



2023

**АИТВ-ға қарсы ұлттық әрекетті
гендерлік бағалаудың қысқаша
тұжырымы**

Қазақстан Республикасы

Резюме отчета Гендерной оценки
национальных ответных мер на ВИЧ
Республика Казахстан

Summary of the Gender Assessment
Report of the national response to HIV
Republic of Kazakhstan

Гендерлік талдауды Қазақстандағы ЮНЭЙДС кеңсесінің техникалық және қаржылық қолдауымен Растокина Елена дайындады. Осы мүмкіндікті пайдалана отырып, ЮНЭЙДС кеңсесінің ұжымына, атап айтқанда: Габриэла Ионашка, Алия Бокажанова, Инна Бурмашоваға және Елена Кириюшина есеп жазу кезінде көмек пен қолдау көрсеткені үшін алғыс білдіргім келеді.

Қазақстандық дерматология және жұқпалы аурулар ғылыми орталығына, сондай-ақ қоғамдастық өкілдеріне – Любовь Воронцова, Оксана Ибрагимова, Валентина Манкиева, Людмила Полякова, сонымен қатар гендер және АИТВ мәселелерінде өз тәжірибелерімен, көзқарастарымен, ұсыныстарымен бөліскен барлық әріптестерге алғысымызды білдіреміз.

Осы гендерлік бағалау есебіндегі талдау ЮНЭЙДС пен оның мандатының және/немесе оның демеушілерінің, мүше мемлекеттердің және азаматтық қоғамның мақұлдауын, қарым-қатынасын немесе қолдауын білдірмейді не тұспалдамайды. Талдау мазмұны тәуелсіз тексеруден өткен жоқ. ЮНЭЙДС тақырыптық зерттеу мазмұнының толықтығы мен дәлдігіне қатысты ешқандай мәлімдеме, уәде немесе кепілдік бермейді және мазмұндағы қателіктер мен олқылықтар үшін жауапкершіліктен тікелей бас тартады.

Гендерлік бағалаудың мақсаты: 2023 жылы Қазақстанда ЮНЭЙДС құралының әдіснамасы бойынша АИТВ-ға жауапты гендерлік бағалауы жүргізілді. Бағалауды ұлттық консультант кабинеттік талдау форматында үкіметтік емес ұйымдар өкілдерінің, халықтың негізгі топтарының және АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың қатысуымен сұхбат, фокус-топтар ұйымдастырумен және өткізумен жүргізді. Гендерлік есепті аяқтау үшін ЮНЭЙДС аймақтық және елдік кеңселеріне техникалық көмек көрсетілді.

Жауап гендерлік құрамдас бөлікті ескере отырып талданды: эпидемиология, профилактика, медициналық және әлеуметтік қызметтер, жыныстық-репродуктивті денсаулық, кемсітушілік, әйелдердің жағдайы, гендерлік зорлық-зомбылық, азаматтық қоғамның қатысуы.

Елде АИТВ-ға гендерлік-трансформациялық, әділ және адам құқықтарына негізделген жауапты қалыптастыру мақсатында гендерлік-айрықша іс-шаралар Қазақстанда АИТВ инфекциясының алдын алу мен емдеудің қолданыстағы саясаты мен бағдарламаларына біріктірілуге тиіс.

Негізгі ұсыныстар төменде келтірілген.

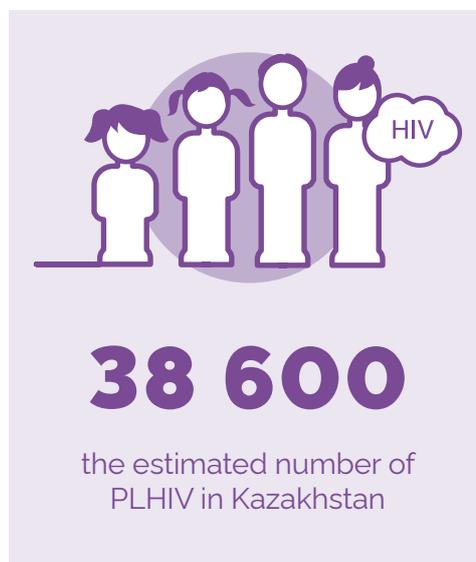


БӨЛІМ 1: АИТВ-НЫҢ ЕЛДІК ЭПИДЕМИЯСЫ МЕН КОНТЕКСТІНІҢ СИПАТТАМАСЫ

АИТВ ЭПИДЕМИЯСЫНЫҢ ГЕНДЕРЛІК ДИНАМИКАСЫ

Қазақстанда АИТВ-инфекциясының таралуы шоғырланған кезеңде сақталады. 2022 жылы АИТВ-инфекциясының 4,007 жаңа жағдайы тіркелді. Берілудің негізгі жолы жыныстық қатынас болып табылады, оның үлесі 74,7% құрайды. Гетеросексуалдық байланыстардағы жыныстық жол – 66,8%, гомосексуалдық байланыстарда – 7,9% құрайды. Инъекциялық препараттарды қолдану кезінде АИТВ-инфекциясының парентеральды жолмен берілуінің анықталу үлесі жылдан жылға төмендеп, 2022 жылы 20,3% құрады. Спектрум бағдарламасына сәйкес Қазақстанда АИТВ-мен өмір сүріп келе жатқан адамдардың болжамды саны – 38,600; ерлер – 23,434;

әйелдер – 15,166 құрайды. Сонымен қатар, АИТВ-мен өмір сүріп келе жатқан адамдардың 79%-ы өз мәртебесін біледі, оның 84%-ы АРВ терапиясында, оның 87%-нда вирустық жүктемесінің басылғаны байқалады.



178
PLHIV died at the AIDS
stage in 2022

Соңғы жылдары жүкті әйелдерді АРВ терапиясымен қамту өсіп келеді, ол 2022 жылы 98,7% құрады. Балаларды профилактикалық емдеумен қамту 100% құрайды. 2022 жылы АИТВ жұқтырған жүкті әйелдерде 469 босану тіркелді. АИТВ жұқтырған 469 әйелдің ішінен есепті кезеңде антиретровирустық терапияны 463 әйел алды, 98,7% қамтылды, АРВ профилактикасымен әйелдер консультациясында есепте тұрмаған жүкті әйелдер қамтылмаған.

Динамикада Қазақстанда ЖИТС-тен болатын өлім-жітім азайып келеді. 2022 жылы ЖИТС сатысында 178 АИТВ-мен өмір сүріп келе жатқан адам қайтыс болды, ЖИТС-тен өлім-жітім көрсеткіші 100 000 тұрғынға шаққанда 0,9 құрады. 2021 жылдың ұқсас кезеңінің көрсеткіші – 1,2.

АИТВ ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАСЫ АСПЕКТИСІНДЕГІ ҰСЫНЫСТАР:

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Эпидемиологиялық деректерді жинау әрдайым инъекциялық есірткі қолданатын адамдар, секс-жұмыскерлер және бас бостандығынан айыру орындарында жыныстық белгі бойынша жүргізілмейді, бұл қыздар мен әйелдер үшін ағымдағы жағдайды талдауда едәуір қиындық тудырады, нәтижесінде осы топқа арналған бағдарламаларды жоспарлауды қиындатады. Эпидемиологиялық деректерді жыныстық және жас ерекшеліктеріне қарай бөле отырып жинауды енгізу қажет.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Қолданылатын АИТВ-ның алдын алу бағдарламалары ИЕҚА (инфекциялық есірткі қолданатын адамдар), СЖ (секс-жұмыскерлер), АИТВӨА (АИТВ-мен өмір сүретін адамдар) тобына жататын әйелдердің, АИТВ-мен ауыратын жасөспірім қыздардың гендерлік ерекшеліктерін ескерусіз әзірленді. Гендерлік-спецификалық қызметтерді әзірлеу үшін халықтың негізгі топтарындағы әйелдердің қажеттіліктеріне талдау жүргізу қажет.
2. Есірткі қолданатын әйелдер мен секс-жұмыскерлердің қажеттіліктерін ескере отырып, АББА (анадан балаға берілудің алдын алу) бойынша әлеуметтік сүйемелдеудің жеке хаттамалары жоқ. ЕҚА (есірткі қолданатын адамдар) әйелдері үшін босану кезіндегі ауырсынуды басу және есірткіге тәуелділікке байланысты ауырсынуды басу әдістерін көрсету қажет.
3. Әлемдік тәжірибе АИТВ-инфекциясына тестілеуден жалтарғаны үшін қолданыстағы әкімшілік жауапкершілік тестілеуден өткендер санының артуына ықпал етпейтінін көрсетті. АИТВ инфекциясына тестілеуден жалтарғаны үшін әкімшілік жауапкершіліктен бас тарту қажет.
4. Презервативтерді қолдану бойынша жүргізіліп жатқан барлық жұмыстарға қарамастан, ХНТ¹ (халықтың негізгі топтары) қауіпті жүріс-тұрыспен айналысуды жалғастыруда. АИТВ-инфекциясының эпидемиясын тежеудің жаңа әдістері қажет, мысалы: ХНТ арасында байланысқа дейінгі профилактика (БДП) бағдарламасын кеңейту.
5. БДП-дағы әйелдер саны төмен болып қалуда (27%), БДП бағдарламасын дискордантты жұптар қатарындағы да, ХНТ өкілдері қатарындағы да әйелдер үшін кеңейту қажет.
6. "Әйелдерге арналған" жалғыз профилактикалық бағдарламалар - бұл АИТВ-ның анадан балаға берілуінің алдын алу, ол әйелдің репродуктивті функцияларына, "бала көтеруге және тууға" бағытталған. Бірақ бұл жағдайда да бағдарлама әйелдердің қажеттіліктерін ескермей (лактацияны тоқтату, психологиялық қолдау) тек профилактикалық мәселелерді (АИТВ-ның берілуін болдырмау) ескереді. АИТВ-мен ауыратын жүкті әйелдерді қолдау жөніндегі бағдарламаларды енгізу, лактацияны тегін тоқтатуға қолжетімділікті қамтамасыз ету қажет.
7. Қазақстан Республикасындағы ПТАО² бағдарламасындағы әйелдер мен ерлердің пайыздық арақатынасын, сондай-ақ азаматтық қоғамның жекелеген айғақтарын ескере отырып, ПТАО есірткі қолданатын әйелдер үшін тартымды емес деген қорытынды жасауға болады. ПТАО бағдарламасының әйелдерге қызмет көрсетуде гендерлік-спецификалық қатынасын күшейту қажет.

ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МӘДЕНИ ФАКТОРЛАР

Қазақстан Бейжің декларациясы мен іс-қимыл платформасын (1995), Әйелдерге қатысты кемсітушіліктің барлық нысандарын жою туралы Конвенцияны, Әйелдердің саяси құқықтары туралы Конвенцияны (1999), Тұрмысқа шыққан әйелдің азаматтығы туралы Конвенцияны (1999), Халықаралық еңбек ұйымының (ХЕҰ) сегіз негізгі конвенциясын және 2030 жылға дейінгі тұрақты даму саласындағы күн тәртібін қоса алғанда, бірқатар халықаралық конвенцияларды ратификациялады, Қазақстан БҰҰ-ның әйелдердің жағдайы жөніндегі комиссиясының жұмысына белсенді қатысады, ол әйелдердің құқықтарын қорғау және ілгерілету жөніндегі халықаралық стандарттардың орындалуын қарайды.

Дегенмен, елде әсіресе жалақыға, жұмысқа орналасуға және мансаптық мүмкіндіктерге қатысты тұрақты гендерлік теңгерімсіздік сақталады. 2022 жылы гендерлік жалақы алшақтығы 21,7% құрайды.

Әйелдерге қатысты зорлық-зомбылықтың жоғары деңгейі Қазақстанда гендерлік теңдікке қол жеткізу үшін елеулі кедергі болып табылады. Орталық Азияда алғаш рет жүргізілген "БҰҰ-әйелдер" құрылымының зерттеуі 18 бен 75 жас аралығындағы әйелдердің 17%-ы серіктес тарапынан физикалық немесе жыныстық зорлық-зомбылыққа, ал 21%-ы психологиялық зорлық-зомбылыққа ұшырағанын көрсетті³.

ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МӘДЕНИ ФАКТОРЛАР ТҰРҒЫСЫНАН ҰСЫНЫСТАР:

- Қазақстанда әлеуметтік қызметтерді алу, сондай-ақ мәжбүрлеп емдеу бөлігінде АИТВ-мен өмір сүретін адамдарды заңнамалық кемсіту сақталуда. Халықаралық ұсынымдарға сәйкес мынадай заңнамалық актілерді келтіру қажет: әкімшілік-құқықтық бұзушылықтар туралы кодекс, арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсету жөніндегі №379 бұйрықтар және тұрмыстық зорлық-зомбылық құрбандарына арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсету жөніндегі №1079 бұйрық).
- Әлемдегі тұрақсыз саяси жағдайды және қақтығыстар кезеңінде медициналық қызмет көрсету алгоритмінің жоқтығын ескере отырып, әскери қақтығыстар кезінде АИТВ-мен ауыратын әйелдерге қызмет көрсету алгоритмін әзірлеу қажет.
- АИТВ-мен өмір сүретін әйелдерге және зорлық-зомбылықтан зардап шеккен негізгі топтардағы әйелдерге арналған дағдарыс орталықтарына қол жеткізу бойынша №1079 бұйрыққа өзгерістер енгізу.
- Мемлекеттік бюджет және/немесе халықаралық қаржыландыру есебінен қоғамдастық ұйымдарының базасында зорлық-зомбылықтан зардап шеккен әйелдерге қызмет көрсету үшін ҰЕҰ-ға мемлекеттік әлеуметтік тапсырыс беру.
- Барлық жастағы жалпы халықтың, оның ішінде өз денсаулығы саласындағы әйелдердің құқықтары туралы ақпаратты қамтуы тиіс балалардың хабардарлығын арттыру, гендерлік стереотиптерді жою, ұлдар мен ерлерде оң еркектікті қалыптастыру жөніндегі бағдарламаларды енгізу қажет.
- АИТВ-ның алдын алу және күтім және қолдау бағдарламалары мәселелерінде гендерлік-спецификалық қызметтер бойынша бағдарламаларды табысты енгізу үшін әйелдер құқықтары және гендерлік теңдік мәселелері бойынша шешім қабылдайтын адамдарға оқыту жүргізу қажет.

ҚҰҚЫҚТЫҚ ЖӘНЕ САЯСИ ФАКТОРЛАР (ДИСКРИМИНАЦИЯЛЫҚ ЗАҢДАР МЕН САЯСАТ)

- Есірткіні сату мақсатынсыз қолдану мен сақтауды қылмыстық жауапкершілікке тарту есірткіні қолданатын әйелдердің зиянды азайту бағдарламаларына қол жетімділігін шектейді. Бұл ИЕҚА (инъекциялық есірткі қолданатын адамдар) тобында АИТВ-инфекциясының таралуына әсер етеді, есірткіні сату мақсатынсыз сақтағаны үшін қылмыстық қудалауды болдырмау қажет.
- АИТВ-инфекциясының таралуы үшін қылмыстық жазаның болуы қауіпті жүріс-тұрыспен айналысатын адамдардың АИТВ-инфекциясына тестілеуге жүгінуіне теріс әсер етеді, АИТВ-мен ауыратын адамдарға қатысты кемсітушілікті күшейтеді, АИТВ-мен ауыратын әйелдерді осал жағдайға қояды. Жұқтыру қаупі үшін қылмыстық жаза бойынша жеке бапты жою керек. Бұл қылмысты, халықаралық ұсынымдарға сәйкес, жалпы қылмыстық заңнама шеңберінде, ниеті дәлелденген жағдайда қарау.
- Қазақстан Республикасының азаматтығын, тұруға ықтиярхат алудан бас тарту негіздерінен "АИТВ-ны алып тастау" бойынша тікелей нұсқаудың болмауы АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың аталған құжаттарды алу мерзіміне теріс әсер етеді. Бұл мәселенің маңызды факторы – АИТВ-мен ауыратын адамдар үшін тегін емдеуге қол жеткізу тек осы құжаттар болған жағдайда ғана мүмкін болады. Көші-қон полициясы қызметкерлерінің "жеке шешімдер", "процесті кешіктіру" мүмкіндігін болдырмау үшін заңнамалық актілерге тиісті өзгерістер енгізу қажет.
- Әскери бөлімшелерде, арнаулы мемлекеттік және құқық қорғау органдарында, азаматтық авиацияда қызметші ретінде жұмыс істеуге қолданыстағы тыйым салу АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың құқықтарын бұзады. АИТВ анықталған жағдайда осы бағыттағы қызметкерлер "терінің зақымдалуына байланысты емес жұмысқа" ауыстырылатын өзгерістер енгізу қажет.
- Дипломнан кейінгі медициналық білім беруде оқытуды жүргізу үшін АИТВ-мен өмір сүретін адамдар және ХНТ-ге қатысты стигма және кемсітушілік бойынша бекітілген модульдің, сондай-ақ осы оқытуды жүргізу үшін бекітілген сағаттардың болмауы медициналық мекемелерде АИТВ-мен ауыратын әйелдерді кемсіту жөніндегі жағдайды одан әрі түзетуге ықпал етпейді. Модульді бекітіп, дипломнан кейінгі білім беру шеңберінде медицина қызметкерлерін "АИТВ-мен өмір сүретін адамдар және ХНТ-ге қатысты стигма және кемсітушілік" мәселелері бойынша оқыту сағаттарын енгізу қажет.
- Қазақстан Республикасында ХНТ, АИТВ-мен өмір сүретін адамдарға толерантты қатынасты қалыптастыру жөніндегі бағдарламалар жоқ, халықаралық қаржыландыру есебінен жекелеген жобалар ғана ерекшелік болып табылады. Кампанияларды, бағдарламаларды әзірлеуге міндетті түрде ХНТ, АИТВ-мен өмір сүретін адамдар қатыса отырып, жалпы халық үшін ХНТ, АИТВ-мен өмір сүретін адамдарға төзімділік жөніндегі жұмысты мемлекеттік қаржыландыру үшін жеке бап бөлу қажет.
- Жүргізілген зерттеулердің деректеріне сәйкес медициналық мекемелер мен әлеуметтік қызмет көрсету мекемелерінде кемсітушілік сақталуда. Жеке бюджеттік желіге медициналық мекемелерде және әлеуметтік қызметтер көрсететін мекемелерде ХНТ/АИТВ бар әйелдердің толеранттылық қатынасы, құқықтары жөніндегі жұмысты енгізу қажет.
- 2022 жылы әйелдер арасында анықтау бойынша үшінші орында 50 жастан асқан әйелдер тұр, АИТВ-мен өмір сүретін адамдар көбінесе ересек жаста анықталады, бұл ретте Қазақстанда менопауза кезеңіндегі әйелдерге арналған жеке бағдарламалар жоқ. Менопауза кезінде АИТВ-мен ауыратын әйелдерге қызмет көрсету алгоритмін әзірлеу қажет. (Менопаузадағы әйелдерге кеңес беруге менопаузальды гормондық терапия мен АРТ өзара әрекеттесу мәселелерін қосу. Жеке АРТ препараттарын тағайындау кезінде менопаузадағы әйелдердің осалдығын ескеру.)

- АИТВ-мен ауыратын әйелдер жатыр мойны обырына скринингтен өту қажеттілігі туралы ақпаратқа ие емес, тексерудің бұл санатын Денсаулық сақтау органдары тіркемейді, клиникалық хаттамаларда скринингтен өту қажеттілігі бойынша ұсыныстар ғана бар. АИТВ-мен өмір сүретін әйелдер арасында 25 жастан бастап жатыр мойны обырына тексерілгендердің санын әр 3-5 жыл сайын зерттеу жиілігімен арттыру бойынша шаралар әзірлеу қажет. Осы санаттағы зерттеулер бойынша статистиканы енгізу.
- Секс-жұмыскерлер тобы басқа ХНТ-мен салыстырғанда АРТ-пен (72%) жеткіліксіз қамтылған. СЖ АРТ қамту бойынша жұмысты күшейту қажет.
- Тұтқындар тобы АРТ-ны жоғары қамтуға қарамастан (94%), басқа ХНТ-мен салыстырғанда АРТ-ға (78%) бейімділіктің ең төменгі деңгейін көрсетеді. Тұтқындар арасында алдын алу бағдарламаларының болмауы аясында топ бас бостандығынан айыру орындарында, сондай-ақ босату кезінде бұрынғы тұтқындардың жыныстық және инъекциялық серіктестері арасында АИТВ-ның жаңа өршуін тудыруы мүмкін қамтудан "шығады". Бас бостандығынан айыру орындарында міндеттеме бойынша жұмысты күшейту үшін "тең консультанттардың" жұмысын қаржыландыру қажет

БӨЛІМ 2: АИТВ-ҒА ҚАРСЫ ІС-ҚИМЫЛДЫҢ ҰЛТТЫҚ ШАРАЛАРЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ

- Ұлттық бағдарламалар шеңберінде АИТВ-мен ауыратын әйелдерге арналған гендерлік бағдарланған қызметтер жоқ. ДДҰ ұсынымдарына сәйкес гормоналды контрацепцияны және АРТ-мен өзара әрекеттесуді қоса алғанда, контрацепцияның барлық заманауи әдістері бойынша кеңес беру сияқты репродуктивті жастағы АИТВ-мен ауыратын әйелдерге медициналық қызмет көрсетуде осындай гендерлік-спецификалық норманы енгізу қажет. АИТВ-мен ауыратын әйелдер мен ХНТ әйелдерінің жүктілікті тоқтатудың әртүрлі әдістеріне, соның ішінде әйелдің түсік жасатуға міндетті ақпараттандырылған келісімін қамтамасыз ете отырып, қауіпсіз медициналық түсік жасатуды қамтамасыз ету.
- АИТВ-мен ауыратын әйелдер үшін репродуктивті технологиялардан бас тарту жағдайлары тіркелді. Заңға тәуелді нормативтік актілерге өзгерістер енгізу әдісімен ЭКҰ бағдарламаларына АИТВ-мен өмір сүретін әйелдердің қолжетімділігін қамтамасыз ету қажет.
- Оқушылардың СРД мәселелері бойынша хабардар болмауы бойынша ұсынылған деректерді ескере отырып, Қазақстан Республикасының барлық өңірлерінде оқушылардың хабардар болу деңгейі бойынша жұмысты күшейту қажет. 2018 жылы ЮНФПА-ның Қазақстандағы Кеңесі оқушыларды СРД мәселелеріне оқыту бойынша әдістемелік ұсынымдар әзірледі, бірақ бұл ұсынымдар халықаралық ұйымдардың қолдауымен кейбір өңірлерде ғана қолданылады. 2018 жылы әзірленген СРД бойынша әдістемелік ұсынымдарды бекіту, мемлекеттік қаржыландыру есебінен Қазақстан Республикасының барлық өңірлерінің міндетті мектеп бағдарламасына енгізу қажет.
- Қолданыстағы заңнама АИТВ-мен ауыратын жасөспірімдерді уақтылы емдеуге кедергі келтіреді (тек 18 жастан бастап, ата-анасының ескертуінсіз), өйткені барлық жасөспірімдер ата-аналарымен сенімді қарым-қатынаста бола бермейді және әрқашан өздерінің қауіпті жүріс-тұрысы мәселелерін талқылауға дайын емес. Жасөспірімдердің ата-анасының ескертуінсіз АИТВ-ны диспансерлік есепке қою және емдеу бойынша жасын 16 жасқа дейін төмендету қажет.
- Қазақстанда жалпы халық арасында, атап айтқанда, АИТВ-мен ауыратын әйелдер арасында контрацепцияның әртүрлі түрлерін қолдануды растайтын/жоққа шығаратын зерттеулер жоқ. Контрацепцияға қатысты негізгі мәселе әрқашан ерлердің презервативті қолдануы болып табылады. Әйелдерге арналған ең жаңа контрацепция құралдарына қол жеткізуді қамтамасыз ету үшін негізгі топтағы әйелдер қолданатын контрацептивтердің әртүрлі түрлері бойынша зерттеу жүргізу қажет.

КЕШЕНДІ ЖАУАП ШАРАЛАРЫ

959595-ТІ қоса алғанда, өршіл мақсаттарға қол жеткізу үшін АИТВ-инфекцияларының алдын алудың сыналған, жоғары тиімді шараларының тұтас кешенін ұсынатын біріктірілген бағдарламалардың нысаналы пакеттері қажет. Осыған байланысты Қазақстанда алдыңғы қатарлы елдерде қолданылатын барлық профилактикалық қызметтер көрсетіледі. Осылайша, елде зиянды азайту бағдарламалары Қазақстанның барлық 17 өңірінде мемлекеттік бюджет есебінен енгізіліп, қаржыландырылады, олар шприцтер, инелер беру және ақпараттық - білім беру шағын-сессияларын өткізу немесе ақпараттық-білім беру материалын ұсыну болып табылады.

Елімізде 132 сенім пункті тұрақты негізде жұмыс істейді, оның ішінде инъекциялық есірткі қолданатын адамдарға қызмет көрсету үшін 106 стационарлық және 26 жылжымалы пункт жұмыс істейді. Опиоидты агонистермен қолдаушы (метадондық) терапия (ОАҚТ) бағдарламасы іске асырылуда, бүгінгі таңда бағдарлама клиенттерінің саны Қазақстанның 12 өңірінен 16 сайтта 379 адамды құрайды. Қазақстанда ОАҚТ бағдарламасымен қамту жеткіліксіз және ресми есепте тұрған адамдардың 5,5% құрайды. Халықтың негізгі топтарының (ИЕҚА, СЖ, ЕЖЕ) ЖЖБИ-ді тегін құпия және жасырын негізде емдеуге қол жеткізуін қамтамасыз ету үшін Республикада 29 Достық кабинет (ДК) жұмыс істейді, оның ішінде ЖИТС орталықтарының жанында - 24. 2022 жылы жалпы Достық кабинеттеріне 27 121 адам жүгінді, өтініштер саны 42 207 құрады. ДК-ге жүгінген адамдардың 41,5%-ы СЖ - 11 262 адамды құрайды.

Елде, Қазақстан Республикасының Конституциясы, 14-бап қандай да бір кемсітушілікке тыйым салуды қамтиды. Алайда кемсітушілік, стигматизация немесе кемсітушілікке тыйым салу "Ерлер мен әйелдер үшін тең құқықтар мен тең мүмкіндіктердің мемлекеттік кепілдіктері туралы" ҚР Заңында көзделген "Жыныс белгісі бойынша кемсітушілікті" қоспағанда, кез келген құқықтық актіде жеке айқындалмаған. Сонымен қатар, бірқатар заңдарда ҚР Қылмыстық кодексін қоса алғанда, кемсітушілікке тыйым салынады. Сонымен қатар, Қазақстанда АИТВ жұқтыру және тарату қаупіне қойғаны үшін қылмыстық жаза қолданылады (118-бап "Адамның иммунитетін тапшылығы вирусын (АИТВ) жұқтыру").

ОАҚТ бағдарламасына қатысушылар (апиын агонистерін қолдау терапиясы) ауруханаларда және үйде стационарлық емдеу қажет болған жағдайда метадонға қол жеткізе алмайды.

АИТВ-мен өмір сүретін әйелдер тұрмыстық зорлық-зомбылық құрбандары үшін дағдарыс орталықтарында тұру мүмкіндігінен айырылған, өйткені АИТВ-инфекциясы осы ұйымдарда тұруға медициналық қарсы көрсетілімдер тізімінде көрсетілген (заңға тәуелді акт деңгейінде қабылданған).

АИТВ-инфекциясы заң бойынша Қазақстан Республикасында азаматтық беруден бас тартудың себебі болып табылмайды. Алайда АИТВ-мен өмір сүретін мигранттар көптеген жылдар бойы азаматтық ала алмайды, бұл өз кезегінде олардың көптеген экономикалық және әлеуметтік құқықтарды жүзеге асыруға қол жетімділігін шектейді.

АИТВ тегін медициналық көмек алуға жататын әлеуметтік маңызы бар аурулардың (ТМККК) тізіміне енгізілген. Алайда сақтандыру сыйлықақыларын (МӘМС) төлемеген АИТВ-мен өмір сүретін адамдар мемлекеттік денсаулық сақтау желісінде басқа медициналық қызметтерге қол жеткізе алмайды.

АИТВ-мен өмір сүретін әйелдер мен ХНТ өкілдерінің АИТВ саясатын және АИТВ-ның алдын алу бағдарламаларын қалыптастыру жөніндегі іс-шараларға қатысуына қарамастан, гендерлік-спецификалық қызметтерді енгізу мәселелеріне жеткілікті көңіл бөлінбейді, мұндай қызметтерді қосу бойынша адвокация жеткілікті деңгейде тиімді емес. АИТВ-мен өмір сүретін қыздар мен әйелдердің көшбасшылығын дамыту, гендерлік-спецификалық бағдарламаларды және АИТВ контекстіндегі әйелдердің осалдығының басқа да аспектілерін қосу бойынша адвокациясын бағыты бойынша оқыту жүргізу, сондай-ақ әйелдер қоғамдастығы тарапынан АИТВ-ға жауап шараларын мониторингілеу және қыздар құқықтарының іске асырылуын мониторингілеу саласындағы бағдарламаларды іске асыру есебінен олардың алуан түрлілігінде АИТВ-мен өмір сүретін қыздар мен әйелдердің әлеуетін күшейту қажет. АИТВ-мен өмір сүретін қыздар мен әйелдер қауымдастығы олардың алуан түрлілігінде одан әрі дамыту мен жұмылдыруды қажет етеді.

БӨЛІМ 3: ГЕНДЕРЛІК ФАКТОРЛАРДЫ ЕСКЕРЕТІН ІС-ШАРАЛАР – НӘТИЖЕГЕ БАҒДАРЛАНҒАН ЖОСПАР

Гендерлік бағалаудың алдын ала нәтижелері 2023 жылғы 11 сәуірде мемлекеттік, үкіметтік емес және халықаралық ұйымдардың, соның ішінде АИТВ қауымдастығының өкілдері мен АИТВ-мен өмір сүретін әйелдердің қатысуымен халықтың негізгі топтары үшін ССК платформасында таныстырылды және талқыланды.

Есепті ұсына отырып, гендерлік бағалаудың түпкілікті нәтижелері 2024 жылдың соңына дейін ел деңгейінде талқыланатын болады. Сондай-ақ, ел деңгейіндегі гендерлік факторларды ескеретін іс-шараларды жоспарлай отырып, нәтижеге бағдарланған жоспар әзірлеу туралы шешім қабылданатын болады.

РЕЗЮМЕ ГЕНДЕРНОЙ ОЦЕНКИ НАЦИОНАЛЬНЫХ ОТВЕТНЫХ МЕР НА ВИЧ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН



Гендерный анализ был подготовлен Растокиной Еленой, при технической и финансовой поддержке офиса ЮНЭЙДС в Казахстане. Пользуясь случаем, хотелось бы выразить слова благодарности и признательности коллективу офиса ЮНЭЙДС, в частности: Габриэле Ионашку, Алие Бокажановой, Инне Бурмашовой и Елене Кирюшиной за помощь и поддержку при написании отчета.

Выражаем благодарность Казахскому научному центру дерматологии и инфекционных заболеваний, а также представительницам сообщества — Любове Воронцовой, Оксане Ибрагимовой, Валентине Манкиевой, Людмиле Поляковой и всем коллегам, поделившимся своим опытом, видением, рекомендациями в вопросах гендера и ВИЧ.

Анализ, содержащийся в этом отчете, по гендерной оценке, не подразумевает или иным образом, не выражает и не предполагает одобрения, отношений или поддержки со стороны ЮНЭЙДС и ее мандата и/или кого-либо из ее коспонсоров, государств-членов и гражданского общества. Содержание анализа не подвергалось независимой проверке. ЮНЭЙДС не делает никаких заявлений, обещаний или гарантий относительно полноты и точности содержания тематических исследований и прямо отказывается от какой-либо ответственности за ошибки и упущения в содержании.

Цель гендерной оценки: в 2023 году в Казахстане была проведена гендерная оценка ответа на ВИЧ по методологии инструмента ЮНЭЙДС. Оценка проводилась национальным консультантом в формате кабинетного анализа с организацией и проведением интервью, фокус-групп с участием представителей неправительственных организаций, ключевых групп населения и людей, живущих с ВИЧ. Для финализации гендерного отчета была оказана техническая помощь региональным и страновым офисами ЮНЭЙДС.

Ответные меры были проанализированы с учетом гендерной составляющей: эпидемиология, профилактика, медицинские и социальные услуги, сексуальное-репродуктивное здоровье, дискриминация, положение женщин, гендерное насилие, участие гражданского общества.

С целью формирования гендерно-трансформационного, справедливого и основанного на правах человека ответа на ВИЧ в стране, гендерно-специфические мероприятия должны быть интегрированы в действующие политику и программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Казахстане.

Основные рекомендации приводятся ниже.



РАЗДЕЛ 1: ОПИСАНИЕ СТРАНОВОЙ ЭПИДЕМИИ ВИЧ И КОНТЕКСТА

ГЕНДЕРНАЯ ДИНАМИКА ЭПИДЕМИИ ВИЧ

Распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане удерживается в концентрированной стадии. За 2022 год зарегистрировано 4 007 новых случаев ВИЧ инфекции. Основным путем передачи является половой, на его долю приходится 74,7%. Половой путь при гетеросексуальных контактах составляет 66,8%, при гомосексуальных контактах – 7,9%. Доля выявления парентерального пути передачи ВИЧ инфекции при употреблении инъекционных наркотиков снижается из года в год, составив 20,3% в 2022 году. Согласно программе Спектрум, оценочное количество ЛЖВ в Казахстане составляет

38 600; мужчин – 23 434; женщин – 15 166. При этом, 79% ЛЖВ знают свой статус, из них 84% находятся на АРВ терапии, из них у 87% отмечается подавленная вирусная нагрузка.

За последние годы охват беременных женщин АРВ-терапией растет и в 2022 году составляет 98,7%. Охват детей профилактическим лечением составляет 100%. В 2022 году зарегистрировано 469 родов у ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Из 469 родивших ВИЧ-инфицированных женщин антиретровирусную терапию за отчетный период получили 463 женщины, охват 98,7%; не охвачены АРВ-профилактикой беременные женщины, не состоявшие на учете в женской консультации.

В динамике смертность от СПИДа в Казахстане уменьшается. За 2022 год умерло на стадии СПИД 178 ЛЖВ, показатель смертности от СПИД на 100 000 населения составил 0,9. Показатель аналогичного периода 2021 года – 1,2.



РЕКОМЕНДАЦИИ В АСПЕКТЕ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ ИНФЕКЦИИ:



178

Общее число людей, умерших по причинам, связанным со СПИД, в 2022 году

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

Сбор эпидемиологических данных не всегда осуществляется с разбивкой по половому признаку среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, секс-работниц и в местах лишения свободы⁴, что существенно усложняет анализ текущей ситуации для девочек и женщин, и, как следствие, затрудняет планирование программ для данной группы. Необходимо внедрить сбор эпидемиологических данных с разбивкой по половому и возрастному признаку.

ПРОФИЛАКТИКА:

1. Применяемые программы профилактики ВИЧ разработаны без учета гендерных особенностей женщин, принадлежащих к группе ЛУИН, СР, ЛЖВ, девочек-подростков с ВИЧ. Необходимо провести анализ потребностей женщин из ключевых групп населения для разработки гендерно-специфически услуг.
2. Отдельных протоколов социального сопровождения по ППМР⁵, с учетом потребностей женщин, употребляющих наркотики и секс-работниц, не существует. Необходимо указать методы обезболивания родов для женщин из числа ЛУН и обезболивания в связи с наркотической зависимостью.
3. Существующая административная ответственность за уклонение от тестирования на ВИЧ-инфекцию согласно мировой практике не способствует увеличению числа протестированных. Необходимо отказаться от административной ответственности за уклонение от тестирования на ВИЧ-инфекцию.
4. Несмотря на всю проводимую работу по использованию презервативов, КГН⁶ продолжают практиковать рискованное поведение. Необходимы новые методики по сдерживанию эпидемии ВИЧ-инфекции, например, расширение программы доконтактной профилактики (ДКП) среди КГН.
5. Число женщин на ДКП остается низким (27%), необходимо расширять программу ДКП для женщин, как из числа дискордантных пар, так и представительниц КГН.
6. Единственные профилактические программы «для женщин», которые существуют — это профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, которая направлена на репродуктивную функцию женщины, «вынашивания и рождения ребенка». Но, даже в этом случае программа учитывает только профилактические вопросы (предотвращение передачи ВИЧ), без учета потребностей женщин (прекращение лактации, психологическая поддержка). Необходимо внедрить программы по поддержке беременных женщин с ВИЧ, обеспечить доступ к бесплатному прекращению лактации.
7. Учитывая процентное соотношение женщин и мужчин в программе ПТАО⁷ в Республике Казахстан, а также отдельные свидетельства гражданского общества, можно сделать вывод, что ПТАО не привлекательна для женщин, употребляющих наркотики. Необходимо усилить гендерно-специфический подход в оказании услуг для женщин, включенных в программу ПТАО.

СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ

Казахстан ратифицировал ряд международных конвенций, включая Пекинскую декларацию и Платформу действий (1995), Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенцию о политических правах женщин (1999), Конвенцию о гражданстве замужней женщины (1999), восемь основополагающих конвенций Международной организации труда (МОТ) и Повестку дня в области устойчивого развития до 2030 года. Казахстан активно участвует в работе Комиссии ООН по положению женщин, которая рассматривает выполнение международных стандартов по защите и продвижению прав женщин.

Тем не менее в стране сохраняется устойчивый гендерный дисбаланс, особенно в отношении заработной платы, доступа к трудоустройству и карьерным возможностям. В 2022 году гендерный разрыв в оплате труда составлял 21,7%.

Высокий уровень насилия в отношении женщин представляет собой серьезное препятствие для достижения гендерного равенства в Казахстане. Исследование Структуры «ООН-женщины», впервые проведенное в Центральной Азии, показало, что 17% женщин в возрасте от 18 до 75 лет подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера, а 21% - психологическому насилию⁸.

РЕКОМЕНДАЦИИ В АСПЕКТЕ СОЦИО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ И КУЛЬТУРНЫХ ФАКТОРОВ:

- В Казахстане сохраняется законодательная дискриминация людей, живущих с ВИЧ, в части получения социальных услуг, а также принудительного лечения. Необходимо привести в соответствие с международными рекомендациями следующие законодательные акты: кодекс об административно-правовых нарушениях, приказ №379 по оказанию специальных социальных услуг и приказ №1079 по оказанию специальных социальных услуг жертвам бытового насилия).
- Учитывая нестабильную политическую обстановку в мире, и отсутствие алгоритма оказания медицинских услуг в период конфликтов, необходимо разработать алгоритм оказания услуг женщинам с ВИЧ в период военных конфликтов.
- Добиться изменений в приказе №1079 по доступу к кризисным центрам для женщин, живущих с ВИЧ, и женщин из ключевых групп, пострадавших от насилия.
- Предоставить государственный социальный заказ НПО для оказания услуг женщинам, пострадавшим от насилия, на базе организаций сообщества за счет государственного бюджета и/или международного финансирования.
- Необходимо внедрять программы по повышению информированности общего населения всех возрастов, включая детей, которые должны содержать информацию о правах женщин в области своего здоровья, развеивать гендерные стереотипы, формировать позитивную маскулинность у мальчиков и мужчин.
- Для успешного внедрения программ по гендерно-специфическим услугам в вопросах профилактики ВИЧ и программ ухода и поддержки необходимо проводить обучение лиц, принимающих решения, по вопросам прав женщин и гендерного равенства.

ПРАВОВЫЕ И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ (ДИСКРИМИНАЦИОННЫЕ ЗАКОНЫ И ПОЛИТИКА)

- Криминализация употребления и хранения наркотиков без цели сбыта ограничивает доступ женщин, употребляющих наркотики, к программам снижения вреда. Это влияет на распространение ВИЧ-инфекции в группе ЛУИН. Необходимо исключить уголовное преследование за хранение наркотиков без цели сбыта.
- Наличие уголовного наказания за распространение ВИЧ-инфекции отрицательно сказывается на обращаемость людей, практикующих рискованное поведение, за тестированием на ВИЧ-инфекцию, усиливает дискриминацию по отношению к людям с ВИЧ, ставит в уязвимое положение женщин с ВИЧ. Следует устранить отдельную статью по уголовному наказанию за постановку под угрозу заражения, рассматривать данное преступление согласно международным рекомендациям в рамках общего уголовного законодательства в случае, когда доказан умысел.
- Отсутствие прямого указания по «исключению ВИЧ» из оснований в отказе в предоставлении вида на жительство, гражданства Республики Казахстан негативно влияет на сроки получения указанных документов людьми, живущими с ВИЧ. Важным фактором в этом вопросе является то, что доступ к бесплатному лечению для людей с ВИЧ возможен только при наличии данных документов. Необходимо внести соответствующие изменения в законодательные акты для исключения возможности «личных решений», «затягивания процесса» сотрудниками миграционной полиции.
- Действующий запрет на работу в качестве служащих в воинских подразделениях, в специальных государственных и правоохранительных органах, гражданской авиации нарушает права людей, живущих с ВИЧ. Необходимо внести изменения, согласно которым в случае выявления ВИЧ сотрудники данных направлений переводятся на «работу, не связанную с повреждением кожных покровов».
- Отсутствие утвержденного модуля по стигме и дискриминации в отношении ЛЖВ и КГН в постдипломном медицинском образовании, а также утвержденных часов данного обучения, не способствует дальнейшему исправлению ситуации по дискриминации женщин с ВИЧ в медицинских учреждениях. Необходимо утвердить модуль и внедрить часы по обучению медицинских работников вопросам «Стигмы и дискриминации по отношению к ЛЖВ и КГН» в рамках постдипломного образования.
- Программы по формированию толерантного отношения к КГН и ЛЖВ отсутствуют в Республике Казахстан, исключение составляют отдельные проекты за счет международного финансирования. Необходимо выделять отдельную статью для государственного финансирования работы по толерантному отношению к КГН, ЛЖВ для общего населения, с обязательным участием КГН и ЛЖВ в разработке кампаний и программ.
- Согласно данным проведенных исследований, дискриминация в медицинских учреждениях и учреждениях по оказанию социальных услуг сохраняется. Необходимо включить в отдельную бюджетную строку работу по толерантному отношению, правам женщин с ВИЧ из числа КГН в медицинских учреждениях и учреждениях, предоставляющих социальные услуги.

- В 2022 году на третьем месте среди женщин по выявлению находятся женщины старше 50 лет; люди, живущие с ВИЧ, часто выявляются именно в зрелом возрасте, при этом отдельных программ для женщин в период менопаузы в Казахстане не существует. Необходимо разработать алгоритм оказания услуг женщинам с ВИЧ в период менопаузы. (Включить в консультирование женщин в период менопаузы вопросы взаимодействия менопаузальной гормональной терапии и АРТ. Учитывать уязвимость женщин в период менопаузы при назначении отдельных препаратов АРТ.)
- Женщины с ВИЧ недостаточно владеют информацией о необходимости прохождения скрининга на рак шейки матки, данная категория обследований никак не фиксируется органами здравоохранения, клинические протоколы содержат лишь рекомендации о необходимости прохождения скрининга. Необходимо разработать меры по повышению количества обследованных на рак шейки матки среди женщин, живущих с ВИЧ с 25 лет, с периодичностью исследований каждые 3–5 лет. Внедрить статистику по данной категории обследований.
- Группа секс-работниц недостаточно охвачена АРТ (72%) по сравнению с другими КГН. Необходимо усилить работу по охвату СР АРТ.
- Группа заключенных, несмотря на высокий охват АРТ (94%), демонстрирует наиболее низкий уровень приверженности к АРТ (78%) по сравнению с другими КГН. Необходимо финансирование «равных консультантов» для усиления работы по приверженности в местах лишения свободы.

РАЗДЕЛ 2: ОПИСАНИЕ НАЦИОНАЛЬНЫХ МЕР ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ

- 1.** Гендерно-ориентированные услуги для женщин с ВИЧ в рамках национальных программ отсутствуют. Необходимо внедрить такую гендерно-специфическую норму в оказание медицинских услуг для женщин с ВИЧ репродуктивного возраста, как консультирование по всем современным методам контрацепции, включая гормональную контрацепцию и взаимодействие с АРТ в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Обеспечить доступ женщин с ВИЧ и женщин из числа КГН к различным методам прерывания беременности, включая проведение безопасного медикаментозного аборта с обеспечением обязательного информированного согласия женщины на аборт.
- 2.** Зафиксированы случаи отказов в репродуктивных технологиях для женщин с ВИЧ. Необходимо обеспечить доступ ЛЖВ к программам ЭКО путем внесения изменений в подзаконные нормативные акты.
- 3.** Ввиду представленных данных по недостаточной осведомленности школьников по вопросам СРЗ необходимо усилить работу по уровню информированности школьников во всех регионах Республики Казахстан.
- 4.** В 2018 году офисом ЮНФПА в Казахстане были разработаны методические рекомендации по обучению школьников вопросам СРЗ, но применяются данные рекомендации только в некоторых регионах, при поддержке международных организаций. Необходимо утвердить разработанные в 2018 году методические рекомендации по СРЗ⁹ и внедрить их в обязательную школьную программу всех регионов Республики Казахстан за счет государственного финансирования.
- 5.** Существующее законодательство препятствует своевременному лечению подростков с ВИЧ (только с 18 лет без оповещения родителей), так как не все подростки имеют доверительные отношения с родителями и не всегда готовы обсуждать темы своего рискованного поведения. Необходимо снизить возраст постановки на диспансерный учет и лечение ВИЧ-инфекции без оповещения родителей до 16 лет.
- 6.** В Казахстане отсутствуют исследования, которые бы подтверждали/отрицали использование разнообразных видов контрацепции среди общего населения, и женщин с ВИЧ, в частности. Основным вопросом, касающимся контрацепции, всегда является использование мужского презерватива. Необходимо провести исследование по разным видам контрацептивов, используемых женщинами из ключевых групп, для обеспечения доступа к новейшим средствам контрацепции для женщин.

КОМПЛЕКСНЫЕ ОТВЕТНЫЕ МЕРЫ

Для достижения амбициозных целей, включая 95-95-95, необходимы целевые пакеты комбинированных программ, предоставляющих целый комплекс испытанных, высокоэффективных мер профилактики ВИЧ-инфекции. В Казахстане предоставляются все профилактические услуги, используемые в передовых странах. Так программы снижения вреда внедрены и финансируются за счет государственного бюджета во всех 17 регионах Казахстана, они заключаются в предоставлении шприцев, игл, и проведения информационно-образовательных мини-сессий или предоставления информационно-образовательного материала.

В стране функционируют на постоянной основе 132 пункта доверия, в том числе 106 стационарных и 26 передвижных пунктов предоставления услуг людям, употребляющим инъекционные наркотики. Реализуется программа поддерживающей (метадоновой) терапии агонистами опиоидов (ПТАО); на сегодняшний день количество клиентов программ составляет 379 человека в 16 центрах в 12 регионах Казахстана. Охват программой ПТАО в Казахстане недостаточный и составляет 5,5% от числа лиц, состоящих на официальном учете. Для обеспечения доступа ключевых групп населения (ЛУИН, СР, МСМ) к лечению ИППП на бесплатной конфиденциальной и анонимной основе в республике работает 29 дружественных кабинетов (ДК), из них при центрах СПИД – 24. В 2022 году в целом в дружественные кабинеты обратилось 27 121 человек, количество обращений составило 42 207. Из числа лиц, обратившихся в ДК – 41,5% составляют СР – 11 262 человек.

Конституция Республики Казахстан (статья 14) содержит запрет какой-либо дискриминации. Однако дискриминация, стигматизация или запрет на дискриминацию не определены отдельно ни в одном правовом акте, за исключением «дискриминации по признаку пола», предусмотренной Законом РК «О государственных гарантиях равных прав и равных возможностей для мужчин и женщин». Вместе с тем, в ряде законов содержится запрет на дискриминацию, включая Уголовный кодекс РК. В Казахстане действует уголовное наказание за постановку в опасность заражения и передачу ВИЧ (статья 118 "Заражение вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)").

Участники программы ПТАО (поддерживающей терапией агонистами опиатов) не имеют доступа к метадону в случае необходимости стационарного лечения в больницах и домашнего стационара.

Женщины, живущие с ВИЧ, лишены возможности проживать в кризисных центрах для женщин — жертв бытового насилия, так как ВИЧ-инфекция указана в перечне медицинских противопоказаний к проживанию в данных организациях (принято на уровне подзаконного акта).

ВИЧ-инфекция по закону не является причиной отказа в предоставлении гражданства в Республике Казахстан. Однако мигранты, живущие с ВИЧ, не могут получить гражданство долгие годы, что, в свою очередь, ограничивает их доступ к реализации многих экономических и социальных прав.

ВИЧ-инфекция включена в список социально значимых заболеваний, подлежащих получению бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Тем не менее люди, живущие с ВИЧ, не платившие страховых взносов (ОСМС), не имеют доступа к другим медицинским услугам в государственной сети здравоохранения.

Несмотря на присутствие женщин, живущих с ВИЧ, и представительниц КГН на мероприятиях по формированию политики по ВИЧ и программ профилактики ВИЧ, вопросам внедрения гендерно-специфических услуг не уделяется достаточного внимания; адвокация по включению таких услуг недостаточно эффективна. Необходимо усиление потенциала девушек и женщин, живущих с ВИЧ, во всем их многообразии за счет развития их лидерства, проведения обучения по направлению адвокации включения гендерно-специфических программ и других аспектов уязвимости женщин в контексте ВИЧ, а также реализации программ в области мониторинга ответных мер на ВИЧ со стороны женского сообщества и мониторинга реализации прав девушек и женщин. Сообщество девушек и женщин, живущих с ВИЧ, во всех их многообразии нуждается в дальнейшем развитии и мобилизации.

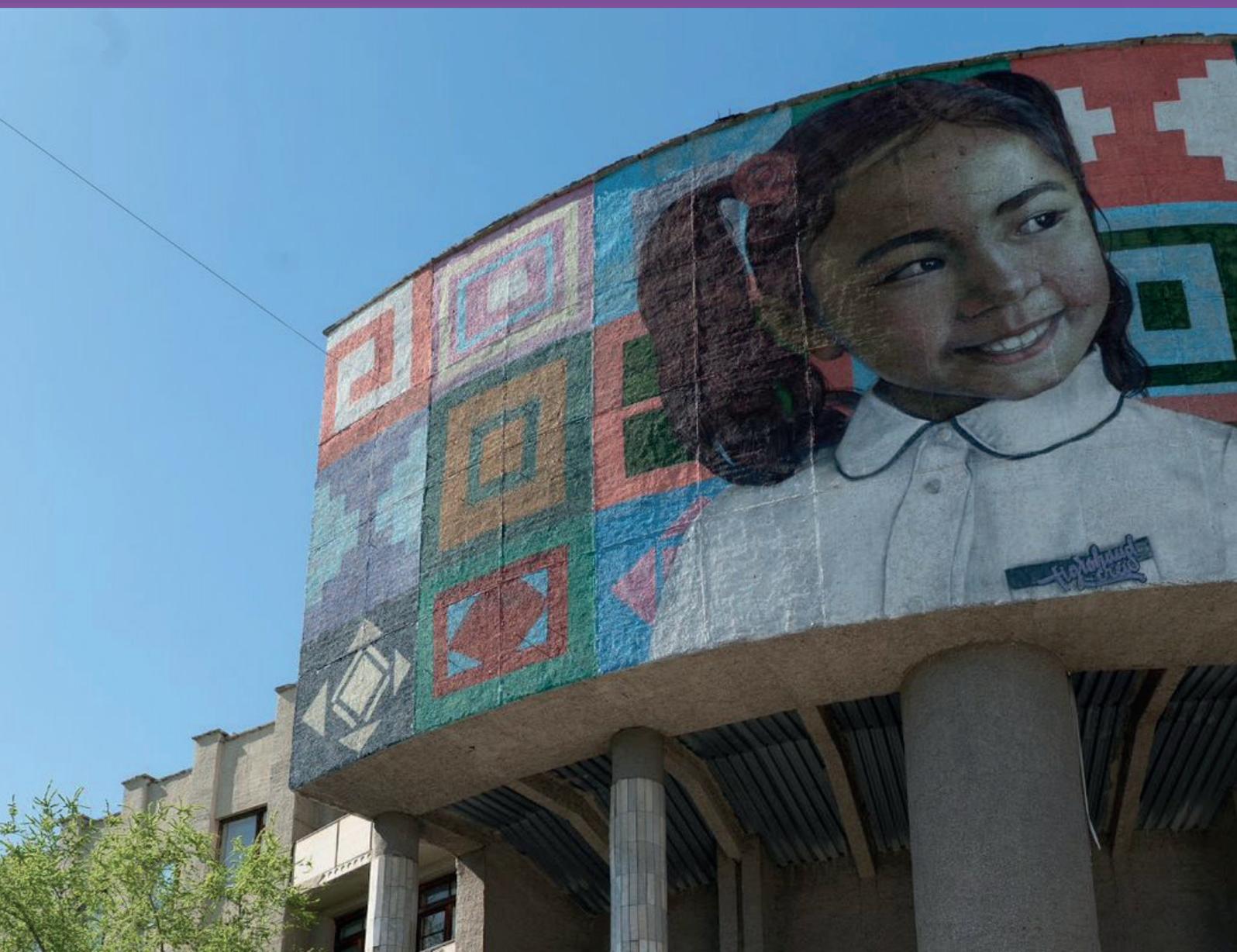
РАЗДЕЛ 3: МЕРОПРИЯТИЯ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ФАКТОРОВ — ПЛАН, ОРИЕНТИРОВАННЫЙ НА РЕЗУЛЬТАТ

Предварительные результаты гендерной оценки были представлены и обсуждены на платформе ССК для ключевых групп населения с участием государственных, неправительственных и международных организаций, включая представителей сообщества ЛЖВ и женщин, живущих с ВИЧ, 11 апреля 2023 года.

Окончательные результаты гендерной оценки с предоставлением отчета будут обсуждены на уровне страны до конца 2024 года. Также будет принято решение о разработке плана, ориентированного на результат, с планированием мероприятий, учитывающих гендерные аспекты на уровне страны.

SUMMARY OF THE GENDER ASSESSMENT OF THE NATIONAL HIV RESPONSE

REPUBLIC OF KAZAHSTAN



The gender assessment was prepared by Yelena Rastokina, with technical and financial support from the UNAIDS Office in Kazakhstan. We would like to take this opportunity to express our gratitude and appreciation to the UNAIDS Office team, in particular to Gabriela Ionascu, Aliya Bokazhanova, Inna Burmashova and Elena Kiryushina for their help and support in writing the report.

We express our gratitude to the Kazakhstan Scientific Centre of Dermatology and Infectious Diseases, as well as the community representatives Lyubov Vorontsova, Oksana Ibragimova, Valentina Mankiyeva, Lyudmila Polyakova, and all colleagues who shared their experience, vision, and recommendations on gender and HIV issues.

The analysis contained in this gender assessment report does not imply or otherwise express or assume endorsement, relationship, or support of UNAIDS and its mandate and any of its cosponsors, Member States, and civil society. The content of the report has not been independently verified. UNAIDS makes no representation, promise, or warranty as to the completeness and accuracy of the case study content and expressly disclaims any liability for errors and omissions.

The purpose of the gender assessment:

In 2023, a gender assessment of the response to HIV was conducted in Kazakhstan using the methodology of the UNAIDS. The assessment was conducted by a national consultant in a desk review format with interviews, and focus groups with representatives of non-governmental organizations, key populations, and people living with HIV. Technical assistance was provided to UNAIDS regional and country offices to finalize the gender report.

The following aspects of the response were examined from a gender perspective: epidemiology, prevention, health and social services, sexual and reproductive health, discrimination, women's status, gender-based violence, and civil society participation.

To form a gender-transformative, equitable, and rights-based response to HIV in the country, gender-specific interventions should be integrated into existing policies and programmes for the prevention and treatment of HIV infection in Kazakhstan.

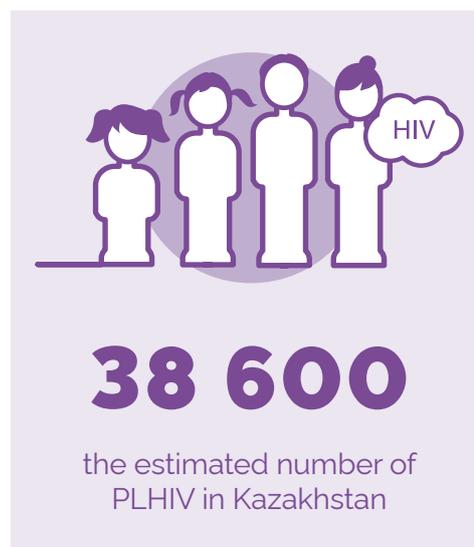
The key recommendations are summarized below.



SECTION 1: DESCRIPTION OF THE COUNTRY'S HIV EPIDEMIC AND CONTEXT

GENDER DYNAMICS OF THE HIV EPIDEMIC

The prevalence of HIV infection in Kazakhstan is holding at a concentrated stage. In 2022, 4,007 new cases of HIV infection were registered. The main mode of transmission is sexual, it accounts for 74.7%. The sexual mode in heterosexual contacts is 66.8%, and 7.9% in homosexual contacts. The share of detection of parenteral mode of HIV transmission through injecting drug use is decreasing year by year, amounting to 20.3% in 2022. According to the Spectrum program, the estimated number of PLHIV in Kazakhstan is 38,600; 23,434 men; 15,166 women. At the same time, 79% of PLHIV know their status, of which 84% are on ARV therapy, of which 87% have suppressed viral load.



The coverage of pregnant women with ARV therapy has been increasing in recent years and will reach 98.7% in 2022. The coverage of children with preventive treatment is 100%. In 2022, 469 births to HIV-infected pregnant women were registered. Of the 469 HIV-infected women who gave birth, 463 received antiretroviral therapy during the reporting period, a coverage rate of 98.7%; pregnant women who have not been registered with the antenatal clinic are not covered by ARV prophylaxis.

Kazakhstan's AIDS mortality rate is declining dynamically. In 2022, 178 PLHIV died at the AIDS stage, the AIDS mortality rate per 100,000 population was 0.9. The indicator for the same period in 2021 was 1.2.

RECOMMENDATIONS IN THE EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION ASPECT OF HIV INFECTION:

EPIDEMIOLOGY:

Epidemiological data collection is not always sex-disaggregated among people who inject drugs, sex workers, and incarcerated populations, making it difficult to analyse the current situation for girls and women, and therefore planning programmes for this group becomes more challenging. The collection of epidemiologic data disaggregated by sex and age should be implemented.

PREVENTION:

1. Applicable HIV prevention programmes are designed without taking into account the gender specificities of women belonging to PWID, SW, PLHIV, and adolescent girls with HIV. It is necessary to analyse the needs of women from key populations to develop gender-specific services.
2. There are no specific guidelines on social support for the prevention of mother-to-child HIV transmission, which would take into account the needs of women who use drugs and female sex workers. It is necessary to specify methods of labour pain management for women who use drugs and pain management for individuals with drug addictions.
3. The existing administrative responsibility for evasion of testing for HIV infection, according to world practice, does not contribute to increasing the number of those tested. It is necessary to abandon administrative responsibility for evasion of testing for HIV infection.
4. Despite all the work done on condom use, key populations continue to engage in risky behaviour. New methods are needed to curb the epidemic of HIV infection, for example: the expansion of pre-exposure prophylaxis (PrEP) programmes among key populations (KP).
5. The number of women on PrEP remains low (27%), it is necessary to expand the PrEP programmes for women, both from discordant couples and for women from KP.
6. The only prevention programmes "for women" that exist are prevention of mother-to-child transmission of HIV, which is aimed at women's reproductive functions, "carrying and giving birth to a child". But, even in this case, the programme takes into account only preventive issues (prevention of HIV transmission), without taking into account the needs of women (lactation cessation, psychological support). It is necessary to introduce programmes to support pregnant women with HIV, to provide access to free lactation cessation.
7. Taking into account the percentage of women and men on opioid agonist maintenance therapy (OAMT) in the Republic of Kazakhstan, as well as separate evidence from civil society, it can be concluded that OAMT is not attractive to women who use drugs. There is a need to strengthen the gender-specific approach in service delivery for women in the OAMT programme.



178

PLHIV died at the AIDS stage in 2022

SOCIO-ECONOMIC AND CULTURAL FACTORS

Kazakhstan has ratified several international conventions, including the Beijing Declaration and Platform for Action (1995), the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, the Convention on the Political Rights of Women (1999), the Convention on the Nationality of Married Women (1999), eight fundamental conventions of the International Labour Organization (ILO) and the 2030 Agenda for Sustainable Development. Kazakhstan actively participates in the work of the UN Commission on the Status of Women, which reviews the implementation of international standards on the protection and promotion of women's rights.

Nevertheless, there is a persistent gender imbalance in the country, especially when it comes to wages, access to employment, and career opportunities. In 2022, the gender pay gap was 21.7%.

High levels of violence against women represent a serious obstacle to achieving gender equality in Kazakhstan. A UN Women study conducted for the first time in Central Asia found that 17% of women aged 18 to 75 had experienced physical or sexual violence by a partner, and 21% had experienced psychological violence¹⁰.

RECOMMENDATIONS ABOUT SOCIO-ECONOMIC AND CULTURAL FACTORS:

- Legislative discrimination of people living with HIV in terms of receiving social services as well as compulsory treatment persists in Kazakhstan. It is necessary to bring the following legislative acts in line with international recommendations: the Code of Administrative Violations, Orders #379 on the provision of special social services, and Order #1079 on the provision of special social services to victims of domestic violence).
- Taking into account the unstable political situation in the world, and the absence of an algorithm for the provision of medical services during conflicts, it is necessary to develop an algorithm for the provision of services to women with HIV during military conflicts.
- To achieve changes in Order #1079 on access to crisis centres for women living with HIV and women from key populations affected by violence.
- Provide a state social order to NGOs to provide services to women victims of violence at community organizations at the expense of the state budget and/or international funding.
- It is necessary to introduce awareness-raising programmes for the general population of all ages, including children, which should contain information about women's health rights, dispel gender stereotypes, and form positive masculinity among boys and men.
- Training of decision-makers on women's rights and gender equality is necessary for the successful implementation of gender-specific HIV prevention services and care and support programmes.

LEGAL AND POLICY FACTORS (DISCRIMINATORY LAWS AND POLICIES)

- Criminalization of drug use and possession without intent to sell limits access to harm reduction programmes for women who use drugs. This has an impact on the spread of HIV infection among PWID, and the criminalization of drug possession without intent to sell should be eliminated.
- The existence of criminal penalties for the spread of HIV infection harms people who engage in risky behaviour and seek testing for HIV infection, increases discrimination against people with HIV, and puts women with HIV in a vulnerable position. A separate article on criminal penalties for putting people at risk of infection should be eliminated. This crime should be considered according to international recommendations, within the framework of general criminal law, in cases where intent is proven.
- The lack of explicit guidance to "exclude HIV" from the reasons for denial of citizenship and residency permits in the Republic of Kazakhstan has a detrimental impact on the time it takes for people living with HIV to obtain these papers. The fact that HIV patients can only receive free treatment if these documents are present is a significant contributing factor to this problem. It is necessary to make appropriate changes to legislative acts to exclude the possibility of "personal decisions", and "delaying the process" by migration police officers.
- The rights of people living with HIV are violated by the current ban on employment in military units, state and law enforcement organisations, and civil aviation. Changes must be made to the regulations that provide that workers in these positions would be transferred to "work not related to skin damage" if they have HIV.

- The absence of an approved module on stigma and discrimination against PLHIV and KP for training in postgraduate medical education, as well as the lack of approved hours for conducting this training, does not contribute to further improvement of the situation on discrimination against women with HIV in medical institutions. It is necessary to approve the module and allocate training hours for health care professionals on "Stigma and discrimination against PLHIV and KP" in postgraduate education.
- There are no programmes for the formation of a tolerant attitude towards KP and PLHIV in the Republic of Kazakhstan, except for individual projects at the expense of international funding. It is necessary to allocate a separate article for state funding of work on tolerant attitudes towards KP, PLHIV for the general population, with mandatory participation of KP, PLHIV in the development of campaigns and programmes.
- According to the research data, discrimination in medical institutions and institutions providing social services persists. A specific line-item budget is required to fund the shaping of accepting attitudes and respect for the rights of women living with HIV/ AIDS at healthcare facilities and social service providers.
- In 2022, women over 50 years of age are in third place among women on detection, people living with HIV are often detected precisely in adulthood, while there are no separate programmes for women in menopause in Kazakhstan. It is necessary to develop an algorithm for providing services to women with HIV during menopause. (Include issues of interaction between menopausal hormone therapy and ART in counseling of menopausal women. It is necessary to take into account the vulnerability of menopausal women when prescribing certain ART drugs).
- Women living with HIV have insufficient information about the need for cervical cancer screening, this category of screening is not recorded by health authorities in any way, and clinical protocols contain only recommendations on the need for screening. It is necessary to develop measures to increase the number of cervical cancer screenings among women living with HIV from the age of 25, with a periodicity of screening every 3-5 years. Introduce statistics on this category of screening.
- The population of sex workers is not sufficiently covered by ART (72%), compared to other KP. It is necessary to improve the coverage of SWs with ART.
- The prisoner population, despite high ART coverage (94%), demonstrates the lowest level of adherence to ART (78%) compared to other KP. In the absence of prevention programmes among prisoners, the group "drops out" of coverage, which may lead to new HIV outbreaks in prisons, as well as among sexual and injecting partners of former prisoners upon release.

Funding is needed for peer educators to strengthen adherence work in prisons.

SECTION 2: DESCRIPTION OF THE NATIONAL HIV RESPONSE

- 1.** There are no gender-oriented services for women with HIV within the framework of national programmes. It is necessary to introduce such a gender-specific norm in the provision of medical services for women with HIV of reproductive age as counseling on all modern methods of contraception, including hormonal contraception and ART interactions in line with the WHO recommendations. Ensure access of women with HIV and KP women to various methods of pregnancy termination, including safe medical abortion with the provision of mandatory informed consent of the woman for abortion.
- 2.** There are cases of denial of reproductive technologies for women with HIV. It is necessary to ensure access of PLHIV to in vitro fertilization programmes by amending by-laws.
- 3.** Given the presented data on insufficient awareness of schoolchildren on sexual and reproductive health issues, it is essential to intensify efforts to raise schoolchildren's awareness in all regions of the Republic of Kazakhstan.

In 2018, the UNFPA office in Kazakhstan developed guidelines on sexual and reproductive health education for schoolchildren, but these recommendations are applied only in some regions with the support of international organizations. It is necessary to approve the sexual and reproductive health guidelines developed in 2018 and incorporate the guidelines, at state expense, into the obligatory school curriculum in all regions of the Republic of Kazakhstan.

- 4.** The existing legislation prevents timely treatment of adolescents with HIV (only from 18 years of age, without informing parents), as not all adolescents have trusting relationships with parents and are not always ready to discuss the topics of their risky behavior. It is necessary to lower the age of linkage to HIV and treatment of adolescents without parental consent to 16 years of age.
- 5.** In Kazakhstan, there are no studies that confirm/deny the use of various types of contraception among the general population, and women with HIV in particular. The main issue regarding contraception is always male condom use. Research is needed on the different types of contraceptives used by women from key populations to ensure access to the latest contraceptives for women.

INTEGRATED RESPONSE

Targeted packages of comprehensive programmes that provide a range of proven, highly effective HIV preventive interventions are required in order to meet ambitious targets, such as **95-95-95**. In this regard, Kazakhstan provides all prevention services used in the leading countries. For example, harm reduction programmes have been introduced and financed from the state budget in all 17 regions of Kazakhstan, providing syringes, needles, and information and education mini-sessions or information and education materials.

The country has 132 permanent drop-in centres, including 106 stationary and 26 mobile ones to provide services to people who inject drugs. The programme of opioid agonist maintenance (methadone) therapy (OAMT) is being implemented. As of today, the number of clients of the programme is 379 people in 16 sites from 12 regions of Kazakhstan. The coverage of the OAMT programme in Kazakhstan is insufficient and amounts to 5.5% of those officially registered. To ensure access of key population groups (PWID, SW, MSM) to STD treatment on a free confidential, and anonymous basis, 29 friendly offices are operating in the republic, of which 24 are under AIDS centres. In 2022, a total of 27,121 people visited the friendly waiting rooms, the number of applications amounted to 42,207. 41.5% (11,262 visitors) of the friendly clinics were SWs.

The Constitution of the Republic of Kazakhstan, Article 14 contains a prohibition of any discrimination. However, discrimination, stigmatization, or prohibition of discrimination is not specifically defined in any legal act, except "discrimination based on sex" under the Law of the Republic of Kazakhstan "On State Guarantees of Equal Rights and Equal Opportunities for Men and Women". However, several laws prohibit discrimination, including the Criminal Code of Kazakhstan. At the same time, Kazakhstan has criminal penalties for exposure to and transmission of HIV (Article 118 "Infection with Human Immunodeficiency Virus (HIV)").

The participants in the OAMT ("opioid agonist maintenance therapy") programme do not have access to methadone for inpatient treatment in hospitals and home-based treatment.

Women living with HIV are not allowed to stay in crisis centres for women-victims of domestic violence, as HIV infection is specified in the list of medical contraindications to admission to these organizations (adopted at the level of a by-law).

HIV infection by law is not a reason to deny citizenship in the Republic of Kazakhstan. However, migrants living with HIV cannot obtain citizenship for many years, which in turn limits their access to the realization of many economic and social rights.

HIV is included in the list of socially significant diseases eligible for statutory free medical assistance. However, people living with HIV who have not paid compulsory social health Insurance do not have access to other medical services in the public health care network.

Despite the presence of women living with HIV and KP representatives at HIV policy-making events and HIV prevention programmes, the introduction of gender-specific services is not given sufficient attention, and advocacy for the inclusion of such services is not effective. The capacity of girls and women living with HIV in all their diversity needs to be strengthened through leadership development, training on advocacy for gender-specific programming and other aspects of women's vulnerability in the context of HIV, as well as programmes to monitor women's community responses to HIV and to monitor the realization of the rights of girls and women living with HIV and those from the key populations. The community of girls and women living with HIV in all its diversity needs to be further developed and mobilized.

SECTION 3: GENDER-RESPONSIVE INTERVENTIONS. RESULTS-ORIENTED PLAN

The preliminary results of the gender assessment were presented and discussed at the SSC platform for key populations with the participation of governmental, non-governmental, and international organizations, including representatives of the PLHIV community and women living with HIV on 11 April 2023.

The final results of the gender assessment and report will be discussed at the country level by the end of 2024. Additionally, a decision will be made to develop a results-oriented plan that includes gender-sensitive activities at the national level.

ССЫЛКИ

- 1 ХНТ – Халықтың негізгі топтары
- 2 ОАҚТ - опиоидты агонистерді қолдау терапиясы
- 3 <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/08/sample-survey-on-violence-against-women-in-kazakhstan>
- 4 ЛУИН - люди, употребляющие инъекционные наркотики, ЛУН - люди, употребляющие наркотики, СР- секс работницы, МЛС -места лишения свободы, ЛЖВ- люди, живущие с ВИЧ
- 5 ППМР - профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
- 6 КГН - Ключевые группы населения
- 7 ПТАО - поддерживающая терапия агонистами опиоидов
- 8 <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/08/sample-survey-on-violence-against-women-in-kazakhstan>
- 9 СРЗ -сексуальное и репродуктивное здоровье
- 10 <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/08/sample-survey-on-violence-against-women-in-kazakhstan>



**Country office of Joint United
Nations
Programme on HIV/AIDS
(UNAIDS)**

UN Plaza, 303 Baizakov street,
Almaty, Kazakhstan

**Елдік кеңсе
Бірыңғай бағдарлама
Біріккен Ұлттар Ұйымы
ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС)**

БҰҰ Плаза, Алматы қ.,
Байзақов көшесі, 303
Қазақстан
+7 (727) 258-2643

**Страновой офис
Объединенной программы
Организации Объединенных
Наций по ВИЧ/СПИДу**

ООН Плаза, ул. Байзакова, 303
г. Алматы, Казахстан
+7 (727) 258-26-43

unaids.org