровых ресурсов. Основные усилия в отчетном периоде были направлены на повышение уровня знаний и качества подготовки работников, занятых в сфере ВИЧ и обновление и разработку нормативных документов в области ВИЧ/СПИДа.

В указанных направлениях осуществляется подготовка медицинских работников по различным вопросам предоставления антиретровирусной терапии; проводятся тренинги для медицинских работников; осуществляется мониторинг работы лабораторий по диагностике ВИЧ–инфекции; оказывается помощь в составлении Национальных протоколов по лечению и оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ.

WHO помогает усилению эпидемиологического контроля, поддержав проведение дозорного эпидемиологического надзора второго поколения.

UNICEF – поддерживает процессы разработки нормативных документов, обучения медицинских и социальных работников, внедрения моделей организации медико–социальной помощи ВИЧ–инфицированным беременным женщинам, матерям и детям, поддерживает процесс разработки национальных протоколов по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку; проводит тренинги с целью подготовки кадров; помогает усилению эпидемиологического контроля, поддержав проведение дозорного эпидемиологического надзора второго поколения.

UNODC – в сотрудничестве с органами здравоохранения, внутренних дел и исполнения наказания проводит работу по профилактике ВИЧ – инфекции среди потребителей наркотиков и заключенных; поддерживает разработку программ по интеграции социально–медицинских и правовых аспектов профилактики и лечения ВИЧ –инфекции для уязвимых групп населения в программы профессионального обучения в системе высшего и среднего образования, помогает усилению эпидемиологического контроля, поддерживая проведение дозорного эпидемиологического надзора второго поколения.

Фонд Ростроповича – Вишневской – поддерживает работу по проекту «Обследование беременных женщин на гепатит В и ВИЧ и профилактика гепатита В среди новорожденных», обеспечивая поставку экспресс–тестов для обследования на ВИЧ и гепатит В и противогепатитного иммуноглобулина для пассивной иммунизации детей, родившихся от матерей, позитивных на гепатит В.

OSI–AF –оказывает помощь в претворении в жизнь программ по снижению вреда среди лиц с рискованным поведением с целью профилактики ВИЧ–инфекции, поддерживает оказание паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ, проводит тренинги по подготовке кадров, оказывает институциональную поддержку НПО сектору, поддерживает разработку профессиональных и образовательных стандартов по снижению вреда, оказывает техническую поддержку внедрению и методическому совершенствованию программ снижения вреда, адвокатирует права представителей группы риска на страновом уровне. Для лучшей координации деятельности неправительственный сектор, представленный НПО людей, живущих с ВИЧ, СПИД–сервисными организациями и организациями, работающими с уязвимыми группами, объединены в Общественное Объединение «Пропаганда здорового образа жизни» (Сеть Снижения Вреда).

Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца – поддерживает проведение работы по профилактике ВИЧ–инфекции среди молодежи и групп высокого риска, оказывает помощь в организации питания людей, живущих ВИЧ/СПИДом, в том числе, обеспечении искусственным питанием детей, рожденных от ВИЧ – позитивных матерей

Для достижения обеспечения целевых показателей ССГАООН необходима помощь партнеров по следующим направлениям:

- Предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку, включая совершенствование услуг по планированию семьи для ЛЖВ и внедрение современных заместительных репродуктивных технологий;
- Осуществление комплекса мер по профилактике ВИЧ–инфекции во всех регионах страны среди уязвимых групп: ПИН, МСМ, СР, заключенных;
- Завершение создания Национального плана Мониторинга и Оценки;
- Организация и проведение исследований в рамках национальной системы МиО ситуации по ВИЧ/СПИДу, развитие компьютерных и информационных технологий по данной тематике;
- Финансовая поддержка исследований в области МиО;
- Нарращивание кадрового потенциала: подготовка национальных специалистов по использованию моделей прогнозирования и оценки (программы Workbook, Spectrum, модель Goals, RNM);
- Создание единого национального банка данных о борьбе с ВИЧ/СПИД для контроля за реализацией Национальной Программы противодействия ВИЧ;
- Нарращивание национального потенциала для внедрения и интеграции информационных систем: мониторинга ответных мер (CRIS) и оценки национальных расходов на СПИД (NASA) в стране.

VIII. УСЛОВИЯ ДЛЯ МОНИТОРИНГА И ОЦЕНКИ

Предпринимаемые в последние годы в Азербайджанской Республике усилия по борьбе с ВИЧ–инфекцией привели к некоторым позитивным сдвигам в противодействии эпидемии ВИЧ/СПИДа, в том числе, в сфере мониторинга и оценки.

В основе существующей в стране системы сбора данных по мониторингу и оценке лежит система эпидемиологического надзора за ВИЧ–инфекцией, которая включает систематический сбор данных о ВИЧ–инфекции на национальном уровне. В стране имеется компьютерная система для ведения персонифицированной базы данных всех инфицированных ВИЧ (начиная с 1987 г.) и данных о количестве исследований на ВИЧ. Полученные данные обрабатываются и в виде утвержденных форм отчетности ежемесячно, а также конце года в виде годового отчета, передаются в управление информатики и статистики МЗ. Данные по МиО собираются в строго установленные сроки.

Эпидемиологический надзор за ВИЧ–инфекцией в Азербайджанской Республике проводится с 1987 года на основе существующих законов и приказов по контролю и эпидемическому надзору за эпидемией ВИЧ. Он основан на скрининговых серологических исследованиях в определенных группах населения, которые в силу особенностей своего поведения или других факторов подвергаются риску ВИЧ–инфицирования или могут передать вирус другим людям. Исследование можно пройти анонимно и конфиденциально в любом медицинском учреждении, а также в учреждениях службы борьбы со СПИДом: Республиканском Центре по борьбе со СПИДом и его 12 региональных лабораториях, расположенных в 11 регионах страны.

Составной частью системы мониторинга и оценки (МиО) как на национальном, так и региональном уровнях в Азербайджанской Республике является система эпиднадзора второго поколения. Актуальность внедрения эпиднадзора второго поколения была обусловлена тем, что традиционные системы эпиднадзора не способны своевременно отслеживать инъекционную практику и практику сексуального поведения, играющую роль во взаимосвязи эпидемий ВИЧ и заболеваний, передающихся половым путем. Согласованность разнообразных биологических, поведенческих и качественных исследований, направленных на понимание сути явлений, не только подтверждает тенденции эпидемий, но и дает им глубинные объяснения. Для определения тенденций развития эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране с 2003 г. система скринингового серологического надзора была в дополнена элементами 2–го поколения дозорного эпиднадзора, т.е. поведенческим надзором (ДЭН).

В 2003–2004 гг Республиканским Центром по борьбе со СПИДом при финансовой и методической поддержке ВОЗ в рамках проекта «Дозорный надзор за ВИЧ–инфекцией в группе лиц с рискованным поведением» в городах Баку и Ленкорань были проведены исследования распространенности ВИЧ–инфекции и

некоторых ИППП, а также поведенческих особенностей ПИН и СР. Эти исследования выявили достоверные различия показателей пораженности ВИЧ-инфекцией в группах наркопотребителей, обследованных в медицинских учреждениях, и «уличных» наркопотребителей в городах Баку и Ленкорань, а также в группе «уличных» и «стационарных» СР в городе Баку. И если, по данным традиционного надзора, в целом в Азербайджане отмечался низкий уровень распространения ВИЧ-инфекции, то результаты дозорного эпидемиологического надзора позволили охарактеризовать эпидемию ВИЧ-инфекции в стране как концентрированную, ввиду установленного факта активного распространения вируса среди уязвимых групп населения (распространенность ВИЧ среди уличных ПИН составила 24,0%, среди СР, работающих на улицах г. Баку, – 11,0%).

В 2007–2008 гг в Азербайджане Министерством Здравоохранения и Республиканским Центром по борьбе со СПИДом при поддержке тематической группы по ВИЧ/СПИДу ООН (WHO, UNICEF, UNAIDS, UNODC и UNHCR) был реализован проект под названием «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения в Азербайджанской Республике» по расширенному (национальному) интегрированному исследованию в формате сероэпидемиологического и поведенческого надзора второго поколения среди некоторых уязвимых групп населения.

Исследования проводились в семи городах и районах Азербайджанской Республики среди ПИН, СР, МСМ, уличных детей и заключенных. В группах ПИН, СР, МСМ и уличных детей (1600 человек) была изучена распространенность ВИЧ-инфекции и инфекций, имеющих сходные с ВИЧ пути передачи (вирусные гепатиты В и С, сифилис), а также проанализированы факторы риска в моделях их поведения, способствующие инфицированию. В группе осужденных (1000 человек) были проведены только сероэпидемиологические исследования (определение антител к ВИЧ, гепатитам В и С, к возбудителю сифилиса).

Данные дозорного эпиднадзора подтвердили, что эпидемия ВИЧ-инфекции в Азербайджане находится на концентрированной стадии, ввиду установленного факта распространенности вируса в группе ПИН в среднем на уровне 10,3%, варьируя в зависимости от региона от 1,3% до 33%. Обнаружена также высокая частота рискованных поведенческих практик и широкая распространенность антител к вирусу гепатита С (в среднем, 53,2%).

В 2010 году было проведено второе биоповеденческое исследование среди МСМ в Азербайджане. Исследование было проведено неправительственной организацией «Гендер и развитие», совместно с Республиканским Центром по борьбе со СПИДом, при технической поддержке странового офиса ВОЗ в Азербайджане. Контроль за проектом осуществлялся со стороны СОС Нидерланды (Cultuur en Ontspannings-Centrum, or Centre for Culture and Leisure), отчет был написан обучающим центром ВОЗ по наращиванию потенциала в области эпидемиологического надзора за ВИЧ/СПИДом при

Университете общественного здравоохранения города Загреб, Хорватия. Целью данного исследования, главным образом, было определение распространенности ВИЧ–инфекции и сифилиса среди МСМ в Баку. А также поведенческие характеристики, которые важны для понимания контекста передачи ВИЧ–инфекции и других инфекций, передающихся половым путем. Для формирования выборки впервые в Азербайджане была выбрана методика, управляемая самими респондентами (RDS). Исследованием было охвачено 454 представителя данной группы. Сбор данных проводился исследовательской группой в период апрель – июль 2010 года.

Во время исследования у 2 (0,4%) МСМ была выявлена ВИЧ–инфекция, у 16 (3,5%) МСМ – антитела к возбудителю сифилиса.

Данное исследование также выявило высокое рискованное поведение МСМ, что еще раз подтверждает необходимость рассматривания МСМ и их половых партнеров как весьма уязвимая группу для ВИЧ–инфекции.

В 2011 г. для продолжения мониторинга и оценки реальной эпидемиологической ситуации по ВИЧ–инфекции в Азербайджанской Республике, а также мониторинга поведения, способствующего инфицированию, в труднодоступных группах населения, было проведено третье дозорное исследование.

Проект реализован в процессе сотрудничества государственной службы по противодействию ВИЧ–инфекции, Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики, с другими региональными подразделениями Министерства Здравоохранения (Наркологический диспансер Ленкоранского района, Центральные Районных Больниц Масаллинского и Гаджикабулского районов) и неправительственными и общественными организациями, оказывающими медико–социальные услуги целевым группам настоящего исследования. Проект был осуществлен при финансовой и технической поддержке Глобального Фонда и тематической группы ООН по ВИЧ/СПИДу.

Исследования проводились в семи городах и районах Азербайджанской Республики среди ПИН,СР,МСМ, уличных детей и заключенных. В группах ПИН, СР, МСМ, уличных детей и заключенных (2300 человек) была изучена распространенность ВИЧ–инфекции и инфекций, имеющих сходные с ВИЧ пути передачи (вирусные гепатиты В и С, сифилис), а также проанализированы факторы риска в моделях их поведения, способствующие инфицированию. Следует отметить, что впервые в группе осужденных было проведено интегрированное дозорное сероэпидемиологическое исследование.

В результате исследования установлено, что распространенность ВИЧ в группе ПИН составила в среднем 9,5%, варьируя в зависимости от региона от 2% до 16,7%%; в группе СР – в среднем 0,7%, варьируя в зависимости от региона от 0% до 4 %; в группе МСМ гор. Баку – 2%; в группе заключенных – 5,8%, в группе уличные дети – 0%.

Данные дозорного эпиднадзора еще раз подтвердили, что эпидемия ВИЧ–инфекции в Азербайджане продолжает находиться на концентрированной стадии, так как в результате исследования было установлено, что распространенность вируса в группе ПИН составила в среднем 9,5%, а среди заключенных – 5,8%.

Таким образом, за отчетный период было проведено два сероэпидемиологических исследования. В 2010 среди MSM в городе Баку и в 2011 году в 7 регионах страны с охватом основных дозорных групп: ПИН, СР, MSM, заключенных и уличных детей. В рамках ДЭН 2011 г. впервые в Азербайджане была проведена оценка численности групп рискованного поведения (ПИН, СР и MSM).

На сегодняшний день ДЭН в АР уже является частью государственной системы эпидемиологического надзора за ВИЧ–инфекцией. ДЭН дополнил существовавшую систему новыми методами и информацией, усилив его аналитические возможности: улучшен контроль за эпидемиологическим процессом, надзор стал ориентированным на факторы риска в моделях поведения наиболее уязвимых групп, являющихся движущими силами эпидемии.

С целью уточнения и отслеживания эпидемиологической ситуации, оценки риска развития и прогноза эпидемии, научного планирования вмешательства и повышения их эффективности в 2009 г. при поддержке UNAIDS был начат процесс создания единой согласованной системы мониторинга и оценки (МиО).

Данный процесс основывается на национальных приоритетах и соответствует принятым в Азербайджане глобальным триединым ключевым принципам. Целью национальной системы мониторинга и оценки является систематический сбор, анализ и распространение информации о национальных мероприятиях в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа в Азербайджанской Республике.

Для координации действий на начальном этапе (с октября 2009 г – по ноябрь 2010г.) была создана рабочая группа по МиО, состоящая из 3 человек. В функции рабочей группы входила разработка основных показателей МиО и организация сбора данных, а также координация всей деятельности системы мониторинга и оценки. Группой было разработано положение об аналитической группе по мониторингу и оценке ситуации по ВИЧ–инфекции и мер, принимаемых в ответ на эпидемию ВИЧ–инфекции. Даны основные понятия (термины), применяемые в системах мониторинга и оценки, определены цели и задачи, расписаны обязанности координатора и двух специалистов по мониторингу и оценке.

В обязанности специалиста по мониторингу и оценке входило:

- Создание перечня показателей мониторинга по ВИЧ/СПИД,
- Разработка единой системы сбора данных, обработки, анализа, систематизации, хранения данных для мониторинга и оценки;

- Разработка стандартных форм учетной и отчетной документации для осуществления мониторинга и оценки;
- Разработка и внедрение единой системы мониторинга и оценки проектов и программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, осуществляемых на территории Азербайджана;
- Координация осуществления мониторинга и оценки с национальными институтами; оказание содействия в реализации национальной системы мониторинга и оценки;
- Координация деятельности по сбору данных для мониторинга и оценки в соответствии с разработанными показателями;
- Участие в разработке инструментария исследований;
- Обеспечение ведения баз данных, характеризующих показатели ВИЧ–инфекции и эпидемическую ситуацию по ВИЧ/СПИД в Азербайджане в статике и динамике, дифференцированно по административно–территориальным единицам и группам населения;
- Разработка стратегии использования данных, полученных в ходе мониторинга и оценки;
- Осуществление поездок в регионы для мониторинга осуществляемых мероприятий и подготовка отчетов по результатам поездок;
- Участие в разработке рекомендаций по повышению эффективности реализации национальной программы по ВИЧ/СПИД с учетом задач и целей;
- Координация обучения специалистов организаций–исполнителей принципам мониторинга и оценки;
- Подготовка и предоставление координатору группы ежемесячные и квартальные отчеты по осуществлению мероприятий;
- Оказание помощи координатору по подготовке годового отчета.

В обязанности координатора по мониторингу и оценке входило:

- Обеспечение и контроль сбора, анализа и распространения достоверной информации о состоянии эпидемии ВИЧ–инфекции в Азербайджане и мерах по противодействию эпидемии, предпринимаемых государственными, общественными и международными организациями;
- Контроль систематизации информации об эпидемической ситуации с ВИЧ–инфекцией в Азербайджане, о предпринимаемых мерах и их эффективности;
- Информирование государственных органов и все заинтересованных сторон о результатах, полученных в ходе мониторинга по ВИЧ/СПИД в Азербайджане;

- Контроль информационного обеспечения и поддержки мероприятий по противостоянию эпидемии ВИЧ–инфекции, осуществляемых государственными организациями на национальном уровне;
- Контроль эффективности воздействия мероприятий, проводимых в рамках Стратегической программы, на эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ–инфекции в Азербайджане (распространенность ВИЧ инфекции, изменение поведения уязвимых групп и т.д.);
- Подготовка рекомендаций для заинтересованных сторон по улучшению хода реализации мероприятий;

Далее был проведен анализ действующей системы отчетности по ВИЧ/СПИДу, определен перечень индикаторов (60 индикаторов), которые должны собираться по стране, определены параметры данных, которые необходимо получать для того, чтобы вычислить индикаторы МиО, определены функции баз данных и характер информации, которую можно получить с помощью этих баз, определена периодичность получения информации.

С целью создания органа, ответственного за систему мониторинга и оценки, в декабре 2010 года Министерством Здравоохранения Республики в Центре по борьбе со СПИДом был создан отдел мониторинга и оценки со следующим штатом: заведующий отделом, врач–методист и переводчик.

Сразу же после создания отдела было разработано положение об отделе мониторинга и оценки, продолжена работа над созданием единых отчетных форм, которые наиболее полно и точно будут отражать эпидситуацию по ВИЧ/СПИДу, а также работа по совершенствованию и обновлению списка индикаторов, в результате чего список индикаторов был доведен до 68 (помимо 27 индикаторов ССГАООН). Для индикаторов, отражающих знания и поведение, разработаны соответствующие анкеты, определены способы формирования выборки, методика опроса, способы обработки, анализа и представления данных. Для расчета относительных индикаторов определены знаменатели и методы получения данных для его расчета.

В настоящее время основными задачами отдела мониторинга и оценки являются:

- Создание перечня показателей мониторинга по ВИЧ/СПИДу, разработка методов сбора информации, обработка, анализ, систематизация, хранение данных;
- Разработка и внедрение единой системы мониторинга и оценки проектов и программ по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, осуществляемых на территории Азербайджана;
- Обеспечение сбора, анализа и распространения достоверной информации о состоянии эпидемии ВИЧ–инфекции в Азербайджане и мерах по

противодействию эпидемии, предпринимаемых государственными, общественными и международными организациями;

- Контроль за ведением баз данных, характеризующих показатели ВИЧ-инфекции и эпидемическую ситуацию по ВИЧ/СПИДу в Азербайджане в статике и динамике, дифференцированно по административно-территориальным единицам и группам населения;
- Получение информации, необходимой для реализации цели мониторинга по ВИЧ/СПИД, из министерств, ведомств, учреждений, организаций и т.д. А также информации для разработки мероприятий по совершенствованию мер профилактики ВИЧ-инфекции и поддержки людей, живущих с ВИЧ;
- Систематизация информации об эпидемической ситуации с ВИЧ-инфекцией в Азербайджане, о предпринимаемых мерах и их эффективности;
- Информирование государственных органов, всех заинтересованных сторон о результатах, полученных в ходе мониторинга за ВИЧ/СПИДом в Азербайджане;
- Информационное обеспечение и поддержка мероприятий по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции, осуществляемых государственными организациями на национальном уровне;
- Осуществление мероприятий по мониторингу и оценке эффективности проектов и программ по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Азербайджане;
- Определение эффективности воздействия мероприятий, проводимых в рамках Стратегической программы, на эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ-инфекции в Азербайджане (распространенность ВИЧ-инфекции, изменение поведения уязвимых групп и т.д.);
- Изучение и обобщение Азербайджанского и международного опыта мониторинга и оценки деятельности по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции;

Так как одним из важных компонентов системы МиО является наличие плана мониторинга и оценки, в ближайшее время планируется завершить процесс разработки национального плана по мониторингу и оценке. Национальный план по МиО разрабатывается с учетом двух основных рекомендуемых концептов: триединый принцип и организационная рамка для функциональности национальной системы МиО. План по МиО будет учитывать потребности в сборе, анализе и отчетности информации и будет направлен на улучшение доступности данных для заинтересованных лиц на всех уровнях (государственных и негосударственных структур) с целью их более глубокого использования в процессе принятия решения.

Также предстоит процесс согласования источников информации, методов сбора информации, расчета индикаторов, определения информационных потоков, а также необходимо определить ответственные лица и сроки

предоставления данных. Помимо этого планируется разработать структуру организации сбора и передачи информации, определить потоки, по которым будет происходить движение информации.

Параллельно планируется создание национальной базы данных (банк данных), где будут собираться все данные из регионов, на основании которых будет формироваться сводный национальный отчет по МиО. Начат процесс написания технического задания для IT-специалистов, с помощью которого будет создано программное обеспечение, и ведутся переговоры с международными специалистами в данной области.

Для усиления системы мониторинга и оценки и создания единой комплексной системы на межведомственном уровне необходимо завершить разработку национального плана действий по мониторингу и оценке; подготовить специалистов и начать внедрение информационных систем мониторинга ответных мер (CRIS) и оценки национальных расходов на СПИД в стране (NASA), предложенных ЮНЕЙДС. Важно обеспечить участие гражданского сектора в проведении мониторинга на уровне планирования, исполнения и анализа результатов, а также посредством эффективной системы мониторинга и оценки обеспечить подотчетность на всех уровнях.

Необходимыми мерами для этого являются:

- наращивание потенциала для создания национальной системы Мониторинга и Оценки: обучение и подготовка местных кадров компоненту МиО;
- техническая поддержка в завершении Национального плана мониторинга и оценки;
- финансовая поддержка исследований в области МиО.
- наращивание кадрового потенциала: подготовка национальных специалистов по использованию моделей прогнозирования и оценки (программы Workbook, Spectrum, модель Goals, RNM);
- техническая поддержка для создания единого национального банка данных о борьбе с ВИЧ/СПИД для контроля за реализацией Национальных Программ противодействия ВИЧ;
- наращивание национального потенциала для внедрения и интеграции информационных систем: мониторинга ответных мер (CRIS) и оценки национальных расходов на СПИД (NASA) в стране.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

КОНСУЛЬТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС/ПОДГОТОВКА СТРАНОВОГО ОТЧЕТА О МОНИТОРИНГЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДЕКЛАРАЦИИ О ПРИВЕРЖЕННОСТИ ДЕЛУ БОРЬБЫ С ВИЧ/СПИДОМ.

1) Какие учреждения отвечали за заполнения форм по различным показателям?

- | | |
|---------------------------|----|
| а) НКС или его эквивалент | Да |
| б) НПС | Да |
| с) Другие | |

2) Вклад со стороны Министерств:

- | | |
|--|-----|
| Образования | Да |
| Здравоохранения | Да |
| труда и социальной защиты | Нет |
| иностраннных дел | Да |
| Других: | |
| молодежи и спорта | Да |
| Юстиции | Да |
| Государственный Комитет по делам семьи,
женщины и ребенка | Да |
| Аппарат уполномоченного по правам
человека (Омбудсмана) | Да |
| Организации гражданского общества | Да |
| Людей, живущих с ВИЧ | Да |
| Частного сектора | Нет |
| Организации ООН | Да |
| Двухсторонних организаций | Нет |
| Международных НПО | Да |

3) Обсуждался ли отчет на широком форуме

Да

4) Хранятся ли результаты обследований в
Центральной организации Да

5) Доступны ли данные для проведения открытых
Консультаций Да

6) Кто отвечает за представление отчета и последующие действия в случае
появления вопросов относительно национального доклада о ходе работы

Имя, фамилия/должность: _____

Дата: _____

Подпись: _____

Контактная информация:

Адрес: Ул. Мир-Касимова 1

Е-маил: office@health.gov.az

Телефон: (+994 12) 565-12-49, (+994 12) 565-12-16

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ), 2011 г.

СТРАНА: АЗЕРБАЙДЖАН

Имя/фамилия сотрудника Национального совета по СПИДу, ответственного за предоставление НКИП, к которому можно обратиться с вопросами:

Алмамедова Эсмירה Алмамед кызы – заместитель директора Республиканского Центра по борьбе со СПИД

Почтовый адрес: AZ 1022, ул. Мир–Касимова 1/8

Тел: (+994 12) 510–08–69

Факс: (+994 12) 594–73–53

Е–маил: office@aids.az

Дата подачи: 15.03.2012

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (НОПИ)

ПРОЦЕСС СБОРА И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДАННЫХ

Опишите процесс, используемый для сбора и подтверждения данных для НОПИ:

С целью заполнения анкеты для определения НОПИ 30.01.2012г. для основных заинтересованных сторон, включая представителей организаций гражданского общества, был проведен вводный семинар. Для сбора, консолидации и подтверждения данных были назначены два технических координатора (для части А и В).

Технический координатор части А (для официальных представителей правительства) - Э. Алмамедова, заместитель директора Республиканского Центра по борьбе со СПИД.

Технический координатор части В (для организаций гражданского общества, двусторонних организаций и организаций системы ООН) – Л. Иманова, директор программы «Общественное здравоохранение», Институт Открытое Общество-Фонд Содействия.

Опишите процесс, используемый для устранения расхождений между ответами на конкретные вопросы (если таковые имеются):

Были согласованы процессы сбора данных для НОПИ, определены представители организаций, с которыми будут проводиться интервью, и согласованы процедуры получения окончательных ответов.

Данные по каждому разделу НОПИ были проанализированы и включены в страновой отчет с указанием достигнутого прогресса в области разработки и реализации политики, стратегий и нормативных положений для осуществления мер в ответ на эпидемию ВИЧ.

Подчеркните проблемные вопросы, касающиеся представленных конечных данных для НОПИ (такие как качество данных, возможное неправильное понимание вопросов и т.д.):

Для изложения результатов, обсуждения и утверждения ответов на вопросы НОПИ 07.02.2012 проведен итоговый семинар с участием ключевых заинтересованных сторон, на котором были разрешены проблемные вопросы.

Респонденты, дающие ответы на вопросы для НОПИ

[Укажите данные относительно всех, чьи ответы были собраны для составления (частей) НОПИ в таблице ниже; добавьте необходимое количество строк]

НОПИ – Часть А [для государственных должностных лиц]

Организация	ФИО/должность	Респонденты для части А [укажите, в какой части респондент отвечал на вопросы]					
		А. I	А. II	А. III	А. IV	А. V	А. VI
Министерство Здравоохранения	Т. Назарова – Ведущий советник отдела леч. помощи Министерства Здравоохранения	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Министерство Юстиции	М. Сулейманов-зам.нач. Главного Медицинского Управления Министерства Юстиции	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Министерство Молодежи и Спорта	Н. Багирова – зав. сектором соц. программ	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Министерство Образования	А. Гаджиева - координи- тор проекта ГФ при Министерстве Образования	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Государственный Комитет по делам семьи, женщин и ребенка	Н. Караханова – главный советник	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Аппарат уполномоченного по правам человека (Омбудсмана)	Э. Сулейманова- Омбудсман АР	▼	▼	▼	▼	▼	▼
Секретариат по поддержке НПО при президенте Азербайджана	Э. Багирли – советник		▼				
Государственная миграционная служба	В. Гахраманов – Начальник Главного управления	▼	▼	▼			

НОПИ – ЧАСТЬ В [для организаций гражданского общества, двусторонних учреждений и организаций ООН]

Организация	ФИО/должность	Респонденты для части В [укажите, в какой части респондент отвечал на вопросы]				
		В.I	В.II	В.III	В.IV	В.V
«Инициатива ЛЖВ в Восточной Европе и Центральной Азии»	Э.Пашаев - координатор проекта.	✓	✓	✓	✓	✓
ОО «Национальный бюджет»	Г.Ибадоглы – председатель	✓	✓	✓	✓	✓
Альянс НПО «Защита жертв торговли людьми»	Н. Гулнев – координатор	✓	✓	✓	✓	✓
OSI – AF Институт Открытое Общество-Фонд Содействия	Л.Иманова-директор программы «Общественное здравоохранение»	✓	✓	✓	✓	✓
UNAIDS	Д.Джаррахова – руководитель тематической группы	✓	✓	✓	✓	✓
WHO	Д. Сулейманова – специалист по инфекционным заболеваниям	✓	✓	✓	✓	✓
GF to fight AIDS, TB, and Malaria.	С. Топчубашева – программа по ВИЧ/СПИДу	✓	✓	✓	✓	✓
UNICEF	М.Мамедзаде – зав. отдела защиты детей	✓	✓	✓	✓	✓

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (НОПИ)

ЧАСТЬ А

[для должностных лиц правительства]

I. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН

1. Разработана ли в стране национальная межведомственная стратегия мер в ответ на ВИЧ?

(Межведомственные стратегии должны среди прочего включать стратегии, разработанные министерствами, указанными ниже в пункте 1.2)

Да ▼	Нет
------	-----

Если ДА, на какой период она разработана [впишите]: **2009 – 2013 гг.**

Если ДА, кратко опишите основные дополнения/изменения в настоящей национальной стратегии по сравнению с предыдущей.

Если НЕТ или НЕ КАСАЕТСЯ, кратко поясните причину.

- усиление взаимодействия между государственными и негосударственными организациями;
- расширение мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения;
- расширение службы ДКТ в медицинских учреждениях;
- расширение оказания медико-социальной помощи и поддержки ЛЖВ;
- предупреждение передачи ВИЧ от матери ребенку;
- усиление и усовершенствование системы эпидемиологического контроля;
- обеспечение надзора за безопасностью переливания крови и проведения медицинских процедур
- Расширение мероприятий по просвещению и информированию представителей уязвимых групп;
- Расширение мероприятий по профилактике, диагностике, лечению и уходу за ЛЖВ с коинфекцией ВИЧ/ТБ.

Если ДА, заполните ответы на вопросы 1.1. - 1.10.; *Если НЕТ*, переходите к вопросу 2.

1.1. Какие министерства или другие государственные органы несут основную ответственность за разработку и реализацию национальной межведомственной стратегии мер в ответ на ВИЧ?

Название министерств или других государственных органов [впишите]:

Мин. Здравоохранения, Мин. Образования,
Мин. Юстиции, Мин. Молодежи и Спорта.

Какие секторы включены в межведомственную стратегию и имеют конкретный

1.2. бюджет для осуществления мер в ответ на ВИЧ?

СЕКТОРЫ	Включены в стратегию		Имеют специальный бюджет	
	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Образование</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Здравоохранение</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Труд</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Военные/полиция</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Транспорт</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Женщины</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Молодежь</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Другие [впишите]:</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет
<i>Мин. Юст.</i>	Да ▼	Нет	Да ▼	Нет

Если НЕТ специального бюджета для некоторых или для всех перечисленных секторов, какое финансирование используется для обеспечения осуществления ними конкретных мероприятий в ответ на ВИЧ?

Министерство Образования : гранты международных организаций

1.3. Включены ли в межведомственную стратегию следующие ключевые другие группы населения, условия и сквозные вопросы?

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И ДРУГИЕ УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ		
<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>	Да ✓	Нет
<i>Мигранты/мобильные группы населения</i>	Да ✓	Нет
<i>Сироты и другие уязвимые дети</i>	Да	Нет ✓
<i>Лица с ограниченными возможностями</i>	Да	Нет ✓
<i>Лица, потребляющие инъекционные наркотики</i>	Да ✓	Нет
<i>Работники секс-бизнеса</i>	Да ✓	Нет
<i>Трансгендерные лица</i>	Да	Нет ✓
<i>Женщины и девушки</i>	Да ✓	Нет
<i>Молодые женщины/молодые мужчины</i>	Да ✓	Нет
<i>Другие особые уязвимые группы населения*</i>	Да	Нет
УСЛОВИЯ		
<i>Тюрьмы</i>	Да ✓	Нет
<i>Школы</i>	Да ✓	Нет
<i>Рабочее место</i>	Да ✓	Нет
СКВОЗНЫЕ ВОПРОСЫ		
<i>Решение проблем стигмы и дискриминации</i>	Да ✓	Нет
<i>Возможности пола и/или гендерное равенство</i>	Да	Нет ✓
<i>ВИЧ/СПИД и бедность</i>	Да	Нет ✓
<i>Защита прав человека</i>	Да ✓	Нет
<i>Участие людей, живущих с ВИЧ</i>	Да ✓	Нет

Если НЕТ, как были определены ключевые группы населения?

* Другие особые уязвимые группы населения, кроме вышеуказанных, которые по имеющимся данным на местном уровне считаются группами населения повышенного риска заражения ВИЧ (в т.ч. (в алфавитном порядке) бисексуалы, клиенты работников секс-бизнеса, хорекское население, внутренние перемещенные лица, заключенные, а также беженцы)

1.4. Какие ключевые и уязвимые группы идентифицированы в стране для осуществления программ, направленных против ВИЧ? [впишите]

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ
Молодежь; Женщины репродуктивного возраста; Потребители инъекционных наркотиков; Работники секс-бизнеса; Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; заключенные; ЛЖВ Мобильные группы населения

1.5. Включает ли межведомственная стратегия рабочий план?

1.6. Включает ли межведомственная стратегия или рабочий план:

a. Формальные программные цели?	Да	Нет
b. Четкие целевые задачи или промежуточные вехи?	Да	Нет
c. Детализированные расходы по каждой отдельно взятой программной области?	Да	Нет
d. Указание на источники финансирования для поддержки реализации программ?	Да	Нет
e. Концепцию мониторинга и оценки?	Да	Нет

1.7. Обеспечено ли в стране «полное участие» гражданского общества в разработке межведомственной стратегии?

Если АКТИВНОЕ УЧАСТИЕ, кратко поясните, как оно было организовано.

Национальная Программа противодействия и борьбы с ВИЧ-инфекцией разрабатывалась при активном участии гражданского общества. Для лучшей координации деятельности неправительственный сектор, представленный НПО людей, живущих с ВИЧ, СПИД-сервисными организациями и организациями, работающими с уязвимыми группами, объединены в Общественное Объединение «Пропаганда здорового образа жизни» (Сеть Снижения Вреда). Равное участие гражданского сектора при разработке межведомственной стратегии обеспечено включением в состав Странового Координационного Комитета (СКК) представителей сети Снижения Вреда, а также Представителей объединений ЛЖВ, не входящих в состав Сети.

Если НЕТ УЧАСТИЯ или УМЕРЕННОЕ УЧАСТИЕ, кратко поясните причины.

--

*

Гражданское общество среди прочего включает: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; организации, ориентированные на ключевые группы населения (в т.ч. мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, трансгендерных лиц, работников секс-бизнеса, лиц, потребляющих инъекционные наркотики, мигрантов, беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профессиональные организации; СПИД-сервисные организации; организации на уровне общины; профсоюзные организации; организации по правам человека, и т.д. Примечание: В целях настоящего НОПИ частный сектор рассматривается отдельно.

1.8. Была ли утверждена межведомственная стратегия большинством внешних партнеров по процессу развития (двусторонними или многосторонними)?

Да ▼ Нет Н/К

1.9. Согласовали и гармонизировали ли внешние партнеры по процессу развития свои программы в связи с ВИЧ с национальной межведомственной стратегией?

Да, все партнеры ▼	Да, некоторые партнеры	Нет	Н/К
--------------------	------------------------	-----	-----

Если НЕКОТОРЫЕ ПАРТНЕРЫ или НЕТ, кратко поясните, в каких областях отсутствует согласование/гармонизация и почему

2. Включены ли в стране вопросы ВИЧ в общие планы развития, такие как: (а) национальный план развития, (в) общая страновая оценка/ Рамочная программа ООН по оказанию помощи в целях развития, (с) стратегия снижения бедности, а также d) секторальный подход?

Да ▼ Нет Н/К

2.1. Если ДА, в какой конкретный план(ы) развития включена поддержка в связи с ВИЧ?

ПЛАНЫ РАЗВИТИЯ			
Общая страновая оценка / Рамочная программа ООН по оказанию помощи в целях развития	Да ▼	Нет	Н/К
Национальный план развития	Да ▼	Нет	Н/К
Стратегия снижения бедности	Да ▼	Нет	Н/К
Секторальный подход	Да ▼	Нет	Н/К
Другие [укажите]:	Да	Нет	Н/К
	Да	Нет	Н/К

2.2. Если ДА, какие конкретные области действий в связи с ВИЧ включены в один или несколько планов развития?

ОБЛАСТЬ ДЕЙСТВИЯ В СВЯЗИ С ВИЧ		
Ослабление воздействия ВИЧ	Да ▼	Нет
Уменьшение гендерного неравенства в связи с профилактикой/ лечением, уходом и/или поддержкой при ВИЧ	Да	Нет ▼*
Уменьшение неравенства в доходах в связи с профилактикой/ лечением, уходом и/или поддержкой при ВИЧ	Да	Нет ▼*
Снижение уровня стигмы и дискриминации	Да ▼	Нет
Лечение, уход и поддержка (включая социальное обеспечение и другие схемы)	Да ▼	Нет
Экономические возможности женщины (напр., доступ к кредитным и земельным ресурсам, обучению)	Да	Нет ▼*
Другое [укажите ниже]: Стратегия снижения вреда	Да ▼	Нет

*Эти области действий в связи с ВИЧ не актуальны для страны

3. Проводилась ли в стране оценка последствий ВИЧ для ее социально-экономического развития в целях планирования?

Да ▼	Нет	Н/К
------	-----	-----

3.1. Если ДА, в какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 – Высокая) она была использована для принятия решений, связанных с выделением средств?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4 ▼	5

4. Существует ли в стране стратегия для решения проблем ВИЧ среди национальных силовых структур (таких как вооруженные силы, полиция, миротворческие силы, сотрудники тюрем и т.д.)?

Да ▼	Нет
------	-----

5. Выполняла ли страна обязательства, предусмотренные Политической декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2011 года?

Да ▼	Нет
------	-----

5.1. Были ли соответствующим образом пересмотрены национальная стратегия и национальный бюджет по ВИЧ?

Да ▼	Нет
------	-----

5.2. Существуют ли надежные оценки нынешних и будущих потребностей взрослых и детей в антиретровирусном лечении?

▼ Оценки нынешних и будущих потребностей	Оценки только нынешних потребностей	Нет
--	-------------------------------------	-----

5.3. Проводится ли мониторинг охвата программами по ВИЧ?

Да ▼	Нет
------	-----

(а) Если ДА, проводится ли мониторинг охвата с разбивкой по полу (мужчины, женщины)?

Да ▼	Нет
------	-----

(б) Если ДА, проводится ли мониторинг охвата с разбивкой по группам населения?

Да ▼	Нет
------	-----

Если ДА, по каким группам населения?
<ul style="list-style-type: none"> - Потребители инъекционных наркотиков - Беременные женщины - Заключенные - Работники секс-бизнеса; - Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами - Уличные дети - Мобильные группы населения

Политическая декларация по ВИЧ-СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ-СПИДа, A/RES/65/277, 10 июня 2011 года

Кратко поясните, как используется эта информация:

- Результаты мониторинга позволяют реально оценить эпидемиологическую ситуацию в стране, проводить мониторинг распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценивать эффективность действующих профилактических программ, а также планировать новые;
- Результаты позволяют также оценить предпринимаемые усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов;
- Эта информация используется при представлении отчетности на национальном уровне, а также для отчетов учреждениям ООН, международным организациям, занятым в сфере ВИЧ/СПИДа.

(с) Проводится ли мониторинг охвата по географическим районам?

Да ▼

Нет

Если ДА, на каком географическом уровне (провинция, район, другое)?

Республиканском, районном

Кратко поясните, как используется эта информация:

Результаты мониторинга позволяют отслеживать охват профилактическими программами по регионам страны, оценить их эффективность, выявлять и прогнозировать будущие потребности основных целевых групп населения.

5.4. Разработали ли в стране план усиления систем здравоохранения?

Да ▼

Нет

Пожалуйста, укажите в ответе, какие последствия это имело для инфраструктуры, кадровых ресурсов и потенциала, а также системы логистики для обеспечения лекарственными препаратами в сфере ВИЧ:

В течении отчетного периода успешно реализовывалась «Программа мероприятий по предупреждению и борьбе с ВИЧ/СПИДом на 2009-2013 гг.», в результате чего:

- поставки тест-систем и АРВ-препаратов осуществлялись регулярно и бесперебойно;
- за счет средств государственного бюджета закуплены препараты на лечение 134 больных в 2010г. и 200 больных в 2011г.;
- на основании приказа МЗ начата децентрализация оказания медицинской помощи ЛЖВ - в 6 регионах страны проводится организация Центров по АРВ-терапии;
- на базе Республиканского Центра по борьбе со СПИДом создан отдел мониторинга и оценки с 3 штатными единицами;
- приказом МЗ предусмотрено открытие 50 кабинетов/пунктов ДКТ, из которых 15 уже успешно функционируют;
- основам профилактики, диагностики и оказания специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам обучено 20 врачей медицинской службы учреждений исполнения наказаний;
- в целях наращивания потенциала медицинских работников по предоставлению услуг в области ДКТ обучены 57 врачей смежных специальностей.

6. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия по планированию стратегии в рамках программ по ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо											Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ▼	10	

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

- Принятие 11 мая 2010 года Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)»
- Постановления Кабинета Министров №182-S от 25.06.2010г. и №62 от 27.04.2011г., определяющие нормативы по различным аспектам обслуживания ВИЧ-инфицированных пациентов
- Разработка нового «Национального Стратегического Плана мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 - 2017годы».
- Создание в структуре СПИД-Центра отдела МиО.
- Стратегический план Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики на 2011-2015 гг.
- Подготовка и утверждение «Инструкции по диагностике и профилактике ВИЧ-инфекции среди лиц, содержащихся в учреждениях пенитенциарной службы, а также организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным заключенным».
- Результаты проведенных в 2010-2011гг. эпидемиологических исследований среди MSM, 3-его ДЭН, а также впервые проведенного в стране проекта «Оценка численности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике». позволят реально оценить эпидситуацию, эффективно реализовать действующие профилактические программы», планировать новые, оценить усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов, представлении отчетности.

Какие проблемы остаются в этой области:

Разработанный в 2011г. при поддержке UNAIDS новый Национальный «Стратегический План мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 - 2017гг.» в настоящее время на этапе согласования с ключевыми ведомствами.

II. ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ЛИДЕРСТВО

Сильная политическая поддержка включает: поддержку со стороны руководителей правительства и политических лидеров, которые часто высказываются по вопросу СПИДа и разными способами проявляют лидерство в данной сфере; выделение средств из национального бюджета для поддержки программ по ВИЧ; а также эффективное использование правительственных организаций и организаций гражданского общества для поддержки программ по ВИЧ.

I. *Выступают ли нижеприведенные официальные лица, занимающие высокие должности, открыто в защиту мер в ответ на ВИЧ в ходе основных национальных форумов не менее двух раз в год?*

A. Министры

Да ▼

Нет

B. Другие официальные лица, занимающие высокие должности на субнациональном уровне

Да ▼

Нет

I.1. *Предпринимал ли глава правительства или другие официальные лица, занимающие высокие должности, какие-либо действия, демонстрирующие лидерство в осуществлении мер в ответ на ВИЧ, за последние 12 месяцев?*

(Например, обещали выделить больше ресурсов для устранения определенных недостатков в осуществлении мер в ответ на ВИЧ, высказывались относительно ВИЧ с точки зрения соблюдения прав человека в ходе основных национальных/международных форумов, посещали клиники для профилактики и лечения ВИЧ и т.п.)

Да

Нет ▼

Кратко опишите действия в рамках/приведите примеры, демонстрирующие лидерство со стороны главы правительства или других официальных лиц, занимающих высокие должности:

Выступление Президента Азербайджанской Республики, а также Министра Здравоохранения на сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, проходившей в сентябре 2011г. в г. Баку, где был одобрен «Европейский план действий по ВИЧ/СПИД на 2012-2015гг.»

Неоднократные выступления в СМИ, круглых столах, информационных компаниях Председателя комитета по социальной политике Парламента Республики, Уполномоченного по правам человека (Омбудсмана) Азербайджана.

2. *Существует ли в стране официально признанный общенациональный межведомственный координационный орган по ВИЧ (т.е. Национальный комитет по ВИЧ/СПИДу или эквивалентная структура)?*

Да ▼

Нет

Если НЕТ, кратко поясните причины, а также расскажите, как осуществляется управление программами по СПИДу:

2.1.

Если ДА, имеет ли место следующее в отношении национального межведомственного координационного органа по ВИЧ:		
Наличие определенных полномочий?	Да ▼	Нет
Активное управление и участие в деятельности со стороны правительства?	Да ▼	Нет
Наличие официально назначенного председателя?		
Если ДА, как его/ее ФИО, должность?	Да ▼	Нет
Ширинев Октай Клымович - Министр Здравоохранения		
Наличие определенного количества членов?		
Если ДА, сколько?	Да ▼	Нет
29		
Наличие в составе его членов представителей гражданского общества?	Да ▼	Нет
Если ДА, сколько?	11	
Наличие в составе его членов людей, живущих с ВИЧ?	Да ▼	Нет
Если ДА, сколько?	1	
Наличие в составе его членов представителей частного сектора?	Да ▼	Нет
Усиление с его стороны координации деятельности доноров, чтобы избежать параллельного финансирования и дублирования действий в рамках программ и отчетности?	Да ▼	Нет

3. Существует ли в стране механизм, который способствует процессу взаимодействия между правительством, организациями гражданского общества и частным сектором для реализации стратегий/программ по ВИЧ?

Да ▼	Нет	Н/К
------	-----	-----

Если ДА, кратко опишите основные достижения:

С 2004 г. в стране действует СКК. Заседания проводятся не реже 4 раз в год. В 2010г. состав СКК был обновлен, впервые заместителем председателя СКК избран представитель неправительственного сектора. В настоящее время представители гражданского сектора в СКК занимают 38% состава, включая людей, живущих с ВИЧ, против 20% в 2009г.

Какие проблемы остаются в этой области:

В работе СКК проблем нет.

4. Какой процент национального бюджета по ВИЧ был израсходован на мероприятия, осуществлявшиеся организациями гражданского общества в прошлом году?

0,6 %

5. Какую поддержку оказывает Национальная комиссия по СПИДу (или эквивалентная структура) организациям гражданского общества для осуществления мероприятий в связи с ВИЧ?

Развитие потенциала	Да ▼	Нет
Координация действий с другими партнерами-исполнителями	Да ▼	Нет
Информирование о приоритетных потребностях	Да ▼	Нет
Закупки и распределение лекарственных препаратов или других поставок	Да ▼	Нет
Техническое руководство	Да ▼	Нет
Другое (укажите ниже):	Да	Нет

6. Проводился ли в стране пересмотр национальной политики и законов для определения тех из них, которые, возможно, не соответствуют национальной политике по борьбе со СПИДом?

Да ▼ Нет

- 6.1. Если ДА, были ли внесены поправки в политику и законы в соответствии с национальной политикой по борьбе со СПИДом?

Да ▼ Нет

Если ДА, укажите эту политику/законы и опишите внесенные изменения:

В новом Законе о СПИДе, принятом 11 мая 2010 г., расширено социально-правовое поле для ВИЧ-инфицированных лиц, более конкретно отражены основные гарантии государства в области борьбы с ВИЧ-инфекцией, а также в области профилактики, диагностики и лечения ВИЧ, введены новые статьи о необходимости усиления профилактической работы по предупреждению заражения ВИЧ, о проведении профилактики ВИЧ-инфекции среди представителей групп риска, в пенитенциарной системе, о проведении программ снижения вреда, об обеспечении безопасности медицинских процедур внедрением универсальных мер безопасности.

Укажите и опишите какие-либо остающиеся несоответствия между политикой/законами и национальной политикой по борьбе со СПИДом:

Несоответствий нет

7. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) политическую поддержку реализации программ по ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ▼	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

-Принятие 11 мая 2010 года Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с заболеванием, вызываемым вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)»
 -Разработка нового «Национального Стратегического Плана мероприятий по борьбе с распространением эпидемии ВИЧ/СПИДа на 2013 - 2017годы».
 -Стратегический план Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики на 2011-2015 гг.

Какие проблемы остаются в этой области:

За отчетный период число общественных организаций, работающих в области ВИЧ-инфекции, выросло и составляет 36. Однако, организации ЛЖВ пока еще малочисленны в стране и, пока слабо вовлечены в профилактическую и просветительскую работы, слабо развит институт «Равного консультанта», недостаточное число подготовленных активистов из числа лиц, живущих с ВИЧ, вовлечены в профилактическую работу. Эффективность программ по ВИЧ станет более реальной при участии НПО, основанных на сообществах уязвимых групп. Дальнейший рост и развитие организованности гражданского общества, объединение НПО по стратегическим задачам в различные сети, рост их адвокационных и экспертных способностей будет способствовать эффективной реализации мероприятий, проводимых в области профилактики ВИЧ.

III. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

1.1. Существуют ли в стране законы и положения, защищающие от дискриминации отдельные ключевые группы населения, а также другие уязвимые группы населения? Обведите кружком «Да», если политика предусматривает защиту от дискриминации каких-либо из нижеперечисленных ключевых групп населения, а также других уязвимых групп населения?

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ И УЯЗВИМЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ		
Люди, живущие с ВИЧ	Да ▼	Нет
Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да ▼	Нет
Мигранты/мобильные группы населения	Да ▼	Нет
Сироты и другие уязвимые дети	Да ▼	Нет
Лица с ограниченными возможностями	Да ▼	Нет
Лица, потребляющие инъекционные наркотики	Да ▼	Нет
Заключенные	Да ▼	Нет
Работники секс-бизнеса	Да ▼	Нет
Трансгендерные лица	Да ▼	Нет
Женщины и девушки	Да ▼	Нет
Молодые женщины/молодые мужчины	Да ▼	Нет
Другие особые уязвимые подгруппы населения [впишите]:	Да	Нет

1.2. Существует ли в стране обций (например, ориентированный не только на дискриминацию в связи с ВИЧ) анти-дискриминационный закон?

Да ▼

Нет

Если ДА в отношении вопросов 1.1. или 1.2., кратко опишите содержание такого закона (законов):

Перечисленные базовые документы, направленные против дискриминации, защищают также ЛЖВ от дискриминации.

Конституция Азербайджанской Республики: Статьи 41, 32, 25.

Законом от 31 мая 1996 года Азербайджанская Республика присоединилась к Международной Конвенции об отмене всех форм расовой дискриминации, принятой 21 декабря 1965 года Генеральной Ассамблеей ООН.

Закон Азербайджанской Республики «Об обеспечении гендерного равенства» от 10 октября 2006 года.

Законом от 16 июня 2000 года Азербайджанская Республика присоединилась к подписанной 1 февраля 1995 года в городе Страсбурге «Рамочной конвенции о защите национальных меньшинств».

«Национальный план деятельности по защите прав человека в Азербайджанской Республике» от 28 декабря 2006 года.

Статья 16. Трудового кодекса Азербайджанской Республики посвящена недопущению дискриминации в трудовых отношениях.

Критико поясните, какие существуют механизмы, обеспечивающие практическое применение этих законов:

- Конституция Азербайджанской Республики от 12 ноября 1995 года;
- Закон Азербайджанской Республики «Об обеспечении гендерного равенства» от 10 октября 2006 года ;
- «Национальный план деятельности по защите прав человека в Азербайджанской Республике» от 28 декабря 2006 года;
- Закон Азербайджанской Республики «О наркологической службе и наркологическом контроле» от 29 июня 2001 года;
- Закон Азербайджанской Республики от 11 июня 1999 года « Об обжаловании в суде решений и действий (бездействий), нарушающих права и свободы граждан»;
- Трудовой кодекс Азербайджанской Республики от 01 февраля 1999 года;
- Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения» от 26.06.1997г.
- Закон Азербайджанской Республики «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 10.11.1992г.

Уголовный кодекс АР. Статья 142. Неоказание помощи больному

Ст.142.1. Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальными правилами, если это повлекло причинение менее тяжкого вреда здоровью больного, — наказывается штрафом в размере до трехсот минимальных размеров оплаты труда, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до шести месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового.

Ст. 142.2. То же деяние, если оно повлекло причинение тяжкого вреда здоровью, — наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

Гражданский Кодекс АР: Глава 60 Возмещение ущерба, причиненного жизни и здоровью физического лица.

Закрепляет нормы, устанавливающие правовой механизм решения вышеуказанного вопроса.

Кодекс АР об административных проступках: ст 38.2. при наличии спора о возмещении имущественного или морального ущерба, причиненного административным проступком, вопрос о таком возмещении разрешается в соответствии с гражданским законодательством.

Закон «Об охране Здоровья Населения» от 26.06.1997: в статье 35 гарантируется оказание бесплатной медико-социальной помощи; статья 57 – за нанесение ущерба здоровью медицинский персонал несет дисциплинарную, административную или же уголовную ответственность; статья 59 – ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан; статья 60 – за ограничение прав и свобод граждан в области охраны здоровья людей имеют право в установленном порядке обратиться в суд или вышестоящие медицинские инстанции.

Статья 147 В Законе “О борьбе с заболеванием вызываемым вирусом иммунодефицита человека” подчеркнута необходимость усиления профилактической работы по предупреждению заражения ВИЧ, введены новые статьи об усилении просветительской работы среди всего населения, и особенно, среди молодежи, мигрантов, представителей групп рискованного поведения, недопустимость стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией в учебных учреждениях и учреждениях социальной службы, осуществление медицинского контроля и помощи ЛЖВ, проведение профилактики ВИЧ-инфекции среди представителей групп риска, в пенитенциарной системе, проведение программы снижения вреда. Кроме того, дано определение группам риска, куда включены инъекционные наркотопотребители, секс работники, сексуальные меньшинства и т.д., что расширило возможности предоставления превентивных услуг напрямую этой группе.

Решением Кабинета Министров № 62 от 27.04.2011 года в соответствии с программой снижения вреда были разработаны и введены в действие нормативы и порядок обеспечения ЛЖВ презервативами, а также ВИЧ-инфицированных ПНН шприцами и инъекционными иглами, препаратами заместительной терапии..

Кратко прокомментируйте, в какой мере они применяются в настоящее время:

Для осуществления единых согласованных действий изданы также распоряжения Правительства республики (Постановления Кабинета Министров №182-S от 25.06.2010г. и №62 от 27.04.2011г.), конкретизирующие степень ответственности министерств и ведомств в работе по борьбе с ВИЧ. Определены государственные нормативы по различным аспектам обслуживания ВИЧ-инфицированных пациентов (объемы медицинских услуг, нормативы бесплатного обеспечения искусственным питанием новорожденных до 1 года, нормативы по программам снижения вреда, списки должностей и специальностей, противопоказанных ВИЧ-инфицированным и пр.).

2. Существуют ли в стране законы, положения или политика, которые представляют собой препятствия на пути получения эффективной профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ ключевыми группами населения, а также другими уязвимыми группами населения?

Да

Нет ▼

Если ДА, по каким ключевым группам и уязвимым группам населения?		
Люди, живущие с ВИЧ	Да	Нет
Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет
Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет
Сироты и другие уязвимые дети	Да	Нет
Лица с ограниченными возможностями	Да	Нет
Лица, потребляющие инъекционные наркотики	Да	Нет
Заключенные	Да	Нет
Работники секс-бизнеса	Да	Нет
Трансгендерные лица	Да	Нет
Женщины и девушки	Да	Нет
Молодые женщины/молодые мужчины	Да	Нет
Другие особые уязвимые группы населения (укажите ниже):	Да	Нет

Кратко опишите содержание этих законов, положений или политики:

Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:

Это обязательно должны быть ВИЧ-ориентированные политика и законы. Это могут быть политика, законы и положения, которые мешают обеспечению доступа или усложняют доступ к услугам в сфере профилактики, лечения, ухода и поддержки. В страновых отчетах за предыдущие годы приводились, среди прочего, следующие примеры: «законы, криминализирующие однополое отношение»; «законы, криминализирующие хранение презервативов или инвентаря для употребления наркотиков»; «законы о бродяжничестве»; «законы, препятствующие импорту лекарственных средств-генериков»; «политика, препятствующая распространению и хранению презервативов в тюрьмах»; «политика, препятствующая доступу лиц, не являющихся гражданами данной страны, к АРТ-терапии»; «криминализация передачи и поддержки заражению ВИЧ»; «законы о наследовании соответствующие права женщины»; «законы, запрещающие предоставление молодежи информации и услуг, связанных с сексом и репродуктивным здоровьем» и т.д.

К другим особым уязвимым группам населения, кроме вышеуказанных, могут относиться те, которые по имеющимся данным на местном уровне считаются группами населения повышенного риска заражения ВИЧ (в т.ч. (в алфавитном порядке) бисексуалы, клиенты работников секс-бизнеса, коренное население, внутренние перемещенные лица, заключенные, а также беженцы)

IV. ПРОФИЛАКТИКА

1. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на обеспечение распространения информации, образования, а также коммуникации (НОК), по вопросам ВИЧ среди населения в целом?

Да ▼ Нет

Если ДА, какие основные идеи доводятся до населения?		
Воздерживаться от употребления инъекционных наркотиков	Да ▼	Нет
Избегать участия в коммерческом сексе	Да ▼	Нет
Избегать половых контактов между представителями разных поколений	Да	Нет ▼
Оставаться верным партнеру	Да ▼	Нет
Воздерживаться от половых контактов	Да	Нет ▼
Воздерживаться от раннего начала половой жизни	Да ▼	Нет
Придерживаться принципов (более) безопасной половой практики	Да ▼	Нет
Бороться с насилием в отношении женщин	Да ▼	Нет
Проявлять большую терпимость к людям, живущим с ВИЧ, и расширять их участие жизнедеятельности общества	Да ▼	Нет
Расширять участие мужчин в программах по охране репродуктивного здоровья	Да ▼	Нет
Знать свой ВИЧ-статус	Да ▼	Нет
Осуществлять обрезание мужчин под медицинским контролем	Да ▼	Нет
Осуществлять профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку	Да ▼	Нет
Способствовать обеспечению более равных возможностей для женщин и мужчин	Да ▼	Нет
Уменьшать число половых партнеров	Да ▼	Нет
Пользоваться стерильными иглами и шприцами	Да ▼	Нет
Всегда использовать презерватив	Да ▼	Нет
Другое [впишите ниже]:	Да	

- 1.2. Осуществлялись ли в стране в прошлом году какие-либо действия или какая-либо программа с целью обеспечения точного информирования о проблеме ВИЧ в средствах массовой информации?

Да ▼ Нет

2. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на проведение среди молодежи просветительской работы по вопросам ВИЧ, ориентированной на формирование жизненных навыков?
- Да ▼ Нет

2.1. Является ли просветительская работа по вопросам ВИЧ частью учебной программы в:

Начальных школах?	Да ▼	Нет
Средних школах?	Да ▼	Нет
Учреждениях для подготовки учителей?	Да ▼	Нет

- 2.2. Включает ли такая стратегия компоненты, касающиеся вопросов секса и репродуктивного здоровья, разработанные с учетом возрастных и гендерных особенностей?
- Да ▼ Нет

- 2.3. Существует ли в стране стратегия просветительской работы по вопросам ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу?
- Да ▼ Нет

3. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на обеспечение информации, образования и коммуникации, а также на осуществление других мер, среди ключевых групп населения или других уязвимых подгрупп населения?
- Да ▼ Нет

<p>Кратко опишите содержание этой политики или стратегии</p> <p>В Госпрограмме "Азербайджанская молодежь в 2011-2015 годах" предусмотрено:</p> <ul style="list-style-type: none"> -претворение в жизнь комплексной программы в области информации, образования и коммуникации, направленной на пропаганду здорового образа жизни и репродуктивного здоровья, в т.ч. повышение информированности молодежи о проблеме ВИЧ/СПИДа; -проведение массовых информационно-образовательных кампаний, а также семинаров, тренингов, конференций, выставок, фестивалей, направленных на пропаганду семейных ценностей, формирование социально ответственного поведения, на вовлечение молодежи в профилактическую работу по предотвращению ВИЧ/СПИДа, формированию толерантного отношения к ВИЧ-инфицированным людям. <p>Кроме того, в целях противодействия эпидемии, в Законе "О борьбе с заболеваниями, вызванными вирусом иммунодефицита человека" предусмотрено:</p> <ul style="list-style-type: none"> -усиление работы в области информации, образования и коммуникации среди населения, особенно молодежи, мигрантов и представителей группы рискованного поведения; -размещение на государственных телеканалах бесплатной социальной рекламы по данной тематике не менее 20 минут в месяц.

3.1. Если Да, на какие группы населения направлена политика/стратегия и какие элементы профилактики ВИЧ включены в эту политику/стратегию?

Отметьте конкретные группы населения и элементы, включенные в эту политику/стратегию

	ПИН*	МСМ†	Работники секс-бизнеса	Клиенты работников в секс-бизнеса	Заклученные	Другие группы мигранты
<i>Пропаганда презервативов</i>	▼	▼	▼	▼	▼	▼
<i>Заместительная лекарственная терапия</i>	▼					
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ</i>	▼	▼	▼		▼	▼
<i>Обмен игл и шприцев</i>	▼				▼	
<i>Охрана репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение</i>	▼	▼	▼		▼	
<i>Снижение уровня стигмы и дискриминации</i>	▼	▼	▼		▼	▼
<i>Целевое распространение информации по вопросам снижения риска и просветительская работа по вопросам ВИЧ</i>	▼	▼	▼		▼	▼
<i>Снижение уровня уязвимости (напр., через создание источников дохода)</i>			▼			

3.2. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия в сфере политики по поддержанию реализации программ профилактики ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ▼	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

В Законе "О борьбе с заболеванием вызываемым вирусом иммунодефицита человека" подчеркнута необходимость усиления профилактической работы по предупреждению заражения ВИЧ, введены новые статьи об усилении просветительской работы среди всего населения, и особенно, среди молодежи, мигрантов, представителей групп рискованного поведения, недопустимость стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ-инфекцией в учебных учреждениях и учреждениях социальной службы, осуществление медицинского контроля и помощи ЛЖВ, проведение профилактики ВИЧ-инфекции среди представителей групп риска, в пенитенциарной системе, проведение программ снижения вреда. Кроме того, дано определение группам риска, куда включены инъекционные наркотоупотребители, секс-работники, сексуальные меньшинства и т.д., что расширило возможности предоставления превентивных услуг напрямую этой группе.

Решением Кабинета Министров № 62 от 27.04.2011 года в соответствии с программами снижения вреда были разработаны и введены в действие нормативы и порядок обеспечения ЛЖВ презервативами, а также ВИЧ-инфицированных ПИН шприцами и инъекционными иглами, препаратами заместительной терапии.

* ПИН = Лица, потребляющие инъекционные наркотики

† МСМ = Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

‡ Другие уязвимые группы населения, кроме вышеуказанных, которые по имеющимся данным на местном уровне считаются группами населения повышенного риска заражения ВИЧ (в т.ч. (в алфавитном порядке) бисексуалы, клиенты работников секс-бизнеса, корейское население, внутренне перемещенные лица, заключенные, а также беженцы)

Какие проблемы остаются в этой области:

- Недостаточное количество общественных организаций и подготовленных активистов, работающих в профилактических программах по ВИЧ-инфекции.
- Охват программами снижения вреда представителей уязвимых групп остается недостаточным: программы снижения вреда должны быть расширены как по географическому охвату, так и по перечню предоставляемых услуг.
- Недостаточный охват беременными мероприятиями по ППМР.

4. Определены ли в стране конкретные потребности в рамках программ профилактики ВИЧ?

Да ▼

Нет

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

В 2011г. было проведено третье дозорное исследование среди групп риска: ПИН, КСР, МСМ, заключенных и уличных детей. ДЭН проведен в 7 регионах страны с охватом основных дозорных групп: ПИН, КСР, МСМ, заключенных, уличных детей. Параллельно проведен первый в Азербайджане проект «Оценка численности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике». Результаты проекта позволили реально оценить эпидемиологическую ситуацию в стране, подготовить базу для мониторинга распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценить эффективность действующих профилактических программ, планировать новые, оценить усилия в сфере адвокации при разработке политики, выделении ресурсов, представлении отчетности на национальном и международном уровне.

Если НЕТ, как расширяются масштабы программы профилактики ВИЧ?

4.1. В какой мере были реализованы программы профилактики ВИЧ?

Большинство нуждающихся имеют доступ...

	Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен	Н/К
<i>Безопасность крови</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Пропаганда презервативов</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Снижение вреда для лиц, потребляющих инъекционные наркотики</i>	1	2 ▼	3	4	Н/К
<i>Профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Профилактика ВИЧ на рабочем месте</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К

<i>ИОК* по вопросам снижения уровня риска</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>ИОК по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации</i>	1	2 ▼	3	4	Н/К
<i>Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Профилактика ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Услуги по охране репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Снижение уровня риска интимных партнеров, представляющих ключевые группы населения</i>	1	2 ▼	3	4	Н/К
<i>Снижение уровня риска для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Снижение уровня риска для работников секс-бизнеса</i>	1	2 ▼	3	4	Н/К
<i>Просветительская работа по вопросам СПИДа в школах среди молодежи</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Универсальные меры предосторожности при оказании медицинской помощи</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Другое [впишите]:</i>	1	2	3	4	Н/К

5. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия по реализации программ профилактики ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо											Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ▼	
Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:											
<p>В новом законе в частности акцент сделан на государственные гарантии, финансирование, профилактику ВИЧ, пре- и посттестовое консультирование, право ВИЧ-инфицированных на труд, образование, медико-социальный уход и поддержку, защиту медицинских работников, применение универсальных мер защиты и т.д.</p> <p>В 2010г. проведено дозорное исследование среди MSM в Баку. В 2011г. проведен 3-й ДЭН параллельно с ним проведен первый в стране проект " Оценка члленности групп рискованного поведения в Азербайджанской Республике". Результаты позволяют реально оценить эпидемиологическую ситуацию, подготовить базу для мониторинга распространения ВИЧ среди представителей уязвимых групп, оценить эффективность действующих программ и планирование новых, и т.п.</p> <p>Благодаря реализации с октября 2010 года проекта международной технической помощи « Усиление ответных мер по предотвращению эпидемии СПИДа путем укрепления национального потенциала и расширения профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди групп повышенного риска населения увеличило охват профилактическими мероприятиями данных групп населения.</p>											
Какие проблемы остаются в этой области:											
<p>Недостаточное количество общественных организаций и подготовленных активистов, работающих в профилактических программах по ВИЧ-инфекции.</p> <p>Охват программами снижения вреда представителей уязвимых групп остается недостаточным: программы снижения вреда должны быть расширены как по географическому охвату, так и по перечню предоставляемых услуг.</p> <p>Недостаточная активность и вовлеченность лиц, живущих с ВИЧ: практически отсутствие института «Равного консультанта»</p> <p>Необходимо повысить эффективность программ по ВИЧ/СПИДу путем создания единой методологической системы информирования населения, основанной на потребностях целевых групп.</p>											

* ИОК = информация, образование, коммуникация

V. ЛЕЧЕНИЕ, УХОДИ ПОДДЕРЖКА

1. *Определены ли в стране основные элементы комплексных услуг по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?*

Да ▼

Нет

Если ДА, кратко опишите эти элементы, а также расскажите, какие приоритеты были расставлены

Предоставлению комплекса услуг по лечению, уходу и поддержке способствует существующая в стране система диспансеризации, персонализированного учета случаев ВИЧ-инфекции. Основным элементом комплекса услуг по лечению является обеспечение доступа ВИЧ-инфицированных к АРВ-терапии, в т.ч. в учреждениях исполнения наказаний, с дальнейшим мониторингом проводимой терапии. Кроме того, сюда включается постоянная работа по улучшению приверженности пациентов АРВ-терапии. В комплекс услуг входит также диагностика и химиопрофилактика ВИЧ у беременных, при необходимости, послеродовая АРВ-терапия. В комплекс входит диагностика (в первую очередь диагностика ТБ), профилактика и лечение ОИ: первичная и вторичная профилактика котримоксазолом, изониазид-профилактика. Важным элементом является оказание паллиативной помощи и психо-социальной поддержки ЛЖВ и членам их семей. Разработано методическое руководство по поддержке и уходу. Комплекс услуг, включает медицинскую, психологическую, социальную и духовную поддержку.

Кратко опишите, как расширяются масштабы услуг по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?

За истекший период удалось существенным образом повысить качество и уровень охвата наблюдением, что положительно отразилось на своевременном назначении АРВ-терапии. Так, если в 2009г на диспансерном наблюдении находилось 71,3% ЛЖВ, то в 2010 и 2011 гг. соответственно 71,6% и 86,5%.

Расширение доступа к лечению: в 2010-2011гг. охват ВИЧ-инфицированных больных АРВ-терапией существенно возрос и составил для 2010 г. 80,7%, а для 2011 г. - 83,3%. На конец 2009 года этот показатель составлял 78,9%. По состоянию на 31.12.2011 г. кумулятивное число пациентов, которые получали антиретровирусную терапию с начала ее внедрения составило 941 человек, в том числе 15 детей. Из них 238 пациентов с ВИЧ-инфекцией начали АРВ-терапию в учреждениях исполнения наказаний.

Особое внимание уделено профилактике и лечению ОИ. Так, за 2010 год профилактикой и лечением ОИ было охвачено 502 ЛЖВ, проживающих в 35 регионах Республики. В течение 2011г. у 490 ЛЖВ, проживающих в 48 регионах, была проведена профилактика и лечение ОИ.

Создана система предоставления паллиативной помощи для ЛЖВ, которая в 2010-2011гг. активно внедрялась. Пункты предоставления комплекса услуг, включающих медицинскую, психологическую, социальную и духовную поддержку действуют в г. Баку. В течение 2012г. планируется их открытие в 4-х городах, наиболее пострадавших от эпидемии (гг. Сумгаит, Ширван, Ленкорань и Гаджигабул). По данным на 31 декабря 2011г. паллиативная помощь предоставлена 1595 тяжелому пациенту с ВИЧ/СПИДом на дому и 286 в стационаре. Проводится постоянное наращивание потенциала медицинских работников по предоставлению услуг в области ВИЧ-инфекции.

1.1.

Большинство нуждающихся имеют доступ					
	Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия для больных ТБ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Профилактика котримоксазолом среди людей, живущих с ВИЧ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ больных туберкулезом</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Услуги по лечению при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы</i>	1	2 ▼	3	4	Н/К ▼
<i>Диетологическая помощь</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Педиатрическое лечение при СПИДе</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Послеродовая антиретровирусная терапия для женщин</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ не при исполнении служебных обязанностей (например, вследствие изнасилования)</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ при исполнении служебных обязанностей</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Социально-психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Ведение больных с инфекциями, передающимися половым путем</i>	1	2	3 ▼	4	Н/К
<i>Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где предоставляется лечение и уход в связи с ВИЧ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Профилактическая терапия среди людей, живущих с ВИЧ, для предупреждения ТБ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Скрининг людей, живущих с ВИЧ, на ТБ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Лечение наиболее распространенных инфекций, связанных с ВИЧ</i>	1	2	3	4 ▼	Н/К
<i>Другое [апишите]:</i>	1	2	3	4	Н/К

2. Внедряет ли правительство политику или стратегию, направленную на предоставление социальной и финансовой поддержки людям, пострадавшим от последствий ВИЧ?

Да ▼

Нет

Пожалуйста, уточните, в какой форме предоставляется социальная и финансовая поддержка:

Законодательством Азербайджанской Республики предусмотрено оказание социальной и финансовой поддержки для ЛЖВ в следующих формах:

- Обеспечение, на бесплатной основе, всеми видами медицинских и психо-социальных услуг, включающих обследование, лечение, профилактику, оказание ухода и поддержки ;
- применение программ снижения вреда (бесплатная раздача презервативов, обмен шприцов, заместительная терапия);
- в зависимости от степени стойкой утраты трудоспособности, предоставление пенсионного обеспечения, (сразу после установления диагноза с последующим пересмотром в связи с изменением состояния);
- бесплатное обеспечение искусственным питанием новорожденных до 1 года жизни , рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей;
- оплата проезда ЛЖВ из регионов для мониторинга проводимой терапии ;
- обеспечение оптимальных условий труда для ЛЖВ (дополнительные перерывы, облегченные условия пребывания на рабочих местах, предоставление времени для посещения консультаций и лечения и пр.)
- законодательное обеспечение прав на труд, образование, недопущения стигмы и дискриминации, конфиденциальность во всех вопросах, связанных с ВИЧ.

3. Существует ли в стране политика или стратегия для разработки/применения препаратов-генериков или параллельного импорта препаратов, используемых при ВИЧ?

Да ▼

Нет

Н/К

4. Имеет ли страна доступ к региональным механизмам управления закупками и поставками критически важных товаров, таких как антиретровирусные препараты, презервативы и препараты для заместительной терапии?

Да ▼

Нет

Н/К

Если ДА, то каких товаров?

- Антиретровирусные препараты
- Метадон для опиоидной заместительной терапии
- Презервативы

5. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия по реализации программ по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 ▼	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

На основании приказа МЗ проводится децентрализация оказания медицинской помощи, в связи с чем предусмотрена организация Центров по АРВ-терапии в 6 регионах страны. Поставки тест-систем и АРВ препаратов осуществляются регулярно и бесперебойно. В течение отчетного периода за счет средств государственного бюджета закуплены препараты на лечение 134 больных в 2010г. и 200 больных в 2011г. Продолжается работа по привлечению ВИЧ-инфицированных ПИН к заместительной терапии метадоном. Расширены программы предоставления паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ. Основам профилактики, диагностики и оказания специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам обучено 20 врачей медицинской службы учреждений исполнения наказаний. Продолжено оснащение лабораторной службы республики. Из средств государственного бюджета и проекта Глобального Фонда получен Real Time ПЦР-анализатор, экстрактор для ПЦР-анализатора, ИФА-анализатор, а также IT-оборудование. В ближайшее время планируется приобретение еще одного ПЦР-анализатора, аппарата для определения резистентности ВИЧ к АРВ-препаратам, 6 ИФА-анализаторов, проточных цитометров, гематологического, биохимического, бактериологического и прочего лабораторного оборудования.

Какие проблемы остаются в этой области:

- Неполная диспансеризация ЛЖВ; редкое обращение в лечебно-профилактические учреждения лиц, относящихся к группам риска;
- Недостаточное привлечение НПО и объединений ЛЖВ; недостаточная информированность ЛЖВ об услугах по предоставлению лечения и оказания поддержки
- Для формирования мотивации к пожизненному лечению требуется расширение социального сопровождения пациентов, получающих АРВ-терапию.
- Высокая степень распространения гепатитов В и С среди ЛЖВ, невозможность предоставления лечения вирусных гепатитов ввиду дороговизны лекарственных препаратов, используемых для их лечения;

5.1 Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ?

5.2 Если Да, существует ли в стране рабочее определение сирот и уязвимых детей?

5.3 Если Да, существует ли в стране национальный план действий, направленный на сирот и уязвимых детей?

5.4 Если Да, определено ли в стране оценочное число сирот и уязвимых детей, охваченных существующими программами?

5.5 Если Да, какой процент сирот и уязвимых детей охвачен? %

6. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия по удовлетворению дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6 ▼	7	8	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

На протяжении последних двух лет в целях улучшения положения детей и защиты их прав продолжали реализовываться следующие государственные документы:

• Закон Азербайджанской Республики «О социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» от 22 июня 1999г. № 693-IQ;

• Закон Азербайджанской Республики «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» от 24 мая 2005г. № 919-ПQ;

• Закон Азербайджанской Республики «О правах ребенка» от 19 мая 1998г. № 499-IQ;

• Закон Азербайджанской Республики «О принятии Устава комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав» от 31 мая 2002 года;

• Закон Азербайджанской Республики «Об обучении лиц с ограниченными физическими возможностями (специальном обучении) 2001год;

• Государственная Программа «О передаче детей из детских учреждений в семьи (Деинституционализация) и альтернативной заботе на 2006-2015гг.» от 29 марта 2006г. № 1386;

Государственная Программа «Снижение уровня бедности и устойчивое развитие в Азербайджанской Республике в 2008-2015 гг.»;

Какие проблемы остаются в этой области:

VI. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

1. Существует ли в стране единый национальный план по мониторингу и оценке в связи с ВИЧ (МиО)?

Да	Разрабатывается ▼	Нет
----	-------------------	-----

Кратко опишите проблемы, существующие в сфере разработки и реализации:

С целью подготовки национального плана по МиО необходима консультация международного эксперта в этой области. Эта деятельность запланирована на 2-й квартал 2012г.

1.1. Если ДА, на какой период [укажите]:

1.2. Если ДА, согласовали ли основные партнеры свои требования к МиО (включая показатели) с национальным планом по МиО?

Да, все партнеры	Да, некоторые партнеры	Нет	Н/К
------------------	------------------------	-----	-----

Кратко опишите возникшие проблемы:

2. Включает ли национальный план по мониторингу и оценке?

<i>стратегии по сбору данных</i>	Да ▼	Нет
<i>Если ДА, охватывает ли она следующие вопросы:</i>		
<i>обследования поведения</i>	Да ▼	Нет
<i>оценки/исследования</i>	Да ▼	Нет

<i>надзор за резистентностью к препаратам для лечения ВИЧ</i>	Да ▼	Нет
<i>эпиднадзор за ВИЧ</i>	Да ▼	Нет
<i>стандартный программный мониторинг</i>	Да ▼	Нет
<i>стратегию анализа данных</i>	Да ▼	Нет
<i>стратегию распространения и использования данных</i>	Да ▼	Нет
<i>четко определенный стандартный набор показателей с разбивкой по половому и возрастному признакам (по возможности)</i>	Да ▼	Нет
<i>руководящие принципы использования инструментов для сбора данных</i>	Да ▼	Нет

3. Существует ли бюджет реализации плана по МиО?

3.1. Если ДА, какой процент общего финансирования в связи с ВИЧ выделяется на МиО? %

4. Существует ли национальное подразделение по МиО?

Кратко опишите возникшие препятствия

4.1. Если ДА, где находится подразделение по МиО?

<i>в Министерстве здравоохранения?</i>	Да	Нет
<i>в Национальной комиссии по СПИДу (или эквивалентной структуре)?</i>	Да	Нет
<i>В другом месте [впишите]?</i>		
<i>В структуре Республиканского СПИД – центра</i>	Да ▼	Нет

5. Существует ли национальный комитет или рабочая группа по МиО, которые проводят регулярные заседания для координации мероприятий по МиО? Да ▼ Нет

6. Существует ли центральная национальная база данных, включающая данные по ВИЧ? Да ▼ Нет

Если ДА, кратко опишите национальную базу данных и кто ею управляет:

- Эпидемиологическая база данных индивидуальных случаев ВИЧ-инфекции;
- База данных по охвату диспансерным наблюдением;
- База данных по осуществлению мероприятий по профилактике вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции
- База данных о детях, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями
- База данных по мониторингу проводимой АРВ-терапии

Ответственными за управление базами данных являются руководители соответствующих подразделений Республиканского Центра по борьбе со СПИД

6.1. Если ДА, включает ли она информацию о содержании, ключевых группах населения и географическом охвате услугами в связи с ВИЧ, а также организациях-исполнителях?

▼ Да, все перечисленные	Да, но лишь некоторые из перечисленного:	Нет, не включает ничего из перечисленного
-------------------------	--	---

Если ДА, но лишь некоторые из перечисленного, что именно она включает?

6.2. Существует ли рабочая информационная система по здравоохранению?

На национальном уровне	Да ▼	Нет
На субнациональном уровне	Да	Нет
Если ДА, на каком уровне? [впишите]		

7. Публикует ли страна, по крайней мере, раз в год отчет о МиО мероприятий по ВИЧ-СПИДу, включая отчеты об эпиднадзоре за ВИЧ? Да ▼ Нет

* Например, обеспечивающая регулярную передачу данных, собираемых в учреждениях здравоохранения на районном уровне, далее на национальный уровень, а также анализ и использование данных на различных уровнях)

8. Как используются данные МиО?

Для улучшения программ?	Да ▼	Нет
При разработке / пересмотре национальных мер в ответ на ВИЧ?	Да ▼	Нет
При распределении ресурсов?	Да ▼	Нет
Другое [впишите]:	Да	Нет

Кратко опишите конкретные примеры использования данных МиО, а также возможные проблемы!

Результаты МиО использовались при:

- Разработке нового «Национального Стратегического Плана мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД-ом на 2013-2017гг.»;
- При планировании мероприятий по проблеме ВИЧ-инфекции: включение мигрантов в целевую группу, усиление компоненты по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку; расширение сети ДКТ;
- Для регулярного информирования всех заинтересованных сторон, а также населения республики через СМИ.

9. Приводилось ли обучение по МиО в прошлом году

На национальном уровне?		
Если ДА, сколько человек прошло обучение:	Да ▼	Нет
	8	
На субнациональном уровне?		
Если ДА, сколько человек прошло обучение?	Да	Нет ▼
На уровне оказания услуг, включая гражданское общество?		
Если ДА, сколько?	Да ▼	Нет
	3	

9.1. Проводились ли другие мероприятия для усиления потенциала МиО помимо обучения?

Да ▼ Нет

Если ДА, какие мероприятия:

Для усиления потенциала в сфере МиО, помимо обучения, в 2010г. международным экспертом была проведена оценка национальной системы МиО. Кроме того, в 2011 году при подготовке нового «Национального Стратегического Плана мероприятий по борьбе с ВИЧ/СПИД-ом на 2013-2017гг.», к нему был разработан рамочный документ по МиО.

10. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 – Очень плохо, а 10 – Отлично) мероприятия по мониторингу и оценке (МиО) в связи с ВИЧ в 2011 году?

Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8 ▼	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:

- Создание рабочей группы по МиО;
- Создание на базе Республиканского Центра по борьбе со СПИДом отдела мониторинга и оценки;
- Подготовка Национального Плана МиО
- Проводится постоянный обмен данными с различными государственными структурами, международными и общественными организациями

Какие проблемы остаются в этой области:

Завершение подготовки национального плана по мониторингу и оценке ;
 Создание единой комплексной системы мониторинга и оценки по ВИЧ/СПИДу на межведомственном уровне;
 Нарастивать кадровый потенциал для использования моделей прогнозирования и оценки (программы Workbook, Spectrit, модель Goals, RNM);
 Необходимость внедрения информационных систем мониторинга ответных мер (CRIS-3) и оценки национальных расходов на СПИД в стране (NASA), предложенных ЮНЕЙДС.

ЧАСТЬ В

[для представителей организаций гражданского общества,
двусторонних учреждений и организаций]

I. УЧАСТИЕ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА*

* Гражданское общество среди прочего включает: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; конфессиональные организации; СПИД-сервисные организации; организации на уровне общин; организации для основных затронутых групп (включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков, мигрантов беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профсоюзные организации; организации по правам человека; ит.д. В целях настоящего НКИП частный сектор рассматривается отдельно.

1. В какой мере гражданское общество внесло свой вклад в усиление политической приверженности ведущих руководителей и выработку национальной стратегии/политики?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

По мере развития организованности гражданского общества, объединении НПО в различные сети по стратегическим задачам, роста экспертных способностей, складывающихся из преломленного через собственный международный опыт, умения находить эксклюзивные области в общественно значимых сферах, роста адвокационных способностей растет коэффициент доверия в первую очередь экспертизе гражданского сектора и уровень взаимной открытости и сотрудничества. Надо также отметить неординарное мероприятие, проведенное Сетью Снижение Вреда. Так, 27 сентября, 2011-года в Независимом Медиа Центре организация провела акцию «Выделите средства на Борьбу со СПИДом». Это была часть всемирной акции по обеспокоенности сокращением средств на борьбу с ВИЧ и туберкулезом «Неделя Глобального Движения». Институт Открытое Общество – Фонд Содействия Азербайджан, Сеть НПО Снижение Вреда «Пропаганда Здорового Образа Жизни», «Сеть Азербайджанская Реабилитация», «Сеть Дети с Особыми Нуждами», Рабочая Группа по Паллиативному Уходу, Рабочая Группа по Методике Развития Детей с Инвалидностью удалось пролоббировать выработку эффективной и адекватной ответной политики в области профилактики ВИЧ/СПИД, лоббировали философию паллиативного ухода, разрешение проблем людей с инвалидностью для признания, наркопотребителей, секс работников, людей с терминальной патологией и т.д. Так, при поддержке Международной Программы Снижение Вреда, Программы «Восток – Восток: Сотрудничество Без Границ», Международной Инициативы по Паллиативному Уходу Института Открытое Общество была проведена адвокация по широкому включению и утверждению снижения вреда в Национальной Стратегии по противодействию ВИЧ/СПИД,

разработке нового Закона о ВИЧ/СПИДе, нового Закона «О Социальных Услугах», проекту Закона «О Правах Пациента», проекта нового закона «Об Охране Здоровья Населения», разработке компонента Снижения Вреда в проекте Глобального Фонда по усилению ответных мер для противодействия ВИЧ/СПИДу (9-й раунд GFATM; несмотря на неуспех - и 10-й Раунд), политики законодательства и ответных мер в сфере паллиативного ухода, контрактированию и финансированию НПО через министерские структуры и.т. По инициативе и активном участии гражданского сектора паллиативный уход был включен в законодательство и интегрирован в высшее образование, так же как медодика развития детей с особыми нуждами была признана на уровне Министерства Образования как необходимое пособие для реализации Национальной Программы по Деинституционализации и Инклюзивному Обучению, было включена в учебные программы факультета Психологии и Социальных Наук Бакинского Государственного Университета, Государственного Института Учителей, включена как методическое пособие многими исполнительными структурами. По той же схеме Снижение Вреда было включено в законодательство и интегрировано в профессиональные стандарты сотрудников пенитенциарной службы и образовательные стандарты как сотрудников Министерства Юстиции, так и Министерства Внутренних Дел. Все выщесказанное значительно содействовало развитию национальной политики, отражающей интересы всех участников процесса.

Главными партнерами, содействующими гражданскому сектору в этот период в результате адвокации:

- Комитет Милли Меджлиса по Социальной Политике
- Министерство Здравоохранения, Республиканский Центр Борьбы со СПИДом
- Министерство Здравоохранения, Бюро по Координации Проекта ГФ
- Министерство Здравоохранения, Центр Общественного Здравоохранения и Реформ
- Министерство Юстиции, Пенитенциарная Служба
- Министерство Внутренних Дел, Отдел по Борьбе с Наркотиками
- Министерство Труда и Соцобеспечения
- Министерство Финансов
- Министерство Образования
- Комитет по Проблемам Семьи, Женщин и Детей
- Бакинский Государственный Университет
- Азербайджанский Государственный Медицинский Университет
- Институт Усовершенствования Врачей
- Азербайджанский Педагогический Институт
- Институт Прав Человека НАНА
- Государственный Комитет по Миграции

2. В какой мере представители гражданского общества были вовлечены в процесс планирования и составления бюджетов для Национального стратегического плана по ВИЧ или для текущего плана мероприятий (напр., участие в собраниях по вопросам планирования и в анализе проектов документов)?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

В предыдущем пункте акцентировались усилия гражданского сектора по вовлечению госструктур в процесс развития национальной политики в интересах всего гражданского сектора. В этом пункте будет уделено внимание тому, какие ресурсы были мобилизованы для реализации открывшихся возможностей, и какие организации непосредственно задействовали эти ресурсы.

Институт Открытое Общество – Фонд Содействия Азербайджан. Международная Программа Снижение Вреда. Программа Мониторинг Бюджета Здравоохранения. Отчетный период отмечен большей открытостью законодательных и исполнительных структур к инициативам гражданского общества. Если в предыдущий отчетный период мы говорили о том, что представители гражданского общества не вовлекаются в процесс планирования и составления бюджетов для Национального стратегического плана по ВИЧ по причине отсутствия практики привлечения НПО к обсуждению подобных документов или отсутствия знаний по планированию, оценке бюджета, то благодаря проекту, поддержанному нью-йоркским офисом Программы Здравоохранение Института Открытое Общество «Мониторинг Бюджета Здравоохранения», в ходе которого представителям Альянса «Призыв к Здоровью» и Сети Снижения Вреда «Пропаганда Здорового Образа Жизни» были проведены тренинги по анализу бюджета здравоохранения, была рассчитана стоимостная эффективность проектов СВ для условий Азербайджана, расчеты были использованы в качестве инструмента адвокации, результаты несколько раз выносились на обсуждение общественности и отдельно обсуждались с руководством СПИД Центра. Эти данные использовались для демонстрации большей эффективности превентивных услуг методом снижения вреда, нежели многозатратной медико – социальной помощи уже ВИЧ инфицированным. В отчетный период работа по адвокации законодательства была завершена. Следующей мишенью является финансирование проектов снижения вреда из национального бюджета.

PIU - Бюро Координации Проекта Глобального Фонда в Азербайджане - можно смело назвать основным партнером по реализации сотрудничества с Министерством Здравоохранения и вовлечения гражданского сектора в масштабах страны. При подготовке заявок в Глобальный Фонд на 9, 10 и 11 раунды со стороны PIU были созданы все условия для активного участия гражданского сектора в разработке заявки и рабочего плана, включая бюджет. Эксперты, готовящие заявки, были приглашены непосредственно из НПО сектора или же имели длительный опыт работы в гражданском секторе. При содействии PIU в отчетный период были разработаны (хоть и не утверждены со стороны Министерства Здравоохранения, но приняты к сведению) стандарты оказания услуг в рамках проекта ГФ, стандарты аутрич работника и социального сопровождающего, методические стандарты снижения вреда. Ежедневное техническое и программное содействие, оперативность, слаженность и мобильность, а также содействие в разработке ключевых процедур, например, по утилизации шприцев, или же прямого вовлечения исполнительных структур медицинского профиля, поддержание активностей НПО в Баку и регионах – далеко не весь перечень активностей по содействию.

UNODC - включило в собственную стратегию снижение вреда, расширение доступа к заместительной терапии, институционализацию взаимоотношений НПО сектора с правительственным, добилось введения снижения вреда в программу обучения студентов на кафедре Инфекционных Болезней Азербайджанского Государственного Медицинского Университета.

UNAIDS - деятельность UNAIDS за отчетный период должна быть отмечена особенно. Эта структура, как никакая другая международная организация, сумела четко, запланированно, с уважением и объективной оценкой экспертизы всех сторон, организовать работу над страновой

стратегией по ВИЧ, с равным участием всех сторон, обсуждением бюджета, привлечением международных экспертов и находило грамотное решение в неоднозначных ситуациях разночтений между особенностями страны и международной экспертизы. При этом задача была выполнена в срок и к моменту подачи заявки на отмененный 11-й раунд страновая стратегия уже была готова. НПО сектор с самого начала процесса участвовал как в разработке вопросов, касающихся нужд, проблем, основных направлений задач и активностей страновой стратегии, в детальных обсуждениях бюджета по каждой активности. Параллельно с этим гражданский сектор получал возможность знакомиться со стратегическими документами, касающимися ВИЧ политики и стратегии в стране и за рубежом, что в равной степени обеспечивалось также и со стороны РИУ Глобального Фонда. Также этими организациями обеспечивалась информация по ресурсным возможностям для ВИЧ проектов, участия на семинарах и конференциях, организовывались встречи и оказывалось широкое техническое содействие для мультисекторального

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

б. национальный бюджет?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Если в предыдущий отчетный период единственный источник финансирования – Фонд поддержки НПО при Президенте, где выделенные средства на профилактику и уход не носили стратегический характер и не мониторировались, и оценка была «2», то приказом Кабинета Министров от 27 апреля 2011-го года открылась возможность финансирования проектов снижение вреда для ЛЖВ. Ожидая возражение, что эти средства так и не задействованы в проекты по профилактике, отвечаю. Что пока что на ближайшие 4 года эту активность будет поддерживать Глобальный Фонд, что дает возможность эффективного перераспределения средств. Однако, до сих пор гражданский сектор не вовлекался в обсуждения такого рода и оценка по данному показателю возрастает всего на 1 балл.

с. национальные отчеты по СПИДу?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

В данном случае можно говорить не только о включении гражданского сектора в национальные отчеты по СПИДу, а о признании эффективности проектов снижение вреда, о воздействии этих проектов на эпидемиологическую ситуацию в отдельных регионах. Более того, благодаря такой

оценке удалось расширить проекты снижения вреда и паллиативного ухода на регионы, где до сих пор такие услуги не оказывались. Представительства в рабочих группах по написанию Национального Стратегического Плана и страновых заявок на 10-й и 11-й раунды Глобального Фонда. Также была организовано ревью заявки на 10-й раунд ГФ со стороны технических экспертов.

ССМ - Основываясь на основные положения и требования ГФ о ССМ, а также хорошее знание гражданского сектора, обеспечена правильная представленность в составе ССМ. Со стороны данной структуры проводится регулярное информирование гражданского сектора о возможностях и путях участия гражданского сектора в обсуждениях и решениях ключевых вопросов ВИЧ.

Надо отметить, что при такой технической поддержке не наблюдалось ожидаемой консолидации или должной координации сил гражданского сектора. Пока что единение идет в составе отдельно взятых сетей НПО, как например, «Сеть Снижения Вреда», «Сеть Реабилитация Азербайджан» или же между отдельно взятыми несколькими НПО, что носит спонтанный характер.

В какой мере услуги, оказываемые гражданским обществом по профилактике, лечению, уходу и поддержке, включены в национальную стратегию?

Ответ здесь однозначный – в полной мере. В Национальный Стратегический План Азербайджана на 2012-2016 гг, подготовленной при широком техническом содействии UNAIDS включены абсолютно все услуги, предоставляемые на данный момент гражданским сектором. Предусмотрены разные методы и пути профилактики передачи ВИЧ инфекции для разных групп населения. Например, профилактика ВИЧ среди секс работников – информирование и раздача презервативов, мигрантов и беженцев – раздача презервативов и информационных материалов, среди людей живущих с ВИЧ, потребителей наркотиков – заместительная терапия, обмен шприцев и обеспечение презервативами. Также включено обеспечение ЛЖВС медицинскими и социальными услугами. Профилактика ВИЧ среди различных групп населения озвучена также в «Программе Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы» от 27 ноября, 2008-го года приказом МЗ №164. Однако, исполнителями или ответственными за выполнение этих услуг показаны СПИД Центр, РНД и «соответствующие агентства или структуры», что с большой вероятностью говорит о перспективах использования этих средств в отношении только тех представителей уязвимых групп, которые оказываются в перечисленных официальных медицинских учреждениях. Таким образом можно подытожить, что *услуги*, оказываемые гражданским обществом, включены в программу мероприятий, однако *выполнение* этих услуг именно *представителями гражданского общества* в перспективе будет ограничено по крайней мере недостаточностью финансовой поддержки. Для избежания этого при содействии гражданского UNAIDS включил в механизмы реализации страновой стратегии вопрос прямого контрактирования НПО со стороны Министерства Здравоохранения.

3. В какой мере представители гражданского общества вовлечены в мониторинг и оценку (МиО) мер в ответ на ВИЧ?

- a. разработка национального плана по МиО? – Да
- b. НПО включены в состав мониторингового ССМ? - Да

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

- с. участие в работе национального комитета/рабочей группы по МиО, ответственных за координацию мероприятий по МиО?

В 2011 году в составе ССМ была сформулирована группа Мониторинга и Оценки, в которой представлен гражданский сектор как в лице международных организаций, так и 2 представителей НПО сектора - 1 представитель самоорганизации ЛЖВ и 1 представитель общинных организаций. За отчетный период было совершено 2 мониторинга с вовлечением представителей гражданского сектора, но без привлечения местных НПО. Интерес представляет тот факт, что представители гражданского сектора, объединенные в профилактике ВИЧ среди групп риска, привлечены в мониторинг не ВИЧ-компонента, а туберкулез- и малярийного компонента программы Глобального Фонда. Они участвуют на заседаниях координационного совета по МиО, и возможность присоединения к мониторинговой группе представителей гражданского сектора, не включенных в конкретный мониторинговый тур, всегда открыта и подчинена процедурам. Так как со стороны представителей НПО сектора таких инициатив не отмечалось, оценка будет «3».

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

- d. усилия по МиО на местном уровне?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

Обсуждая конфигурацию «мониторинг и гражданское общество», на сегодняшний день необходимо осветить три аспекта:

- озвученность в планах мониторинга на национальном уровне
- привлеченность непосредственно в мониторинг в масштабах страны
- привлеченность в мониторинг на уровне проектов гражданского сектора.

Озвученность в планах мониторинга на национальном уровне.

«5»

Представители гражданского общества, а именно несколько местных НПО, представлены в Страновой Координационной Комиссии (СКК), где имеют возможность участвовать в какой-то степени в оценке проводимых мероприятий в ответ на ВИЧ. При подготовке плана по мониторингу и оценке Институт Открытое Общество как представитель неправительственного сектора был приглашен PIU GF на обсуждение ключевых показателей и индикаторов для проекта 9-го Раунда ГФ. В рамках реализуемого на данный момент проекта 9-го Раунда к мониторингу со стороны СКК привлекаются эксперты из НПО, международных и местных организаций, не являющиеся суб-реципиентами, что позволяет избежать конфликта интересов. Однако предполагалось, что представители гражданского сектора, так же как и другие члены мониторинговой группы, пройдут подготовку или получат инструктаж по мониторингу, что до сих пор еще не сделано.

Привлеченность в непосредственно в мониторинг в масштабах страны.

«0»

Привлеченность в мониторинг проектов внутри гражданского сектора.

«5»

В этом разделе два направления:

Мониторинг донора над исполнителем, т.е. Институт Открытое Общество – Фонд Содействия как субреципиент мониторирует суб-суб реципиентов. Для этого в Программе Общественное Здравоохранение создан «Департамент по Мониторингу и Оценке», где два специалиста разрабатывают программу мониторинга, модули, индикаторы, имеют четкий временной план выездов на мониторинг, и возможности экстравизитов в ответ на сигналы, поступающие с мест реализации проектов. Разработаны индикаторы и модули последовательности. Так, результаты первого мониторинга отражаются в отчете с фиксированием обнаруженных недостатков и положительных сторон, отчет немедленно дается на мобильный принтер, подписывается мониторами и мониторируемыми, и по возвращении в офис сканированная версия репорта с рекомендациями высылается по электронной почте организации и экспертам ИОО, ставится 1 месяц срока и прикрепляется ментор из Сети Снижение Вреда. Через месяц проект мониторируется еще раз и результаты мониторинга выносятся на обсуждение Комитета Экспертов Программы Здравоохранение. Если несиправленные нарушения касаются невыполнения програмных или финансовых обязанностей НПО в рамках заключенного с Фондом Сороса контракта, то комитет принимает решение о прекращении финансирования проекта и остаток средств не перечисляется на счет НПО. Такое решение было принято в отношении 6 проектов. Об этом ставится в известность вся сеть снижения вреда и другие организации. Если же выявленная ситуация вокруг проекта касается страновой политики или процедуры, то изыскиваются пути решения трудностей.

Мониторинг со стороны сетевых экспертов и менторство. Это достаточно эффективный метод мониторинга, позволяющий гражданскому сектору саморегулировать процесс повышения качества проекта, что также дает возможность равного партнерства и отчетности, равного

консультированы и экспертизы деятельности НПО самими же НПО, у которых набран определенный опыт и экспертиза. Осуществлялся активно и вызвал позитивные изменения.

Поэтому если в прошлый отчетный период оценка была в целом «0», так как со стороны государства не предоставлялись возможности, а со стороны гражданского сектора не использовались имеющиеся возможности мониторинга даже там, где это оказалось бы эффективным, то в данный отчетный период организации пересмотрели реальные возможности мониторинга по влиянию на качество оказываемых услуг и более активно реализовали эти возможности и оценка в среднем «3».

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

4. В какой мере представительство гражданского общества в мероприятиях в ответ на ВИЧ отражает участие различных организаций (напр., сетей людей, живущих с ВИЧ, организаций работников секс-бизнеса, конфессиональных организаций)?

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

Представительство гражданского общества – Институт Открытое Общество – Фонд Содействия Азербайджан – в полной мере обеспечило участие сервисных организаций по профилактике ВИЧ, ИППП и гепатитов, через открытый конкурс, объявленный как в интернете, в электронных сетях, так и в газете, читаемой и в регионах, и в Баку. К обсуждениям проектов были привлечены эксперты PIU, AIDS Center, UNAIDS, USAID, а также эксперты ИОО. В объявлении были названы все группы риска, которые по соглашению с ГФ можно было поддержать на данный раунд – секс работники, инъекционные наркопотребители, ЛЖВ, общины и т.д. Благодаря этому количество проектов гражданского сектора в ответных мероприятиях по ВИЧ расширилось с 14 до 34 за отчетный период. В список поддержанных и вовлеченных организаций входят организации ЛЖВ, секс работников, инъекционных наркопотребителей, уличных детей, мигрантов, работают общины по поддержке наркопотребителей, секс работниц, уличных детей, а также транссексуалов, работает горячая линия на базе СПИД Центра с привлечением представителя гражданского сектора, работает Комьюнити Центр ЛЖВ по интеграции в общество, предоставлению юридических услуг, информированию и т.д.

Что же касается привлечения НПО к общественным мероприятиям, то здесь надо отметить следующее. Организации, работающие в сфере профилактики и оказания услуг, достаточно хорошо сотрудничают с местной исполнительной властью (за исключением Гянджинских представителей, которые достаточно грамотны и сильны в адвокации, однако, в силу локальных особенностей, стараются оставаться незвучными, что принимается с пониманием, так как они в этих условиях смогли грамотно построить работу по охвату групп

риска), при этом используются как письма поддержки организациям, представленные со стороны Министерства Здравоохранения в 2010-м году, так и собственный опыт организаций по развитию отношений с местными структурами. Организации ЛЖВ, СР, потребителей наркотиков еще малочисленны в стране и пока что являются единственными имплементационными организациями, тесно работающими с населением, доступ к которому затруднен в связи с дискриминационным и осуждающим отношением со стороны общества. В основном представители групп высокого риска входят в состав других НПО, занимающихся проблемой ВИЧ/СПИДа. Участие этих лиц и групп в мероприятиях по противодействию ВИЧ/СПИДу очевидно, хотя безусловно недостаточно. организация ЛЖВ - Общественное Объединение «Борьба со СПИДом», НПО «Чистый Мир», сеть НПО «За Здоровый Образ Жизни» Снижение Вреда, сеть НПО «Призыв к Здоровью», Общественное Объединение «Объединение Детей Азербайджана» активно участвуют в мероприятиях, при этом участие носит характер не только поддержки, но и более активного вовлечения, так как организации предоставляют результаты собственных исследований, практических наработок, предлагают обсуждения острых проблем, озвучивают очень сензитивные проблемы и предлагают конкретные шаги к разрешению назревшего вопроса. С учетом специфичности и в условиях сильной стигматизации в отношении к уязвимым группам участие оценивается по высшей категории «5», хотя в силу отсутствия централизованной базы данных по данным организациям их участие («приглашаемость») носит скорее спонтанный характер. При этом следует отметить, что организации сильны в построении гражданского общества в целом. Так, НПО по Оказанию Содействия Развитию Гражданского Общества «Запад – Ресурс» (наркопотребители), Общественное Объединение «Чистый Мир» (секс работники), «Тамас» (мигранты), Общественное Объединение «Борьба со СПИДом» (ЛЖВ), и другие провели различные мероприятия и акции по профилактике ВИЧ, наркомании с широким вовлечением молодежи, групп риска и специфичных НПО в Баку и регионах.

При организационной и технической поддержке ЮНОДС, 1 июня, 2011-го года в Баку была проведена Международная Межпарламентская Конференция по СПИДу по странам Центральной Азии и Азербайджану. Институт Открытое Общество – Фонд Содействия и Общественное Объединение «Борьба со СПИДом» (ЛЖВ), участвовали на конференции и внесли рекомендации по обязательствам парламентариев «включить в страновые бюджеты по борьбе с ВИЧ финансирование проектов Снижение Вреда», что вошло в итоговый документ и используется сейчас в качестве адвокационного инструмента.

5. В какой мере представители гражданского общества получают доступ к:

a. адекватной финансовой помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?

Если это средства донора, то высокая «5» так как если проект изложен грамотно, обоснованно, четко показаны цели и охват, обоснован бюджет, то проблем с финансированием не возникает. Наоборот, можно сказать, что планы организаций не успевают за ростом финансовых возможностей.

Если государственный источник – то «1»

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

b. адекватной технической помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?

«3» так как возможности предоставления технической поддержки не так оперативны и мобильны, как возможности донорской финансовой поддержки.

Низкая					Высокая
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

В вопросе не указан конкретно доступ к какому источнику финансирования имеется ввиду – если к государственному – то можно оценить по самой низкой категории. Если же имеются ввиду средства донорских организаций – то здесь все зависит от стратегии донора, процедур и времени обращения за средствами.

6. Какой процент следующих программ/услуг в связи с ВИЧ, по оценкам, оказывают организации гражданского общества?

	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Профилактика для молодежи	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Тестирование и консультирование	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Снижение уровня стигмы и дискриминации	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Клинические услуги (АРТ/ОИ)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Уход на дому	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Программы для СУД**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*Антиретровирусная терапия и оппортунистические инфекции

1. В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на повышение уровня участия гражданского общества, в 2011 году?

2009 Очень плохо									Отлично	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</p> <p>По сравнению с предыдущим отчетным периодом активность гражданского сектора возросла, однако ожидаемой консолидации не наблюдалось. Консолидация носила в определенных случаях скорее всего характер стратегического объединения с целью подачи заявок донорам. Отмечается консолидация усилий гражданского общества - большинство организаций, работающих в области ВИЧ/СПИДа в начале 2008 года институционализировались в Сеть Снижения Вреда и другие альянсы, и в рамках этих организаций принимают участие в разработке соответствующих программ, в том числе - разработке странового проекта в ГФ, национального законодательства о ВИЧ/СПИДе, адвокации бюджета ВИЧ, а также участвуют в реализации программ/услуг в связи с ВИЧ.</p>										

Отмечается большая информированность сторон друг о друге и стремление сторон к сотрудничеству.

Какие проблемы остаются в этой области:

Будучи отмеченными 2010 - 2011-й годы повышенной двусторонней активностью, стремлением к сотрудничеству как со стороны гражданского сектора, так и госсектора (и ведомственные, и законодательные органы), неясность целей сотрудничества как со стороны гражданского сектора, так и государственного сектора остается главным препятствием для эффективного развития.

Поэтому, в целом, оценка остается «8» баллов, как и в предыдущий период.

III. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

1. Существуют ли в стране законы и положения, защищающие людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации? (включая общие положения, направленные против дискриминации, и положения, касающиеся конкретно ВИЧ, направленные на школьное образование, предоставление жилищных условий, трудоустройство, медицинский уход и т.д.)

✓ Да

Нет

1.1. Если ДА, отметьте, указан ли конкретно ВИЧ и каким образом, или же это общее положение о недопущении дискриминации: [впишите]

Недопущение дискриминации людей, живущих с ВИЧ, нашло отражение как в общих законах и положениях, недопускающих дискриминацию вообще, так и в конкретных законодательных актах.

Общие:

Защита прав и свобод человека и гражданских прав и свобод рассматривается в Азербайджанской Республике как определяющий фактор существования демократического и правового государства.

Общие положения, защищающие от дискриминации:

На основании Статьи 41 Конституции Азербайджанской Республики каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Также, на основании Статьи 32 каждый имеет право на личную неприкосновенность; каждый имеет право хранить тайну личной и семейной жизни; кроме случаев, предусмотренных законом, вмешательство в личную жизнь запрещается; сбор, хранение, использование и распространение сведений о чьей-либо частной жизни без его согласия не допускаются.

Согласно части III Статьи 25 Конституции Азербайджанской Республики государство гарантирует каждому равенство прав и свобод независимо от *расы, национальности, религии, языка, пола, происхождения, имущественного и служебного положения, убеждений, принадлежности к политическим партиям, профсоюзам и другим общественным объединениям.*

В соответствии с частью III Статьи 47 Конституции не допускаются агитация и пропаганда, возбуждающие расовую, национальную, религиозную и социальную рознь и вражду.

Законом от 31 мая 1996 года Азербайджанская Республика присоединилась к Международной Конвенции об отмене всех форм расовой дискриминации, принятой 21 декабря 1965 года Генеральной Ассамблеей ООН.

Законом от 16 июня 2000 года Азербайджанская Республика присоединилась к подписанной 1 февраля 1995 года в городе Страсбурге «Рамочной конвенции о защите национальных меньшинств».

Законом Азербайджанской Республики от 16 июня 2000 года был утвержден подписанный 6 сентября 2000 года в городе Нью-Йорке Факультативный протокол Конвенции Организации Объединенных Наций о ликвидации всех форм дискриминации в отношении *женщин*.

Закон Азербайджанской Республики «Об обеспечении гендерного равенства» от 10 октября 2006 года гарантирует гендерное равенство путем устранения всех форм дискриминации по половой принадлежности, *создания мужчинам и женщинам равных возможностей* в политической, экономической, социальной, культурной и иных сферах общественной жизни.

Согласно Закону Азербайджанской Республики «О Предотвращении Инвалидности, Реабилитации и Социальной защите Инвалидов» от 25 августа, 1992-го года, к инвалидам относятся лица с ограничением жизнедеятельности по причине врожденных, приобретенных вследствие заболеваний или же травм, умственных или физических недостатков, и нуждающиеся в социальной помощи и защите. К этой группе, согласно процедурам медико – трудовой экспертизы при Министерстве Труда и Социальной Защиты, и положениями об определении инвалидности, на определенной стадии заболевания причисляются ЛЖВС. Этот закон гарантирует инвалидам социальную защиту, включающую «систему экономических, социальных и юридических государственных гарантий по компенсации и устранению ограничения жизнедеятельности инвалидов, созданию для них равных с остальными гражданами условий».

В Национальном Плате Действий в ближайшие годы планируется обеспечение полного соответствия нормативных актов Азербайджанской Республики международным стандартам относительно прав человека, подготовка и осуществление новой стратегии сотрудничества с международными организациями, усовершенствование деятельности государственных органов по обеспечению прав человека, стимулирование научно-аналитических работ, улучшение правового просвещения, усиление борьбы со всеми формами дискриминации, насилием против женщин, а также бытового насилия наряду с планируемыми мероприятиями по развитию двухсторонних отношений между государством и гражданским обществом, обеспечение правозащитных средств, необходимой компенсации, реабилитации, медицинской и психологической помощи для жертв такого рода насилия, проведение работ в направлении организации широкого просвещения в этой области.

Часть 6 Указа Президента Азербайджанской Республики от 19 января 2006 года «О модернизации судебной системы в Азербайджанской Республике» и о применении Закона Азербайджанской Республики «О внесении изменений и дополнении к некоторым законодательным актам Азербайджанской Республики» Верховному Суду, Апелляционным судам и Верховному Суду Нахичеванской Автономной Республики было рекомендовано организовать изучение и применение в судебной практике прецедентного права Европейского Суда по Правам Человека.

С целью обеспечения применения данного Указа на Пленуме Верховного Суда Азербайджанской Республики, проведенном 30 марта 2006 года, было принято постановление «О применении положений Конвенции «О защите прав человека и основных свобод» и прецедентов Европейского Суда по Правам Человека при отправлении правосудия», и было решено создать

соответствующий отдел в составе Верховного Суда для перевода вышеуказанных прецедентов на Пленуме и ознакомления судей с ними.

Статья 16. Трудового кодекса Азербайджанской Республики посвящена недопущению дискриминации в трудовых отношениях и содержит нижеследующие антидискриминационные положения:

1. В трудовых отношениях запрещается допускать любую дискриминацию между работниками по гражданству, полу, расе, вере, национальности, языку, месту жительства, имущественному положению, общественно-социальному происхождению, возрасту, семейному положению, убеждению, политическим взглядам, принадлежности к профессиональным союзам или другим общественным объединениям, служебному положению, а также другим факторам, не связанным с деловыми качествами, профессиональными навыками, результатами труда работника, определение непосредственно или косвенно на основе этих факторов преимуществ и льгот, а также ограничение их прав.

2. Установление в трудовых отношениях женщинам, инвалидам, лицам, имеющим возраст до 18 лет, другим лицам, нуждающимся в социальной защите, льгот, преимуществ и дополнительных гарантий не считается дискриминацией.

3. Работодатель или другое физическое лицо, допустившее в процессе трудовых отношений дискриминацию между работниками, указанную в первой части данной статьи, несут в предусмотренном законодательством порядке соответствующую ответственность.

4. Работник, подвергшийся дискриминации, может подать в суд жалобу с требованием восстановления нарушенных прав.

28 декабря 2006 года Национальный план деятельности по защите прав человека в Азербайджанской Республике утвержден Распоряжением Президента Азербайджанской Республики.

Положения, касающиеся конкретно ВИЧ:

Согласно статье 9 Закона АР «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека», принятым парламентом 11 мая, 2010-го года, и подписанным к утверждению Президентом АР 11 июня, 2010 года, запрещается дискриминация и стигматизация в образовательных учреждениях. Так, статья 9.1 этого закона гласит о том, что запрещается ограничивать в какой-бы то ни было форме право на образование, включая отказ в приеме в учебные заведения, отчисление из ВУЗа или же ограничение участия на мероприятиях по признаку ВИЧ-инфицированности или же родственной близости с ВИЧ-инфицированным. Статья 9.2 этого же закона гласит, что информация о ВИЧ-статусе учащихся является конфиденциальной, и руководитель учебного заведения не имеет права обращаться с запросами или же вести расследование по предмету ВИЧ-статуса учащихся.

В статье 9.4 этого же закона указывается недопустимость отказа предоставления социальных услуг или же в размещении в учреждения, предоставляющие социальные услуги.

Азербайджанская Республика присоединилась к Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом Организации Объединенных Наций от 27 июня 2001-го года.

2. Существуют ли в стране законы и положения, защищающие от дискриминации группы населения, которым грозит самый высокий риск, и другие уязвимые подгруппы населения?

Да ✓

Нет

a. Женщины	Да ✓***	Нет
b. Молодежь	Да	Нет ✓*
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да ✓**	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет ✓*
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет ✓*
f. Заключенные	Да	Нет ✓*
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да ✓****	Нет
h. Другие: <i>[впишите]</i> <i>Запрещена дискриминация по гражданству, полу, расе, вере, национальности, языку, месту жительства, имущественному положению, общественно-социальному происхождению, возрасту, семейному положению, убеждению, политическим взглядам, принадлежности к профессиональным союзам или другим общественным объединениям, служебному положению, а также другим факторам, не связанным с деловыми качествами, профессиональными навыками, результатами труда работника***</i>	Да	Нет

**В отношении данной группы применяются общие положения о запрещении дискриминации*

*** В законе «О Наркологической Службе и Наркологическом Контроле» от 29 июня 2001 года:*

Статья 4, пункт 4.0.1 – исключается преследование наркологического пациента в процессе проведения наркологической службы и контроля. Пункт 4.0.5 – право наркопотребителя на получение наркологической помощи; Статья 5, пункт 5.3 - государственная гарантия получения наркологической помощи независимо от материального положения и социального статуса; статья 6, пункт 6.2 – не допускается ограничение прав наркопотребителей за исключением положений, определенных в законодательстве; пункт 6.3 – не допускается ограничение прав наркопотребителей в местах лишения свободы; Статья 7, пункт 7.1 и 7.2 – не допускается распространение любой информации о наркопотребителе за исключением положений, обговоренных в законе.

****Трудовой Кодекс АР. Утвержден законом АР №618 IQ от 01.02.1999 года.*

***** Согласно Закону АР «О Юридическом статусе иностранцев и лиц, не имеющих гражданства АР» от 13 марта, 1996-года, иностранцы и лица, не имеющие гражданства, пользуются равными с гражданами страны правами и свободами, независимо от их социального, имущественного положения и расовой, национальной, гендерной, языковой, религиозной принадлежности и рода и характера занятий. Мигранты обладают правом личной и имущественной неприкосновенности, свободой передвижения и проживания, право на труд и частное предпринимательство, право на здоровье и социальное обеспечение, право на образование и свободу совести, что в целом предотвращает дискриминацию. Следует отметить, что в Рекомендациях к закону «О Политических Партиях» со стороны Венецианской Комиссии Совета Европы (2004 И 2011) были даны рекомендации по изъятию пунктов об изоляции от политической жизни иностранцев и лиц без гражданства, конкретно – создание политических партий, борьба за власть, финансирование политических партий, что было сочтено недопустимым со стороны власти. В свою очередь оппозиция обвинила Венецианскую Комиссию. Законом АР от 15 ноября, 2011-го года сделана поправка к Основному*

Документу, утвержденному Законом № 421 АР от 30 декабря, 2007-го года «О Специальных документах лиц, не имеющих гражданства и желающих пребывать в стране более 30 дней» сделана поправка и убран пункт «Об ограничении свободы» при отсутствии надлежащих документов.

*****Пункт 4.0.13 Закона «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» приравнивает ЛЖВС, постоянно проживающих на территории Азербайджана, но не имеющих гражданства, а также ЛЖВС, получивших статус беженца, к ЛЖВС, имеющих гражданство при получении бесплатной (читай из государственного бюджета) медицинской помощи и лекарственных препаратов.*

Если ДА, кратко поясните, какие существуют механизмы, обеспечивающие практическое применение этих законов:

Характер ущерба в делах о дискриминации может носить имущественный и моральный характер. Согласно ст 38.2. Кодекса АР об административных проступках при наличии спора о возмещении имущественного или морального ущерба, причиненного административным проступком, вопрос о таком возмещении разрешается в соответствии с гражданским законодательством.

Гражданско-правовое возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью регулируется Гражданским Кодексом АР (утв. Законом АР от 28 декабря 1999 года). Глава 60 Гражданского Кодекса (Возмещение ущерба, причиненного жизни и здоровью физического лица) закрепляет нормы, устанавливающие правовой механизм решения вышеуказанного вопроса.

Уголовный кодекс АР. Статья 142. Неоказание помощи больному

142.1. Неоказание медицинской помощи больному без уважительных причин медицинским работником, обязанным ее оказывать в соответствии с законом или со специальными правилами, если это повлекло причинение менее тяжкого вреда здоровью больного, — наказывается штрафом в размере до трехсот минимальных размеров оплаты труда, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года, либо лишением свободы на срок до шести месяцев с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до двух лет или без такового.

142.2. То же деяние, если оно повлекло причинение тяжкого вреда здоровью, — наказывается исправительными работами на срок до двух лет, либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.

142.3. То же деяние, если оно повлекло смерть потерпевшего, - наказывается лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет.»

Кроме вышеописанных механизмов по практическому применению законов, есть «Программа Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы», утвержденная 27 ноября, 2008-го года Министерством Здравоохранения приказом №164. Пункт 9 этой программы гласит о «Создании подходящих условий для реализации мероприятий по предотвращению стигмы и дискриминации в отношении ЛЖВС среди населения».

Кратко опишите содержание этих законов:

Статья 156. Уголовного Кодекса АР (Нарушение неприкосновенности частной жизни) гласит: «156.1. Незаконное соби́рание, распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, а также продажа или передача другому лицу документов с такими сведениями — наказывается штрафом в размере от ста до пятисот условных финансовых единиц, либо общественными работами на срок до двухсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до одного года.

156.2. Те же деяния, совершенные должностным лицом с использованием своего служебного положения, — наказываются лишением свободы на срок до двух лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет или без такового».

Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают

- В Кодексе об Административных проступках АР не предусматривается административная ответственность за неоказание помощи больному, если это не повлекло причинения вреда здоровью.
- На основании Правил внутреннего распорядка Учреждений исполнения наказаний осужденные могут подвергаться принудительной проверке на предмет употребления наркотиков.
- Направление осужденных в сопровождении осуществляется с соблюдением правил раздельного содержания. Мужчины и женщины, несовершеннолетние и совершеннолетние, осужденные по одному и тому же уголовному делу, направляются раздельно, заболевшие туберкулезом (выделяющие туберкулезную палочку), лица, не полностью прошедшие курс лечения венерологической болезни, психические больные направляются в отдельности друг от друга и в изоляции от здоровых осужденных в сопровождении медицинских работников (ст. 68.2. Кодекса об исполнении наказаний АР)

Несмотря на инновативный характер нового закона о ВИЧ/СПИД-е, большое количество терминологических поправок и поправок по сути в законодательные акты для приведения их в соответствие с новым законом о ВИЧ/СПИДе, приказ Кабинета Министров №62 от 27 апреля, 2011-го года, связь между положениями данного закона и другими действующими законами и подзаконными актами нечеткая и это вызывает спорную ситуацию при обсуждении механизмов наказания за несоблюдения закона.

3. Существуют ли в стране законы, положения или политика, которые представляют собой препятствия на пути получения эффективной профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ группами населения, которым грозит самый высокий риск, и другими уязвимыми подгруппами населения?

Да

Нет▼

3.1 Если ДА, какие подгруппы населения?

a. Женщины	Да	Нет ✓
b. Молодежь	Да	Нет ✓
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да	Нет ✓
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет ✓
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет ✓
f. Заключенные	Да*	Нет ✓
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет ✓
h. Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет ✓

*По данному пункту ситуация двоякая. Политики, препятствующей получению превентивных услуг в данном случае нет. Но механизмов, которые должны были быть разработаны и представлены структурами, ответственными за реализацию эффективных превентивных программ, тоже нет.

Если ДА, кратко опишите содержание этих законов, положений или политики:

К подпункту *f. Заключенные пункта 3.1*: В Приложение к Правилам о внутреннем распорядке в Учреждениях Исполнения Наказаний есть официально утвержденный список вещей, хранение (*читай: ношение, использование, употребление*) которых осужденными запрещено. Во втором пункте этого списка есть колюще-режущие предметы, конструктивно схожие с холодным оружием. Есть также список предметов, разрешенных к хранению. Ни в первом, ни во втором списке шприцев нет.

Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:

Несмотря на то, что в законодательство АР введены положения, разрешающие проведение программ снижения вреда, существующие правила внутреннего распорядка в исправительных учреждениях и Кодекс об Исполнении Наказаний создают прецедент, когда заключенный - даже при наличии доступа к шприцам - будет нести наказание в случае их обнаружения. Так, в кодексе об исполнении наказаний от 14 июля 2000 года пунктом 107.1. предусмотрено предупреждение, выговор, перевод в штрафной изолятор осужденных мужчин — до пятнадцати дней, а осужденных женщин — до десяти дней; перевод содержащихся в учреждениях отбывания наказания общего режима осужденных из обычных жилых зданий в комнаты камерного типа. 107.2. При злом нарушении правил исполнения наказания могут быть наложены меры взыскания в **виде перевода в комнаты камерного типа сроком** от одного до шести месяцев, или в одиночные камеры сроком от одного до шести месяцев. Несмотря на то, что шприцев ни в списке разрешенных, ни в списке запрещенных предметов нет, то есть они не запрещены, и в то же время не разрешены, их обычно относят (*читай: трактуют*) к колюще – режущим предметам. В отличие от работника пенитенциарной службы, который будет нести административную ответственность, при нарушении данного режима со стороны заключенного ему предъявят дисциплинарное взыскание.

4. Указаны ли четко вопросы пропаганды и защиты прав человека в какой-либо политике или стратегии по ВИЧ?

Да ✓

Нет

Если ДА, кратко опишите, каким образом в этой политике или стратегии по ВИЧ упоминаются права человека:

Анализ существующих документов показывает, что вся политика, законодательство, подзаконные акты выстроены по принципу признания и соблюдения прав человека. Часть из них носит общий декларативный характер, другая же часть касается конкретизации, согласно требованиям, предъявляемым к подобным документам. Так, например, в статье 3 Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» от 11 мая, 2010-го года указаны основные принципы, согласно которым реализуется борьба с ВИЧ-инфекцией и оказание медико-социальной помощи людям, живущим с ВИЧ – принципы государственного обеспечения, гуманизма, принцип уважения к гражданским правам и свободам и принцип их соблюдения. В статье 7.1 предусматривается недопустимость ограничения прав и свобод людей, живущих с ВИЧ, по причине инфицированности. Далее, в статье 7.2, уже описываются конкретные права людей, живущих с ВИЧ, предусматривается недопустимость стигматизации и дискриминации, включая унижение достоинства, а также право на получение информации о результатах медицинского обследования, а также методах проводимого обследования и лечения, право на получение всех видов лечения, предусмотренных по медицинским показаниям, право на вступление в брак, репродуктивные права, право на информацию об универсальных методах безопасного поведения, право на обеспечение презервативами со стороны соответствующего исполнительного органа, а также бесплатное предоставление всякого рода специализированной и специальной помощи лицам, заразившимся ВИЧ и отбывающим наказание в местах лишения свободы. Законодательством предусмотрено принудительное тестирование только донорской крови. Но далее в список обязательно тестируемых были включены беременные женщины, все наркопотребители независимо от вида и путей потребления, лица, заразившиеся ИППП, заключенные и больные туберкулезом.

В Национальной Программе по ВИЧ/СПИДу, утвержденной Кабинетом Министров приказом №295 от 25 сентября, 2002 года, в обязательства Министерства Юстиции включена экспертиза и приведение к международным стандартам законодательства. Отдельно поставлена задача защиты прав людей, живущих с ВИЧ. Часть этих задач уже выполнена.

27 ноября, 2008-го года Министерство Здравоохранения приказом №164 утвердило «Программу Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы». В ряду активностей по усовершенствованию системы государственного управления озвучено усиление активности представителей организаций ЛЖВС в улучшении ВИЧ/СПИД политики и процессе принятия решений (пункт 8). ЛЖВС включены в состав странового координационного совета по СПИДу и в состав рабочей группы по подготовке нового «Закона о СПИДе» Комитета по Социальной Политике Милли Меджлиса АР. Это говорит о переходе понятия «защита прав ЛЖВ» на более высокий уровень, т.е. с понятий «право на медицинское обслуживание» или «право на труд» к понятию «право на участие в принятии решений и в формировании политики», а на 2010 – 2011-й годы к понятию «права на эффективное участие ЛЖВ» и «максимальная вовлеченность», что в данном случае переводит вопрос в плоскость «коллективной социальной ответственности ЛЖВ».

5. Существует ли механизм для учета, документирования и рассмотрения случаев дискриминации, направленной на людей, живущих с ВИЧ, группы населения, которым грозит самый высокий риск, и другие уязвимые подгруппы населения?

Да

Нет▼

Если Да, кратко опишите этот механизм:

Специального, заранее обговоренного в законодательном порядке механизма, касающегося уязвимых групп и конкретно ВИЧ нет. Однако, есть общие положения законов, правила и процедуры, которые позволяют документировать и вести учет подобных нарушений:

В законе «Об охране Здоровья Населения» от 26 .06.1997 в статье 35 гарантируется оказание бесплатной медико-социальной помощи; статья 57 – за нанесение ущерба здоровью медицинский персонал несет дисциплинарную, административную или же уголовную ответственность; статья 59 – ответственность медицинских работников за нарушение прав граждан; статья 60 – за ограничение прав и свобод граждан в области охраны здоровья людей имеют право в установленном порядке обратиться в суд или вышестоящие медицинские инстанции.

Однако, глава 7-я Административного кодекса АР от 11.07.2000 №906 не предусматривает наказания за подобные нарушения. В уголовном кодексе тоже не предусмотрено наказание за дискриминацию по ВИЧ, так как вопрос дискриминации там упоминается только в случае расовой дискриминации.

Статья 109 уголовного кодекса предусматривает наказание за лишение прав по признакам не подходящим под ВИЧ – от пяти до десяти лет лишение свободы.

Статьей 142 УК за неоказание помощи больному - 300 УЕ или лишение права на деятельность или же должность, ограничение свободы на 1 год или лишение свободы на 6 месяцев. Если те же действия причинили тяжелый вред здоровью– 142.2. –освобождение от должности и запрет на деятельность до трех лет вместе с исправительным работам или лишение свободы на 2 года. Если же действия повлекли за собой смерть - 142.3 - запрет на деятельность до 3 лет и лишение свободы на 3 года.

В силу слабой защищённости, низкой организованности и стигматизированности ЛЖВ, наркопотребители, секс работники и уличные дети на данном этапе не реализуют даже этот существующий механизм. Неправительственным сектором в 2009-м году был разработан следующий поэтапный механизм, который в 2010 – 2011 годах должен был быть доработан и совершенствован:

Группа правозащитных организаций (Общество Защиты Прав Женщин Азербайджана им.Д.Алиевой, год создания – 1989 г, Азербайджанская Национальная Группа Международного Общества Прав Человека, год создания – 1990 г), НПО, имеющих в составе юристов, специализирующихся в области прав уязвимых групп (Юридическая Клиника по Правам Детей), юристы – представители гражданского сектора в регионах должны были оформлять/документировать любые факты нарушений прав представителей групп риска, как доверенные юрист или правозащитник. Параллельно обученные представители НПО сами тоже документировали факты нарушений. Планировалось, что правозащитник, проследовав по всем процедурным этапам, доводит дело до судебного разбирательства. Сеть добивается огласки произошедшего в СМИ без упоминания имени пострадавшего представителя уязвимых групп и

использует факт с целью адвокации частного случая. Или же та же правозащитная организация, собрав определенное статистически достоверное количество нарушений, проанализировав и обобщив, выходит на ключевую структуру и использует собранные факты с целью адвокации изменений законодательных или же подзаконных (имплементационных) актов.

Как показала практика 2010 – 2011 годов, этот механизм не дал результатов по нескольким причинам: Недоверие представителей групп риска структурам гражданского общества, нежелание быть озвученным в каких-бы то ни было документах, недооценка понятия «право» организациями гражданского общества, незрелость членов НПО как представителей правового общества, гражданская «леность» и неверие в справедливый исход подобных расследований.

6. Вовлекает ли правительство – за счет политической и финансовой поддержки – людей, живущих с ВИЧ, группы, которым грозит самый высокий риск, и/или другие уязвимые подгруппы населения в процесс разработки государственной политики по ВИЧ и реализации государственных программ?

Да✓

Нет

Если ДА, опишите несколько примеров

1. Представителям неправительственного сектора и организациям ЛЖВ в составе ССМ были предоставлены равные возможности участвовать в составлении национальной стратегии по СПИДу 2008 – 2012. Вслед за этим гражданский сектор более активно участвовал на совместных обсуждениях стратегии 2012 – 2016, вносил поправки как в текстовую, так и бюджетную части.
2. Представители ЛЖВ и сети Снижение Вреда были включены в состав рабочей группы Комитета по Социальным Вопросам Милли Меджлиса (парламента) АР во время разработки и обсуждений нового Закона о СПИДе, Закона о Социальных Услугах, Закона о Правах Пациента. Во всех случаях в процесс вносился политический оттенок сотрудничества разных секторов общества.
3. Более широкое вовлечение неправительственного сектора отмечалось в сфере реализации национальных программ. В частности, МЗ выделило НПО сектору как суб-реципиенту средства на реализацию проектов снижения вреда и профилактики ВИЧ и гепатитов среди секс работников, уличных детей, мигрантов, заключенных и инъекционных наркопотребителей с 2005 по 2009 год и продлил договор о совместном проекте до 2012-го года с охватом 34 организаций, включая проекты по паллиативному уходу и институциональное развитие сети снижения вреда.
4. Также при поддержке Республиканского Центра по Борьбе со СПИДом при Министерстве Здравоохранения ЛЖВ было выделено помещение и предоставлена возможность равного консультирования и социального сопровождения.
5. НПО по снижению вреда и организации ЛЖВ были привлечены к сотрудничеству при проведении дозорного эпиднадзора в 2010-м году. Это сотрудничество развивается по нарастающей, однако носит несистемный характер, основанный больше на инициативе и воле СПИД Центра и НПО, нежели на намерениях министерства, прочтении и почитании законов и подзаконных актов.

7. Существует ли в стране политика предоставления следующих бесплатных услуг:

b. Антиретровирусное лечение	Да ✓
с. Уход и поддержка в связи с ВИЧ	Да ✓ <i>частично</i>

Если ДА, то, учитывая ограниченность ресурсов, кратко опишите, какие шаги предпринимаются для реализации такой политики, и включите информацию о любых ограничениях и препятствиях на пути получения доступа различными группами населения:

В законе «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (май, 2010) статья 6 напрямую определяет возможность многоканального финансирования вообще всех мероприятий по борьбе с ВИЧ – государственный бюджет, гранты, обязательное медицинское страхование, частные вложения и т.д. В этом же законе определены гарантии со стороны государства по определенным направлениям. Так, в статье 4.0.14. гарантирует оказание паллиативной помощи, 4.0.15. – социальную защиту и ЛЖВС, и людей, пострадавших от ВИЧ-инфекции.

Статья 18. Гарантирует всем ЛЖВ без исключения государственное финансирование всех мероприятий связанных с диагностикой, профилактикой, лечением, уходом и поддержкой. Более того, пункт 2 этой статьи определяет государственный бюджет как источник финансирования медицинской помощи всем лицам без гражданства, постоянно проживающим на территории Азербайджана, а также лицам, получившим статус беженца.

Следует отметить, что статья 18.3. говорит о вовлеченности исполнительных структур в процесс разработки национальных протоколов по предоставлению медицинских услуг ЛЖВ и предоставление паллиативной помощи ЛЖВ и их социальную защиту людей, пострадавших от ВИЧ.

Как правило, доступ к таким услугам как профилактика, уход и поддержка, АРВ терапия для представителей уязвимых групп открыт.

Совместный страновой бюджет и средства глобального фонда покрывают официально зарегистрированную потребность в АРВ препаратах. Эти средства эффективно рассчитываются и планируются Республиканским Центром по Борьбе со СПИД-ом и в будущем планируется полное обеспечение потребности в АРВ препаратах из государственного бюджета. Главным препятствием оказывается в данном случае неэффективность децентрализации процедур диагностики и лечения в силу сильной стигматизации в регионах, и потенциальный контингент СПИД Центра, опасаясь огласки или раскрытия ВИЧ статуса по месту проживания, с большей уверенностью коммуницируют с центром в Баку или же с представителями организации ЛЖВ, нежели с региональными представительствами СПИД Центра и региональными лабораториями. Частично эти опасения обоснованы, потому что в регионах отношение к понятиям «конфиденциальность», «анонимность» чисто формальное, равно как к понятию «стигматизация», которые обычно остаются на бумаге или забываются сразу за пределами тренинговой аудитории.

Деятельность по уходу и поддержке в связи с ВИЧ не финансируется пока что отдельной статьей из государственного бюджета. Однако, Республиканским Центром по Борьбе со СПИД-ом на средства проекта Глобального Фонда реализуется проект, начатый при поддержке ИОО, по паллиативному уходу с полным стационарным и мобильным компонентами в пределах города Баку. Также Институт Открытое Общество и Глобальный Фонд поддержали 6 проектов в Баку и

пригороде, Сумгаите, Гаджикабуле, Ширване, Ленкорани по предоставлению паллиативных услуг людям, живущим с ВИЧ. В этой сфере отмечается и *нехватка подготовленных кадров* (за исключением мастеров по социальной работе на базе Бакинского Государственного Университета), и *нехватка средств для оплаты услуг*, и что не менее важно - *отсутствует механизм заказа этих услуг* государственному и частному секторам и *механизм последующей закупки услуг*. На указанный отчетный период 2010 – 2011 - й годы *не оценена потребность в социальном уходе и поддержке, кадрах и, соответственно, не рассчитан бюджет*.

В «Программе Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы» от 27 ноября, 2008-го года приказом МЗ №164 утверждено обеспечение ЛЖВС медицинской и социальной помощью (пункт 7) и утвержден соответствующий бюджет. Также приказом Кабинета Министров №62 от 27 апреля, 2011 года утвержден список активностей - диагностика и лечение гепатита «С» у ЛЖВ, обмен шприцев и предоставление противозачаточных средств – оплачиваемых за счет государственного бюджета.

Несмотря на возможности получения заместительной терапии ЛЖВ в Республиканском СПИД Центре, и возможности, предоставляемые законодательной средой для получения профилактики в пенитенциарных структурах, снижения вреда, за исключением информационного компонента, не доступны в пенитенциарной службе, заместительная терапия - в большинстве регионов страны и районов столицы, а паллиативный уход, в добавление, вызывает даже вопросы о целесообразности, хотя 2010 – 2011 годы были отмечены значительным прорывом в развитии философии и политики паллиативного ухода в Азербайджане.

Так, 30 декабря 2011-го года в третьем чтении был принят Закон «О Социальных Услугах», где паллиативный уход представлен в ряду социальных услуг (21.0.7.), и определены формы учреждений по предоставлению социальных услуг (15.2) - дневные центры ухода, центры по предоставлению социально-психологической помощи, социально – реабилитационные центры, реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями, среди них центр профориентации, департаменты временных услуг, непосредственно центры паллиативного ухода.

Согласно статье 23.2. в перечисленных центрах услуги должны оказываться бесплатно и в гарантированном государством объеме. Государство может производить государственный заказ на социальные услуги физическим и юридическим лицам, включая НПО.

8. Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для мужчин и женщин к профилактике, лечению, уходу и поддержке?

Да, существует. Эта политика базируется как на уже существующих общих (Закон АР «О защите Здоровья Населения» от 26.06.1997), и специализированных (Закон АР «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» 2010) правовых документах, напрямую отражающих равный доступ граждан Азербайджана, иностранцев и лиц без гражданства ко всем видам бесплатных медицинских услуг и к услугам, касающимся непосредственно профилактики, диагностики и лечения ВИЧ/СПИД, а также подзаконных актах («Национальной Программе по СПИДу»), где в статье 4 указана доступность всех мер профилактики, лечения и ухода для всех групп населения без ограничений по гендерному признаку, гарантия специализированную и специальную помощь в амбулаторных и стационарных условиях независимо от гражданской принадлежности, обеспечение лекарственными препаратами. В указанных выше документах нет ограничения предоставляемых услуг по гендерному признаку. Следует подчеркнуть, что согласно принятым процедурам, ни

один законодательный акт в АР не принимается без экспертизы документа на соответствие международным стандартам по правам человека, в списке которых - недопустимость ограничений прав граждан по гендерному признаку.

8.1 В частности существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке для женщин в независимости от беременности и рождения ребенка?

Да, это отражено в антидискриминационных актах перечисленных выше в п.1. Согласно РМТСТ правилам, утвержденным Министерством Здравоохранения, все ВИЧ-позитивные беременные женщины согласно Закону «Об Охране Здоровья» имеют право и доступ к бесплатной диагностике и лечению. Более того, в стандартах и страновых индикаторах указана минимальная кратность (2) тестирования на ВИЧ во время беременности.

В «Программе Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы» от 27 ноября, 2008-го года приказом МЗ №164 утверждено обеспечение первичной профилактики ВИЧ-инфекции и ИПП среди женщин репродуктивного возраста (пункт 10), профилактика ВИЧ и других инфекций, передающихся от матери к ребенку (пункт 11), обеспечение лечебно-профилактических мероприятий и социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям (пункт 12) и утвержден соответствующий бюджет.

9. Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для групп населения, которым грозит самый высокий риск, и/или других уязвимых подгрупп населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке?

Да ✓

Нет

Если ДА, кратко опишите содержание этой политики

Ни один закон не ограничивает доступ представителей групп риска к профилактике, диагностике, лечению и поддержке, как и нет политики, *препятствующей* равноправному доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке. Равноправный доступ обеспечивается соответствующими законами и подзаконными актами АР. Согласно действующему Закону Азербайджанской Республики «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (10 июня, 2010), в статье 4.0.4 упоминаются государственные гарантии доступности эффективной профилактики ВИЧ среди групп риска. Список этих групп представлен в статье 1.0.9. того же закона. Это инъекционные наркопотребители, секс работники, сексуальные меньшинства. Статья 4.0.4 говорит о государственных гарантиях профилактики ВИЧ среди групп риска, а статья 5 вменяет государству в обязанности методы просвещения среди групп высокого риска через телевидение, просвещение в образовательных учреждениях и среди молодежи. А для расширения доступа к информационным материалам предусмотрено на государственных и общественных каналах информационные передачи и социальные ролики не менее 20 минут ежемесячно эфирного времени.

Более того, статья и подпункты 20.1 – 20.3 этого же закона, специально посвященные профилактике ВИЧ медотом снижены вреда среди инъекционных наркопотребителей, описывая формы проектов, как то предоставление стерильных материалов, презервативов, заместительная терапия, информирование о безопасном в отношении ВИЧ поведении, юридической, психологической и реабилитационной работе среди наркопотребителей и ответственности исполнительных структур в отношении проектов снижение вреда. Статьи 22.0 – 22.0.3 посвящены программам снижение вреда в тюрьмах в самой эффективной форме – в форме программ обмена шприцев и информирования.

Далее, когда данный закон подписывался к исполнению президентом АР, то среди 2-х пунктов, один из которых носит характер директивы, определяющей исполнительный орган – Министерство Здравоохранения - подпунктом 1.7. специально поручается Кабинету Министров в течение 3-х месяцев определить правила внедрения проектов снижение вреда и органом, ответственным за внедрение программ обмена шприцев обозначается Министерство Здравоохранения.

Вслед за этими инновационными для законодательной практики Азербайджана утверждениями, через 10 месяцев после принятия закона о СПИДе (2010), приказом Кабинета Министров АР от 27 апреля, 2011-го года утверждаются правила имплементации этого закона, среди которых правилоа и нормативы обеспечения ЛЖВ презервативами, а детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей - питанием, правила внедрения снижения вреда, гарантированный стандарт медицинских услуг для ЛЖВ и т.д.

9.1 *Если ДА*, включает ли эта политика различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных групп населения, которым грозит самый высокий риск, и других уязвимых подгрупп населения?

Да✓

Нет

Если ДА, кратко поясните различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных групп населения:

В «Программе Мероприятий по Профилактике и Лечению ВИЧ/СПИД-а в Азербайджанской Республике на 2009 – 2013 годы» от 27 ноября, 2008-го года приказом МЗ №164 отдельными пунктами абсолютно четко показаны разные методы и пути профилактики передачи ВИЧ инфекции среди различных групп населения. Например, профилактика передачи инфекции через донорскую кровь – обеспечение безопасности крови, профилактика ВИЧ среди молодежи – широкое информирование, от матери к ребенку – тестирование, консультирование и лечение, профилактика ВИЧ среди секс работников – информирование и раздача презервативов, мигрантов и беженцев – раздача презервативов и информационных материалов, среди людей живущих с ВИЧ, потребителей наркотиков – заместительная терапия, обмен шприцев и обеспечение презервативами и утверждена профилактика ВИЧ среди молодежи (пункт 3), инъекционных наркопотребителей, секс работниц, заключенных, мигрантов (пункт 4), женщин репродуктивного возраста (пункт 10), от матери к ребенку (пункт 11), среди потребителей медицинских услуг и косметических процедур (пункт 15), а также обеспечение безопасности донорской крови, органов и тканей для предупреждения передачи ВИЧ (пункт 14), с отдельным планом мероприятий и соответствующим бюджетом по каждому пункту.

Подобный подход находит отражение в статье 21.1 Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (10 июня, 2010), согласно которой соответствующие органы исполнительной власти, учитывая специфические требования каждой группы, проводят среди групп населения высокого риска мероприятия, направленные на получение знаний по профилактике ВИЧ инфекции, в том числе СПИД, просветительские и информирующие программы по вопросам обучения безопасному и ответственному поведению, предлагают им материалы информирующего характера. Так, с целью профилактики ВИЧ инфекции, распространения гепатита В и С, предотвращения использования инъекционных наркотиков лицами, зараженными ВИЧ инфекцией, их социальной реабилитации и обеспечения интеграции в общество (21.2.) среди инъекционных наркопотребителей проводятся программы заместительного лечения, а целях профилактики ВИЧ инфекции в пенитенциарных учреждениях законодательством предусматривается обеспечение возможности получения информации и укрепление знаний о ВИЧ инфекции и ее профилактике для лиц, отбывающих наказание и содержащихся в пенитенциарных учреждениях, а также для лиц, обслуживающих их (22.0.1.), проведение профилактики ВИЧ инфекции в пенитенциарных учреждениях, обеспечение лечения лиц, живущих с ВИЧ (22.0.2.), применение программ снижения вреда уменьшения вреда в соответствии с положениями статьи 20 этого Закона (22.0.3.). Статья 19 этого же закона предусматривает профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Так, например, медицинские учреждения обеспечивают их необходимыми и всесторонними консультациями (19.2), включая обеспечение беременных женщин, живущих с ВИЧ/СПИД, научно доказанной информацией о необходимости замены при питании новорожденных грудного вскармливания заменителями грудного молока. Дети до одного года, рожденные от матерей, живущих с ВИЧ, обеспечиваются продуктами питания со стороны соответствующих органов исполнительной власти бесплатно (19.3). Для медицинских работников, по роду деятельности имеющих контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, и лиц, имеющих высокий риск заражения ВИЧ инфекцией в связи с профессиональной деятельностью, предусмотрены мероприятия постконтактной профилактики без промедления и бесплатно (23.1.). Для лиц, подвергнувшихся изнасилованию и другим видам насилия, создающим высокий риск заражения ВИЧ инфекцией, предусмотрены мероприятия по постконтактной профилактике и услуги по лечению болезней, передающихся половым путем и оказывается психологическая помощь также без промедления и бесплатно (23.2.).

10. Существует ли в стране политика, запрещающая скрининг на ВИЧ при найме на работу в целом (при приеме на работу, перемещении по службе, назначении, продвижении по службе, прекращении трудового договора)?

Да✓

Нет

Согласно пункту 8.1 1 Закона Азербайджанской Республики «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (10 июня, 2010), 8.1. запрещается отказ от принятия на работу, повышения по службе или увольнения с работы по причине заражения ВИЧ лиц, живущих с ВИЧ, за исключением случаев профессий и должностей, не позволяющих им работать. Далее, Кабинетом Министров АР утверждается список профессий и должностей, не позволяющих работать на этих должностях лицам, живущим с вирусом иммунодефицита человека, предусмотренными во втором предложении статьи 8.1. В приложении №2 этого

приказа указываются профессии и должности, на которые по физиологическим или же медицинским показателям ЛЖВ не могут быть приняты: 2.1. – работы при высоких или низких температурах, работы при высоких или низких давлениях воздуха, вибрации, ионизации, облучении радиации, а также работы в химических цехах, производящих лаки, краски, пластмассу, кожу, нефте – газо – химические процессы, лекарственные препараты, вакцины, прививки, биоактивные и лекарственные материалы по причине возможного прямого воздействия химических факторов на организм. В статье 2.3. этого приказа утверждается список профессий и должностей, а также предприятий, связанных с непосредственным вредным воздействием на организм. Сюда же включены сферы , требующие физическую подготовку и постоянную физическую нагрузку, как то охрана, юстиция, национальная безопасность, пограничная служба, военизированные части правоохранительных органов), профессии и специальности, где имеется высокий риск заражения других людей - медицинские инвазивные мероприятия (2.5.).

С нашей точки зрения такой подход дискредитирует пункт 8.1., потому что было бы правильнее с позиций прав человека всех без исключения, подающих заявки на рабочие места, где имеется опасность негативного повреждающего воздействия на здоровье, предупреждать об имеющейся опасности и дать человеку право самому выбрать – идти на риск или нет – нежели создавать такие ограничения, вынуждающие людей уклоняться от обследования или же идти на подложные документы, или же почувствовать себя ущемленным в силу физического недостатка.

Что касается профессий, связанных непосредственно с медицинскими инвазиями, то это типичный случай дилеммы общественного здравоохранения – ограничение прав одного человека ради защиты здоровья большой популяции. Например прививание всех детей без исключения соприкасается с высокой статистикой ближайших и отдаленных осложнений, что, однако, защищает популяцию от массовых инфекций.

11. Существует ли в стране политика, обеспечивающая анализ протоколов проведения научных исследований на ВИЧ/СПИД с участием субъектов исследований и утверждение этих протоколов национальным/местным советом по этике?

Да

Нет▼

Согласно статье 7.3. закона «О борьбе с заболеванием, вызванным вирусом иммунодефицита человека» привлечение лиц, живущих с ВИЧ, для научно-исследовательского или учебного процессов, а также проведение фото-видео съемок или киносъемок, раскрывающих положительный ВИЧ статус, возможно только в случае письменного согласия этих лиц или их законных представителей. Так как конкретных шагов, вытекающих из этой статьи нет, можно сказать, что существующая политика содействует , но не обеспечивает, анализ протоколов.

11.1 *Если ДА*, входят ли в комитет по этике представители гражданского общества и люди, живущие с ВИЧ?

Да

Нет▼

Если ДА, опишите подход и эффективность работы такого комитета

12. Существуют ли в стране следующие механизмы мониторинга прав человека и правоприменения?

Независимые национальные учреждения для пропаганды и защиты прав человека, включая комиссии по правам человека, комиссии по реформе законодательства, наблюдателей и омбудсменов, которые занимаются вопросами, связанными с ВИЧ/СПИДом, в рамках своей работы

Да частично

Нет

Существующий механизм мониторинга прав человека в иерархии представлен следующим образом.

До 2000-го года Азербайджан присоединился к основным международным конвенциям и соглашениям по обеспечению прав и свобод человека. Азербайджан стал первой страной в восточном регионе, где была отменена смертная казнь, и присоединился ко второму протоколу Международного Пакта о Гражданских и Политических правах задолго до многих членов ЕвроСовета.

Согласно статье 151 Конституции АР, если нормативные правовые акты, входящие в законодательную систему (за исключением Конституции и актов о референдумах) противоречат международным соглашениям, к которым присоединился Азербайджан, преимущественно обладают международные акты, что дает возможность приближаться к европейским стандартам по правам человека. После принятия Конституции были рассмотрены и утверждены законодательных акты, непосредственно касающиеся вопроса прав человека, и стали приводиться в соответствие с ней Закон о «Судах и Судьях» (1998), Уголовный Кодекс (2000), Уголовно – Процессуальный, Гражданский, Гражданско – Процессуальный кодексы. Была создана трехступенчатая судебная система, и набор в судейский корпус начал производиться на основании тестового отбора.

В составе парламента есть три комитета, непосредственно мониторирующих законодательство по правам человека: Комитет по Политике Права и Государственного Строительства, Комитет по Социальной Политике и Комитет по Правам Человека. Ведущим в формировании политики обеспечения прав и свобод, законодательных актов и их имплементации является Комитет по Правам Человека. Этот комитет комментирует ВСЕ законопроекты, представляемые на обсуждение членов парламента, с точки зрения соблюдения прав и свобод граждан, рассматривает вопросы освобождения от должности судей и дает рекомендации. Комитет по Политике Права и Государственного Строительства рассматривает все проекты, представляемые на обсуждение парламента, с точки зрения соответствия документа Конституции и другим законодательных актов и комментирует кандидатуры на пост главного прокурора республики и судебных прокуроров. Комитет по Социальной Политике ответственен за формирование и реализацию государственной социальной политики, куда относятся и вопросы охраны здоровья населения, и по инициативе этого комитета при содействии гражданского сектора были выдвинуты и утверждены Закон «О Социальных Услугах», Закон «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека», напрямую отражающие вопросы прав ЛЖВ и населения в отношении профилактики, лечения и ухода при ВИЧ инфекции. Парламентом готовится к обсуждению Закон «О Правах Пациента».

27 декабря 2011-го года указом президента АР был подписан к утверждению «Национальный План по Правам Человека». Согласно этому плану роль национального координатора этого плана отводится Омбудсмену, а перед государственными органами

поставлены задачи эффективной защиты прав женщин, детей, беженцев, заключенных, граждан с инвалидностью, стариков, детей и других групп населения. Надо подчеркнуть, что согласно этому плану все местные исполнительные структуры должны привлекать НПО сектор в процесс реализации этого плана, также проводить информирование о правах с участием общин ЛЖВ, Омбудсман указал на механизм использования юридических клиник при ВУЗах страны, а также важность подготовки странового специализированного отчета в связи со СПИДом. Далее, ВИЧ является одной из центральных проблем, который контролируются Омбудсменом, который в сотрудничестве с Республиканским Центром по Боебе со СПИД-ом, пенитенциарной службой, международными организациями привлекает внимание к проблеме защиты прав уязвимых групп населения, включая ВИЧ-инфицированных, готовит информационные материалы для широкого населения по вопросам ВИЧ, проводит конференции. Ступенчатый образовательный проект по правам детей,

Закон гарантирует пациентам право на получение медицинской помощи и действует закон «Об Охране Здоровья Населения», однако сложно заставить эти гарантии работать, отсутствует действенный механизм имплементации этих законов, что подробно описано в других пунктах отчета. Существуют разные правозащитные организации, к рекомендациям и заявлениям которых прислушиваются исполнительная и законодательная власти, которые пытаются разработать соответствующие процедуры, для преодоления трудностей, которые больше всего встречаются в регионах.

Представители гражданского общества «Юридическая Клиника по правам Детей», «Объединение Молодых Юристов Азербайджана», Общество Защиты Прав Женщин Азербайджана им.Д.Алиевой, Азербайджанская Национальная Группа Международного Общества Прав Человека, Общественный Совет при Пенитенциарной Системе, Неправительственный Альянс по защите Прав Детей, Сеть по защите Детей, Альянс «Призыв к Здоровью», Сеть НПО по Снижению Вреда «Пропаганда Здорового Образа Жизни», содействуют или же напрямую занимаются вопросами мониторинга прав человека. Однако работа этих структур не в достаточной мере обеспечивает потребности в подобной службе.

Таким образом, вся система политического устройства Азербайджана, включая законодательную и исполнительную власть, структуры общественного мониторинга и мониторинга со стороны власти как законодательства, так и имплементационных механизмов, обеспечивает условия для существования и развития механизмов защиты прав человека, касающиеся ВИЧ/СПИД. Если обсуждаемый вопрос носит общий характер, не касается личностей и требует изъявление политической воли, то с уверенностью можно сказать, что механизм обеспечен и при затребованности может работать. Однако, в силу стигматизации вопроса ВИЧ в обществе, не было ни одного публично анонсированного судебного слушания, или публично обсуждаемой правовой проблемы, касающейся ЛЖВ, чтобы можно было в будущем использовать это в качестве адвокационного инструмента.

Международные инстанции

- Координационные центры в государственных департаментах по здравоохранению и в других департаментах для контроля за нарушениями прав человека и дискриминацией в связи с ВИЧ в таких областях, как жилье и трудоустройство

Да

Нет ▼

- Показатели или критерии для проверки выполнения стандартов по правам человека в контексте мероприятий в связи с ВИЧ

Да

Нет ▼

Если ДА на любой из приведенных выше вопросов, опишите несколько примеров

13. Проводилась ли в последние 2 года учеба/информационная работа среди работников судебной системы по вопросам защиты прав человека в связи с ВИЧ, которые могут возникать в контексте их служебных обязанностей?

Да

Нет ▼

Был проведен тренинг на тему «Конституционный суд - исполнение решений. Правила подачи жалоб в Конституционный Суд», где также озвучивались вопросы защиты права на здоровье и процедуры оформления жалоб. А также наряду с тренингами по правам человека, по Медиа и правам журналистов, были реализованы тренинги по правам лиц с особыми нуждами (АВА СЕЕЛ).

14. Существуют ли в стране следующие службы по оказанию правовой защиты

- Системы правовой защиты в рамках изучения материалов судебных дел, связанных с ВИЧ

Да

Нет ▼

- Поддержка со стороны частных юридических фирм или университетских центров для предоставления людям, живущим с ВИЧ, бесплатных юридических услуг или услуг по сниженным расценкам

Да ▼

**в ограниченном
количестве**

Нет

- Программы для просвещения и повышения уровня информированности людей, живущих с ВИЧ, в отношении их прав

Да ▼ (частично)

Нет

Информирование людей по вопросам ВИЧ осуществляется членами общественной организацией ЛЖВ «Борьба со СПИДом» в рамках индивидуальных инициатив членов этого объединения и проектов, а также сетью НПО по Снижению Вреда. В Республиканском Центре по Борьбе со СПИДом есть комната анонимного консультирования, где в тесном сотрудничестве с организацией ЛЖВ реализуется программа для просвещения и повышения уровня информированности людей, живущих с ВИЧ. Институт Открытое Общество – Фонд Содействия опубликован сборник законодательных актов за 2010 – 2011 годы, касающихся вопросов ВИЧ, СПИД. Сборник предназначен для широкой общественности, официальных лиц и чиновников, а также общественных организаций и объединений, оказывающих сервисные или адвокационные услуги. UNAIDS готовит более обширный формат обзора по законодательству, который может оказать содействие в случае более глубоких исследований вопросов нормативно – правовой базы.

15. Существуют ли программы, направленные на снижение уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ?

Да ✓

Нет

Если ДА, какие программы?

Да ✓

Нет

- Каждый год, в декабре и мае, при координации СПИД Центра, на протяжении месяца, проводится кампания, как по профилактике, так и по антистигме и антидискриминации - в форме выступлений на каналах ТВ, радио, конкурсов, выставок, круглых столов, семинаров по всей территории Азербайджана. ИОО подготовил клип по предотвращению стигмы, который предоставляется разным организациям в период проведения кампаний.
- В 2010 – 2011-м годах в организации и проведении этих кампаний непосредственную роль сыграла рабочая группа по ВИЧ при ССМ страны, где задействованы и государственные структуры, и представители ЛЖВ, НПО, религиозного и частного секторов. Как результат этих кампаний, обращаемость за консультацией и тестированием в СПИД повышается.
- В рамках проекта ГФ при тесном сотрудничестве с ИОО, среди групп риска была проведена информационная работа участниками проектов снижения вреда по правам ЛЖВ.
- Горячая линия на базе СПИД Центра, работа Комьюнити Центра ВИЧ+ людей по интеграции в общество, юридическому информированию и услугам.
- В рамках программ Глобального Фонда в Азербайджане НПО «Западный Ресурс» провел в Газахе, Акстафе, Товузе и Шемкире информационную кампанию как по информированию о защищенном поведении, так и по дестигматизации (декабрь, 2011).
- При поддержке Глобального Фонда Главное Медицинское Управление Министерства Юстиции провело (май, 2011) совместно с Бакинским Детским театром представление, направленное на информирование о ВИЧ и дестигматизацию.
- Омбудсман в рамках регулярной деятельности проводит информирование по правам.

Да ▼

Нет

В рамках школьного образования

- Министерством Образования совместно с UNICEF в рамках программы Глобального Фонда была создана программа «Обучение Жизненно Важным Навыкам», которая внедрена в школьную программу как факультативный курс. В 2010 – 2011 годах внедрение было продолжено Министерством Образования и совместно с Глобальным Фондом. В отличие от предыдущего отчетного периода школам Баку разрешено ввести этот предмет в список основных, в то время как в регионах эта возможность ограничена, хотя представители образовательных структур в регионах неоднократно заявляли о том, что программа должна быть переведена со статуса факультативного предмета в статус обязательного предмета. Поэтому несмотря на понимание со стороны преподавательского корпуса важности предмета и желание преподавать этот предмет в полном объеме, предмету отводится время только после стандартной учебной «смены».

Да

Нет ▼

Регулярные выступления известных лиц

Да ▼

Нет

Другие:

2010 – 2011 годы отмечены более тесным сотрудничеством UNAIDS и UNODC с гражданским сектором, а именно с группами риска ЛЖВ и наркопотребители. Если UNODC строит активность на политике права в связи с ВИЧ, т.е. строит работу за пределами группы ЛЖВ, но информируя исполнительные структуры по правам и политике ВИЧ, то UNAIDS строит активность на координации групп риска с официальными структурами в период подготовки важных стратегических документов как стратегия по СПИДу, координация страновой стратегии с ресурсами проектов Глобального Фонда. При этом как представителям гражданского сектора, а именно ЛЖВ, сети НПО, так и представителям различных исполнительных структур создаются равные условия для участия, что значительно снижает уровень дискриминации.

В целом, как бы вы оценили политику, законодательство и положения по пропаганде и защите прав человека в связи с ВИЧ в 2010 – 2011 годах?

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года: Какие проблемы остаются в этой области:

ПОЛИТИКА:

Основная политика в отношении прав человека в связи с ВИЧ строится на законодательстве АР, Конституции АР, Законе «О Борьбе С Болезнью, Вызванной Вирусом Иммунодефицита Человека», законе «Об Охране Здоровья Населения» и других нормативно правовых актах, и международных соглашениях, к которым присоединился Азербайджан.

Принципы этой политики – построение борьбы с ВИЧ инфекцией и медико-социальной помощи ЛЖВ на основе соблюдения и уважения гражданских прав и свобод, уважения прав и свобод человека, государственная гарантия, законность и гуманизм.

ЛЖВ. Перечисленные базовые документы защищают ЛЖВ от дискриминации. Это как общие положения, направленные против дискриминации, так и положения, касающиеся конкретно ВИЧ, а так же Национальная Программа по Правам Человека и **Национальная Стратегия по ВИЧ**, где четко указаны вопросы по антистигме в отношении ВИЧ-инфицированных и совершенствование правовой системы в их отношении.

Однако, нет четкой системы защиты, строящейся на учете, документировании и рассмотрении случаев дискриминации, направленной на людей, живущих с ВИЧ, группы населения, которым грозит самый высокий риск, и другие уязвимые подгруппы населения. Услуги ВИЧ-инфицированным предоставляются бесплатно, гендерных нарушений, равно как и нарушений по признаку принадлежности к разным группам риска, нет. Информация о медицинском обследовании на ВИЧ, положительном ВИЧ сохраняется конфиденциальной, согласно законодательству, даже посмертно.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО:

2010 – 2011 годы ознаменовались значительным прорывом в развитии законодательства, касающегося вопросов ВИЧ. В мае 2010-го года парламент принял закон «О Борьбе С Болезнью, Вызванной Вирусом Иммунодефицита Человека». Этим законом были пересмотрены и приведены в соответствие с европейскими стандартами термины, дано определение группам риска, куда включены инъекционные наркопотребители, секс работники, сексуальные меньшинства и т.д., что расширило возможности предоставления превентивных услуг напрямую этой группе, дано определение паллиативной помощи. Государственное обеспечение в борьбе с ВИЧ инфекцией является одним из важных принципов этого закона, касающийся как политических подходов к вопросу права ВИЧ, так и экономических подходов к поддержке услуг. Так, например, анонимность, конфиденциальность, мониторинг, информированное согласие, бесплатное обеспечение медицинской помощью ЛЖВ, социальная защита ЛЖВ (статья 27) являются важными опорными пунктами этого документа. Если акцент предыдущего закона в основном был сделан на вопросы диагностики и лечения, то в данном законопроекте больший акцент сделан на государственные гарантии, финансирование, профилактику ВИЧ, право ВИЧ-инфицированных на труд, образование, медико – социальный уход и поддержку, защита медицинских работников, применение универсальных мер защиты, пре-и-посттестовое консультирование и вопросы информирования населения. Следует особо отметить, что парламентским комитетом по Социальной Политике были созданы все условия для участия в разработке этого документа местных НПО, сети НПО, структур ООН, международных НПО и экспертов. Другим абсолютным новым и очень важным достижением этого документа можно назвать легализацию проектов снижения вреда как в гражданском секторе, так и в пенитенциарной службе (статьи 20 – 22). Несмотря на существующие препятствия. Усилиями гражданского сектора и при поддержке Глобального Фонда удалось расширить географию и количественный охват этих проектов с 14 в прошлом отчетном периоде до 34 в нынешнем.

Другим очень важным законом, принятым за отчетный период стал закон «О Социальных Услугах» (декабрь, 2011). Согласно этому закону определяются формы паллиативного ухода, принципы государственной гарантии, группы населения, на которые нацелена паллиативная помощь.

Оценивая права человека в связи с ВИЧ, в обязательном порядке, параллельно с правами ЛЖВ, следует рассмотреть права граждан, которые в силу жизненных, семейных, профессиональных обстоятельств, добровольно или вынужденно, оказались вовлечены в вопросы ВИЧ.

Это, в первую очередь, универсальные права, согласно которым граждане АР имеют право на получение информации о безопасном поведении и мерах профилактики в отношении ВИЧ, анонимное бесплатное консультирование, тестирование, права персонала, работающего с ЛЖВ и заведомо известным ВИЧ инфицированным **биологическим** материалом, права сотрудников пенитенциарной системы, права детей, рожденных от матерей, живущих с ВИЧ, что в полной мере отражено в законодательстве - законах АР «О борьбе с болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» (2010), «Об охране Здоровья Населения» (1997), «О Социальных Услугах» (2012), а также является предметом обсуждений в законопроекте «О Правах Пациента».

Поэтому оценка законодательства и политики - «9» баллов.

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:										
<p>За отчетный период было проведено достаточно работы, чтобы государственными структурами и неправительственными организациями были признаны права населения на получение достоверной информации о ВИЧ, право на доступ к средствам профилактики, право на профилактику передачи инфекции от матери к ребенку и переливании донорской крови, а также право на бесплатное антиретровирусное лечение.</p> <p>Важным шагом в практическом применении существующей политики ВИЧ является интеграция программы снижения вреда в программу профессиональной подготовки и образовательных стандартов специалистов Пенитенциарной Службы при Министерстве Юстиции АР, а также в программу Высшей Полицейской Академии Министерства Внутренних Дел. Так, Тренинговый Центр Пенитенциарной Службы Министерства Юстиции и Академия Управления и Права Федеральной Службы по Исполнению Наказаний Министерства Юстиции Российской Федерации, где обучаются по двустороннему договору будущие работники Министерства Юстиции Азербайджана, включили спецкурсы для сотрудников Министерства Юстиции Азербайджанской Республики (12 часов), для сотрудников следственных изоляторов и сотрудников тюрем пенитенциарной службы. В среднем информацией по юридической базе ВИЧ, правам ЛЖВ, правам заключенных ЛЖВ, превенции, и, в частности, снижении вреда, практике снижении вреда в Азербайджане, диагностике и лечению, осуждению и заключению ЛЖВ, профилактике ВИЧ среди наркоманов и праве на максимально эффективный метод превенции, правах и обязанностях осужденных ЛЖВ и сотрудников тюрем, особенности реализации проектов СВ в местах заключения, социальной защите осужденных ЛЖВ, ежегодно охватываются 250 сотрудников названного министерства.</p>										

Полицейская Академия Министерства Внутренних Дел включила спецкурсы 2, 3 и 4-го года обучения по каждому из предметов «Уголовное Право», «Административная Ответственность», «Административная деятельность», «Криминология» 8 – 10 учебных часов по основной информации по ВИЧ, снижении вреда, правовой базе, касающейся ВИЧ, с ежегодным охватом 500 слушателей.

Важным шагом в реализации политики ВИЧ является интеграция паллиативного ухода в образовательные программы ВУЗ-ов.

Так, Азербайджанский Медицинский Университет включил в программы обучения Кафедры Семейной Медицины (5-6-й курсы), Лечебного Факультета (5-й курс), Лечебного и Педиатрического Факультетов (6-й курс) паллиативный уход. Государственный Институт Усовершенствования Врачей также включил паллиативный уход в программу переподготовки врачей на кафедрах Педиатрии и Внутренних Болезней. Методической основой изменений в программе обучения является методическое пособие по Паллиативному Уходу, включающий Шкалу Боли, разработанное рабочей группой по паллиативному уходу. Во все программы включен правовой аспект паллиативного ухода.

Другое практическое применение существующих законов и политики является расширение Министерством Здравоохранения сотрудничества с гражданским сектором. Так с 2009-го года до конца 2011-го года количество проектов по превенции ВИЧ среди наркопотребителей и предоставляющих услуги паллиативного ухода возросло с 14 до 34. За количеством проектов стоят 24 охваченных региона, 100 обученных аутрич работников, 32 НПО, 1.000.000 использованных презервативов и одноразовых шприцев, что означает миллион предупрежденных случаев заражения. Это так же означает признание Министерством Здравоохранения эффективности участия в данных проектах представителей неправительственного сектора.

Какие проблемы остаются в этой области:

Законодательство – область, требующая постоянного совершенствования и гармонизации. Несмотря на высшую оценку, поставленную в графе «Законодательство», надо признать существование проблем и препятствий, разрешение которых значительно облегчило бы процесс реализуемых проектов по ВИЧ:

- До сих пор не разрешен вопрос утилизации шприцев в проектах снижения вреда, что приводит к незавершенности цепочки профилактики. С одной стороны СВ разрешено, с другой, при обнаружении огромной партии использованных шприцев с остаточным количеством наркотика в шприцах, есть вероятность оказаться привлеченным по статье 234.1. Уголовного кодекса АР, что грозит лишением свободы до трех лет, а при определенных обстоятельствах – сроком более, чем 3 года. Поэтому, получается, что Министерство Здравоохранения, контрактируя НПО сектор на реализацию проектов обмена шприцев, само же ставит НПО в ситуацию шахматного пата в борьбе с эпидемией, когда НПО имеет право и возможность хода, т.е. раздачи и сбора шприцев, но не может им воспользоваться до конца, так как не расписаны процедуры утилизации, а существующих процедур оказывается недостаточно для преодоления таких препятствий, как недостаточное количество объектов по утилизации медицинских отходов, низкая пропускная способность существующих объектов и недоступность в силу географических особенностей.

- Другим препятствием для полной реализации прав в отношении ВИЧ является список профессий в приложении к приказу Кабинета Министров АР №62 от 27 апреля 2011 года,

достаточно широкий, при приеме по профилю которых на работу требуется скрининг в большинстве случаев со ссылкой на вредность этих профессий. Специальных положений, дискриминирующих при приеме на работу ЛЖВ нет, *однако* есть список профессий в приложении к приказу Кабинета Министров АР №62 от 27 апреля 2011 года, достаточно широкий, при приеме по профилю которых на работу требуется скрининг в большинстве случаев со ссылкой на вредность этих профессий. При грамотном правовом подходе при приеме на вредные работы или профессии с вредностью достаточно со стороны работодателя предоставления информации о том, **что при определенных заболеваниях**, например туберкулезе, ВИЧ с переходом на стадию СПИД, гепатиты, данная работа может нанести вред здоровью и привести к нежелательным последствиям. А также в этом случае можно обсуждать различной категории компенсации за вредность и медицинскую реабилитацию. За гражданином же в этом случае должно оставаться право выбора или отказа от риска. Таким образом, если до сих пор отсутствовала политика, *запрещающая* скрининг на ВИЧ при приеме на работу, что в целом, в определенных случаях трактовалось как разрешение на скрининг, то теперь скрининг разрешен. Это создает препятствие для реализации права на труд. А также сожранение информации о ВИЧ статусе по возможности конфиденциальной.

- Одним из важных барьеров, затрудняющих охват заключенных наркопотребителей превентивными услугами, является недоступность стерильных шприцев в тюрьмах. что обусловлено не недостаточностью финансовых средств, а следующим порядком процедур: В Приложении к Правилам О Внутреннем Распорядке в Учреждениях Исполнения Наказаний есть официально утвержденный список (1) вещей, хранение которых осужденными запрещено. Во втором пункте этого списка есть колюще-режущее предметы, конструктивно схожие с холодным оружием. Есть также список (2) предметов, разрешенных к хранению, в который еще не включены шприцы. При таком раскладе, когда шприцы не разрешены во 2-м списке, наличие в 1-м колюще – режущих предметов «притягивает» шприцы именно в первый список. Это приводит к тому, что статистически самая опасная в отношении ВИЧ и гепатитов группа населения не имеет доступ к профилактике.

Далее, существующие правила внутреннего распорядка в исправительных учреждениях и Кодекс об Исполнении Наказаний создают прецедент, когда заключенный - даже при наличии доступа к шприцам - будет нести наказание в случае их обнаружения. Так, в кодексе об исполнении наказаний от 14 июля 2000 года пунктом 107.1. предусмотрено предупреждение, выговор, перевод в штрафной изолятор осужденных мужчин — до пятнадцати дней, а осужденных женщин — до десяти дней; перевод содержащихся в учреждениях отбывания наказания общего режима осужденных из обычных жилых зданий в комнаты камерного типа. 107.2. При злостном нарушении правил исполнения наказания могут быть наложены меры взыскания в виде перевода в комнаты камерного типа сроком от одного до шести месяцев, или в одиночные камеры сроком от одного до шести месяцев. Несмотря на то, что шприцев ни в списке разрешенных, ни в списке запрещенных предметов нет, то есть они не запрещены, и в то же время не разрешены, их обычно относят (*читай: трактуют*) к колюще – режущим предметам. В отличие от работника пенитенциарной службы, который будет нести административную ответственность, при нарушении данного режима со стороны заключенного ему предъявят дисциплинарное взыскание.

- Отсутствие Стандартов Снижения Вреда. Несмотря на то, что статья 20.3. требует приведение в порядок механизмов имплементации программ снижения вреда со стороны соответствующего органа исполнительной власти, которым согласно приказу Президента АР от 10 июня, 2011 года определено министерство Здравоохранения, несмотря на

выделение в приказе особым пунктом к исполнению программ снижение вреда, до сих пор нет утвержденных государственных стандартов и протоколов снижения вреда, а проекты встречаются с ситуациями, затрудняющими их реализацию. Гражданским сектором уже разработаны и переработаны методика СВ в виде пособия, модуль аутрич работника, профессиональные права и обязанности аутрич работника и социального сопровождающего. Будучи нерассмотренными и неутвержденными, стандарты вызывают споры, различную трактовку в отношении длительности и охвата оказываемых услуг, а также **степени** ответственности за конечный результат.

Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:

Описанные выше разночтения в трактовке затрудняют реализацию проектов обмена шприцев, нарушают право на труд, затрудняют ведение мониторинга о отчетности по охвату групп риска проектами СВ, препятствуют борьбе с эпидемией в местах заключения, что в итоге приводит к недостаточной эффективной борьбе с ВИЧ.

Поэтому, при сложившихся обстоятельствах, сторона, мотивированная на реализацию проектов профилактики ВИЧ, ИПП и гепатитов среди уязвимых групп в Баку и регионах, включая исправительные учреждения пенитенциарной системы, PIU GF, сети НПО и ЛЖВ, может интерпретировать существующие положения законодательства в пользу проектов СВ, а оппоненты, не заинтересованные в реализации проектов СВ, всегда сошлутся на описанные выше препятствия.

В вопросах обеспечения прав ЛЖВ на лечение и консультирование исходя из имеющихся ресурсов и политики – оценка высокая – «10», в вопросах легальной сферы для обеспечения равного доступа к мерам профилактики за прошлый отчетный период оценка была «4», сейчас оценка «5»

Таким образом, политика с учетом препятствий получает оценку «5», законодательство «10», достижения «9», что дает возможность оценки этого пункта на «8» баллов.

К сожалению, достижения и практические препятствия попали в один раздел, так как оценка внутри одного раздела по двум подпунктам разная. Достижения оцениваются на «9» баллов, препятствия уменьшают этот показатель на 3 балла.

Поэтому общая оценка «6»

IV. ПРОФИЛАКТИКА

Определены ли в стране конкретные потребности в программах по профилактике ВИЧ?*

Да

Нет

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

Хотя за отчетный период при техническом содействии UNAIDS Национальный Стратегический План по СПИДу на 2012 – 2016 годы был уже подготовлен, и в этом документе нашли отражение потребности в программах по профилактике ВИЧ, здесь будет комментироваться документ (Национальный План по СПИД-у на 2007 – 2011 годы), уже рассмотренный Министерством Здравоохранения (МЗ), и утвержденный документ (Бюджет Республиканского Центра по Борьбе со СПИДом). Первый документ составлялся с участием всех сторон – соответствующих официальных структур и неправительственного сектора. При составлении плана использовались известные методики оценки и прогнозирования, результаты существующих на тот период исследований и мониторинга. Хотя способы, которыми представители групп высокого риска будут достигнуты, описаны четко – программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков, информация и средства индивидуальной профилактики для секс работников, снижение вреда для заключенных с привлечением НПО, образовательные программы для мигрантов, разработанный план не отразил информацию о том, как были оценены потребности, и в каких цифрах отражены эти потребности, например, нет оценочного количества представителей групп высокого риска, карты их распределения. В силу указанных выше причин бюджет, выделенный на профилактические мероприятия (второй документ), отражает скорее всего политическую волю исполнительной власти, что в отдельно взятом случае само по себе очень позитивно, нежели адекватную оценку конкретных потребностей.

Сеть Снижения Вреда в Азербайджане «Пропаганда Здорового Образа Жизни» провела свою оценку потребностей страны в программах снижения вреда. На основании совместных консультаций с Республиканским Центром Борьбы со СПИДом документ был доработан и представлен на обсуждение общественности. Целью исследования была ретроспективная оценка эффективности расходов на ВИЧ в АР, и перспективная оценка экономического и финансового значения программ снижения вреда. Был проведен экономический анализ эффективности расходов, потребность в росте и определение адекватного уровня финансирования, и, исходя из этого, определение пропорций расходов на профилактику (снижение вреда) и лечение ВИЧ. Основываясь на официальные бюджетные и эпидемиологические показатели, используя результаты информационных запросов и опросов методом «снежного кома», а также экономические и статистические данные, методом трендового и структурного анализа с использованием динамических математических моделей фактических расходов, установлением корреляций между результатами экономического анализа среднего годового уровня расходов на одного наркопотребителя, удалось установить что на каждые 100000 населения приходится 949 наркопотребителей как потенциальных источников риска, средний уровень расходов на каждого наркопотребителя в рамках проектов СВ, примерное количество наркопотребителей по 4 регионам, динамика расходов в течение 5 лет с учетом прогнозируемого роста охвата. На основании полученных практических результатов экономико – математического значения были сформулированы также важные адвокационные послания:

С учетом темпов роста количества наркопотребителей и темпов охвата программами СВ, возможно охватить в течение 5 лет программами снижение вреда абсолютное большинство наркопотребителей. Средний годовой бюджет, нацеленный на расширение и усиление эффективности программ снижения вреда составит 0,016% бюджета здравоохранения на 2010-й год.

Если НЕТ, как расширяются масштабы программ по профилактике ВИЧ?

1.1 В какой мере были реализованы программы по профилактике ВИЧ?

Компонент профилактики ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ		
	Согласен ✓	Не согласен	Н/К
Безопасность крови	Согласен ✓	Не согласен	Н/К
Универсальные меры предосторожности при оказании медицинской помощи	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	Согласен ✓	Не согласен	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня риска	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Пропаганда презервативов	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Тестирование на ВИЧ и консультирование	Согласен	Не согласен ✓ так как не разработан механизм и процедуры консультирования на местах	Н/К
Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков	Согласен	Не согласен ✓ Так как метадон недоступен для большинства потребителей, а проекты снижения вреда работают не во всех регионах. Также метадон хоть и ограничен, но легализован до уровня расписанности процедур, а ПОШ еще не имеют протоколов и по тому ограничены	Н/К
Снижение уровня риска для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Снижение уровня риска для работников секс-бизнеса	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Услуги по охране репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение	Согласен	Не согласен ✓	Н/К

Просвещение в школах по вопросам СПИДа для молодежи	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Профилактика ВИЧ на рабочем месте	Согласен	Не согласен ✓	Н/К
Другие: [впишите]	Согласен	Не согласен	Н/К

*Информация, образование, коммуникация

2. В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ профилактики ВИЧ в 2011 году?

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</i>										
<p>Вопрос ставится конкретно по оценке <u>усилий</u> – это оценивается в 10 баллов, так как реально в последние два года заметны значительные усилия в этом направлении как со стороны государственных структур – Республиканского Центра по Борьбе со СПИД-ом, Министерства Юстиции – Главное Медицинское Управление и Пенитенциарная Служба, Министерство Внутренних Дел – Отдел по Борьбе с Наркотиками, так и неправительственного сектора.</p> <p>Усилия по реализации программ профилактики ВИЧ в 2009 году в основном проводились в рамках гранта 4-го раунда ГФ и графика мероприятий Республиканского Центра по Борьбе со СПИД-ом.</p> <p>Гражданский сектор в целом активно участвовал в реализации программ по профилактике ВИЧ.</p>										
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>										
<p>Достаточно много проблем связано с недостатком финансовых ресурсов для расширения уже имеющихся проектов и охвата новых групп населения и регионов, затрудненного доступа в программы Заместительной терапии (на сегодняшний день только два пункта – на базе Республиканского Наркологического Диспансера и Центра по Борьбе со СПИД-ом – оказывают услуги по предоставлению заместительной терапии. На сегодняшний день отсутствие финансовой и технической поддержки программам Снижения Вреда на государственном уровне, отсутствие утврежденных профессиональных и образовательных стандартов по Снижению Вреда, равно как и четко сформулированная легитимизация Снижение Вреда как самого эффективного метода профилактики ВИЧ среди инъекционных наркопотребителей и секс работников значительно ограничивает возможности профилактики. Национальный План по СПИД-у 2009 -2013 охватывает практически все методы и средства профилактики, однако из-за фрагментарного утверждения НП и, соответственно, отсутствия бюджета, реализация пока что задерживается. Методика оценки количества населения, наиболее подверженного риску (MARG SE) еще не внедрена. Протокол по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку подготовлен, но не утвержден министерством здравоохранения. Ухода за ВИЧ-инфицированными детьми и новорожденными, требующий высокой самоотдачи сотрудников СПИД Центра также не подкреплено клиническими протоколами.</p>										

V. ЛЕЧЕНИЕ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

1. Определены ли в стране конкретные потребности в услугах для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Да

Нет

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

Если НЕТ, как расширяются масштабы услуг для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

1.1 В какой мере были реализованы следующие услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Профилактическая терапия среди ВИЧ-инфицированных для предупреждения ТБ	Согласен ▼	Не согласен	Н/К
Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ	Согласен ▼	Не согласен	Н/К
Профилактика клотримоксазолом среди ВИЧ-инфицированных	Согласен ▼	Не согласен	Н/К
Профилактика после контакта (напр., контакт с ВИЧ при выполнении профессиональных обязанностей, изнасилование)	Согласен ▼	Не согласен	Н/К
Услуги для лечения при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы	Согласен	Не согласен	Н/К ▼ <i>такая постановка вопроса приводит к нарушению статуса ЛЖВ</i>
Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)	Согласен	Не согласен	Н/К ▼ <i>такая постановка вопроса приводит к нарушению статуса ЛЖВ</i>
Другие программы: <i>[впишите]</i>	Согласен	Не согласен	Н/К

2. В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в 2009 году?

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>										
<p>Доступность АРВ терапии, увеличение спектра применяемых для лечения препаратов, понимание и готовность команд СПИД-Центра и НПО сектора необходимости продолжительного, этапного, перманентного предоставления услуг по лечению, уходу и поддержке, участие на семинарах и тренингах по уходу и поддержке, и, как результат – усиление странового потенциала в области предоставления услуг по уходу и поддержке.</p>										
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>										
<p>В большинстве регионов отсутствует сеть технически оснащенных ВИЧ – центров, способных качественно предоставлять услуги по лечению, уходу и поддержке, для ЛЖВ. Стигматизированность, неспланированный бюджет, отсутствие предмета по специфическому уходу и поддержке ВИЧ-инфицированных людей в образовательных и профессиональных стандартах подготовки высшего и среднего медперсонала с одной стороны закрывает доступ нуждающихся к уже предоставляемым услугам, с другой стороны ограничивает возможности для большинства нуждающихся в уходе и поддержке.</p>										

3. Существует ли в вашей стране политика или стратегия, направленная на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ?

ДА НЕТ НК

Хотя нет специально разработанной стратегии или политики в отношении защиты или социального обеспечения детей – сирот и других уязвимых групп в связи с ВИЧ (в том числе детей сирот, оставшихся после смерти их родителей по причине СПИД-а), что представляется вполне логичным, так как дискриминировало бы детей-сирот по причине ВИЧ, дополнительные потребности в АРВ-терапии, консультировании, психологической поддержке обеспечиваются СПИД-центром и организацией ЛЖВС. Конституция обязывает государство обеспечить защиту детей. Принятая в 2006 году государственная программа по Де-Институционализации не учитывает специфические нужды детей со СПИД-ом либо детей, которые остались сиротами после смерти родителей от СПИД. Однако, механизмы, разработанные МинОбразованием, по возвращению детей в семьи – биологические, либо альтернативные - будут учитывать и здоровье детей, и их специальные нужды.

Другой закон, который обеспечивает юридическую защиту государством детей-сирот - это «Закон о Социальном Обеспечении Детей Без Опек Родителей и Детей-Сирот», принятый в 1999 году с несколькими последующими дополнениями. Хотя данный закон и не подчеркивает опять специальные нужды детей с ВИЧ, либо детей, оставшихся сиротами после смерти родителей от СПИД, однако он обязует государство обеспечить защиту, опеку, образование,

лечение и устройство в жизни всех детей-сирот и детей, оставшихся без опеки родителей. При этом закон обязует государство вести эту работу вне зависимости от причин сиротства, либо от причины, по которой ребенок в интернате, либо другом учреждении (если родители от него отказались).

Другой закон – «Закон об Образовании» обязует государство обеспечить начальное образование для всех детей без дискриминации. Поэтому вопрос практически упирается не в отсутствие политики, а в незнание директорами школ и родителями как законодательной стороны вопроса, так и путей передачи ВИЧ, и как следствие, родители и учителя считают, что своевременно предоставленная информация о ВИЧ статусе детей, включенных в различные социальные группы, обеспечит их безопасность и безопасность детей от заражения. Официально, на основании постановления Кабинета Министров Азербайджанской Республики №77 от 10 мая, 2002-го года «Об утверждении Списка заболеваний, дающих право на образование на дому» и «Правил организации образования на дому») дети с ВИЧ/СПИД могут проходить обучение на дому. Кроме того, есть Закон АР о защите детей с особыми нуждами – Закон «О Предотвращении Инвалидности, Реабилитации и Социальной защите Инвалидов». Учитывая тот факт, что дети с ВИЧ-СПИД могут получать группу по инвалидности, то они могут получить дополнительную защиту в соответствии с данным законом.

3.1. Если ДА, существуют ли в стране рабочие определения сирот и уязвимых детей?

Да ✓

Нет

3.2. Если ДА, существует ли в стране национальный план действий, направленный на сирот и уязвимых детей?

Да ✓

Нет

Да, обеспечивается законом АР «О Правах Детей» и следующими документами:

- 1) Государственная Программа «Снижение Уровня Бедности и Устойчивое Развитие в АР в 2008 – 2015 г.г.» , в котором есть специальная секция, посвященная защите детей сирот и детей из уязвимых слоев населения.
- 2) Государственная программа по Альтернативному Уходу и Возвращению Детей в Семьи (Деинституционализации)» (2006), непосредственно направлена на защиту и улучшение опеки детей - сирот.
- 3) «Национальный План Действий по Правам Человека», которые координируется Омбудсманом по Правам Человека. В документе нашли отражение пункты по защите прав детей из уязвимых слоев населения, детей-сирот и детей-инвалидов.
- 4) Государственная Программа «Юность Азербайджана в 2011 – 2015 годах», где отведено место работе с представителями групп риска – механизмов обеспечения работой и жилой площадью выпускников государственных детских домов и интернатов, сирот, а также лишенных родительской опеки юношей и девушек (пункт 6.1.9), содействие юношам и девушкам, живущим в интернаих и детских домах в обеспечении занятости, обучении профессиям, обучение

навыкам для старта собственного бизнеса (6.4.6), обеспечение интеграции в общество ранее осужденных (6.6.6) – (2011).

5) План Мероприятий по Реализации Приказа Кабинета Министров АР «О Решении Проблем Бездомных и Уличных Детей» (2003) с далее принятым законом «О Профилактике Бездомности» (2005) в части о доступности медицинских услуг и профилактики инфекционных заболеваний среди детей из группы риска и Законом «О Социальной Адаптации Лиц, Отбывших Наказание» (2007). На основании последнего документа должны были быть созданы Центры Адаптации, однако до сих пор эти центры существуют только лишь в категории права быть построенными...

Ожидается адекватный план действий в ответ на утвержденный Закон АР «О Социальных Услугах» (2011).

3.3. Если ДА, определено ли в стране оценочное число сирот и уязвимых детей, охваченных существующими программами?

Да ✓

Нет

Как известно сложно определить оценочное число группы, в которую объединены дети сироты и другие уязвимые, так как сюда относятся дети, употребляющие наркотики, уличные дети, и часто эти группы перекрываются, так как один и тот же ребенок может быть отнесен ко всем группам одновременно.

Сложность также вызвана тем, что согласно «Конвенции О Правах Детей», ребенком считается любой человек до 18 лет. В Азербайджане же существуют противоречия, приводящие к статистическим сложностям. Так, согласно Семейному Кодексу АР (1999 и далее принятые изменения) , брачным возрастом для мужского пола считается 18, для женского пола 17 лет (статья 10). И эта цифра может быть снижена на 1 год при необходимости. Согласно же Закону «О Юношеской Политике» (2002), юными считаются граждане в возрасте 16 – 35 лет.

Если ДА, какой процент сирот и уязвимых детей охвачен? % [впишите]

4. В целом, как бы вы оценили усилия по обеспечению потребностей в связи с ВИЧ сирот и других уязвимых детей?

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2009 года: Какие проблемы остаются в этой области:

Оценка будет «плохо». Законы и программы есть, однако их имплементация со стороны надлежащих местных госструктур практически не проводится. Бал будет равен 3 (по шкале от 0 до 10).

На сегодняшний день существует следующий уклад обстоятельств:

Ребенок, как член семьи ЛЖВ, охвачен паллиативными услугами в рамках проектов как СПИД Центра, так и НПО сектора. Однако, как только ребенок лишается родителей, он перестает числиться контингентом СПИД Центра и автоматически переходит в контингент Министрства Труда и Соцобеспечения. На этом этапе ребенок а) старается скрыть ВИЧ статус родителей б) оьсуществует механизм учета и передачм этих детей в список котингента МТСО. Поэтому дальнейший охват этих детей конкретными программами сложен.

основные достижения

Хотя, согласно признанию со стороны 59-й сессии ООН по Конвенции по Правам Детей от 3 февраля 2012-го года. отмечены такие позитивные моменты как увеличение в Кодексе Семьи брачного возраста до 18 лет, принятие закона о Социальных Услугах, который поддерживает сотрудничество с НПО сектором (2011), Закон об обеспечении бесплатными физкультурно – спортивными услугами детей из малообеспеченных семей, бездомных и лишенных родительской опеки детей, а также детей дошкольного возраста и детей инвалидов (2010), принятие закона "Об Усилении Государственной Помощи Малообеспеченным Семьям» (2009), остается ряд нерешенных вопросов нормативно - правового порядка, среди которых такие как ратификация или подписание Конвенции о защите Детей от Случаев Сексуального Насилия и Эксплуатации, отсутствие механизмов координации по правам ребенка и единой базы данных по проблемам детей, отсутствие механизмов и возможностей для альтернативных услуг, включая таковые в системе ювенальной юстиции. Часть центров Альтернативных Услуг для Детей с Инвалидностью, созданных и развитых Институтом Открытое Общество и организацией United Aid for Azerbaijan (UAFA) в течение 10 лет, была поддержана Министерством Финансов и включена в баланс Министерства Труда и Соцобеспечения на 2011-год, часть – в баланс Министерства Образования.

«Юношеский Центр Надежное Будущее», поддерживаемый также Институтом Открытое Общество, Глобальным Фондом в рамках сотрудничества с Министерством Здравоохранения, в сотрудничестве с НПО Альянсом по Правам Детей, Детской Юридической Клиникой, реализуют проект «Центр Социальной Реабилитации для Детей и Юношей» и «Реабилитационный Центр для Детей и Юношей, подвергшихся насилию и находящихся в конфликте с законом», важными компонентами которых являются психологическая, юридическая, медицинская помощь, профессиональная реабилитация и служба горячей линии. Центру оказывается содействие со стороны Министерства Образования, Мининстерства Труда и Соцобеспечения (в рамках пилотного проекта), Обмудсмана, Государственного Комитета по Вопросам Семьи, Женщин и Детей, Министерства Внутренних Дел, Пенитенциарной Службы Министерства Юстиции. Донорскую поддержку оказывают также UNICEF, AZERCELL, World Vision, Save the Children, OAK Foundation. Однако, это содействие носит спонтанный характер, и другая картина складывается со вторым подобным центром: Центр Альтернативных (реабилитационных) Услуг для уличных детей «Объединение Детей Азербайджана», тоже поддерживаемый с 2008-го года Институтом Открытое Общество (Бакинский и Будапештский офисы), Глобальным Фондом в рамках сотрудничества с Министерством

Здравоохранения, и трансформированный в Приют и Центр реабилитации с 2010-го года (ИОО, ГФ, IREX и ОБСЕ Бакинский офис), обеспечивает бесплатные медико – психологические и юридические консультации и предоставляет временное жилье и ночлежку для уличных детей и потенциальных жертв торговли людьми детского возраста. Надо отметить содействие, оказываемое Министерством Внутренних Дел АР в оформлении и восстановлении документов детей. К сожалению такой важный проект не нашел адекватной поддержки со стороны Кабинета Министров со ссылкой на существование в стране такого ресурса как Государственный Совет по поддержке НПО.

5. В целом, как бы вы оценили усилия по МиО программ по ВИЧ в 2009 году?

2009 Очень плохо										Отлично
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:

Дозорный Эпиднадзор (2007 – 2008), проведенный с широким вовлечением представителей уязвимых групп, организованных в НПО и общины, позволил в определенной степени оценить региональные, возрастные, социальные особенности поведенческого риска среди уязвимых групп и эффективность проводимых профилатических мероприятий, и благодаря этому своевременно были внесены изменения в программы будущей деятельности по проведению превентивных мероприятий среди групп риска. Так, например, профилактические мероприятия в рамках проекта Глобального Фонда на 9-1 Раунд, а также поддержку организаций ЛЖВ, планируется начинать в 2010 с Гаджигабульского, Ширван и других высокоэпидемичныхрайонов, где отмечается самый высокий уровень инфицированности среди инъекционных наркопотребителей. Период был отмечен также высоким уровнем взаимопонимания и сотрудничества между НПО сектором и Республиканским Центром по Борьбе со СПИД-ом.

Какие проблемы остаются в этой области:

Мониторинг и оценка реализуемых программ по ВИЧ проводились в соответствии с требованиями основного донора этих программ за последние 5 лет – GFATM. Участие гражданского сектора в комплексной оценке программ оценивается как среднее.

Остается необходимость в разработке централизованной, унифицированной базы данных по МиО в ведомстве МЗ – Республиканском Центре по Борьбе со СПИД-ом. На сегодняшний день на повестке дня соит вопрос использования индикаторов отчетности UNGASS в качестве унифицированных страновых индикаторов.

Страновая Информационная Система Отчета (CRIS 3 system) как базовая система по МиО по ВИЧ еще не принята и не установлена.

Поэтому, в целом, при хорошей оценке усилий действующих организаций, исполняющих на сегодняшний день МиО – Республиканский Центр по Борьбе со СПИД-ом, PIU GF в Азербайджане, ИОО - отсутствие унифицированной системы сбора данных и отсутствие общих страновых индикаторов снижает показатель до балла «5».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Отчет по проекту «Исследование распространенности ВИЧ-инфекции и факторов риска заражения в поведении некоторых уязвимых групп населения в Азербайджанской Республике», Баку, 2008 г.
2. «Дозорный надзор за ВИЧ-инфекцией в группах лиц с рискованным поведением в Азербайджанской Республике, Республике Молдова и Российской Федерации», Европейское Бюро ВОЗ, 2004 г.
3. «Prevalence of HIV, and behavioral risk factors among most-at-risk groups in the republic of Azerbaijan» Baku – 2008.
4. «Azerbaijan Demographic and Health Survey, 2006», Баку, 2008.
5. «Report on the bio-behavioral survey among men who have sex with men in Baku», Amsterdam, 2011.
6. «Страновой отчет о ходе работы для Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН», Баку, 2010 г.
7. Информационный бюллетень «Эпидситуация по ВИЧ/СПИДу в Азербайджанской Республике», Республиканский Центр по борьбе со СПИДом, Баку, 2012 г.