|  |  |
| --- | --- |
| HGA1143/2010Внутренний номер:  337100 [Varianta în limba de stat](http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337100&lang=1) | [Карточка документа](http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=2&id=337100) |
| http://lex.justice.md/imgcms/stateemblem.png**Республика Молдова** |
| **ПРАВИТЕЛЬСТВО** |
| **ПОСТАНОВЛЕНИЕ** Nr. 1143 от  16.12.2010 |
| **об утверждении Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг.** |
| Опубликован : 24.12.2010 в Monitorul Oficial Nr. 254-256     статья № : 1286 |
|       [*Утратило силу согласно ПП806 от 06.10.14, МО297-309/10.10.14 ст.850*](http://lex.justice.md/ru/354938/)    Во исполнение статей 6, 7, 9 и 72 Закона № 10-XVI от 3 февраля 2009 года о государственном надзоре за общественным здоровьем (Официальный монитор Республики Молдова, 2009 г., № 67, ст.183), статьи 4 Закона № 23-XVI от 16 февраля 2007 года о профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции (Официальный монитор Республики Молдова, 2007 г., № 54-56, ст.250) Правительство ПОСТАНОВЛЯЕТ:     1.Утвердить Национальную программу по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг. (прилагается).    2. Муниципальным советам Кишинэу и Бэлць, администрации Автономного территориального образования Гагаузия (Гагауз-Ери) и районным советам рекомендуется:обеспечить разработку, утверждение и реализацию территориальных программ по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг.;    создать территориальные комиссии по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД-инфекцией и инфекциями, передающимися половым путем, наделенные функциями по организации и контролю за выполнением территориальных программ по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД - инфекции и инфекций, передающихся половым путем.    3. Органам местного публичного управления:     разработать и утвердить операциональные планы для внедрения Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД- инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг.;    информировать Министерство здравоохранения ежегодно до 5 марта о выполнении Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг.     4. Установить, что финансирование Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг. будет осуществляться за счет и в пределах средств государственного бюджета, а также средств, поступающих от международных организаций, пожертвований и грантов.    5. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на Министерство здравоохранения.    **Премьер-министр                                                 Владимир ФИЛАТ    Контрассигнуют:    министр здравоохранения                                   Владимир Хотиняну     министр финансов                                                Вячеслав Негруцa     министр труда, социальной     защиты и семьи                                                     Валентина Булига     министр юстиции                                                Александру Тэнасе     министр просвещения                                         Леонид Бужор     министр молодежи и спорта                               Ион Чeбану     № 1143. Кишинэу, 16 декабря 2010 г.**УтвержденаПостановлением Правительства № 1143 от 16 декабря 2010 г. **НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И КОНТРОЛЮ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, НА 2011-2015 ГОДЫГлава I. Введение**    1. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (в дальнейшем – ВОЗ) инфекция ВИЧ/СПИД в Республике Молдова находится в стадии концентрированной эпидемии с преобладанием передачи инфекции гетеросексуальным путем, с уменьшением выявления новых случаев среди потребителей инъекционных наркотиков (в дальнейшем – ПИН).    2. В данной эпидемиологической ситуации необходимо осуществлять разработку стратегий и мер, направленных на укрепление здорового образа жизни, изменение рискованного поведения, способствующего инфицированию ВИЧ-инфекции посредством разработки и внедрения профилактических мероприятий, обеспечения лечения, ухода и поддержки людей, живущих с ВИЧ (в дальнейшем – ЛЖВ).    3. Правительство посредством Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем (в дальнейшем – Программа), обеспечивает координацию ответных мер, направленных на ВИЧ-инфекцию и инфекции, передающиеся половым путем (в дальнейшем – ИППП), на период 2011- 2015 гг.    4. Приоритетные направления деятельности, указанные в Программе, будут внесены в операциональные планы, которые обеспечат процесс их внедрения.    5. Республика Молдова принимает активное участие в выполнении Глобальных обязательств и Целей развития тысячелетия, цели 6 «Остановить распространение ВИЧ/СПИДа и туберкулеза к 2015 году и изменить сложившуюся тенденцию», Декларации, подписанной на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (в дальнейшем – ООН) по проблемам ВИЧ/СПИДа в июне 2001 года, инициативы всеобщего доступа и стратегических результатов. В то же время Программа разработана с целью поддержки Национальной стратегии развития и Стратегии развития системы здравоохранения на 2008-2017 гг., а также Национальной политики в области здравоохранения.**Глава II. Анализ актуальной ситуации**    6. ВИЧ/СПИД-инфекция продолжает оставаться приоритетной проблемой общественного здоровья. По состоянию на 1 июня 2010 года кумулятивно было зарегистрировано 5999 новых случаев инфицирования ВИЧ, включая 1891 – на территории Приднестровья. В 2009 году наблюдалось незначительное снижение количества вновь выявленных случаев – 704 (17,12 на 100000 населения) по сравнению с 795 в 2008 году (соответственно 19,27 на 10000). Процесс распространения ВИЧ-инфекции охватил все административные территории, в которых наблюдается различный уровень распространенности инфекции. Наиболее высокая распространенность на 100000 населения зарегистрирована в муниципиях Бэлць – 804,86 и Кишинэу – 135,86, в районах: Глодень – 141,49, Басарабяска – 122,03, Сынджерей – 109,69. На территории левобережья уровень распространенности ВИЧ-инфекции в 2,73 выше по сравнению с ее уровнем на правом берегу Днестра и составляет 453,59 в г.Тирасполе и 531,49 – в районе Рыбница.    7. ВИЧ-инфекция регистрируется среди молодого, трудоспособного, сексуально активного населения. Так, 86,02% из числа вновь выявленных случаев зарегистрированы в возрастной группе 15-39 лет, 23,77% среди молодежи в возрасте 20-24 лет, а 24,99% – среди 25-29-летних.    8. Сохраняется высокий уровень передачи ВИЧ-инфекции гетеросексуальным путем (81,25%), наблюдается увеличение числа новых случаев среди сельского населения (34,9%), среди мигрантов (34%) и снижение доли новых случаев среди ПИНов. Ежегодно регистрируется около 80 новых случаев ВИЧ-инфекции среди беременных женщин. В период 1989-2009 гг. диагноз СПИДа был подтвержден у 887 лиц. В 1987-2009 годы в регионах на правом берегу Днестра умерло около 500 человек от инфекции ВИЧ/СПИДа. В Приднестровье в период 1989-2009 гг. от инфекции ВИЧ/СПИДа умерло 490 человек. Из заболеваний, вызванных СПИДом, наиболее частым является туберкулез – 482 случая (54,34% из общего числа больных СПИДом).    9. На сегодняшний день ВИЧ-инфекция поражает как мужское население, так и женское. Однако в некоторой мере ситуация изменилась: если в 1990-2001 годы эпидемия передавалась путем потребления инъекционных наркотиков (большинство случаев регистрировалось среди мужчин), то в настоящее время ВИЧ-инфекция преимущественно стала передаваться половым путем. Во всех предложенных основных ответных мерах гендерные вопросы были рассмотрены в качестве приоритетных, включены во все виды деятельности, а также определены адекватные роли для мужчин и женщин. Также учитываются возможности мужчин и женщин с точки зрения социальной, культурной и политической деятельности. Разработаны различные инструменты для мониторинга, оценки и надзора с целью предоставления данных по гендерным критериям и определению основных мероприятий, основанных на гендерном аспекте. Необходимо отметить, что среди мер, ранее предпринятых для борьбы с эпидемией, не были учтены гендерные аспекты, мероприятия были направлены на общее население и лиц из групп с высоким риском инфицирования. Следует отметить, что в начале эпидемии четыре пятых из всех новых случаев ВИЧ-инфекции были за счет ПИНов, которые впоследствии распространились половым путем среди всего населения и, учитывая огромную роль, которую играют женщины в области репродуктивного здоровья и воспитания детей в семье и обществе, основной упор делается на оказание психологической поддержки, предупреждение нежелательной беременности у ВИЧ-положительных женщин, консультирование и тестирование, планирование семьи, уход и социальную поддержку после родов (продуктовые наборы, одежда, летние лагеря для матерей и детей).    10. Эпидемиологическая ситуация по сифилису и гонорее установилась на постоянном уровне, заболеваемость на 100000 населения сифилисом составила 68,26 в 2006 году и 69,5 в 2009, а гонорей – 50,7 и 42,7 соответственно.    11. Оценка Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИДа и ИППП на 2006-2010 годы, утвержденной Постановлением Правительства №948 от 5 сентября 2005, продемонстрировала актуальность этой проблемы, что способствовало укреплению и мобилизации национальных и международных ресурсов для реализации и расширения профилактических стратегий и мероприятий, надзора и контроля, лечения, ухода и поддержки для ЛЖВ и членов их семей. Мероприятия и положения Программы технически и финансово поддерживаются международными организациями Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также другими донорами.    12. Нормативная основа, запрещающая дискриминацию в отношении лиц, инфицированных/пострадавших от ВИЧ/СПИДа или уязвимых к инфекции, была разработана и адаптирована в соответствии с международными стандартами, с учетом принципа соблюдения прав и достоинств человека и является основой для внедрения комплексных, мультидисциплинарных и межсекторальных мероприятий.    13. Мониторинг и эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией находится под постоянным вниманием соответствующих органов. Для расширения доступа населения к услугам добровольного консультирования, тестирования и конфиденциальности в рамках системы здравоохранения была создана служба по добровольному консультированию и тестированию. Так, в течение 2006 года были тестированы на ВИЧ-инфекцию 288783 лиц, а в 2009 – 298314. Эпидемиологический надзор, антиретровирусная терапия (в дальнейшем – АРТ), лечение оппортунистических инфекций, паллиативный уход и профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери к плоду осуществляется согласно национальным протоколам, разработанным в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Также обеспечен универсальный доступ лицам, живущим с ВИЧ, и больным СПИДом к АРТ.    14. В сотрудничестве с гражданским обществом реализуется 49 программ и проектов, основанных на стратегии по уменьшению рисков, профилактике, реабилитации, психосоциальной поддержке и метадоновой заместительной терапии, среди ПИНов, заключенных, мигрантов и других групп с высоким риском инфицирования в соответствии со стандартами ВОЗ, ЮНЭЙДС, Управления ООН по наркотикам и преступности (в –дальнейшем ЮНОДК).**Глава III. Цель и задачи Программы**    15. Цель Программы заключается в пропаганде здорового образа жизни, формировании безопасного поведения, безвредных привычек, в распространении профилактических мероприятий среди населения, в том числе сельского и мобильного, расширении доступа к медицинским услугам (добровольное консультирование и тестирование, раннее выявление, лечение, уход и поддержка), а также сохранение эпидемиологической ситуации ВИЧ-инфекции в стадии концентрированной эпидемии.    16. Задачи Программы:    а) заболеваемость ВИЧ к 2015 году не должна превышать 20,0 случаев на 100000 населения в возрастной группе 0-39 лет.    Основным направлением этой задачи является снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди молодых людей репродуктивного возраста и уязвимых групп. Повышение доступа к услугам по профилактике позволит обеспечить выполнение этой задачи. К основным принципам, обеспечивающим реализацию профилактических мероприятий – относится: изменение поведения, мобилизация сообществ, мероприятия по принципу равный - равному среди молодежи, работа в местах нахождения ПИНов, а также среди мужчин, поддерживающих сексуальные отношения с другими мужчинами (в дальнейшем – МСМ), работников, которые практикуют коммерческий секс (в дальнейшем – РКС), мигрантов, водителей-дальнобойщиков и т.д. и добровольное консультирование и тестирование населения.    b) Смертность людей с ВИЧ/СПИДом среди выявленного контингента к 2015 году должна быть снижена на 10% от расчетного количества. Основным направлением этой задачи является улучшение качества жизни людей с ВИЧ/СПИДом путем обеспечения антиретровирусной терапией, лечения оппортунистических инфекций и заболеваний, связанных с СПИДом, предоставления ухода на дому, социальной защиты, включая детей-сирот. Создание благоприятной среды, которая позволит повысить приверженность к АРТ, что обеспечит более эффективное наблюдение за пациентом.**Глава IV. Руководящие принципы для осуществления национального ответа на инфекцию ВИЧ/СПИДа**    17. В качестве основы для руководящих принципов Национальной программы были использованы национальные и международные принципы программ в области здравоохранения:    a) принцип 1. разработка национального ответа на инфекцию ВИЧ/СПИДа на основе доказательных данных;    b) принцип 2. подход, основанный на соблюдении прав человека;    c) принцип 3. обеспечение соблюдения гендерного равенства;    d) принцип 4. обеспечение универсального доступа к профилактике, лечению и уходу;    e) принцип 5. участие обществ и людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, в процессе разработки, осуществления и оценки Программы;    f) принцип 6. мониторинг и оценка.**Глава V. Приоритетные области деятельности**    18. Программа разработана как комплексная межсекторальная основа, которая будет служить руководством для национального ответа, и предназначена для ее участников.     19. Внедрение Программы будет основываться на следующих приоритетных направлениях:    a) укрепление и расширение профилактических мероприятий среди общего населения, в том числе сельского, мигрантов и других групп с высоким риском заражения (ПИН, МСМ, РКС и т.д.), создание и обеспечение работы единой системы связи для изменения поведения и пропаганды здорового образа жизни, формирование безопасного поведения у детей и подростков из средних, среднеспециальных и высших учебных заведений, дальнейшее развитие услуг по добровольному тестированию и консультированию;    b) развитие инфраструктуры и потенциала для расширения всеобщего доступа к медицинской и паллиативной помощи путем децентрализации АРТ, укрепление системы медицинских, социальных и паллиативных услуг;    c) укрепление и повышение потенциала государственных учреждений и гражданского общества в области образования и поддержки детей, оставшихся без опеки родителей, и из семей, оказавшихся в затруднительном положении;    d) развитие и обеспечение функционирования единой национальной межсекторальной, межведомственной системы по координированию, управлению и мониторингу мер для обеспечения контроля, профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и ИППП. Развитие возможностей Национального координационного совета национальных программ по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передаваемых половым путем, и контролю туберкулеза (в дальнейшем – НКС) и ее технических рабочих групп;    e) мониторинг Программы будет осуществляться путем проведения операциональных исследований, внедрения системы эпидемиологического надзора, надзора за распространением и устойчивостью вируса, внедрения информационных технологий, ведение менеджмента случая и повышение потенциала лабораторной диагностики;    f) укрепление потенциала человеческих ресурсов посредством формативного обучения и тренингов в области ВИЧ/СПИДа;    g) формирование благоприятной среды и развития общества (адвокатская защита и сообщение, институциональное развитие, права человека, гендерные программы);    h) эпидемиологические, клинические, социальные, поведенческие и экономические исследования инфекции ВИЧ/СПИДа.**Глава VI. Владельцы прав и бенефициары Программы**    20. Владельцы прав и бенефициары Программы были определены в зависимости от риска ВИЧ-инфицирования на основе социальной и поведенческой уязвимости и классифицированы согласно приложению 1 к настоящей Программе. Для расчета популяций бенефициаров Программы использовались методологии ЮНЭЙДС/ВОЗ, которые в сотрудничестве с национальными властями применили метод 6 шагов для получения оценок о распространении ВИЧ-инфекции в ходе осуществления национальных программ (5-10 лет).    21. В Республике Молдова, в стране с концентрированной эпидемией, расчет количества бенефициаров, согласно рекомендациям ЮНЭЙДС, получен на основе следующих шагов:    a) шаг первый - данные эпидемиологического надзора, собранные для групп повышенного риска: РКС, МСМ и ПИН. Проводится оценка размеров этих групп, а также групп, подверженных значительному риску (например, партнеров ПИН или РКС и т.д.);    b) шаг второй – собранные данные вводятся в специализированную компьютерную программу (называемую Пакет для оценки и прогноза/“Estimation and Projection Package”);    c) шаг третий – создание кривой, описывающей развитие распространения ВИЧ-инфекции среди взрослых (15-49 лет) в течение определенного периода времени;    d) шаг четвертый – кривая заболеваемости среди взрослого населения одновременно с оценками национальной демографии, полученными от ЮНФПА, и данными об уровне охвата АРТ взрослых и детей вводятся в компьютерную программу Spectrum;    e) шаг пятый – эти данные дополнены различными эпидемиологическими расчетами (уровень рождаемости, пропорция женщин/мужчин, выживаемость после ВИЧ-инфицирования и т.д.);    f) шаг шестой – программа Spectrum прогнозирует число инфицированных взрослых, количество новых случаев ВИЧ-инфекции, смертей от СПИДа, сирот и потребность в АРТ.**Глава VII. Приоритетные мероприятия**    22. **Целенаправленная задача I. Обеспечение доступа не менее 10% от общего числа населения к услугам по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП до 2015 г.**    a) разработка и реализация единой кадровой стратегии, направленной на изменение поведенческих стереотипов в области ВИЧ/ СПИДа и ИППП;    b) привлечение и мобилизация общества (органов местного публичного управления, в том числе служб здравоохранения, социального обеспечения, образования, религиозных общин, обществ лиц с ВИЧ, НПО, членов семей, инфицированных ВИЧ/СПИДом) для повышения эффективности мер по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП;    c) обеспечение населения услугами по добровольному консультированию и тестированию на ВИЧ и ИППП;    d) разработка и внедрение программ по профилактике ВИЧ и ИППП для лиц, подвергающихся риску, среди которых: мигранты, мобильное население, призывники, заключенные, лица в униформе (в том числе пенитенциарная система), дети и молодежь в конфликте с законом, другие маргинальные группы населения;    e) проведение мероприятий по профилактике ВИЧ и ИППП среди молодежи и подростков в системе образования;    f) организация мероприятий по профилактике ВИЧ и ИППП среди молодежи и подростков, не посещающих школы;    g) мероприятия по профилактике инфекции ВИЧ и ИППП, ориентированные на ЛЖВ;    h) профилактика ВИЧ среди работающего населения посредством программ на рабочем месте.     23. **Целенаправленная задача II. Обеспечение к 2015 году доступа 60% лиц расчетного количества из групп повышенного риска (РКС, МСМ, ПИН) к профилактическим услугам:**    a) обеспечение профилактики распространения ВИЧ и ИППП, в зависимости от специфической потребности по возрасту и полу, среди РКС и их клиентов;    b) обеспечение профилактики распространения ВИЧ и ИППП, в зависимости от специфической потребности по возрасту и полу, среди МСМ;    c) обеспечение доступа ПИНов, в зависимости от специфической потребности по возрасту и полу, к всеобъемлющим услугам по профилактике ВИЧ и заместительной терапии, включая и пенитенциарный сектор.    24. **Целенаправленная задача III. Обеспечение 10% населения презервативами к 2015 году:**    обеспечение социального маркетинга презервативов.    25. **Целенаправленная задача IV. Обеспечение лечением 80% пациентов с диагнозом ИППП к 2015 году:**    обеспечение тестирования, диагностики и лечения ИППП всех категорий населения, включая группы с повышенным риском заражения.    26. **Целенаправленная задача V. Обеспечение доступа не менее 95% беременных женщин с ВИЧ/СПИДом к услугам по профилактике передачи инфекции от матери к плоду к 2015 году:**    a) профилактика распространения ВИЧ и ИППП путем передачи от матери плоду и обеспечения детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей, адаптированными смесями.    27. **Целенаправленная задача VI. Обеспечение 100% безопасности проб крови, подготовленных к переливанию:**    обеспечение безопасности донорской крови.    28. **Целенаправленная задача VII. Обеспечение доступа к постконтактной профилактике всем лицам, подвергшимся риску ВИЧ-инфицирования:**    обеспечение постконтактной профилактики в случаях профессионального контакта или в случаях сексуального насилия. Обеспечение доступа к информации о постконтактной профилактике.    29. **Целенаправленная задача VII. Обеспечение АРТ-терапией 80% из оценочного числа ВИЧ-инфицированных и лиц, больных СПИДом, нуждающихся в лечении к 2015 году:**    a) обеспечение доступа ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом к амбулаторному лечению;    b) обеспечение общего населения тестированием на ВИЧ по инициативе медицинского работника, а также лабораторной диагностикой;    c) обеспечение пациентов профилактикой, диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и заболеваний, связанных с ВИЧ, в амбулаторных условиях;    d) обеспечение доступа лицам, инфицированным ВИЧ, и больным СПИДом, к АРТ;    e) обеспечение доступа взрослым, ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, к АРТ;    f) обеспечение доступа детям, ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом, к АРТ;    g) обеспечение приверженности к АРТ (в том числе и посредством внедрения продуктовых программ);    h) обеспечение лабораторного мониторинга для определения эффективности лечения;    i) контроль за устойчивостью ВИЧ к АРТ.     30.**Целенаправленная задача IX. Обеспечение уходом и поддержкой 10% из оценочного числа ВИЧ-инфицированных и лиц, больных СПИДом к 2015 году:**    a) обеспечить менеджмент случая ВИЧ-инфицированных пациентов при помощи многопрофильной команды;    b) оказание психосоциальной поддержки ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом;    c) обеспечение пациентов в конечной фазе паллиативным уходом в амбулаторных условиях;    d) обеспечение пациентов диагностикой и лечением оппортунистических инфекций и заболеваний, связанных с ВИЧ, в условиях стационара;    e) обеспечение пациентов в конечной фазе паллиативным лечением в условиях стационара;    f) обеспечение доступа пострадавшим ВИЧ-инфицированным детям к социальным услугам.    31. **Целенаправленная задача X. Создание эффективной системы менеджмента Программы к 2015 году:**    a) обеспечение процесса планирования и менеджмента Программы посредством технических рабочих групп НКС;    b) обеспечение финансового менеджмента Программы и проектов;    c) обеспечение мониторинга и оценки Программы;    d) обеспечение внедрения, обновления и обслуживания информационных систем в области ВИЧ/СПИДа;    e) обеспечение медицинского наблюдения пациентов посредством использования SIME-HIV;    f) осуществление контроля по предоставлению социальных и профилактических услуг среди уязвимых групп путем системы единой идентификации;    g) укрепление и обеспечение функционирования систем управления в негосударственном секторе;    h) укрепление потенциала сотрудников, вовлеченных в Программу;    i) увеличение профессионального потенциала сотрудников, вовлеченных в оказание услуг лицам с ВИЧ/СПИДом и ИППП, в том числе педиатрических;    j) обеспечение социальной защиты лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом;    k) предоставление адвокатских услуг по защите интересов ЛЖВ;    l) обеспечение защиты прав ЛЖВ;    m) укрепление потенциала НПО;    n) осуществление эпидемиологических и социологических исследований;    o) реализация операциональных исследований.**Глава VIII. Внедрение Программы**    32. Механизм внедрения Программы основывается на деятельности НКС .    33. Ответственность за участие в работе НКС и внедрение мероприятий определенного сектора возлагается на соответствующие министерства.    34. НКС осуществляет деятельность на основе партнерства между государственными учреждениями, патронатом и неправительственными организациями на принципах прозрачности и взаимовыгодности.**Глава IX. Обеспечение и реализация услуг, партнеры-исполнители**    35. Организации, предоставляющие услуги, и исполнители Программы будут координировать мероприятия по внедрению Программы совместно с НКС. Прозрачность внедрения мероприятий будет обеспечиваться посредством функционирования веб-сайта www.aids.md.    36. Партнерами в процессе внедрения и осуществления Программы являются как правительственные организации, так и общественные организации гражданского общества:    a) государственные и частные медицинские учреждения обеспечат лабораторную диагностику, клиническую помощь, менеджмент пациентов и их образование в области здоровья и т.д.;    b) неправительственные организации осуществят внедрение мероприятий в группах высокого риска и предоставят поддержку ЛЖВ и т.д.;    c) частные секторальные организации будут внедрять соответствующие политики на рабочем месте;    d) поставщики социальных услуг осуществят соответствующие ответные мероприятия в данной области;    e) исследовательские группы обеспечат проведение исследований.    37. Органами публичного управления и ответственными организациями по укреплению потенциала являются:    a) Министерство здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты и семьи, Министерство просвещения, Департамент пенитенциарных учреждений при Министерстве юстиции, Министерство молодежи и спорта и компетентные учреждения;    b) технические агенты ООН (ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНФПА, ЮНИСЕФ и т.д.), предоставляющие техническую помощь и информирующие о международных стандартах;    с) национальные и международные НПО, специализирующиеся в области вмешательств, предусмотренных для ЛЖВ, вмешательств на рабочем месте, ПИН и т.д.;    d) органы местного публичного управления первого и второго уровня.**Глава X. Мониторинг и оценка**    38. Мониторинг и оценка Программы осуществляется Министерством здравоохранения согласно Плану мониторинга Программы (приложение № 2 к настоящей Программе).    39. Показатели Программы будут представлены в ежегодном отчете.    40. Основным принципом создания ключевых показателей является концентрация на «оценке прогресса» в реализации задач, результатов и компонентов Программы.   41. Разработанные показатели отражают национальные потребности для отчетности, о чем было сформулировано в Декларации всеобщего доступа, Дублинской декларации (в дальнейшем – ССГАООН); Инициативе всеобщего доступа и Целях развития тысячелетия по проблеме ВИЧ/СПИДа.    42. Показатели были сгруппированы в четыре категории: продукт, процесс, результат и воздействие. **Глава XI.Общее определение стоимости**    43. Определение стоимости для реализации Программы осуществляется на основании определения цены за услугу или, по необходимости, на душу населения (приложение № 3 к настоящей Программе)Приложение № 1 к Национальной программе по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем на 2011-2015 гг. **Целевые группы бенефициаров: определения и описания**    Определение групп бенефициаров (в дальнейшем – ГБ) направлено на измерение количества ресурсов, специально выделяемых для конкретных групп населения при оказании услуг в рамках программных мер, которые были определены в Руководстве ЮНЭЙДС, 2009 «Оценка и классификация населения бенефициаров для национального ответа на ВИЧ/СПИД». Это позволяет увидеть результат, связанный с объемами израсходованных средств, вне зависимости от эффективности или эффективного охвата.    **I . ГБ.01 ЛЮДИ, ЖИВУЩИЕ С ВИЧ**    1. ГБ.01.01 Взрослые и молодые люди (в возрасте 15 лет и старше), живущие с ВИЧ     a) ГБ.01.01.01 Взрослые и молодые мужчины (в возрасте 15 лет и старше), живущие с ВИЧ     b) ГБ.01.01.02 Взрослые и молодые женщины (в возрасте 15 лет и старше), живущие с ВИЧ     c) ГБ.01.01.98 Взрослые и молодые люди (в возрасте 15 лет и старше), живущие с ВИЧ, не разделенные по полу     2. ГБ.01.02 Дети (в возрасте младше 15 лет), живущие с ВИЧ     a) ГБ.01.02.01 Мальчики (в возрасте младше 15 лет), живущие с ВИЧ     b) ГБ.01.02.02 Девочки (в возрасте младше 15 лет), живущие с ВИЧ     c) ГБ.01.02.98 Дети (в возрасте младше 15 лет), живущие с ВИЧ, не разделенные по полу     3. ГБ.01.98 Люди, живущие с ВИЧ, не разделенные по возрасту или полу.   **II. ГБ.02 ГРУППЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ** можно классифицировать по формам их поведения, из-за которого они подвергаются большему риску инфицирования ВИЧ. Эта классификация, в свою очередь, позволяет определить те группы населения, которые должны наблюдаться и оцениваться в рамках национальных и субнациональных программ в первую очередь. Обычно классификация групп с наиболее высоким риском заражения включает в себя следующие группы: работники секс-бизнеса (РСБ), их клиенты, потребители инъекционных наркотиков (ПИН); мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ). Среди этих групп населения, скорее всего, распространены высокие уровни половых контактов с разными партнерами, практика незащищенного секса с разными партнерами либо использование нестерильного оборудования для инъекций наркотиков, и из-за этих факторов они подвергаются риску инфицирования ВИЧ.    1.ГБ.02.01 Потребители инъекционных наркотиков (ПИН) и их половые партнеры     2. ГБ.02.02 Работники секс-бизнеса (РСБ) и их клиенты     a) ГБ.02.02.01 Женщины секс-бизнеса (РСБ) и их клиенты     b) ГБ.02.02.02 Мужчины-трансвеститы секс-бизнеса (и их клиенты)     c) ГБ.02.02.03 Мужчины секс-бизнеса, не являющиеся трансвеститами (и их клиенты)     d) ГБ.02.02.98 Работники секс-бизнеса (РСБ), не разделенные по полу, и их клиенты     e) ГБ.02.02.99 Работники секс-бизнеса (РСБ), не классифицированные в другом месте, и их клиенты     3.ГБ.02.03 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (МСМ)     4. ГБ.02.98 Группы населения с наиболее высоким риском заражения, не разделенные по типу и возрасту.  **III. ГБ.03 ДРУГИЕ КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ** включают группы, к которым относятся дети, оставшиеся без родительской опеки, дети из семей, оказавшихся в затруднительной ситуации, дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, беженцы, лица, перемещенные в пределах страны, и мигранты, рассматриваемые как «ключевые группы населения» в плане динамики эпидемии, так и в плане ответных мер.     1. ГБ.03.01 Дети, оставшиеся без родительской опеки и дети из семей, оказавшихся в затруднительной ситуации     2. ГБ.03.02 Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями     3. ГБ.03.03 Беженцы (лица, перемещенные за пределы своей страны)     4. ГБ.03.04 Группы населения, перемещенные в пределах своей страны (ввиду чрезвычайной ситуации)     5. ГБ.03.05 Мигранты/мобильное население     6. ГБ.03.06 Коренные группы населения     7. ГБ.03.07 Заключенные и прочие лица, помещенные в учреждения закрытого типа     8. ГБ.03.08 Водители грузовиков/работники транспорта и водители, работающие в сфере коммерческих перевозок    9. ГБ.03.09 Дети и молодые люди, живущие на улице     10. ГБ.03.10 Дети и молодые люди - члены банд     11. ГБ.03.11 Дети и молодые люди, не посещающие школу     12. ГБ.03.12 Дети и молодые люди, помещенные в учреждения закрытого типа     13. ГБ.03.13 Партнеры людей, живущих с ВИЧ    14. ГБ.03.14 Получатели крови и продуктов крови     15. ГБ.03.98 Другие ключевые группы населения, не разделенные по типу    16. ГБ.03.99 «Другие ключевые группы населения», не классифицированные в другом месте**IV. ГБ.04 ОСОБЫЕ «ДОСТУПНЫЕ» ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ** включают в себя детей-школьников, женщин, посещающих клиники репродуктивного здоровья, военнослужащих и промышленных рабочих.     1. ГБ.04.01 Люди, посещающие центры профилактики и контроля ИППП     2. ГБ.04.02 Дети-школьники начальной и гимназической ступени образования    3. ГБ.04.03 Молодежь, обучающаяся в лицеях и в профессиональных учебных заведениях    4. ГБ.04.04 Студенты высших учебных заведений     5. ГБ.04.05 Работники здравоохранения     6. ГБ.04.06 Моряки     7. ГБ.04.07 Военнослужащие     8. ГБ.04.08 Полиция и иные силовые структуры (не военнослужащие)     9. ГБ.04.09 Бывшие участники боевых действий     10. ГБ.04.10 Принятые на работу     11. ГБ.04.98 «Доступные» группы населения, не разделенные по типу    12. ГБ.04.99 «Доступные» группы населения, не классифицированные в другом месте     **V. ГБ.05 ШИРОКИЕ СЛОИ НАСЕЛЕНИЯ     включают**    1. ГБ.05.01 Широкие слои взрослого населения (в возрасте 24 лет и старше)     a) ГБ.05.01.01 Взрослое население мужского пола     b) ГБ.05.01.02 Взрослое население женского пола     c) ГБ.05.01.98 Широкие слои взрослого населения (в возрасте 24 лет и старше), не разделенные по полу     2. ГБ.05.02 Дети (в возрасте младше 15 лет)     a) ГБ.05.02.01 Мальчики     b) ГБ.05.02.02 Девочки    c) ГБ.05.02.98 Дети (в возрасте младше 15 лет), не разделенные по полу     3. ГБ.05.03 Молодежь (в возрасте 15-24 лет)     a) ГБ.05.03.01 Молодые мужчины     b) ГБ.05.03.02 Молодые женщины     c) ГБ.05.03.98 Молодежь (в возрасте 25 лет), не разделенная по полу     4. ГБ.05.98 Широкие слои населения, не разделенные по возрасту и полу    **VI. ГБ.99 ОСОБЫЕ ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ,** не классифицированные в другом месте: целевые группы населения, не включенные в вышеперечисленные классы.Приложение № 2 к Национальной программе по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 гг.**Национальный план мониторинга и оценкиНациональной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 годыГлава I. Общие положения**    1. Национальный план мониторинга и оценки Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2011-2015 годы (в дальнейшем – План МО) согласован в рамках существующих политик в разных секторах и был разработан посредством процесса участия на основе оценки системы мониторинга и оценки, Национальной программы по профилактике и контролю инфекции ВИЧ/СПИДа и ИППП на 2006-2010 гг. и анализа Национального ответа.    2. План МО включает соответствующую информацию, которая обеспечивает сбор, обработку, анализ и использование данных, касающихся внедрения Программы, предлагая информацию в отношении основных показателей, главных источников данных, информационного потока, информационных продуктов и институциональных обязанностей.**Глава II. Содержание**    3. В соответствии с рекомендациями Вашингтонской конференции от 25 апреля 2004, организованной Объединенной программой ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и основными донорами, Республика Молдова подписала Декларацию о приверженности и стремится к развитию и укреплению трехстороннего принципа, который подразумевает объединение усилий и избежание дублирований посредством:    а) единого стратегического механизма;    b) единого механизма координации для управления национальным ответом на ВИЧ/СПИД и ИППП;     c) единой национальной системы мониторинга и оценки. **Глава III. Задачи и элементы мониторинга и оценки**    4. **Цель мониторинга и оценки** - эффективное руководство и координация процесса по сбору, анализу, обработке и использованию данных, которое позволит обеспечить более динамичный мониторинг для достижения прогресса в области национального ответа на ВИЧ/СПИД и ИППП и усиление процесса принятия решений.    5. **Задачи мониторинга и оценки:**    а) разработка процесса мониторинга и оценки, позволяющих проведение сбора, обработки, анализа и систематического внедрения данных;    b) составление списка основных показателей, что облегчит контроль прогресса в борьбе с ВИЧ/СПИДом и ИППП, и определение потребности для принятия решений;    c) описание основных источников, используемых для сбора данных, необходимых для мониторинга и оценки;    d) создание информационного потока;    e) описание обязанностей ответственных в области мониторинга и оценки;    f) обеспечение прозрачности распространения продуктов и выявления механизмов распределения данных.    6. Путем внедрения Плана МО будут достигнуты:    а) качественное и своевременное представление отчетности;    b) укрепление системы мониторинга и оценки;    с) организованный и скоординированный поток повседневной информации;    d) создание единой базы данных, включающей все существующие системы отчетности;    е) разработка стратегий распространения данных;    f) составление плана повышения навыков;    g) установление расписания исследований и контроля.    7. Организационная структура, утвержденная в 2008 году Глобальной консультативной группой по мониторингу и оценке, включает 12 компонентов системы мониторинга и оценки:    а) организационные структуры с функцией мониторинга и оценки;    b) человеческие ресурсы для мониторинга и оценки;    с) партнерские взаимодействия в области планирования, координации и управления системы мониторинга и оценки;     d) национальный и мультисекторальный план по мониторингу и оценке;    е) ежегодный национальный план деятельности по мониторингу и оценке;     f) защита, коммуникация и культура;     g) постоянный мониторинг Программы;     h) исследования и надзор;     i) национальные и субнациональные базы данных;     j) надзор по защите и аудиту данных;    k) научные исследования и оценка;    l) распространение и использование данных.    8. Национальная система мониторинга и оценки обладает важными функциями на центральном, территориальном уровне, а также на уровне предоставления услуг. Система мониторинга и оценки включает отчетность государственных учреждений и гражданского общества из всех секторов, участвующих в реализации Программы.    9. Потоки предоставления информации:    а) существующие вертикальные системы отчетности, автоматизированные системы (SIME-HIV, SIME-ITS, и CTV, единый идентификатор);     b) существующие вертикальные системы отчетности, неавтоматизированные системы (отчетность на основе статистических формуляров);    с) вертикальные системы в процессе институционализирования (отчетность НПО);    d) отчетность по горизонтали (межсекториальная отчетность).**Глава IV. Национальные показатели для ВИЧ-инфекции**    10. Показатели для мониторинга и оценки Программ согласно таблице 1 из настоящего приложения были определены в соответствии:     a) с задачами Программы;    b) показателями для инфекции ВИЧ/СПИД Национальной стратегии развития Молдовы и Целями развития тысячелетия;    c) международными показателями, рекомендованными ССГАООН;     d) показателями инициативы «Универсальный доступ» к мероприятиям в области ВИЧ / СПИДа;    e) с релевантными показателями для инфекции ВИЧ/СПИДа и ИППП из других политик и национальных планов;     f) с международными рекомендациями по мониторингу и оценке инфекции ВИЧ/СПИДа;    g) с критериями реального количества и разумной цены.     11. Объективный мониторинг и доступ к эффективным мерам по профилактике, уходу, лечению и уменьшению воздействия полностью отражен в определении и способе разбивки этих показателей. К стандартным категориям показателей относятся: возраст, пол, место жительства и область проживания (правый, левый берег Днестра).**Глава V. Источники данных для национальных показателей**    12. Источники данных для показателей Программы содержат:    а) показатели воздействия и результатов, которые включают: медико-биологические и клинические исследования; контроль здоровья населения с высоким риском инфицирования, поведенческие, социологические аспекты;    b) показатели продукта, которые включают: административную статистику/повседневный мониторинг;с) знаменатели некоторых показателей: а именно: оценки последствий, доминирования, численности групп населения с повышенным риском инфицирования, потребность в антиретровирусной терапии и прогноз в отношении данных расчетов.    13. В целях дополнения существующих источников данных и улучшения понимания тенденций изменения конкретных проблем общественного здоровья будет проведена обработка и анализ данных из различных источников, основанных на эмпирических наблюдениях. **Глава VI. Национальная база данных SIDATA**    14. Национальная база данных **SIDATA** представляет собой функциональный инструмент по обеспечению доступности к данным для возможности их использования в процессе стратегического планирования и сосредотачивает сводные данные из:    а) существующих систем отчетности в государственных и в межсекторальных учреждениях, внедряющих Программу;    b) сектора неправительственных организаций.    15. Национальная база данных **SIDATA** объединяет уже существующие системы отчетности и является уникальной платформой для предоставления данных, которая позволяет избежать двойной отчетности, обеспечить прозрачность данных, утвердить их на национальном уровне и ограничить доступ к изданию данных для обеспечения защиты.    16. Национальная база данных **SIDATA** предусматривает Web-доступ для просмотра данных, сгруппированных по стратегии/категориям/вмешательств.    17. Национальная база данных SIDATA будет располагаться на основе Национального центра СПИДа. Ввод данных будет осуществляться лицами, назначенными/подготовленными в государственных учреждениях и неправительственных организациях, согласно таблице 2 настоящего приложения.**Глава VII. Качество данных**    18. Критерии качества данных для мониторинга и оценки включают: обоснованность, достоверность, своевременность, точность, целостность.    19. Посредством Рабочей технической группы по мониторингу и оценке будет разработан Протокол для обеспечения качества данных, который институализирует систему для определения качества ключевых показателей, укрепления систем управления данными и повышения квалификации персонала, участвующего в процессе сбора, обработки и анализа данных.    20. Поддерживающее наблюдение включает мониторинг и направление достижений подведомственных ему учреждений, передачу знаний, подходов и навыков. Поддерживающее наблюдение будет проводиться поэтапно организациями, предоставляющими услуги, а также использоваться в качестве механизма укрепления местного потенциала для мониторинга и оценки. Рабочая техническая группа разработает Руководство по поддерживающему наблюдению, мониторингу и оценке.    21. Проверка данных предполагает применение внутренних и внешних механизмов. Внутренний аудит представляет последовательный процесс, проводимый с определенной периодичностью. Внешний аудит будет проводиться ежегодно в произвольно выбранных местах и для указанных показателей. Ответственность за утверждение данных в рамках секторов возлагается на соответствующие министерства. Многосторонние вопросы будут решаться Рабочей технической группой.**Глава VIII. Оценка и исследования**    22. Оценка и исследования являются частью комплексной системы мониторинга и оценки. Создание национального процесса по выявлению областей для оценки, подготовки изучения и исследований обеспечит избежание дублирования усилий и распространения результатов для использования в процессе принятия решений. Правильное планирование изучения, исследований и оценки станет необходимым условием для адекватного финансирования.    23. Приоритетные направления для проведения эпидемиологических исследований включают:    a) определение роли потребления инъекционных наркотиков в передаче ВИЧ-инфекции среди беременных женщин, РКС и МСМ;    b) определение реальной доли гетеросексуальной или гомосексуальной передачи ВИЧ-инфекции среди мужчин, не связанной с потреблением инъекционных наркотиков;    c) выявление факторов уязвимости к ВИЧ и ИППП, связанных с вопросом пола;    d) изучение факторов, которые побуждают подростков стать на путь высокого риска ВИЧ-инфицирования;     e) описание системы переадресации и взаимной поддержки по принципу равный равному при оказании помощи, уходе/лечении и наблюдении за диагностикой ВИЧ-инфекции;     f) осуществление описательного исследования ВИЧ/СПИД- инфекции среди беременных женщин с ВИЧ-статусом. **Глава IX. Информационные продукты**    24. Отчеты по внедрению Программы содержат:   a) годовой отчет по мониторингу и оценке инфекции ВИЧ/СПИДа и ИППП;   b) ежеквартальные отчеты для Глобального фонда по борьбе со СПИДом/ТБ/малярией;    c) годовой отчет по Универсальному доступу;    d) отчет ССГАООН, предоставляемый один раз в два года;   e) отчет об оценке в середине срока и в конце внедрения Программы.Таблица 1**Показатели мониторинга и оценки Программы**    [tabel 1](http://lex.justice.md/UserFiles/File/2010/mo254-256ru/tabel%201-1143.rtf)Taблица 2 **Роль институтов в области мониторинга и оценки программы**    [tabel 2](http://lex.justice.md/UserFiles/File/2010/mo254-256ru/tabel%202.rtf)Приложение №3 к Национальной программе по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем на 2011-2015 **Финансирование Программы по конкретным задачам (до 2015)**    [anexa 3](http://lex.justice.md/UserFiles/File/2010/mo254-256ru/anexa%203-1143.xls) |

|  |  |
| --- | --- |
| HGA1143/2010ID intern unic:  337100 [Версия на русском](http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337100&lang=2) | [Fişa actului juridic](http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=337100&lang=1) |
| http://lex.justice.md/imgcms/stateemblem.png**Republica Moldova** |
| **GUVERNUL** |
| **HOTĂRÎRE** Nr. 1143 din  16.12.2010 |
| **privind aprobarea Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015** |
| Publicat : 24.12.2010 în Monitorul Oficial Nr. 254-256     art Nr : 1286 |
| *[Abrogată prin HG806 din 06.10.14, MO297-309/10.10.14 art.850](http://lex.justice.md/md/354938/)*    În temeiul prevederilor art.6, 7, 9 şi 72 din Legea nr. 10-XVI din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătăţii publice (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2009, nr. 67, art. 183), art. 4 din Legea nr.23-XVI din 16 februarie 2007 cu privire la profilaxia infecţiei HIV/SIDA (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr. 54-56, art. 250), Guvernul HOTĂRĂŞTE:    1. Se aprobă Programul naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015 (se anexează).    2. Se recomandă consiliilor municipale Chişinău şi Bălţi, administraţiei unităţii teritoriale autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri) şi consiliilor raionale:    să elaboreze, să aprobe şi să asigure realizarea programelor teritoriale de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015;    să creeze comisii teritoriale pentru prevenirea şi controlul infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală, abilitate cu funcţii de organizare şi control asupra realizării programelor teritoriale de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală.    3. Autorităţile administraţiei publice centrale:    vor elabora şi vor aproba planuri operaţionale pentru implementarea prevederilor Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015;    vor informa Ministerul Sănătăţii anual, pînă la 5 martie, despre realizarea Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală.    4. Se stabileşte că finanţarea Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015 se va efectua din contul şi în limitele mijloacelor bugetului public naţional, precum şi din contribuţiile organizaţiilor internaţionale, din donaţii şi granturi.    5. Controlul asupra executării prezentei hotărîri se pune în sarcina Ministerului Sănătăţii.**PRIM-MINISTRU                                            Vladimir FILAT    Contrasemnează:    Ministrul sănătăţii                                              Vladimir Hotineanu     Ministrul finanţelor                                            Veaceslav Negruţa    Ministrul muncii, protecţiei     sociale şi familiei                                                 Valentina Buliga    Ministrul justiţiei                                                Alexandru Tănase    Ministrul educaţiei                                              Leonid Bujor    Ministrul tineretului şi sportului                         Ion Cebanu     Nr. 1143. Chişinău, 16 decembrie 2010.** Aprobatprin Hotărîrea Guvernului nr.1143din 16 decembrie 2010**Programul naţionalde prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilorcu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015Capitolul I. Introducere**    1. În conformitate cu clasificarea Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (în continuare – OMS), infecţia HIV/SIDA în Republica Moldova se află în stadiul de epidemie concentrată, cu transmiterea preponderentă a infecţiei pe cale heterosexuală şi micşorarea cazurilor noi în rîndul utilizatorilor de droguri injectabile (în continuare – UDI).    2. În situaţia epidemică actuală se impune elaborarea strategiilor şi activităţilor de promovare a modului sănătos de viaţă, de modificare a comportamentelor riscante de infectare cu HIV prin elaborarea şi implementarea măsurilor de prevenire şi asigurare a tratamentului, îngrijirilor şi suportului persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA (în continuare – PTH).    3. Guvernul, prin intermediul Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală (în continuare – Programul) va asigura coordonarea măsurilor de răspuns la infecţia HIV şi infecţiile cu transmitere sexuală (în continuare – ITS) pentru perioada 2011-2015.    4. Activităţile prioritare din cadrul Programului vor fi transpuse în planurile operaţionale care vor ghida procesul de implementare.    5. Republica Moldova este parte a Angajamentelor Globale la Obiectivele de Dezvoltare a Mileniului, Obiectivul 6 „Stoparea răspîndirii HIV/SIDA şi TB pînă în 2015 şi redresarea tendinţei actuale”, la Declaraţia de Angajament a Sesiunii Speciale a Asambleei Generale a Organizaţiei Naţiunilor Unite (în continuare – ONU) în HIV/SIDA din 2001, iniţiativei de acces universal şi cadrului strategic de rezultate. În acelaşi timp, Programul este elaborat pentru susţinerea obiectivelor Strategiei naţionale de dezvoltare şi Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate 2008-2017 şi Politicii Naţionale de Sănătate.**Capitolul II. Analiza situaţiei actuale**    6. Infecţia HIV prezintă o prioritate majoră de sănătate publică. La 1 iunie 2010 au fost înregistrate cumulativ 5999 de persoane infectate cu virusul HIV, inclusiv 1891 – în teritoriile de est. În anul 2009 se atestă o scădere neesenţială a numărului de cazuri noi înregistrate – 704 (17,12 la 100000 populaţie) în comparaţie cu 795 în anul 2008 (19,27 respectiv). Răspîndirea infecţiei HIV are loc în toate unităţile administrative, cu o rată diferită a prevalenţei. Cea mai înaltă prevalenţă cumulativă la 100000 populaţie se înregistrează în municipiile: Bălţi – 804,86, Chişinău – 135,86; raioanele: Glodeni – 141,49, Basarabeasca – 122,03, Sîngerei – 109,69. În teritoriile de est prevalenţa infecţiei HIV este de 2,73 ori mai înaltă comparativ cu teritoriile din dreapta Nistrului, constituind 453,59 în or. Tiraspol, 531,49 – în raionul Rîbniţa.    7. Infecţia HIV se înregistrează în rîndul persoanelor tinere, apte de muncă, sexual active, astfel 86,02% din numărul total de persoane depistate sînt cuprinse în grupul de vîrstă 15-39 ani, 23,77% – în rîndul segmentului de vîrstă 20-24 ani şi 24,99% – 25-29 de ani.    8. Se menţine la un nivel înalt transmiterea heterosexuală a infecţiei HIV (81,25%), creşterea ponderii cazurilor noi în populaţia rurală (34,9%), migranţilor (34%) şi reducerea ponderii cazurilor noi în rîndul UDI. Anual se înregistrează circa 80 de cazuri noi de infecţie HIV în rîndurile femeilor gravide. În perioada anilor 1989-2009 maladia SIDA a fost diagnosticată la 887 de persoane. În perioada 1987–2009, pe malul drept au decedat circa 500 de persoane cu HIV/SIDA. Pe malul stîng, în perioada 1989–2009, au decedat 490 de persoane cu HIV. Din maladiile SIDA indicatoare se înregistrează mai frecvent infecţia tuberculoza – 482 de persoane (54,34% din numărul total de bolnavi de SIDA).    9. Actualmente, povara infecţiei HIV se resfrînge atît asupra bărbaţilor, cît şi a femeilor. Situaţia s-a schimbat într-o anumită măsură după trecerea de la o epidemie transmisă pe calea injectării drogurilor în anii 1990-2001 (în majoritatea cazurilor referindu-se la bărbaţi) la o epidemie cu transmitere preponderentă pe cale sexuală. Din toate domeniile majore de intervenţie propuse, problemele de gender au fost considerate drept prioritare, incluse în toate activităţile şi, la fel, sînt determinate intervenţii adecvate rolurilor femeilor şi bărbaţilor. De asemenea, se iau în calcul responsabilităţile şi oportunităţile femeilor şi bărbaţilor din perspectivă socială, culturală şi politică. Sînt elaborate diverse instrumente de monitorizare, evaluare şi supraveghere pentru a furniza date dezagregate după criteriul de gender şi pentru a determina intervenţiile axate pe aspectul de gender, admiţîndu-se caracteristicile de gender. Este de menţionat faptul că în cadrul acţiunilor întreprinse anterior, pentru combaterea epidemiei nu s-a ţinut cont de aspectul de gender, activităţile au fost axate pe populaţia generală şi grupurile vulnerabile cu risc sporit de infectare. Avînd în vedere că, la începutul epidemiei, patru cincimi din toate cazurile noi de HIV se datorau UDI, care mai tîrziu s-au extins în populaţia generală cu transmitere sexuală, şi luînd în considerare rolul major pe care îl au femeile în sănătatea reproductivă şi de creştere a copiilor în cadrul familiei şi al societăţii, se pune accent pe asigurarea suportului psihologic, prevenirea sarcinilor nedorite a femeilor HIV pozitive, consiliere şi testare, planificarea familiei, îngrijire şi suport social după naştere (pachete alimentare, haine, tabere de vară pentru mame şi copii).    10. Situaţia epidemică prin sifilis şi gonoree s-a stabilit la nivel constant, incidenţa la 100000 populaţie pentru sifilis este de 68,26 în 2006 şi 69,5 în 2009, iar pentru gonoree – 50,7 şi 42,7 respectiv.    11. Evaluarea rezultatelor Programului naţional de profilaxie şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr. 948 din 5 septembrie 2005, a demonstrat actualitatea acestei probleme, contribuind la fortificarea şi mobilizarea resurselor naţionale şi externe pentru realizarea şi extinderea strategiilor şi activităţilor de prevenire, supraveghere şi control, tratament, îngrijiri şi suport pentru persoanele cu HIV şi membrii familiilor lor. Activităţile şi prevederile Programului sînt susţinute tehnic şi financiar de organizaţii internaţionale, Fondul Global SIDA/Tuberculoza/Malaria şi alţi donatori.    12. Cadrul normativ privind interzicerea discriminării persoanelor infectate/afectate cu HIV sau vulnerabile la infecţie, elaborat şi ajustat în conformitate cu standardele internaţionale, se bazează pe principiul respectării drepturilor omului şi demnităţii umane şi constituie baza pentru implementarea intervenţiilor comprehensive, multidisciplinare şi intersectoriale.    13. Monitorizarea şi supravegherea epidemiologică a infecţiei HIV se află permanent în atenţie a organelor de resort. Pentru sporirea accesului populaţiei la servicii de consiliere şi testare voluntară şi confidenţială, în cadrul sistemului de sănătate a fost creat serviciul de consiliere şi testare voluntară. Pe parcursul anului 2006 au fost testate la HIV 288783 persoane, în 2009 – respectiv 298314 persoane. Supravegherea epidemiologică, tratamentul antiretroviral (în continuare – ARV) şi a infecţiilor oportuniste, îngrijirile paliative, prevenirea transmiterii infecţiei materno-fetale se efectuează conform protocoalelor naţionale, elaborate în conformitate cu recomandările OMS. Este asigurat accesul universal al persoanelor cu HIV şi al bolnavilor cu SIDA la tratament ARV.    14. În colaborare cu societatea civilă se realizează 49 de programe şi proiecte bazate pe strategia de reducere a riscurilor, de prevenire, reabilitare şi asistenţă psihosocială, de terapie de substituţie cu metadonă, în rîndurile UDI, deţinuţilor, migranţilor şi altor grupuri cu risc sporit de infectare, conform standardelor OMS, UNAIDS, Oficiului Naţiunilor Unite pentru Droguri şi Criminalitate (în continuare – UNODC).**Capitolul III. Scopul şi obiectivele Programului**    15. Scopul Programului constă în promovarea modului sănătos de viaţă, formarea comportamentului sigur şi inofensiv, extinderea activităţilor de prevenire în rîndul populaţiei, inclusiv al populaţiei rurale, populaţiei mobile, extinderea accesului la servicii de sănătate (consiliere şi testare voluntară, depistare precoce, tratament, îngrijiri şi suport), precum şi menţinerea situaţiei epidemice a infecţiei HIV în stadiul epidemiei concentrate.    16. Obiectivele Programului:    a) incidenţa infecţiei HIV către anul 2015 nu va depăşi 20,0 cazuri la 100000 populaţie în grupul de vîrstă 0-39 ani.    Intenţia majoră a acestui obiectiv este reducerea incidenţei infecţiei HIV în rîndurile tinerilor de vîrstă reproductivă şi grupurilor vulnerabile. Sporirea accesului populaţiei la serviciile de prevenire va asigura realizarea acestui obiectiv. Principiul de bază, care va sta la baza realizării măsurilor de prevenire, este schimbarea comportamentală, mobilizarea comunitară, activităţi de la egal la egal în rîndul tinerilor şi activităţi de lucru în teren cu UDI, bărbaţii care întreţin relaţii sexuale cu alţi bărbaţi (în continuare – BSB), lucrătorii care practică sex comercial (în continuare – LSC), migranţii, şoferii de curse lungi etc. şi asigurarea consilierii şi testării voluntare a populaţiei;    b) mortalitatea persoanelor cu HIV/SIDA din numărul total al persoanelor estimate către anul 2015 se va reduce cu 10%. Intenţia majoră a acestui obiectiv este îmbunătăţirea calităţii vieţii persoanelor cu HIV/SIDA prin asigurarea: tratamentului ARV necesar, tratamentului infecţiilor oportuniste şi maladiilor SIDA asociate, îngrijirilor la domiciliu, protecţiei sociale, inclusiv a copiilor orfani. Crearea unui mediu abilitant ar permite o aderenţă mai sporită la tratamentul ARV şi asigurarea unui management de caz mai eficient.**Capitolul IV. Principiile care ghidează răspunsul naţional în infecţia HIV/SIDA**    17. La baza elaborării Programului au stat principiile aplicate la nivel internaţional şi naţional pentru programele de sănătate publică:    a) principiul 1: elaborarea răspunsului naţional în cazul infecţiei HIV/SIDA în baza dovezilor;    b) principiul 2: abordarea bazată pe drepturile omului;     c) principiul 3: asigurarea respectării principiului de gender;    d) principiul 4: asigurarea accesului universal la profilaxie, tratament şi îngrijiri;     e) principiul 5: implicarea comunităţilor şi persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în procesul de elaborare, implementare şi evaluare a Programului;     f) principiul 6: monitorizare şi evaluare.**Capitolul V. Domeniile prioritare de acţiune**    18. Programul este conceput ca un cadru complex, intersectorial, care va ghida activităţile răspunsului naţional şi participanţilor acestuia.    19. Implementarea Programului se va axa pe următoarele domenii prioritare:    a) fortificarea şi extinderea activităţilor de prevenire în rîndul populaţiei generale, inclusiv al populaţiei rurale, migranţilor şi altor grupuri cu risc sporit de infectare (UDI, BSB, LSC etc.); stabilirea şi asigurarea funcţionării sistemului unic de comunicare pentru schimbarea comportamentală şi promovarea modului sănătos de viaţă, formarea comportamentului inofensiv la copiii şi tineretul din instituţiile de învăţămînt preuniversitar, mediu de specialitate şi universitar; dezvoltarea continuă a serviciilor de consiliere şi testare voluntară;    b) dezvoltarea infrastructurii şi a capacităţilor pentru sporirea accesului universal la asistenţă medicală şi la îngrijiri paliative prin descentralizarea tratamentului ARV, consolidarea serviciilor medicale, sociale şi paliative;    c) consolidarea şi extinderea capacităţilor instituţiilor guvernamentale şi ale societăţii civile de educaţie şi suport al copiilor rămaşi fără ocrotire părintească şi al copiilor din familii în situaţii de dificultate;    d) dezvoltarea şi asigurarea funcţionalităţii unui sistem naţional interdepartamental, multisectorial de coordonare, management şi monitoring al activităţilor ce ţin de controlul, prevenirea şi tratamentul infecţiei HIV/SIDA şi ITS. Dezvoltarea capacităţilor Consiliului Naţional de Coordonare a Programelor Naţionale de profilaxie şi control al infecţiei HIV/SIDA, infecţiilor cu transmitere sexuală şi de control al tuberculozei (în continuare – CNC) şi grupurilor tehnice de lucru a CNC;     e) managementul Programului va fi efectuat prin cercetări operaţionale, implementarea sistemelor de supraveghere epidemiologică, supravegherea circulaţiei şi rezistenţei virusului, implementarea tehnologiilor informaţionale, introducerea managementului de caz şi consolidarea capacităţilor diagnosticului de laborator;    f) fortificarea capacităţilor resurselor umane prin educaţie formativă, traininguri în domeniul HIV/SIDA;    g) crearea unui mediu de suport şi dezvoltare comunitară (pledorie şi comunicare; dezvoltare instituţională; drepturile omului; programe de gender);    h) studii şi cercetări epidemiologice, clinice, sociale, comportamentale şi economice în infecţia HIV/SIDA.**Capitolul VI. Deţinătorii de drepturi şi beneficiarii Programului**    20. Deţinătorii de drepturi şi beneficiarii Programului au fost identificaţi în funcţie de riscul de infectare cu HIV şi în funcţie de vulnerabilitatea socială şi comportamentală şi au fost clasificaţi conform anexei nr.1 la prezentul Program. Pentru estimarea populaţiei beneficiare ale Programului s-a aplicat metodologia UNAIDS/OMS care, în parteneriat cu autorităţile naţionale, utilizează o metodă ce implică şase paşi pentru a obţine estimări ale prevalenţei HIV pe perioada implementării programelor naţionale (5-10 ani).    21. În cazul Republicii Moldova, ţară cu epidemie concentrată, conform recomandărilor UNAIDS, estimările derivă din următorul proces:    a) pasul unu – datele de supraveghere epidemiologică se colectează pentru grupurile cu risc sporit: LSC, BSB şi UDI. Se fac estimări ale mărimii grupurilor respective, precum şi a grupurilor expuse unui risc considerabil (spre exemplu: partenerii LSC sau ai UDI etc.);     b) pasul doi – datele colectate sînt introduse într-un soft specializat (intitulat Pachet de Estimări şi Prognoze/ „Estimation and Projection Package”);    c) pasul trei – se generează curba de evoluţie a ratelor de incidenţă HIV printre adulţi (grupa de vîrstă 15-49) pe parcursul unei perioade de timp;    d) pasul patru – curba incidenţei printre adulţi, împreună cu estimările demografice naţionale, obţinute de la UNFPA, şi datele privind acoperirea cu tratament ARV pentru adulţi şi copii sînt introduse în programul Spectrum;    e) pasul cinci – aceste date sînt completate cu diferite estimări epidemiologice (ratele fertilităţii, proporţia femei/bărbaţi, supravieţuirea după infectarea cu HIV etc.);    f) pasul şase – programul Spectrum oferă o prognoză a numărului de adulţi infectaţi, de cazuri noi de infecţie cu HIV şi decese cauzate de SIDA, de orfani şi a necesităţilor de tratament ARV.**Capitolul VII. Activităţi prioritare**    22. **Obiectivul specific I. Asigurarea accesului a cel puţin 10% din populaţia generală la servicii de prevenire a infecţiei HIV şi ITS pînă în 2015:**    a) elaborarea şi implementarea unui cadru strategic de comunicare pentru schimbare comportamentală în HIV/SIDA şi ITS;    b) implicarea şi mobilizarea comunităţilor (autorităţile administraţiei publice locale, inclusiv serviciile de sănătate, asistenţă socială, educaţie, comunităţile religioase, comunităţile persoanelor cu HIV, ONG-urile, membrii familiilor afectate de HIV/SIDA) pentru consolidarea prevenirii infecţiei HIV şi ITS;    c) asigurarea populaţiei generale cu servicii de consiliere şi testare voluntară la HIV şi ITS;    d) elaborarea şi implementarea programelor de prevenire HIV şi ITS pentru grupurile de populaţie expuse la risc, printre care: migranţi, populaţia mobilă, recruţi, deţinuţi, persoanele în uniformă (inclusiv în sistemul penitenciar), copii şi tineri în conflict cu legea, alte grupuri marginalizate;    e) desfăşurarea activităţilor de prevenire a infecţiei HIV şi ITS în rîndurile tinerilor şi adolescenţilor în cadrul sistemului de învăţămînt;    f) desfăşurarea activităţilor de prevenire a infecţiei HIV şi ITS în rîndurile tinerilor şi adolescenţilor neşcolarizaţi;    g) desfăşurarea activităţilor de prevenire a infecţiei HIV şi ITS orientate spre PTH;    h) prevenirea HIV în rîndul populaţiei angajate în cîmpul muncii prin intermediul programelor la locul de muncă.    23. **Obiectivul specific II. Asigurarea accesului a 60% din numărul estimat al persoanelor din grupurile de risc sporit (LSC, BSB, UDI) la servicii de prevenire pînă în 2015:**    a) asigurarea prevenirii răspîndirii HIV şi ITS, în funcţie de necesităţile specifice vîrstei şi de gen, în rîndul LSC şi al clienţilor lor;    b) asigurarea prevenirii infecţiei HIV şi ITS, în funcţie de necesităţile specifice vîrstei şi de gen, în rîndul BSB;    c) asigurarea accesului UDI, în funcţie de necesităţile specifice vîrstei şi de gen, la servicii comprehensive de prevenire HIV şi la tratament de substituţie, inclusiv în sectorul penitenciar.    24. **Obiectivul specific III. Asigurarea a 10 % din populaţie cu prezervative pînă în 2015:**    asigurarea marketingului social al prezervativelor.    25. **Obiectivul specific IV. Asigurarea cu tratament ITS a 80% din pacienţii diagnosticaţi cu ITS pînă în 2015:**    asigurarea testării, diagnosticului şi tratamentului ITS pentru toate categoriile de populaţie, inclusiv pentru grupurile cu risc sporit de infectare.     26. **Obiectivul specific V. Asigurarea accesului a cel puţin 95% din femeile cu HIV/SIDA însărcinate la servicii de profilaxie a transmiterii a infecţiei de la mamă la făt pînă în 2015:**    prevenirea răspîndirii HIV şi ITS prin transmitere de la mamă la făt şi asigurarea copiilor născuţi de mame seropozitive cu substituenţi nutritivi.    27. **Obiectivul specific VI. Asigurarea securităţii a 100% de probe de sînge destinat transfuziei:**    asigurarea securităţii sîngelui donat.    28. **Obiectivul specific VII. Asigurarea accesului la profilaxie postcontact al tuturor persoanelor în situaţii de risc de infectare cu HIV în 100% din necesitate:**    asigurarea profilaxiei postcontact în cazuri de expunere profesională şi în cazuri de abuz sexual sau viol; asigurarea accesului la informaţii despre profilaxia postcontact.    29. **Obiectivul specific VIII. Asigurarea cu tratament ARV a 80% din numărul estimat al persoanelor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA care necesită tratament pînă în 2015:**    a) asigurarea accesului persoanelor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA la tratament de ambulator;    b) asigurarea populaţiei generale cu testare la HIV la iniţiativa lucrătorului medical şi diagnosticul de laborator;    c) asigurarea profilaxiei, diagnosticului şi tratamentului infecţiilor oportuniste şi maladiilor asociate la pacienţii cu HIV în condiţii de ambulator;    d) asigurarea accesului persoanelor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA la tratament ARV;    e) asigurarea accesului adulţilor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA la tratament ARV;    f) asigurarea accesului copiilor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA la tratament ARV;    g) asigurarea aderenţei la tratament ARV (inclusiv prin implementarea programelor nutriţionale);    h) asigurarea monitorizării de laborator pentru ajustarea şi asigurarea eficienţei tratamentului;    i) supravegherea rezistenţei virusului HIV la tratament la pacienţii cu HIV.     30. **Obiectivul specific IX. Asigurarea cu îngrijiri şi suport a 10% din numărul estimat al persoanelor cu HIV şi bolnavilor de SIDA pînă în 2015:**    a) asigurarea managementului de caz al pacienţilor cu HIV de echipă multidisciplinară;    b) asigurarea suportului psihosocial al persoanelor cu HIV şi al bolnavilor de SIDA;    c) asigurarea pacienţilor în faza terminală cu îngrijiri paliative în condiţii de ambulator;    d) asigurarea diagnosticului şi a tratamentului infecţiilor oportuniste şi maladiilor asociate la pacienţii cu HIV în condiţii de staţionar;    e) asigurarea pacienţilor în faza terminală cu îngrijiri paliative medicale în staţionar;    f) asigurarea accesului copiilor afectaţi şi infectaţi la servicii sociale.    31.**Obiectivul specific X. Crearea unui sistem eficient de management al programului pînă în 2015:**    a) asigurarea procesului de planificare şi management prin intermediul grupurilor tehnice de lucru ale CNC;    b) asigurarea managementului financiar al Programului şi proiectelor;    c) asigurarea monitorizării şi evaluării Programului;    d) asigurarea implementării, renovării şi deservirii sistemelor informaţionale din domeniul HIV/SIDA;    e) asigurarea supravegherii medicale a pacienţilor prin operaţionalizarea SIME-HIV;    f) asigurarea supravegherii prestării serviciilor sociale şi de prevenire în rîndul grupurilor vulnerabile prin operaţionalizarea sistemului de identificare unică;    g) operaţionalizarea sistemelor de coordonare în cadrul sectorului nonguvernamental;    h) consolidarea capacitaţii personalului implicat în programe;    i) asigurarea creşterii capacităţilor profesionale ale lucrătorilor implicaţi în prestarea serviciilor pentru pacienţii cu HIV/SIDA şi ITS, inclusiv pediatrice;    j) asigurarea protecţiei sociale a persoanelor cu HIV şi a bolnavilor de SIDA;    k) asigurarea activităţilor de pledoarie si apărare a intereselor PTH;    l) asigurarea protecţiei drepturilor PTH;    m) consolidarea capacităţii ONG-urilor ale PTH;    n) efectuarea studiilor epidemiologice şi sociologice;    o) realizarea cercetărilor operaţionale.**Capitolul VIII. Implementarea Programului**    32. Mecanismul de implementare a Programului se bazează pe activitatea CNC.    33. Responsabilitatea pentru participarea în cadrul CNC şi pentru implementarea activităţilor cu caracter sectorial revine ministerelor de resort.    34. CNC îşi desfăşoară activitatea pe baza unui parteneriat între instituţiile de stat, patronate, organizaţiile internaţionale şi neguvernamentale, respectînd principiile transparenţei şi colaborării reciproce. **Capitolul IX. Prestarea şi implementarea serviciilor,parteneri în implementare**    35. Prestatorii de servicii şi implementatorii vor coordona activitatea în probleme de implementare cu CNC. Transparenţa implementării activităţilor se va asigura prin funcţionalitatea site-ului web www.aids.md.    36. Partenerii în implementare sînt organizaţiile guvernamentale şi cele ale societăţii civile:    a) servicii de sănătate publică şi privată pentru diagnosticarea de laborator, îngrijirea clinică, managementul pacienţilor, educaţia pentru sănătate etc.;     b) ONG-uri pentru implementarea activităţilor în rîndul populaţiei din grupurile de risc sporit, acordarea suportului PTH etc.;    c) companii din sectorul privat pentru implementarea politicilor la locul de muncă;     d) prestatori de servicii sociale pentru transpunerea răspunsului la HIV în serviciile existente;    e) grupuri de cercetare pentru organizarea studiilor.    37. Autorităţile administraţiei publice şi organizaţiile responsabile de consolidarea capacităţilor sînt:     a) Ministerul Sănătăţii, Ministerul Muncii, Protecţiei Sociale şi Familiei, Ministerul Educaţiei, Departamentul Instituţiilor Penitenciare al Ministerului Justiţiei, Ministerul Tineretului şi Sportului şi instituţiile abilitate;    b) agenţiile tehnice ale ONU (UNAIDS, OMS, UNFPA, UNICEF etc.), prin acordarea asistenţei tehnice şi informarea asupra standardelor internaţionale;    c) ONG-urile naţionale şi internaţionale specializate în domeniul intervenţiilor preconizate pentru PTH, intervenţii la locul de muncă, UDI etc;    d) autorităţile administraţiei publice locale de nivelul întîi şi al doilea.**Capitolul X. Monitorizarea şi evaluarea**    38. Monitorizarea şi evaluarea Programului se efectuează de către Ministerul Sănătăţii conform Planului de monitorizare a Programului (anexa nr.2 la prezentul Program).    39. Indicatorii Programului vor fi raportaţi anual.     40. Principiul de bază în crearea indicatorilor-cheie este concentrarea pe „măsurarea progresului” în realizarea obiectivelor, rezultatelor şi componentelor de Program.    41. Indicatorii elaboraţi reflectă, de asemenea, necesităţile naţionale pentru raportări, după cum au fost formulate în cadrul Declaraţiei Acces Universal, Declaraţiei de la Dublin (în continuare, UNGASS); Iniţiativei de Acces Universal şi Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului axate pe HIV/SIDA.     42. Indicatorii au fost grupaţi în patru categorii: de produs, de proces, de rezultat şi de impact. **Capitolul XI. Estimarea generală a costurilor**    43. Estimarea costurilor pentru realizarea Programului s-a efectuat în baza determinării costului per serviciu sau per capita, după caz (anexa nr.3 la prezentul Program).Anexa nr.1 la Programul naţional de prevenireşi control al infecţiei HIV/SIDAşi infecţiilor cu transmiteresexuală pentru anii 2011-2015**Populaţiile-ţintă de beneficiari, definiţii şi descrieri**    Identificarea populaţiilor-ţintă de beneficiari (în continuare – PB) are drept scop cuantificarea resurselor alocate unei populaţii specifice ca parte a procesului de prestare a serviciilor în cadrul intervenţiei programatice, care au fost identificaţi în baza Ghidului UNAIDS, 2009 „Evaluarea şi clasificarea populaţiei de beneficiari pentru răspunsul naţional la HIV/SIDA”. Acesta reprezintă un rezultat legat de resursele cheltuite, fără a se ţine cont de eficienţa sau acoperirea realizată.     **I. PB.01 PERSOANE CARE TRĂIESC CU HIV**    1. PB.01.01 Adulţi şi tineri (în vîrstă de 15 ani şi mai mult) care trăiesc cu HIV     a) PB.01.01.01 Adulţi şi tineri bărbaţi (în vîrstă de 15 ani şi mai mult) care trăiesc cu HIV    b) PB.01.01.02 Adulţi şi tinere femei (în vîrstă de de 15 ani şi mai mult) care trăiesc cu HIV     c) PB.01.01.98 Adulţi şi tineri (în vîrstă de de 15 ani şi mai mult) care trăiesc cu HIV şi nu sînt dezagregaţi după criteriul de gender     2. PB.01.02 Copii (în vîrstă de pînă la 15 ani) care trăiesc cu HIV     a) PB.01.02.01 Băieţi (în vîrstă de pînă la 15 ani) care trăiesc cu HIV    b) PB.01.02.02 Fete (în vîrstă de pînă la 15 ani) care trăiesc cu HIV    c) PB.01.02.98 Copii (în vîrstă de pînă la 15 ani) care trăiesc cu HIV şi nu sînt dezagregaţi după criteriul de gender     3. PB.01.98 Persoane care trăiesc cu HIV şi nu sînt dezagregate după criteriul de vîrstă sau gender    **II. PB.02 POPULAŢIILE CU RISC SPORIT DE INFECTARE** sînt identificate după tipul de comportament pe care îl practică şi care îi predispune la un risc mai mare de a fi infectaţi cu HIV. Astfel, se identifică acele populaţii care trebuie să constituie prioritate în cadrul programelor naţionale şi subnaţionale. În special, aceste grupuri de populaţii cu risc sporit de infectare includ următoarele categorii: LSC şi clienţii acestora, UDI, BSB, inclusiv adolescenţi din grupurile respective. Aceste populaţii sînt estimate ca avînd rate înalte de schimb al partenerilor sexuali, de practicare a relaţiilor sexuale neprotejate cu parteneri multipli sau de utilizare a echipamentului nesteril de injectare a drogurilor, activităţi care îi pun în pericol de expunere la HIV.     1. PB.02.01 Utilizatori de droguri injectabile (UDI) şi partenerii lor sexuali    2. PB.02.02 Lucrători ai sexului comercial (LSC) şi clienţii lor     a) PB.02.02.01 Lucrătoare ale sexului comercial (LSC) şi clienţii lor    b) B.02.02.02 Bărbaţi LSC transvestiţi (şi clienţii lor)    c) PB.02.02.03 Bărbaţi LSC netransvestiţi (şi clienţii lor)    d) PB.02.02.98 Lucrători ai sexului comercial (LSC) dezagregaţi după criteriul de gender    e) PB.02.02.99 Lucrători ai sexului comercial (LSC) care nu au mai fost clasificaţi şi clienţii acestora    3. PB.02.03 Bărbaţi ce întreţin relaţii sexuale cu bărbaţi (BSB)    4. PB.02.98 Populaţii cu risc sporit de infectare dezagregaţi după tip şi vîrstă     **III. PB.03 ALTE POPULAŢII-CHEIE** includ populaţii precum sînt copiii rămaşi fără ocrotire părintească şi copiii din familii în situaţie de dificultate, copiii născuţi sau care urmează a fi născuţi de mame HIV pozitive, refugiaţii, persoanele intern deplasate şi imigranţii, emigranţii şi migranţii în cadrul hotarelor ţării, considerate ca „populaţii-cheie” în termeni atît de dinamică a epidemiei, cît şi de răspuns.     1. PB.03.01 Copii rămaşi fără ocrotire părintească şi copii din familii în situaţie de dificultate (CFT)    2. PB.03.02 Copii născuţi sau care urmează a fi născuţi de mame care trăiesc cu HIV     3. PB.03.03 Refugiaţi (deplasaţi la nivel extern)    4. PB.03.04 Populaţii intern deplasate (în cazuri de urgenţă)    5. PB.03.05 Migranţi/populaţii mobile    6. PB.03.06 Grupuri minoritare etnice    7. PB.03.07 Deţinuţi şi alte persoane instituţionalizate     8. PB.03.08 Şoferi de curse lungi/angajaţi în domeniul transporturilor şi şoferii comerciali    9. PB.03.09 Copii şi tineri ai străzii    10. PB.03.10 Copii şi tineri în conflict cu legea    11. PB.03.11 Copii şi tineri în afara şcolii    12. PB.03.12 Copii şi tineri instituţionalizaţi    13. PB.03.13 Parteneri ai persoanelor care trăiesc cu HIV    14. PB.03.14 Recipienţi de sînge şi produse sangvine    15. PB.03.98 Alte populaţii-cheie nedezagregate după tip     16. PB.03.99 Alte populaţii-cheie neclasificate în altă parte     **IV. PB.04 POPULAŢII „ACCESIBILE” SPECIFICE** includ copiii din şcoli, femeile ce frecventează clinicile de sănătate reproductivă, personalul militar şi angajaţii la locul de muncă.     1. PB.04.01 Persoane ce frecventează clinicile ITS    2. PB.04.02 Elevi din treapta primară şi gimnazială    3. PB.04.03 Elevi din treapta liceală, elevi din învăţămîntul profesional, mediu de specialitate    4. PB.04.04 Studenţi din învăţămîntul superior    5. PB.04.05 Lucrători medicali    6. PB.04.06 Marinari     7. PB.04.07 Militari     8. PB.04.08 Poliţia şi alte servicii în uniformă (altele decît militarii)    9. PB.04.09 Ex-combatanţi     10. PB.04.10 Angajaţi la locul de muncă    11. PB.04.98 Populaţii „accesibile” nedezagregate după tip    12. PB.04.99 Populaţii „accesibile” neclasificate în altă parte     **V. PB.05 POPULAŢIA GENERALĂ cuprinde**    1. PB.05.01 Populaţia generală (adulţi în vîrstă de 24 ani şi mai mult)    a) PB.05.01.01 Populaţia de bărbaţi adulţi    b) PB.05.01.02 Populaţia de femei adulte    c) PB.05.01.98 Populaţia generală (adulţi ce au depăşit vîrsta de 24 ani) nedezagregată după categoria de gender    2. PB.05.02 Copii (în vîrstă de pînă la 15 ani)    a) PB.05.02.01 Băieţi     b) PB.05.02.02 Fete     c) PB.05.02.98 Copii (în vîrstă de pînă la 15 ani) nedezagregată după categoria de gender     3. PB.05.03 Tineri (cu vîrste cuprinse între 15 şi 24 ani)    PB.05.03.01 Bărbaţi tineri    PB.05.03.02 Femei tinere     PB.05.03.98 Tineri (cu vîrste cuprinse între 15 şi 24 ani) nedezagregaţi după categoria de gender     4. PB.05.98 Populaţia generală nedezagregată după categoria de vîrstă sau gender    **VI. PB.99 POPULAŢII-ŢINTĂ SPECIFICE n**eclasificate în altă parte: populaţii-ţintă ce nu au fost incluse în clasificările de mai sus. Anexa nr.2 la Programul naţional de prevenireşi control al infecţiei HIV/SIDAşi infecţiilor cu transmiteresexuală pentru anii 2011-2015**Planul naţionalpentru monitorizarea şi evaluarea Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015Capitolul I. Dispoziţii generale**    1. Planul naţional pentru monitorizarea şi evaluarea Programului naţional de prevenire şi control al infecţiei HIV/SIDA şi infecţiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2011-2015 (în continuare – Planul) este armonizat cu cadrul de politici existente în diverse sectoare şi a fost elaborat prin intermediul unui proces participativ, în baza evaluării sistemului de monitorizare şi evaluare, a Programului naţional de profilaxie şi control a infecţiei HIV/SIDA/ITS pentru anii 2006-2010 şi a analizei Răspunsului Naţional.    2. Planul conţine informaţia de referinţă care asigură colectarea, agregarea, analiza şi utilizarea datelor privind implementarea Programului, oferind informaţia cu privire la indicatorii de bază, principalele surse de date, fluxul informaţional, produsele informaţionale şi responsabilităţile instituţionale.**Capitolul II. Context**    3. Conform recomandărilor Conferinţei de la Washington din 25 aprilie 2004, organizată de UNAIDS şi de principalii donatori, Republica Moldova a semnat Declaraţia de angajament şi s-a angajat în elaborarea şi fortificarea principiului tripartit, care prevede armonizarea eforturilor şi evitarea dublărilor, prin intermediul:    **a) unui singur cadru strategic;    b) unui singur mecanism de coordonare pentru gestionarea răspunsului naţional la infecţia HIV/SIDA şi ITS;    c) unui singur sistem naţional de monitorizare şi evaluare.****Capitolul III. Obiectivele şi elementele monitorizării şi evaluării**    4. **Scopul monitorizării şi evaluării**este ghidarea şi coordonarea eficientă a procesului de colectare, analiză, agregare şi utilizare a datelor, care va permite monitorizarea în dinamică a progresului realizat în domeniul răspunsului naţional la HIV/SIDA şi ITS şi fortificarea procesului de luare a deciziilor.    5. **Obiectivele** monitorizării şi evaluării sînt următoarele:     a) elaborarea procesului de monitorizare şi evaluare, care va permite colectarea, prelucrarea, analiza şi interpretarea sistematică a datelor;    b) întocmirea listei indicatorilor de bază, care vor facilita monitorizarea progreselor realizate în combaterea infecţiei HIV/SIDA şi ITS şi identificarea necesităţilor pentru luarea deciziilor;    c) descrierea principalelor surse utilizate pentru colectarea datelor de monitorizare şi evaluare necesare;    d) stabilirea fluxului informaţional;    e) descrierea funcţiilor responsabililor de monitorizare şi evaluare;    f) asigurarea transparenţei produselor diseminate şi a mecanismelor pentru distribuirea datelor.     6. Prin implementarea Planului vor fi realizate următoarele:    a) raportarea de calitate şi în termen;    b) fortificarea sistemului de monitorizare şi evaluare;    c) fluxul structurat şi coordonat al informaţiei de rutină;    d) crearea depozitarului unic de date care ar integra sistemele de raportare preexistente;    e) elaborarea strategiei de diseminare a datelor;    f) întocmirea planului de creştere a competenţelor;    g) stabilirea agendelor de studii şi evaluare.     7. Cadrul organizatoric, aprobat în 2008 de către Grupul Global de Referinţă pentru Monitorizare şi Evaluare, include 12 componente ale sistemului de monitorizare şi evaluare:     a) structurile organizaţionale cu funcţii de monitorizare şi evaluare;     b) capacităţile umane pentru monitorizare şi evaluare;    c) parteneriatele pentru planificarea, coordonarea şi gestionarea sistemului de monitorizare şi evaluare;    d) planul naţional şi multisectorial de monitorizare şi evaluare;     e) planul de lucru naţional anual de monitorizare şi evaluare;     f) pledoarie, comunicare şi cultură;     g) monitorizarea permanentă de rutină a Programului;     h) studii şi supraveghere;     i) baze de date naţionale şi subnaţionale;     j) supravegherea de sprijin şi auditul datelor;    k) studii ştiinţifice şi evaluare;    l) distribuirea şi utilizarea datelor.    8. Sistemul naţional de monitorizare şi evaluare are funcţii importante la nivel central, teritorial şi de prestatori ai serviciilor. Sistemul de monitorizare şi evaluare include raportarea din partea instituţiilor publice şi a societăţii civile din toate sectoarele implicate în implementarea Programului.     9. Fluxurile de prezentare a informaţiilor:    a) verticale de raportare existente, sisteme automatizate (SIME-HIV, SIME-ITS, SI CTV, identificator unic);     b) verticale de raportare existente, sisteme neautomatizate (raportarea în baza formularelor statistice);    c) verticale în curs de instituţionalizare (raportarea din partea ONG);    d) orizontale (raportarea intersectorială).**Capitolul IV. Indicatorii naţionali pentru infecţia HIV**    10. Indicatorii pentru monitorizarea şi evaluarea Programului, conform tabelului 1 din prezenta anexă, au fost selectaţi conform:     a) obiectivelor Programului ;     b) indicatorilor pentru infecţia HIV/SIDA ai Strategiei naţionale de dezvoltare şi ai Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului naţionalizate;     c) indicatorilor internaţionali recomandaţi din UNGASS;     d) indicatorilor iniţiativei „Acces Universal” la intervenţii în domeniul HIV/SIDA;    e) indicatorilor relevanţi pentru infecţia HIV/SIDA şi ITS din alte politici şi planuri naţionale;     f) ghidurilor internaţionale pentru monitorizarea şi evaluarea infecţiei HIV/SIDA;     g) criteriilor de cuantificare realistă şi costului rezonabil.     11. Monitorizarea echităţii şi accesului la intervenţii eficiente de prevenire, îngrijiri, tratament şi atenuare a impactului este reflectată în definiţia şi modul de dezagregare a indicatorilor respectivi. Categoriile standard de indicatori sînt: vîrsta, sexul, locul de reşedinţă şi regiunea (malul drept/stîng al Nistrului). **Capitolul V. Sursele de date pentru indicatorii naţionali**    12. Sursele de date pentru indicatorii de Program sînt următoarele:     a) indicatorii de impact şi rezultat, care includ: studii biomedicale şi clinice; de supraveghere de santinelă în populaţii cu risc sporit de infectare; comportamentale şi sociologice;    b) indicatorii de produs, care includ: statistica administrativă/monitorizarea de rutină;     c) numitorii unor indicatori, care presupun: estimări ale incidenţei, prevalenţei, mărimii grupurilor de populaţii cu risc sporit de infectare, necesitaţii în tratament ARV şi prognoze referitor la evoluţia acestor valori estimate.    13. Pentru complimentarea surselor de date existente şi îmbunătăţirea înţelegerii tendinţelor de evoluţie a problemelor specifice de sănătate publică, va fi efectuată sinteza pentru analiza datelor din surse multiple în baza observărilor empirice. **Capitolul VI. Baza naţională de date SIDATA**    14. Baza naţională de date SIDATA constituie un instrument funcţional care asigură disponibilitatea datelor pentru utilizarea lor în procesul de planificare strategică şi concentrează datele agregate din: a) sistemele de raportare existente în cadrul instituţiilor publice şi implementatorii intersectoriali a Programului;     b) sectorul neguvernamental.    15. Baza naţională de date SIDATA integrează sistemele de raportare existente şi constituie o platformă unică de prezentare a datelor, care evită raportarea dublă, asigură transparenţa datelor, validarea la nivel naţional, accesul limitat de editare în scopul asigurării securităţii datelor.    16. Baza naţională de date SIDATA prevede acces web pentru vizualizarea datelor grupate după strategii/categorii/arii de intervenţii.    17. Baza naţională de date SIDATA este amplasată în incinta Centrului Naţional SIDA. Introducerea datelor este efectuată de persoane desemnate/instruite din cadrul tuturor instituţiilor publice şi neguvernamentale abilitate, conform tabelului 2 din prezenta anexă.**Capitolul VII. Calitatea datelor**    18. Criteriile de calitate pentru datele de monitorizare şi de evaluare includ: validitate; veridicitate; actualitate; precizie; integritate.    19. Grupul tehnic de lucru pentru monitorizare şi evaluare (în continuare – GTLME) va elabora Protocolul pentru asigurarea calităţii datelor, care va instituţionaliza un sistem pentru calitatea principalilor indicatori, fortificarea sistemelor de gestiune a datelor şi creşterea competenţelor personalului implicat în colectarea, agregarea şi analiza lor.    20. Supravegherea de suport va include monitorizarea şi direcţionarea performanţei instituţiilor subordonate şi transferul cunoştinţelor, atitudinilor şi deprinderilor. Supravegherea de suport va fi efectuată eşalonat pe organizaţiile de prestare a serviciilor şi va fi utilizată ca mecanism pentru fortificarea capacităţilor de monitorizare şi evaluare locale. GTLME va elabora Ghidul pentru supravegherea de suport în monitorizare şi evaluare.    21. Validarea datelor presupune aplicarea unor mecanisme interne şi externe. Auditul intern va fi un proces consecvent, desfăşurat cu o anumită periodicitate. Auditurile externe vor fi întreprinse anual în locaţii selectate aleatoriu şi pentru anumiţi indicatori. Responsabilitatea pentru validarea datelor în cadrul sectoarelor aparţine ministerelor de ramură. Aspectele multilaterale vor fi gestionate de GTLME.**Capitolul VIII. Evaluări şi cercetări**    22. Evaluarea şi studiile sînt componente ale sistemului complex de monitorizare şi evaluare. Crearea procesului naţional pentru identificarea domeniilor pentru evaluare şi desfăşurarea studiilor şi cercetărilor va asigura evitarea dublării eforturilor şi diseminarea rezultatelor pentru utilizare în procesul de luare a deciziilor. Planificarea adecvată a studiilor, cercetărilor şi evaluărilor va constitui o premisă pentru o finanţare adecvată.    23. Domeniile prioritare pentru studii epidemiologice includ:    a) elucidarea rolului consumului de droguri injectabile în transmiterea infecţiei HIV în rîndul gravidelor, LSC şi BSB;    b) determinarea ponderii reale a transmiterii heterosexuale sau homosexuale a infecţiei HIV la bărbaţi, neasociate cu consumul de droguri injectabile;    c) elucidarea factorilor de vulnerabilitate la HIV şi ITS asociate aspectelor de gen;    d) studierea factorilor care determină adolescenţii să adopte comportamente cu risc sporit de infectare cu HIV;    e) descrierea sistemului de referire şi a legăturilor de suport de la egal la egal în asistenţa, îngrijirile/tratamentul şi supravieţuirea după diagnosticarea infecţiei HIV;     f) efectuarea unui studiu descriptiv al infecţiei HIV/SIDA asupra gravidelor cu statut HIV pozitiv. **Capitolul IX. Produse informaţionale**    24. Rapoartele de implementare a Programului sînt următoarele:    a) raportul anual de monitorizare şi evaluare în infecţia HIV/SIDA şi ITS;     b) rapoarte trimestriale pentru Fondul global SIDA/TB/Malarie;     c) raportul anual pentru Acces Universal;     d) raportul bienal UNGASS;    e) raportul de evaluare la mijloc de termen şi la finele implementării Programului. |