

# ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД 2012 Г.

## GUIDELINES

Мониторинг выполнения Политической  
декларации о приверженности делу борьбы с  
ВИЧ-СПИДом 2011 г.



**ЮНЭЙДС**  
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКЕ ООН ЮНОДК  
ЮНИСЕФ МОТ  
ВПП ЮНЕСКО  
ПРООН ВОЗ  
ЮНФПА ВСЕМИРНЫЙ БАНК

---

UNAIDS / JC2215R (перевод на русский язык, декабрь 2011 г.)

---

Оригинал: на английском языке, UNAIDS / JC2215E, октябрь 2011 г.:  
*Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS:  
guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting.*  
Перевод – ЮНЭЙДС

Авторское право © 2011. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС).

Все права защищены. Публикации ЮНЭЙДС могут быть получены после обращения в Информационный центр ЮНЭЙДС.

Воспроизведение графиков, таблиц, карт и цитирование разрешено в образовательных, некоммерческих и коммерческих целях, при условии соответствующей ссылки с указанием источника (ЮНЭЙДС) и года публикации. В случае использования фотографий необходимо ссылаться на источник (ЮНЭЙДС), автора фотографии и год публикации. Разрешение на воспроизведение или ответы на вопросы, связанные с переводом материалов, независимо от того, предназначены ли они для коммерческого или некоммерческого распространения, могут быть получены в Информационном центре по адресу: [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

“ЮНЭЙДС / JC2215R”.

Global AIDS Response progress reporting: monitoring the 2011 political declaration on HIV/AIDS: guidelines on construction of core indicators: 2012 reporting.

1.HIV infections – statistics. 2.Acquired immunodeficiency syndrome – statistics. 3.Data collection – methods. 4.Health status indicators. 5.Quality indicators, Health care. 6.Guidelines. I.UNAIDS.

ISBN 978 92 9173 915 8

(NLM classification: WC 503.4)

# **ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД 2012 Г.**

## **GUIDELINES**

Мониторинг выполнения Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2011 г.

**Просьба использовать сайт отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД ([www.unaids.org/AIDSReporting](http://www.unaids.org/AIDSReporting)), чтобы представить свой заполненный страновой отчет о достигнутом прогрессе до 31 марта 2012 года.**

Если Вы не используете сайт отчетности для представления данных по показателям, просьба представить отчеты до 15 марта 2012 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Женеве.

Печатные версии страновых отчетов о достигнутом прогрессе следует направлять почтой по адресу:

Team Leader, RMA  
UNAIDS  
20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27  
Switzerland

## Содержание

### Предисловие

### Список сокращений

<b>Вступление</b> .....	7
Цель.....	7
Предпосылки.....	7
Основные цели Политической декларации 2011 г. ....	8
История отчетности.....	9
Формат отчетности.....	9
Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов.....	12
Мониторинг выполнения Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии. ....	12
В направлении обеспечения всеобщего доступа и реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.....	13
<b>Реализация на национальном уровне</b> .....	14
Построение показателей.....	14
Инструменты измерения и источники данных.....	14
Числители и знаменатели.....	15
Данные с разбивкой по позициям: по половому и возрастному признакам.....	15
Новые и репрезентативные данные обследований.....	16
Интерпретация и анализ.....	16
Выбор показателей.....	17
Роль гражданского общества.....	18
Рекомендации о направлении отчетности.....	19
Система отчетности.....	20
Направление отчета.....	21
Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия.....	21
<b>Ключевые показатели отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД</b> .....	23
Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем в два раза до 2015 г. ....	25
1.1 Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ.....	26
1.2 Половые контакты в возрасте до 15 лет.....	28
1.3 Половые контакты с нерегулярными сексуальными партнерами.....	30
1.4 Использование презерватива во время последнего полового контакта людьми, имеющими половые контакты с нерегулярными сексуальными партнерами.....	32
1.5 Тестирование на ВИЧ-инфекцию среди населения в целом.....	34
1.6 Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей.....	36
1.7 Работники секс-бизнеса: программы профилактики.....	38
1.8 Работники секс-бизнеса: использование презерватива.....	41
1.9 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса.....	43
1.10 Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса.....	45
1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: программы профилактики.....	48
1.12 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива.....	51
1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.....	54
1.14 Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.....	56
Цель 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г. ....	59
2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: программы профилактики.....	60
2.2 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: использование презерватива.....	63
2.3 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: безопасная инъекционная практика.....	65
2.4 Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.....	68

2.5 Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики .	70
Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа.....	73
3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.....	74
3.2 Раннее диагностирование ВИЧ у младенцев.....	78
3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано) .....	81
Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ .....	84
4.1 Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия .....	85
4.2 Сохранение ВИЧ-инфицированных в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев после ее начала .....	88
Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 г. ....	91
5.1 Ведение больных с туберкулезом и лечение .....	92
Цель 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов.....	94
6.1 Расходы в связи со СПИДом.....	95
Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития.....	98
7.1 Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом.....	99
7.2 Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период .....	102
7.3 Посещаемость школ детьми-сиротами .....	106
7.4 Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств .....	109

## **Приложения**

- Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе
- Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2012 г.
- Приложение 3. Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ) на 2012 г.
- Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе
- Приложение 5. Избранная библиография

## Предисловие

Заседание высокого уровня по СПИДу 2011 года стало переломным моментом в деле всеобщей борьбы со СПИДом. Как заявил в своем докладе Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций Генеральный секретарь ООН Пан Ги Мун, «Для реализации обширной реформы в сфере борьбы со СПИДом и достижения цели “ноль” — ноль новых случаев ВИЧ-инфекции, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа — необходимо принимать смелые решения». Государства-члены ООН единогласно утвердили Политическую декларацию по ВИЧ-СПИДу 2011 г. и поставленные в ней новые цели – к 2015 году сократить в два раза передачу ВИЧ половым путем и инфицирования ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков, обеспечить лечение для 15 миллионов человек, сократить вдвое смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, а также предотвратить возникновение новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей.

Принимая во внимание успех десятилетних усилий по предоставлению отчетов о достижении целей, поставленных на Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ-СПИДу (далее – «ССГАООН») в 2001 году, новая Политическая декларация уполномочивает ЮНЭЙДС оказывать поддержку странам при подготовке отчетов о достигнутом ими прогрессе по выполнению новых обязательств и задач. Она также предписывает Генеральному Секретарю ООН регулярно представлять Генеральной Ассамблее доклады о ходе выполнения обязательств, предусмотренных положениями новой Декларации.

ЮНЭЙДС обращается к государствам-членам ООН с просьбой продолжить предоставление отчетов о прогрессе в деле борьбы со СПИДом на национальном уровне. В 2010 году 182 из 192 государств-членов ООН предоставили такие отчеты. Страновые отчеты, предоставленные ЮНЭЙДС, использовались в процессе подготовки от имени Генерального секретаря регулярных отчетов о глобальном прогрессе, предусмотренных положениями Политической декларации.

Чтобы помочь государствам-членам ООН подготовить и предоставить следующие страновые отчеты о достигнутом прогрессе, ЮНЭЙДС разработал данные руководящие принципы по мониторингу достижения целей, предусмотренных положениями Политической декларации по ВИЧ-СПИДу 2011 г. Страны продолжают проводить мониторинг и предоставлять отчеты о прогрессе достижения целей, поставленных на период до 2015 года, приумножая таким образом пользу от информации и данных, предоставляемых системами мониторинга и оценки на национальном уровне, а также от соответствующего анализа, осуществляемого с использованием таких систем.

Я бы хотел поблагодарить Вас за усилия, прилагаемые с целью совершенствования систем мониторинга и оценки в сфере борьбы со СПИДом на национальном уровне, а также пожелать Вам успеха в подготовке Вашего следующего Странового отчета о достигнутом прогрессе.

Я высоко ценю Ваши усилия, направленные на выполнение амбициозных целей, поставленных в июне 2011 года, и достижение цели «ноль» — ноль новых случаев ВИЧ-инфекции, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа. Ваше дальнейшее участие и поддержка могут помочь нам сделать так, что это станет началом конца эпидемии СПИДа.



Г-н Мишель Сидибэ  
Исполнительный директор  
ЮНЭЙДС

### Список сокращений

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЖК	дородовая женская консультация
ИППП	Инфекция, передающаяся половым путем
КОНП	кластерное обследование по нескольким показателям
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МОТ	Международная организация труда
МСМ	Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НГО	негосударственная организация
НКС	Национальный комитет по СПИДу
НОП	надзорное обследование поведения
н/п	не применяется
НПС	Национальная программа по СПИДу
НСП	Национальный стратегический план
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ОНРС	Оценка национальных расходов в связи со СПИДом
ООН	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПИН	потребители инъекционных наркотиков/лица, потребляющие инъекционные наркотики (последнее предпочтительней)
ПОШ	программы обмена шприцев и игл
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
РДМ	ранняя диагностика ВИЧ у младенцев
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССБ	Стратегия снижения бедности
ССГАООН	специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ТБ	туберкулез
ЦРТ	цели в области развития, поставленные Декларацией тысячелетия
ЮНДАФ	Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу



## Вступление


### Цель

Целью настоящего документа является предоставление ключевым учреждениям, которые активно участвуют в осуществлении мер в ответ на СПИД в стране, рекомендаций об использовании ключевых показателей для измерения и представления отчетов относительно национальных ответных мер. Настоящие руководящие принципы предназначены также для того, чтобы обеспечить последовательность и прозрачность процесса, используемого национальными правительствами. Данная информация также может быть использована для подготовки национальных, региональных и глобальных докладов о достигнутом прогрессе в выполнении Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2011 г..

Странам настоятельно рекомендуется включать данные ключевые показатели в текущие мероприятия по мониторингу и оценке. Настоящие показатели предназначены для того, чтобы помочь странам в оценке состояния национальных ответных мер и прогресса в выполнении целевых задач, связанных с ВИЧ, на национальном уровне и в то же время повысить уровень понимания глобальных мер по борьбе с пандемией СПИДа, включая ход выполнения глобальных целевых задач, поставленных в Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2011 г., а также в рамках целей в области развития, поставленных Декларацией тысячелетия. Настоящие руководящие принципы должны обеспечить повышение качества и согласованности данных, получаемых на страновом уровне, что в свою очередь обеспечит более высокую достоверность выводов, получаемых на основе этих данных, как на национальном, так и на региональном и глобальном уровне.

#### Как использовать данные руководящие принципы

Данные руководящие принципы были разработаны, чтобы помочь странам максимально эффективно собрать данные и представить отчеты относительно осуществления мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне. Во втором разделе, который называется «Ключевые показатели отчетности об осуществлении глобальных ответных мер на СПИД», содержится информация о каждом показателе с указанием причин, по которым данный показатель должен быть включен в отчетность, а также методов сбора данных по такому показателю, его разработки и измерения. Также приводятся преимущества и недостатки показателей. В приложении к данному документу содержится форма странового отчета о достигнутом прогрессе, а также контрольные перечни.

Помощь доступна на каждом этапе данного процесса. Во вступительной части приводится вспомогательная информация, в т.ч. относительно контактных лиц, а также способов связи с ними, которая выделена и обозначена голубой стрелкой. 

### Предпосылки

Спустя десять лет после знаменательной Специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу (ССГАООН) был проведен анализ достигнутого прогресса на Заседании высокого уровня по СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН. Участники приняли новую Политическую декларацию, где сформулировали новые обязательства и амбициозные цели. В основе принятой декларации лежат две предыдущие политические декларации: Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2001 года, а также Политическая декларация по ВИЧ-СПИДу 2006 года.

<sup>1</sup> Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа A/RES/65/277, 10 июня 2011 года

В ходе ССГАООН, проведенной в 2011 году, государства-члены единогласно приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом, которая отражает всеобщее понимание необходимости осуществления комплексных действий для достижения шестой цели в области развития, поставленной Декларацией тысячелетия – остановить распространение и начать снижать масштабы эпидемии ВИЧ к 2015 году. Политической декларацией 2006 года признается острая необходимость обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Несмотря на то, что они приняты на правительственном уровне, действие данных Деклараций простирается далеко за пределы государственного сектора, охватывая частные предприятия и профсоюзные объединения, профессиональные организации, неправительственные организации и другие структуры гражданского общества, включая организации, представляющие интересы людей, живущих с ВИЧ.

Согласно положениям Политической декларации 2011 года, успешное осуществление ответных мер по борьбе со СПИДом должно определяться достижением конкретных целевых задач с оговоренным сроком их реализации. Данная Декларация призывает обеспечить тщательный мониторинг хода выполнения согласованных обязательств и предусматривает представление Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций ежегодного доклада о достигнутом прогрессе. Такие доклады предназначены для того, чтобы определить проблемы и ограничивающие факторы, а также представить рекомендации по ускорению реализации этих целевых задач.

Представленные в данном документе руководящие принципы направлены на активизацию представления страновых отчетов о достигнутом прогрессе, которые отражают мониторинг хода выполнения обязательств и целевых задач, предусмотренных положениями Политической декларации 2011 года, и являются основой для подготовки доклада Генерального секретаря ООН, представляемого Генеральной Ассамблее.

### **Основные цели Политической декларации 2011 г.**

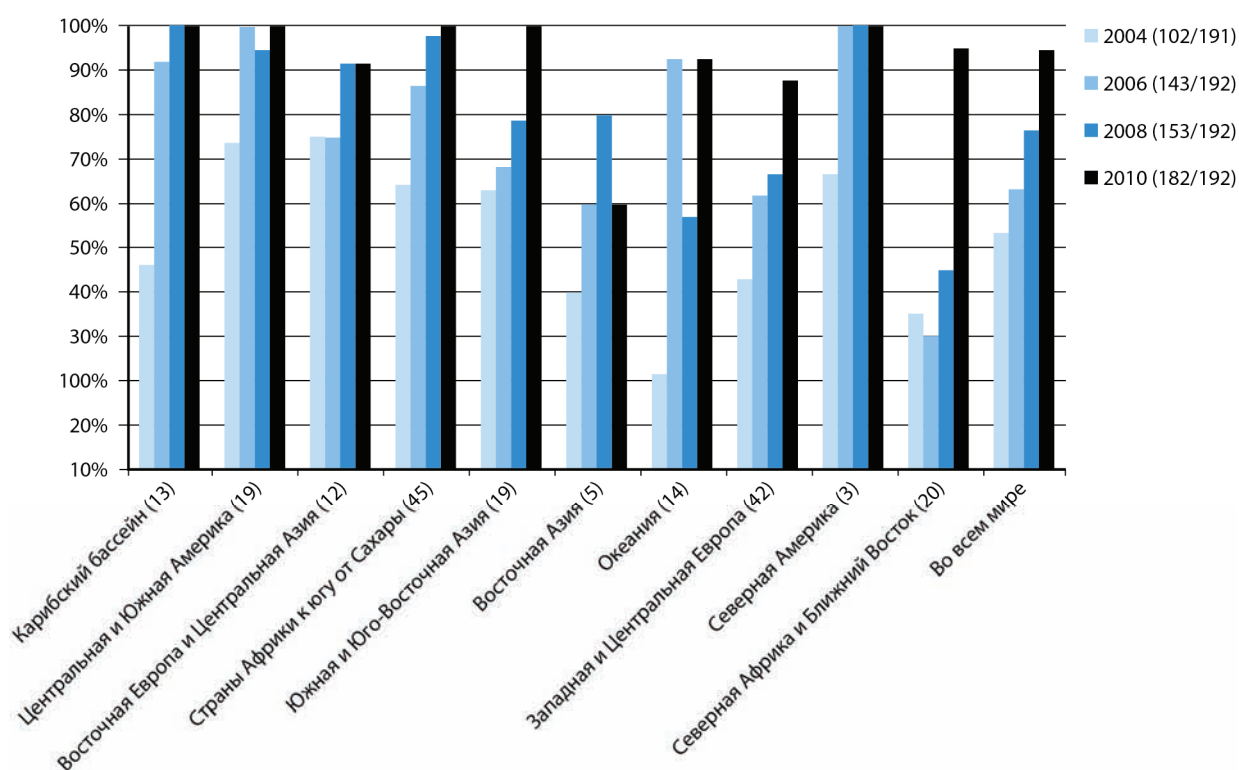
- Новая Политическая декларация по ВИЧ, которая была единогласно принята государствами-членами ООН в июне 2011 года, ставит новые амбициозные цели.
- **Государства-члены ООН взяли на себя обязательство:**
  1. Сократить передачу ВИЧ половым путем в два раза до 2015 года;
  2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 года;
  3. Обеспечить предотвращение возникновения новых случаев рождения детей с ВИЧ к 2015 году;
  4. Увеличить количество людей, имеющих доступ к жизненно важной антиретровирусной терапии, до 15 миллионов человек к 2015 году;
  5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 года;
  6. Устранить нехватку средств для борьбы со СПИДом на глобальном уровне и принять меры для увеличения ежегодного финансирования борьбы со СПИДом до 22-24 миллиардов долларов США к 2015 году, а также признали, что инвестиции в дело борьбы со СПИДом являются солидарной ответственностью.
- Политическая декларация четко указывает на существование острой необходимости увеличения доступа к услугам, связанным с ВИЧ, для людей с повышенным риском инфицирования, в т.ч. мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также работников секс-бизнеса.

- В Политической декларации содержится обязательство искоренить гендерное неравенство, насилие и ущемление прав по гендерному признаку, а также расширить возможности женщин и девушек. Все это должно быть выполнено без промедления.

## История отчетности

ЮНЭЙДС собирает страновые отчеты о достигнутом прогрессе, предоставляемые государствами-членами ООН и направленные на мониторинг хода выполнения Политических деклараций, раз в два года, начиная с 2004 года. Количество откликнувшихся государств-членов ООН выросло со 102 (53%) в 2004 году до рекордных 182 (95%) в 2010 (коэффициент отклика по регионам, а также тенденции с течением времени, представлены на графике).

**Представление отчетности ССГАООН по регионам, 2004-2010 гг.**



Информация, включенная в страновые отчеты, представляет собой наиболее полные за всю историю данные, как о состоянии эпидемии, так и о прогрессе в осуществлении ответных мер. Доступ к данным, полученным в ходе предыдущих раундов отчетности, возможен только через систему представления и распространения данных AIDSinfo ([aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org)), которая позволяет быстро создавать графики, карты, таблицы, а также помогает при подготовке презентаций и осуществлении аналитической деятельности. Неотредактированные страновые отчеты можно посмотреть по адресу


<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportsubmittedbycountries/>.

## Формат отчетности

При подготовке страновых отчетов на национальном уровне в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД странам следует брать за основу свои описательные отчеты. При наличии странового отчета, недавно

подготовленного на национальном уровне, его можно направлять в качестве описательного странового отчета о достигнутом прогрессе. В Приложении 1 содержится шаблон странового отчета о достигнутом прогрессе с подробным описанием того, как заполнять различные его разделы. Данные по показателям рассматриваются как неотъемлемая часть процесса представления каждой страной странового отчета о достигнутом прогрессе. Следовательно, как текстовую часть странового отчета о достигнутом прогрессе, так и данные по показателям следует учитывать в рамках процесса консультаций и подготовки отчетов, как изложено в разделе «Содержание отчета» на странице 23 настоящих руководящих принципов.

Настоятельно рекомендуется, чтобы данные для показателей отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД направлялись через соответствующий веб-сайт ([www.unaids.org/AIDSreportingtool](http://www.unaids.org/AIDSreportingtool)) для обеспечения полноты и качества данных, а также для облегчения обработки и анализа как на страновом, так и на глобальном уровне.

 **Крайний срок подачи отчетов через соответствующий веб-сайт – 31 марта 2012 года. Если для отчетности веб-сайт не используется, печатные копии отчетов следует направить до 15 марта 2012, чтобы обеспечить возможность введения данных вручную.**

### **Показатели отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД**

Показатели отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД важны по двум причинам. Во-первых, они помогают отдельным странам оценивать эффективность своих национальных ответных мер, что усиливает значение включения таких показателей в национальные рамки для мониторинга и оценки. Во-вторых, если проводится совместный анализ данных из большого числа стран, такие показатели обеспечивают критически важную информацию об эффективности ответных мер на региональном и глобальном уровне и в то же время позволяют странам провести сравнение с другими ответными мерами на национальном уровне.

Перед проведением заседания Генеральной Ассамблеи по ВИЧ-СПИДу в 2011 году показатели, применявшиеся в рамках предыдущих раундов отчетности, были тщательным образом проанализированы по результатам всесторонних конструктивных консультаций, организованных Референс-группой ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (РГМО). В частности, была проведена серия консультаций, посвященных четырем следующим темам: услуги по профилактике; услуги уходу и поддержке; благоприятные условия; а также здравоохранение. Координация консультационного процесса в рамках каждого тематического направления осуществлялась организацией ООН и партнером из числа институтов гражданского общества. Среди участников консультаций были эксперты по мониторингу и оценке, представляющие правительства разных стран, организации гражданского общества, академии, двусторонние организации-партнеры, а также многосторонние организации. Включение показателей осуществлялось на основе четких объективных критериев, описанных в документе «Стандарты показателей: практические рекомендации по выбору показателей в сфере борьбы с ВИЧ». Чтобы максимально облегчить задачу по подготовке и предоставлению отчетности, возложенную на государства-члены ООН, а также сохранить данные относительно имеющихся тенденций, изменения вносились исключительно в существующие показатели, которые устанавливались в случае крайней необходимости.

<sup>2</sup> также можно найти по адресу [www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4\\_3\\_MERG\\_Indicator\\_Standards.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf)

<sup>3</sup> **Добавлено три новых показателя**

- Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену шприцев и игл, на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год;
- Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения;
- Соотношение вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет,

Странам следует проанализировать, насколько каждый показатель применим в свете национальных особенностей эпидемии. Если страны решают не представлять данные по конкретному показателю, им необходимо дать соответствующие пояснения, что позволит дифференцировать показатели по их отсутствию и неприменимости в конкретных национальных ситуациях.

Большинство национальных показателей применимо ко всем странам. Однако, некоторые могут применяться исключительно в определенных условиях эпидемии ВИЧ. Например, показатели, характеризующие поведение ключевых групп населения повышенного риска, применимы к странам с концентрированной эпидемией, а также к странам с генерализованной эпидемией, если имеет место концентрированная подэпидемия, воздействующая на определенную ключевую группу населения повышенного риска. Точно так же странам с концентрированной эпидемией следует собирать данные о сексуальном поведении среди молодежи, в качестве средства для отслеживания изменений тенденций, которые могут влиять на национальные ответные меры в будущем.

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует странам использовать вышеупомянутые показатели в качестве основы для национальных систем мониторинга и оценки. В соответствии со своими конкретными потребностями, а также при наличии ресурсов, страны, возможно, захотят включить дополнительные показатели в свои национальные планы мониторинга.

Пять национальных показателей также являются показателями целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия:

- процент молодых людей, живущих с ВИЧ;
- знания о профилактике ВИЧ среди молодежи;
- использование презерватива во время последнего полового акта повышенного риска;
- посещаемость школы детьми-сиротами;
- охват услугами по предоставлению АРТ-терапии.

Источником данных, используемых Отделом статистики ООН в рамках отчетности по выполнению целей в области развития, поставленных Декларацией тысячелетия, в основном являются данные, предоставляемые государствами-членами в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

Обрезание крайней плоти у мужчин является важным элементом комплекса мер по профилактике ВИЧ, который применяется в некоторых странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, с низким процентом мужчин, которым сделали обрезание, а также низким уровнем развития генерализованной эпидемии, обусловленной гетеросексуальными контактами. В рамках данного раунда отчетности рекомендуется, чтобы эти страны представили в описательных отчетах данные о реализуемых на их территории программах обрезания. При этом сбор данных по показателям будет осуществляться непосредственно на основе специального исследования. В рамках

---

которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев).

- **Пять показателей были изменены:**
- Соотношение наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь в течение последних 3 месяцев (полностью изменен)
- Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (изменен)
- Процент передачи ВИЧ от матери ребенку (смоделированный) (изменен)
- НИПП: Национальные обязательства и политические инструменты (изменен)
- Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет (изменен)

последующих раундов отчетности показатели относительно обрезания крайней плоти у мужчин будут включаться в комплекс показателей, предназначенный для таких стран в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

➤ В данных руководящих принципах содержится информация с полными определениями всех показателей, используемых в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Информацию о показателях можно также найти в Реестре показателей ЮНЭЙДС по адресу [www.indicatorregistry.org](http://www.indicatorregistry.org). В этой электронной базе данных содержится информация с полными определениями показателей отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД и показателей по ВИЧ, используемых на страновом уровне. Из Реестра показателей данные по показателям можно экспортировать в Excel, Word или PDF.

### **Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов**

Приняв Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу 2011 г., страны с высоким уровнем доходов обязались представлять отчетность о ходе осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ. Известно, что страны с высоким уровнем доходов могут использовать относительно сложные информационные системы и различные источники данных, что может усложнить задачу расчета единого национального показателя. Тем не менее, это не исключает необходимость получения данных из стран с высоким уровнем доходов для мониторинга глобального выполнения Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Государства-члены ЕС нашли инновационные способы обеспечения более тесной привязки систем глобального мониторинга прогресса в деле противодействия СПИДу к обстоятельствам на региональном уровне.

➤ ЮНЭЙДС призывает страны с высоким уровнем доходов обращаться в Группу ЮНЭЙДС по вопросам мониторинга и анализа ответных мер ([AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)), если им требуются дополнительные технические консультации по вопросам отчетности о выполнении своих внутренних программ, или в Европейский центр по контролю за заболеваниями и профилактике ([teymur.noori@ecdc.europa.eu](mailto:teymur.noori@ecdc.europa.eu)), если им необходимо получить более подробную информацию относительно европейского подхода к решению проблем привязывания мониторинговых систем друг к другу и приведения их в соответствие друг с другом.

### **Мониторинг выполнения Дублинской декларации о партнерстве в борьбе с ВИЧ/СПИДом в Европе и Центральной Азии.**

В период председательства Ирландии в Совете Европейского союза в 2004 году государства-члены ЕС и соседние страны Восточной Европы и Центральной Азии приняли Дублинскую декларацию о партнерстве в борьбу с ВИЧ-СПИДом в Европе и Центральной Азии. Отчетность в рамках этой Декларации координирует Европейский центр по контролю за заболеваниями и профилактике (ЕЦКЗ). ЮНЭЙДС и ЕЦКЗ поддерживают тесное взаимодействие, направленное на координацию применения и гармонизацию систем мониторинга. Это должно повысить актуальность данных, содержащихся в отчетах стран региона, а также облегчить им задачу по предоставлению соответствующих отчетов. Сбор соответствующих данных будет проводиться одновременно с соответствующими действиями в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД (март 2012 года). ЕЦКЗ, совместно с ЮНЭЙДС, будет предоставлять европейским странам техническую помощь в подготовке отчетов как по достигнутому прогрессу в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД за 2012 год, так и по Дублинской декларации 2012 года. Для получения дополнительной информации о мониторинге Дублинской декларации обращайтесь к г-ну Теймуру Ноори в ЕЦКЗ по электронному адресу: [teymur.noori@ecdc.europa.eu](mailto:teymur.noori@ecdc.europa.eu).

**В направлении обеспечения всеобщего доступа и реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия**

СПИД является одной из критически важных проблем в области развития, которая влияет на жизни миллионов людей. По этой причине борьба со СПИДом является одной из целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Декларация ССГАООН о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года, а также Политическая декларация об обеспечении всеобщего доступа 2006 года и Политическая декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2011 года, отражают предоставление на самом высоком уровне политической поддержки совместных усилий, направленных на то, чтобы обратить вспять развитие пандемии СПИДа.

Мониторинг и отчетность об осуществлении усилий по обеспечению всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ позволяет государствам-членам выполнить свои обязательства, предусмотренные положениями Политической декларации по ВИЧ-СПИДу 2011 г. Более важным является то, что именно такие усилия позволяют определить, можем ли мы решить трудные проблемы, которые таит в себе эта пандемия, и совместными действиями обеспечить достижение этой далеко идущей цели.

## Реализация на национальном уровне

➤ Странам, которым требуется дополнительная информация о реализации, следует обращаться за технической помощью к консультантам ЮНЭЙДС по вопросам мониторинга и оценки и в рабочие группы по мониторингу и оценке вопросов ВИЧ, работающие в соответствующей стране. Кроме того, за технической помощью можно обратиться к региональным консультантам по вопросам мониторинга и оценки при Группе региональной поддержки ЮНЭЙДС, а также к Группе по вопросам мониторинга и анализа ответных мер (RMA) Секретариата ЮНЭЙДС, связавшись с ними по следующей электронной почте: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## Построение показателей

В данном документе представлена информация, необходимая для построения показателей, в т.ч.:

- назначение показателя;
- периодичность сбора релевантной информации;
- рекомендуемые инструменты измерения;
- рекомендуемые методы измерения;
- краткое описание процедуры интерпретации показателя.

## Инструменты измерения и источники данных

Основными инструментами измерения являются:

- (i) репрезентативные обследования, проводимые по методу выборки среди различных групп населения в национальном масштабе;
- (ii) надзорные обследования поведения;
- (iii) специальные целевые обследования и анкетирования, включая обследования определенных групп населения (напр., обследования для анализа охвата определенными видами услуг);
- (iv) системы отслеживания пациентов;
- (v) информационные системы в сфере здравоохранения;
- (vi) дозорный эпидемиологический надзор;
- (vii) анкета для определения НОПИ, включенная в настоящий документ.

Имеющиеся источники данных, включая документацию и аналитические обзоры программ, предоставляемые учреждениями здравоохранения и школами, а также специфическую информацию, получаемую в результате реализации мероприятий и программ в сфере проведения эпиднадзора за распространением ВИЧ, следует использовать в дополнение к основным инструментам измерения.

Ценным источником данных для многих показателей являются организации гражданского общества. Особенно это касается показателей, характеризующих меры, в рамках которых активную роль играют неправительственные, профессиональные организации и организации на уровне общин, включая работу среди молодежи, ключевых групп населения повышенного риска и беременных женщин.

---

<sup>4</sup> такие как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ и ОДЗ+), обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для показателей в области СПИДа (ОПС), а также кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО)



Во многих странах имеющиеся источники информации могут не включать основную массу данных, необходимых для составления ключевых показателей на национальном уровне, и для этих целей скорее всего потребуется адаптация существующих инструментов мониторинга или проведение дополнительных специфических обследований. Страны, которые проводят регулярные репрезентативные в национальном масштабе обследования по методу выборки среди различных групп населения, такие как обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для показателей в области СПИДа, будут получать важную информацию, включая данные о поведении молодых людей. В странах, где проводятся другие виды обследований среди различных групп населения, в том числе обследования, не связанные с ВИЧ, такие обследования можно адаптировать с целью сбора данных для определенных ключевых показателей. В странах, где информацию также получают в школах, учреждениях системы здравоохранения и у работодателей, в процесс сбора данных можно включить требования к сбору данных о ВИЧ.

### **Числители и знаменатели**

В данном документе содержатся подробные инструкции относительно измерения национальных ответных мер по каждому ключевому показателю. Большинство ключевых показателей на национальном уровне включают числители и знаменатели для расчета процентных величин, которые определяют нынешнее состояние национальных ответных мер.

При расчете показателя странам настоятельно рекомендуется обращать особое внимание на даты получения конкретных данных. Если данные для числителей и знаменателей собраны в различное время, это отрицательно скажется на точности и достоверности такой информации.

Описанные здесь методы были разработаны для того, чтобы содействовать процессу построения глобальных оценок с использованием данных, полученных на национальном уровне. Эти методы можно использовать на субнациональном уровне, однако для принятия решений на уровне ниже национального более подходящими могут быть более простые, быстрые и гибкие подходы, приспособленные к местным условиям.

### **Данные с разбивкой по позициям: по половому и возрастному признакам**

Одним из основных уроков, полученных в ходе предыдущих раундов отчетности, является важность получения данных с разбивкой по позициям, например, данных с разбивкой по полу и возрасту. В 2010 году почти 80% стран представили данные для показателей по крайней мере с некоторой долей разбивки. Хотя это и свидетельствует о значительном улучшении по сравнению с предыдущими раундами отчетности, ряд стран все еще не способен правильно проследить различия в ключевых показателях с разбивкой по возрасту и полу. По-прежнему жизненно важно, чтобы страны собирали данные для отдельных составляющих, а не в суммарном виде. Без данных с разбивкой по позициям трудно проследить широту и глубину мер, осуществляемых в ответ на эпидемию как на национальном, так и на глобальном уровне. В такой же мере трудно проследить доступ к мероприятиям, определить справедливость такого доступа, целесообразность уделения особого внимания определенным группам населения, а также значимые изменения во времени.

Странам настоятельно рекомендуется обеспечить, чтобы сбор данных с разбивкой по позициям, особенно по полу и возрасту, стал одним из краеугольных камней в их усилиях по мониторингу и оценке. По возможности следует анализировать и данные относительно справедливости предоставляемого доступа. Ключевые министерства должны пересмотреть собственные системы информации, обследования и другие инструменты для сбора данных с тем, чтобы они могли собирать данные с разбивкой по позициям на субнациональном уровне, в том числе на уровне отдельных учреждений и проектов. Особое внимание следует уделять процедуре отслеживания данных, представляемых с разбивкой, вплоть до национального уровня. Помимо этого организации частного сектора и/или гражданского общества, участвующие в мерах в ответ на

СПИД в соответствующей стране, должны быть проинформированы относительно значения данных с разбивкой по позициям, и сделать так, чтобы сбор и распространение таких данных стали приоритетом в их текущей деятельности.

➤ **Веб-сайт отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД ([www.unaids.org/AIDSreporting](http://www.unaids.org/AIDSreporting)) четко определяет данные с разбивкой по позициям, которые необходимы для представления точных отчетных данных для числителя и знаменателя по каждому показателю (дополнительную информацию по этим показателям (см. в предыдущем подразделе «Числители и знаменатели»). В целом, по возможности все данные необходимо разбивать по половому и возрастному признакам. При возникновении каких-либо сложностей во время сбора данных с разбивкой по позициям можно вводить частичные данные, если есть в этом необходимость. Это даст дополнительное время для наращивания потенциала в зависимости от того, насколько важно обеспечить качество данных, в частности зафиксировать данные с разбивкой по половому и возрастному признакам в точке их сбора.**

Если данные с разбивкой по позициям сложно получить, необходимую информацию для ключевых показателей иногда можно получить на основе более крупных совокупных данных, несмотря на то, что источники данных в каждой стране будут отличаться. Странам следует обращаться за технической помощью в органы системы Организации Объединенных Наций (включая страновые отделения ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ), а также к партнерам ООН, если им нужна помощь в получении доступа к данным с разбивкой по позициям, необходимым для правильного выполнения измерений ключевых показателей. Для сбора и подтверждения данных правительствам рекомендуется использовать не только свои внутренние информационные ресурсы. Во многих случаях ценные первичные и вторичные данные могут предоставить организации гражданского общества.

### **Новые и репрезентативные данные обследований**

Чтобы измерить показатели на основании результатов обследований общего населения, используйте наиболее последние данные обследований, репрезентативных на национальном уровне. Это может означать, что данные, представленные в рамках данного раунда, будут такими же, как и данные, представленные в ходе предыдущего раунда, поскольку обычно такие обследования проводятся раз в пять лет. Тем не менее, важно, чтобы эти данные были вновь представлены в рамках нынешнего раунда отчетности, поскольку это подтверждает, что эти данные по-прежнему являются наиболее актуальными.

Обеспечить репрезентативность выборок при проведении обследований среди ключевых групп населения повышенного риска -- сложная техническая задача. В настоящее время разрабатываются методы, направленные на обеспечение репрезентативности выборок таких групп населения (напр., выборки, составленные на основе ответов самих респондентов). Однако, существует мнение, что пока эти методы остаются несовершенными, странам, возможно, не удастся гарантировать репрезентативность выборок, используемых для проведения обследований среди групп населения повышенного риска инфицирования ВИЧ. Таким образом, странам рекомендуется использовать наиболее последние результаты обследований групп населения повышенного риска; причем они должны быть проверены и одобрены техническими экспертами на местном уровне, например членами технических рабочих групп по мониторингу и оценке или членами национальных советов по исследованиям.

### **Интерпретация и анализ**

В последующем разделе данного документа приводится анализ всех ключевых показателей, а также их преимуществ и недостатков, поэтому прежде чем начинать сбор и анализ информации,

странам следует внимательно проанализировать содержащуюся в нем информацию, так как она объясняет, как интерпретировать каждый из показателей, а также как решить любой возможно связанный с ними вопрос. Странам также следует проанализировать вопросы, поднятые в этом разделе, до того, как они закончат работу над своим национальным отчетом о достигнутом прогрессе, чтобы удостовериться в точности своих выводов по каждому показателю.

Раздел о преимуществах и недостатках ключевых показателей имеет целью повысить точность и последовательность данных, предоставляемых в национальных отчетах о достигнутом прогрессе, предоставляемых ЮНЭЙДС. В настоящем разделе содержится также дополнительная информация относительно значимости конкретного показателя. В данном разделе отмечается, что между странами могут иметь место расхождения по таким разнообразным проблемам, как зависимость между затратами и местными доходами, стандарты качества и различия в схемах лечения.

После того как страны составят свои отчеты о достигнутом прогрессе, им настоятельно рекомендуется продолжить анализ полученных данных, что позволит им лучше понять собственные национальные ответные меры и определить возможности для их усовершенствования. Странам следует внимательно проанализировать взаимосвязи между политикой, реализацией программ по ВИЧ, поддающимися проверке изменениями в поведении и показателями распространенности ВИЧ. Например, если в стране существует политика, направленная на снижение передачи ВИЧ от матери ребенку, имеет ли также эта страна программы на местах, которые предоставляют услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку беременным женщинам? Если такие программы на местах имеются, охватывают ли они достаточное количество женщин, чтобы повлиять на количество детей в этой стране, рожденных с ВИЧ-инфекцией?

Такие взаимосвязи существуют в каждом аспекте национальных ответных мер, и многие наиболее важные из них отражены в ключевых показателях на национальном уровне, включенных в настоящее пособие. Для эффективного анализа таких взаимосвязей странам необходимо использовать как можно более широкий массив имеющихся данных, включая количественную и качественную информацию как из государственного, так и частного сектора. Чрезмерное использование данных какого-либо одного типа или данных из какого-либо одного источника снижает вероятность получения перспективы или правильных представлений, необходимых для понимания взаимосвязей и определения любых существующих или зарождающихся тенденций.

### **Выбор показателей**

Страны, как предполагается, «знают свою эпидемию» и анализируют все показатели с целью определения, какие показатели применимы к их ситуации. Например, стране с эпидемией, концентрированной среди работников секс-бизнеса, а также мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, не требуется предоставлять данные по ключевым показателям, касающимся лиц, потребляющих инъекционные наркотики. При этом странам необходимо регулярно проводить оценку ситуации, чтобы удостовериться, что потребление инъекционных наркотиков не развивается по сценарию, вызывающему беспокойство. Им также необходимо рассчитывать как конкретные показатели для работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, так и более широкие показатели (напр., знания молодых людей о ВИЧ, половые контакты с повышенным уровнем риска среди женщин и мужчин, пользование презервативами во время половых контактов с повышенным уровнем риска), которые важны для прослеживания распространения ВИЧ среди населения в целом.

Аналогичным образом странам с генерализованной эпидемией следует проанализировать показатели, касающиеся только ключевых групп населения повышенного риска, чтобы определить, применимы ли какие-либо из таких показателей к их ситуации. Например, страна с эпидемией с более высоким показателем распространенности ВИЧ также может иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. По этой причине для такой страны будет полезно рассчитать и представить показатели, касающиеся групп населения, которым грозит самый высокий риск.

Если страна не предоставляет данных по какому-либо показателю, по которому ей необходимо предоставить данные, ей необходимо указать следующее:

- (i) отсутствуют ли данные для характеристики такого показателя;
- (ii) считается ли, что такой показатель неприменим к эпидемиологической ситуации в стране.

Если считается, что это актуально для данной области с точки зрения эпидемии и ответных мер, но что сам показатель не актуален или не целесообразен для мониторинга этой проблемы, это следует указать в графе для комментариев онлайн-формы отчета. Если для эффективного мониторинга конкретной проблемы в данной стране используется альтернативный показатель, этот показатель можно описать в графе для комментариев онлайн-формы отчета (и привести полное определение и метод измерения), а также включить все имеющиеся данные для этого показателя.

### **Роль гражданского общества**

Гражданское общество играет ключевую роль в осуществлении мер в ответ на эпидемию СПИДа во всех странах мира. Наличие у организаций гражданского общества обширных знаний превращает их в идеальных партнеров в процессе подготовки страновых отчетов о достигнутом прогрессе. В частности, организации гражданского общества имеют хорошие возможности для предоставления количественной и качественной информации с целью дополнить данные, собираемые правительством. Кроме того, они могут предоставить ценную точку зрения по вопросам, включаемым в показатель Национальных обязательств и политических инструментов, а также имеют хорошие возможности для участия в процессе анализа и проверки.

Национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует стремиться к тому, чтобы использовать вклад всех организаций гражданского общества, включая неправительственные организации, сети людей, живущих с ВИЧ, профессиональные организации, женщин, молодых людей, профсоюзы и организации на уровне общин, при подготовке отчетов по ключевым показателям на национальном уровне, составляющих основу Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 г. Невозможно переоценить важность обеспечения вклада всех организаций гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ. Гражданское общество представляет самые различные организации и точки зрения, каждая из которых может оказаться ценной в процессе мониторинга и оценки мер по борьбе со СПИДом в соответствующей стране.

Национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует предоставлять организациям гражданского общества удобный доступ к своим планам по сбору данных и к данным для включения в знаменатели. Также необходимо разработать простой механизм подачи и оценки информации для ее включения в страновой отчет о достигнутом прогрессе. Страновые отчеты о достигнутом прогрессе должны включать данные, предоставляемые организациями гражданского общества, а также отмечать вклад гражданского общества в осуществление национальных мер в ответ на ВИЧ, как в количественном, так и в качественном выражении. В рамках таких усилий организации гражданского общества следует также приглашать к участию в семинарах на национальном уровне для определения того, каким образом они смогут оказать оптимальную поддержку процессу подготовки страновой отчетности. В каждой стране представителям гражданского общества необходимо обеспечить достаточные возможности для анализа странового отчета о достигнутом прогрессе и внесения своих замечаний по отчету до того, как он будет окончательно утвержден и представлен. Необходимо обеспечить широкое распространение отчета, направляемого в ЮНЭЙДС, для того чтобы гражданское общество имело к нему открытый доступ.

Сотрудники ЮНЭЙДС на уровне соответствующей страны готовы помочь в организации вовлечения гражданского общества на всех этапах этого процесса. В частности, сотрудникам

ЮНЭЙДС на уровне соответствующей страны необходимо:

- проинформировать организации гражданского общества относительно показателей и процесса представления отчетности;
- оказать техническую помощь при сборе, анализе и представлении отчетных данных, включая целевую поддержку людям, живущим с ВИЧ;
- обеспечить распространение отчетов, в том числе – по мере возможности – на национальных языках.

Как и в предыдущие годы, в рамках отчетности за 2012 год ЮНЭЙДС будет принимать неофициальные отчеты от организаций гражданского общества. Необходимо отметить, что неофициальные отчеты не имеют целью обеспечить параллельный процесс представления отчетности для гражданского общества. По мере возможности ЮНЭЙДС поддерживает включение организаций гражданского общества в национальные процессы отчетности, как описано выше. Неофициальные отчеты призваны представить альтернативную точку зрения там, где есть большая убежденность в том, что гражданское общество не включено должным образом в национальный процесс представления отчетности, где правительства не направляют страновой отчет о достигнутом прогрессе или где данные, предоставляемые правительством, значительно отличаются от данных, собираемых гражданским обществом, отслеживающим прогресс, достигнутый правительством в оказании услуг.

### Содержание отчета

**Ожидается, что в 2012 году страны представят комплексный отчет по всем показателям национального уровня, применимым к их ответным мерам.**

В отчете следует отметить достижения, а также ограничивающие факторы и будущие национальные планы, направленные на повышение качества выполнения, особенно в областях, где имеющиеся данные свидетельствуют о слабых местах в национальных ответных мерах. Такой отчет также должен включать краткое пояснение по каждому показателю с указанием процедуры расчета числителей и знаменателей и степени точности комбинированных данных и данных с разбивкой по позициям. Как указано выше, если страны не направляют данных для определенного показателя, им необходимо указать, чем это обусловлено: отсутствием соответствующих данных или тем, что они не считают этот показатель актуальным для характеристики эпидемии в стране.

Национальные правительства отвечают за представление показателей на национальном уровне через национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные им органы при поддержке со стороны институтов гражданского общества, а также, по возможности, партнеров по процессу развития. Процедуры, изложенные в настоящем пособии, следует использовать для сбора и расчета необходимых данных для каждого показателя. Для составления описательного отчета, направляемого в ЮНЭЙДС, следует использовать предлагаемый формат отчета (Приложение 1).

Странам также следует, по возможности, направлять копии своих основных отчетов, из которых взяты данные по различным показателям. Направить такие отчеты можно с использованием электронной системы глобальной отчетности, что ускорит анализ данных, в т.ч. анализ существующих тенденций, а также сравнительный анализ по странам.

Как указано выше, а также в соответствии с Политической декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ, следует вовлекать в процесс подготовки странового отчета о достигнутом прогрессе. Все организации частного сектора должны иметь аналогичные возможности для участия в процессе представления отчетности. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует национальным правительствам организовать семинар или форум для широкого представления и обсуждения данных, включаемых в страновой отчет о достигнутом прогрессе, до его направления в ЮНЭЙДС. По мере возможности окончательный вариант отчета должен отражать итоги обсуждения в ходе этого мероприятия. В

большинстве стран имеются объединенные группы ООН по СПИДу, готовые содействовать такому процессу обсуждения.

После представления все страновые отчеты о достигнутом прогрессе будут опубликованы на веб-сайте ЮНЭЙДС. Предоставление страновых отчетов о достигнутом прогрессе через веб-сайт отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД ([www.unaids.org/AIDSreporting](http://www.unaids.org/AIDSreporting)) гарантирует автоматическое размещение описательных отчетов на веб-сайте в течение недели после их подачи. По этой причине важно, чтобы отчет был всесторонним образом проанализирован в стране и одобрен официально, прежде чем он будет направлен в ЮНЭЙДС.

Данные должны быть подтверждены и сопоставлены с описательным отчетом, а качество всех данных проанализировано проверено до направления отчета. Помимо страновых отчетов о достигнутом прогрессе, размещаемых на веб-сайте ЮНЭЙДС, данные по показателям, включенные в отчеты, также будут доступны после того, как процесс уточнения, подтверждения и согласования данных с использованием системы AIDSinfo будет завершен.

- При возникновении каких-либо вопросов обращайтесь в региональный офис ЮНЭЙДС или в ее главный офис в Женеве по адресу [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org). Новую информацию относительно отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД можно будет найти на веб-сайте ЮНЭЙДС по адресу: <http://www.unaids.org/AIDSreporting>

#### Рекомендации о направлении отчетности

- Странам, которым требуется дополнительная информация об инструментах составления и механизмах направления отчетности, следует обращаться за технической помощью к консультантам ЮНЭЙДС по вопросам мониторинга и оценки, а также в рабочие группы по мониторингу и оценке вопросов ВИЧ, работающие в соответствующей стране. За помощью также можно обратиться в Группу по вопросам мониторинга и анализа ответных мер (RMA) Секретариата ЮНЭЙДС по электронной почте: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

#### Система отчетности

- Направлять свои отчеты страны должны с использованием электронной системы глобальной отчетности, которую можно найти по адресу <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Для каждой страны будет назначен национальный координатор, который будет отвечать за доступ к данной системе и введение страновой информации для ее дальнейшего представления.

Пользователи могут входить в систему для редактирования или просмотра содержащейся в ней информации. В рамках редактирования они могут вносить изменения или дополнения в информацию, которая впоследствии будет представлена. В рамках просмотра они могут просмотреть информацию, которая будет представлена, но не смогут вносить в нее каких-либо изменений. Национальный координатор отвечает за предоставление соответствующих учетных данных, необходимых для получения доступа в систему.

Как указано выше, если страны не направляют данных для определенного показателя, им необходимо указать, чем это обусловлено: отсутствием соответствующих данных или тем, что они не считают этот показатель актуальным для характеристики эпидемии в стране. В соответствующей

графе для комментариев можно оставить краткое пояснение с указанием процедуры расчета числителей и знаменателей и степени точности комбинированных данных и данных с разбивкой по позициям.

Чтобы максимально облегчить задачу и помочь в подготовке отчетности о достигнутом прогрессе, действия в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД, а также отчетности ВОЗ об обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения, будут координироваться и осуществляться с использованием одной и той же электронной системы отчетности.

Для завершения процесса направления отчета страна должна нажать кнопку «направить». Такое действие закроет сессию работы страны в электронной системе глобальной отчетности, и страна больше не сможет вносить изменения или дополнения в направляемую информацию с использованием данной системы.

При возникновении каких-либо проблем с использованием электронной системы глобальной отчетности обращайтесь по адресу [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

### **Направление отчета**

Отчеты о достигнутом прогрессе следует направлять ЮНЭЙДС в электронной форме до 31 марта 2012 года. Направляемые материалы должны состоять из описательного отчета (в виде файла в формате Microsoft Word или PDF), а также 30 показателей прогресса в деле противодействия СПИДу на глобальном уровне. Описательный отчет публикуется на веб-сайте ЮНЭЙДС в течение недели после того, как он был направлен в ЮНЭЙДС.

По мере возможности данные следует вводить через веб-сайт глобальной отчетности ([www.unaids.org/AIDSreporting](http://www.unaids.org/AIDSreporting)). Это будет значительно способствовать процессу обработки данных и сведет до минимума ошибки, связанные с вводом данных в Женеве.

Просьба обратить внимание на то, что странам, которые не направляют свои данные в электронной форме, следует направить свои отчеты до 15 марта 2012 года, чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Глобальную базу данных об ответных мерах в ЮНЭЙДС в Женеве.

Для облегчения последующих действий странам необходимо указать имя/фамилию и контактные данные лица, ответственного за представление странового отчета о достигнутом прогрессе. Просьба обратить внимание на то, что страновой отчет о достигнутом прогрессе необязательно официально подписывать.

Печатные экземпляры отчетов можно высылать по адресу:  
Team Leader, Response Monitoring and Analyses Team  
UNAIDS, 20 Avenue Appia CH-1211 Geneva 27, Switzerland

### **Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия**

Чтобы страновой отчет о достигнутом прогрессе способствовал осуществлению глобальных мер в ответ на эпидемию, важнейшее значение имеет представление полной отчетности по ключевым показателям. Странам настоятельно рекомендуется разрабатывать графики и намечать ключевые вехи для выполнения необходимых задач. Ниже представлены действия, необходимые для выполнения полного цикла отчетности. Под руководством национального комитета по СПИДу или эквивалентной ему структуры странам необходимо выполнить следующие задачи:

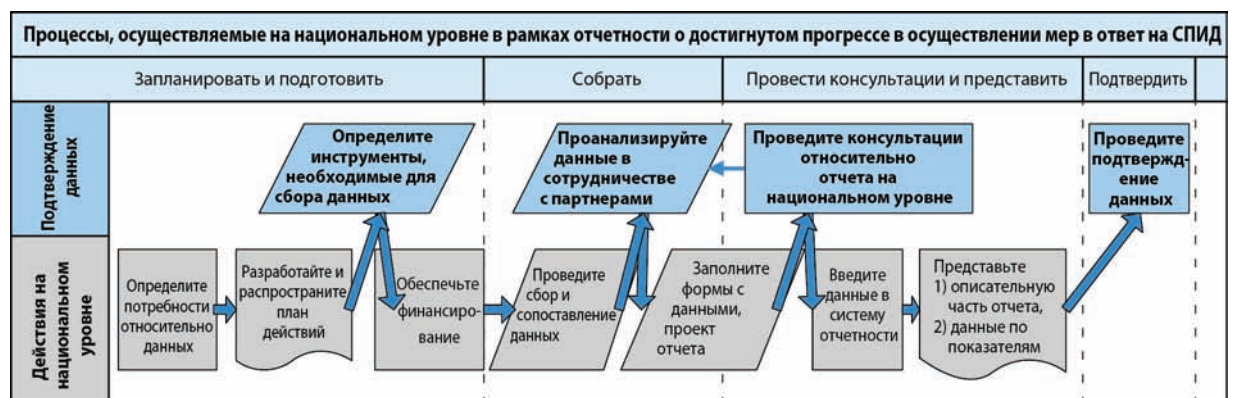
1. определить потребности в данных в соответствии с требованиями национального

стратегического плана и настоящими руководящими принципами разработки ключевых показателей в рамках глобальной отчетности о прогрессе в деле противодействия СПИДу;

2. разработать и распространить план для сбора и анализа данных и составления отчета, включая графики и роли национального комитета по СПИДу или эквивалентного органа, других правительственных учреждений и институтов гражданского общества;
3. определить соответствующие инструменты для сбора данных;
4. обеспечить необходимое финансирование для всего процесса сбора, анализа и представления данных;
5. обеспечить сбор и проверку данных в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
6. обеспечить анализ данных в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
7. заполнить соответствующие формы с данными, а также составить проект соответствующей описательной части странового отчета о достигнутом прогрессе;
8. предоставить заинтересованным участникам, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, возможность высказать замечания по проекту отчета;
9. сверить данные с описательной частью отчета и ввести данные через веб-сайт отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД ([www.unaids.org/AIDSreportingtool](http://www.unaids.org/AIDSreportingtool)); а также
10. представить (i) описательную часть отчета и (ii) данные по показателям в офис ЮНЭЙДС в Женеве до **31 марта 2012 года**, или до 15 марта 2012 года для стран, которые не подают данные с использованием электронной системы отчетности.

Важно, чтобы представляемые данные были подтверждены и согласованы всеми партнерами в стране. Электронная система отчетности позволяет это сделать, предоставляя возможность передать право доступа для просмотра информации заинтересованным сторонам на национальном уровне. Согласно сообщениям нескольких стран эта функция дала множеству партнеров, в т.ч. представляющих институты гражданского общества, возможность просмотреть соответствующую информацию и внести свой вклад в подготовку отчетности, что позволило осуществить процесс консультаций и подтверждения быстрее и с участием большего количества заинтересованных сторон.

В Приложение 4 включен суммарный контрольный перечень, который можно использовать при подготовке и представлении странового отчета о достигнутом прогрессе.





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

Отдельные показатели могут применяться для отслеживания хода выполнения нескольких целей.

<i>Цели</i>	<i>Показатели</i>	
Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года <i>Общее население</i>	1.1 Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*	
	1.2 Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	
	1.3 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	
	1.4 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*	
	1.5 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	
	1.6 Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ*	
	<i>Работники секс-бизнеса</i>	1.7 Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ
		1.8 Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом
		1.9 Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
		1.10 Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ
	<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>	1.11 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ
		1.12 Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной
		1.13 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
		1.14 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ
Цель 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.	2.1 Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год	
	2.2 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта	
	2.3 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	
	2.4 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики,	

		которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
	2.5	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ
Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г. и значительно сократить материнскую смертность вследствие СПИДа	3.1	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
	3.2	Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения
	3.3	Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку (смоделировано)
Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ.	4.1	Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают*
	4.2	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала
Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 г.	5.1	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ
Цель 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов	6.1	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования
Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития	7.1	Национальные обязательства и политические инструменты (профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, вовлечение гражданского общества, гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, мониторинг и оценка)
	7.2	Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев)
	7.3	Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10-14 лет*
	7.4	Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев

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

---

6 Глобальный план по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей определяет данную цель следующим образом:

1. Сократить количество новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей на 90%
2. Сократить материнскую смертность вследствие СПИДа на 50%

Более подробную информацию можно получить по адресу:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609\\_JC2137\\_Global-Plan-Elimination-HIV-Children\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf)

## **Цель 1. Сократить передачу ВИЧ половым путем в два раза до 2015 г.**

### ***Население в целом***

- 1.1 Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ\*
- 1.2 Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет
- 1.3 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
- 1.4 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта\*
- 1.5 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.6 Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ\*

### ***Работники секс-бизнеса***

- 1.7 Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ
- 1.8 Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом
- 1.9 Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.10 Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ

### ***Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами***

- 1.11 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ
- 1.12 Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной
- 1.13 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.14 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ

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

## 1.1 Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ

**Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ**

### Предназначение

Этот показатель используется для измерения прогресса в обеспечении всеобщего доступа к знаниям об основных фактах передачи ВИЧ.

### Обоснование

Эпидемии ВИЧ распространяются главным образом в результате передачи инфекции половым путем новым поколениям молодых людей. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшей предпосылкой – хотя зачастую и недостаточной – для принятия поведения, снижающего риск передачи ВИЧ.

**Числитель:** Число респондентов в возрасте 15-24 лет, которые дали правильные ответы на все пять вопросов

**Знаменатель:** Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)

Данный показатель рассчитывается на основе ответов на следующий ряд вопросов с подсказками:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?
2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?
4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?

**Частота сбора данных:** Предпочтительно: раз в два года; минимум: каждые 3-5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15-19 и 20-24)

### **Пояснение по числителю**

Первые три вопроса нельзя изменять. Вопросы 4 и 5 касаются местных неверных представлений, и вместо них можно задавать вопросы, касающиеся неправильных представлений, наиболее распространенных в вашей стране. Например: «Может ли человек заразиться ВИЧ через объятия и пожатие рук инфицированного человека?» или «Может ли человек заразиться ВИЧ в результате действия сверхъестественных сил?»

Тех, кто никогда не слышали и ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Ответ «не знаю» следует показывать как неправильный.

Помимо значения для сводного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).

### **Преимущества и недостатки**

Мнение о том, что здоровый на вид человек не может быть инфицирован ВИЧ, является широко распространенным неправильным понятием, что может привести к незащищенным половым контактам с инфицированными партнерами. В равной мере важно знать истинные пути передачи ВИЧ, а также понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными. Например, представление о том, что ВИЧ может якобы передаваться через укус комара, может снизить мотивацию для принятия безопасного сексуального поведения, в то время как представление о том, что ВИЧ якобы может передаваться через совместный прием пищи усиливает стигматизацию людей, живущих с ВИЧ.

Этот показатель имеет особое значение в странах, где знания о ВИЧ и СПИДе являются слабыми, поскольку он позволяет легко определить, как постепенно улучшается уровень знаний в стране с течением времени. В то же время этот показатель играет важную роль и в других странах, поскольку его можно использовать для проверки того, поддерживается ли уже существующий высокий уровень знаний.

### **Дополнительная информация**

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / обследований для показателей по СПИДу можно найти на следующем веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

## 1.2 Половые контакты в возрасте до 15 лет

### Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в увеличении возраста начала половой жизни среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет.

#### Обоснование

Во многих странах существует важная целевая задача – увеличить возраст начала половой жизни и исключить половую жизнь до брака, поскольку это позволяет уменьшить потенциальный риск заражения молодых людей ВИЧ. Кроме того, имеются данные, которые указывают на то, что более позднее начало половой жизни уменьшает восприимчивость к инфекции в результате полового акта, по крайней мере, для женщин.

**Числитель:** Число респондентов (в возрасте 15–24 лет), которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет

**Знаменатель:** Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)

Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половой акт и, если да, им задают вопрос: В каком возрасте у вас был первый половой контакт?

**Частота сбора данных:** Каждые 3-5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15-19 и 20-24)

#### Преимущества и недостатки

В странах с очень малым числом молодых людей, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет, возможно, следует использовать альтернативный показатель: «Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 20–24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 18 лет». Преимущество использования данных о возрасте

начала половой жизни (по сравнению с медианным возрастом) заключается в том, что расчет является простым и позволяет проводить сравнения во времени. Знаменатель определяется легко, поскольку в него включаются все члены обследуемой выборки.

Сложность заключается в том, чтобы проследить изменения данного показателя за короткий период времени, поскольку на значение знаменателя могут влиять только члены данной группы, т.е. те, кому было меньше 15 лет в начале периода, тенденции которого оцениваются. Если же этот показатель оценивается каждые два-три года, в таком случае, вероятно, лучше сконцентрировать внимание на изменениях в уровнях для возрастной группы 15–17 лет. Если этот показатель оценивается каждые пять лет, в этом случае существует возможность проанализировать возрастную группу 15–19 лет.

В странах, где программы профилактики ВИЧ поощряют более позднее начало половой жизни или девственность, ответы молодых людей на данный вопрос могут быть неточными, включая намеренное неправильное указание возраста начала половой жизни.

### **Дополнительная информация**

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / обследований для показателей по СПИДу можно найти на следующем веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

### 1.3 Половые контакты с нерегулярными сексуальными партнерами

**Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев**

#### **Предназначение**

Он предназначен для измерения прогресса в снижении процентного показателя людей, которые имеют половые контакты с нерегулярными сексуальными партнерами.

#### **Обоснование**

Распространение ВИЧ во многом зависит от распространенности незащищенного секса среди людей, у которых имеется большое количество партнеров. Лица, у которых много партнеров (параллельно или последовательно), имеют более высокий риск заражения ВИЧ по сравнению с теми, кто не связан с более широкой сетью половых контактов.

**Числитель:** Число респондентов в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев

**Знаменатель:** Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)  
Респондентов просят рассказать о своем сексуальном опыте. Анализ полученной от них информации позволяет определить, было ли у респондента более одного интимного партнера за последние 12 месяцев.

**Частота сбора данных:** Каждые 3–5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15–19, 20–24, а также 25–49)

#### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель позволяет получить данные об уровнях распространения сексуальной практики с повышенным фактором риска. Если у людей имеется только один интимный партнер, это изменение будет отражено в изменениях данного показателя. Однако если люди просто уменьшат число своих сексуальных партнеров, данный показатель не отразит изменения, даже если потенциально это может оказывать значительное воздействие на



распространение эпидемии ВИЧ и может рассматриваться как успех программы. Для отражения снижения числа сексуальных партнеров в целом, возможно, понадобятся дополнительные показатели.

#### **Дополнительная информация**

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / обследований для показателей по СПИДу можно найти на следующем веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

## 1.4 Использование презерватива во время последнего полового контакта людьми, имеющими половые контакты с нерегулярными сексуальными партнерами

**Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

### Обоснование

Использование презервативов является важной мерой защиты от ВИЧ, особенно среди людей, у которых несколько сексуальных партнеров.

**Числитель:** Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного интимного партнера за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего контакта с этим партнером они использовали презерватив

**Знаменатель:** Число респондентов (15–49 лет), у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)

Респондентов просят рассказать о своем сексуальном опыте. Анализ полученной от них информации позволяет определить, было ли у респондента более одного интимного партнера за последние 12 месяцев, и если да, то использовал ли респондент презерватив во время последнего полового контакта.

**Частота сбора данных:** Каждые 3-5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель показывает, в какой степени люди, которые склонны иметь половые контакты с повышенным уровнем риска (т.е. регулярно менять партнеров), пользуются презервативами. В то же время более широкое значение любого данного показателя будет зависеть от степени, в какой люди вступают в такие контакты. Таким образом, используя данные, показывающие процент людей, у которых было более одного интимного партнера за последний год, получаемые уровни и тенденции следует интерпретировать осторожно.

Максимальный защитный эффект от использования презервативов обеспечивается, когда презервативы используют постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель не отражает уровень постоянного использования презервативов. В то же время применение альтернативного метода опроса – использовали ли вы презерватив постоянно/иногда/никогда не использовали во время контактов с нерегулярными партнерами в течение определенного периода времени – может привести к ошибке. Кроме того, тенденции, характеризующие использование презервативов во время самого последнего полового контакта, обычно отражают тенденции, характеризующие постоянное использование презерватива.

### **Дополнительная информация**

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / обследований для показателей по СПИДу можно найти на следующем веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

## 1.5 Тестирование на ВИЧ-инфекцию среди населения в целом

### Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования.

#### Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, людям важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

**Числитель:** Число респондентов в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

**Знаменатель:** Число всех респондентов в возрасте 15-49 лет  
В знаменатель включаются респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ или СПИДе

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)

Респондентам задают следующие вопросы:

1. Я не хочу знать результаты, но проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев?

Если «да»:

2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

**Частота сбора данных:** Каждые 3–5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49)

#### Преимущества и недостатки

Слова «Я не хочу знать результаты, но...» в начале вопроса располагают респондента, нежелающего говорить о своем серологическом статусе, к рассказу и снижают риск того, что такой респондент, не будет утаивать какой-либо информации о прохождении теста на ВИЧ.

Знание результатов теста на ВИЧ, пройденного в течение последних 12 месяцев, не гарантирует того, что респондент знает свой ВИЧ-статус на текущий момент. Респондент мог инфицироваться ВИЧ за время, прошедшее с момента, когда он/она последний раз проходил/проходила тест на ВИЧ.

**Дополнительная информация**

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / обследований для показателей по СПИДу можно найти на следующем веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

## 1.6 Распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых людей

### Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ.

#### Обоснование

Целью мер в ответ на ВИЧ является снижение распространенности ВИЧ-инфекции.

Показатель распространенности ВИЧ в любом данном возрасте представляет собой разность между кумулятивным числом людей, заразившихся ВИЧ до данного возраста, минус число умерших, и выражается в виде процента от общего числа живущих в этом возрасте. В старшем возрасте изменения показателя распространенности ВИЧ отражают изменения в частоте возникновения новых инфекций (заболеваемость ВИЧ) с замедлением, поскольку средний период развития инфекции является длительным. Кроме того, снижение показателя распространенности ВИЧ может отражать насыщение инфекции среди людей, наиболее уязвимых к ней, и повышение уровня смертности, а не изменение поведения. В молодом возрасте тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ более точно отражают последние тенденции в области заболеваемости ВИЧ и рискованного поведения. Таким образом, снижение заболеваемости ВИЧ, связанное с подлинным изменением поведения, в первую очередь должно наблюдаться при анализе показателя распространенности ВИЧ в возрастной группе 15-24 лет (или даже 15–19 лет, если существует возможность разбить данные по возрастному признаку). При наличии данных параллельного обследования поведения такие данные следует использовать для правильной интерпретации изменений показателя распространенности ВИЧ.

**Тип эпидемии:** Страны с генерализованными эпидемиями

**Числитель:** Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15–24 лет), имеющих положительные результаты тестирования на ВИЧ.

**Знаменатель:** Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15–24 лет), прошедших тестирование на определение ВИЧ-статуса

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Руководящие принципы проведения дозорного эпиднадзора за ВИЧ (ЮНЭЙДС, ВОЗ)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных, полученных для беременных женщин, посещающих клиники дородовой женской консультации на участках дозорного эпиднадзора за ВИЧ в столичном городе и в других городских и сельских районах.

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.

**Частота сбора данных:** Ежегодно

**Разбивка:** Нет

### **Преимущества и недостатки**

В странах, где молодые люди начинают половую жизнь в более позднем возрасте и/или уровни контрацепции высоки, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет будет отличаться от показателя для всех женщин этой возрастной группы.

Этот показатель (на основе данных, полученных клиниками дородовой женской консультации) дает довольно хорошую оценку относительно последних тенденций в распространении ВИЧ-инфекции там, где эпидемия обусловлена гетеросексуальными контактами. Он менее надежен для характеристики тенденций в эпидемии ВИЧ там, где большая часть инфекций по-прежнему временно ограничивается группами населения, которым грозит самый высокий риск.

Для дополнения данных, полученных клиниками дородовой женской консультации, все большее число стран проводит тестирование на ВИЧ в рамках обследования среди населения. Если в стране получены оценки относительно распространенности ВИЧ на основании обследований, такие оценки следует включать в графу для комментариев по данному показателю для сравнения различных обследований. При наличии оценок на основе обследований их следует разбить по половому признаку.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. В то же время добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

- [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)
- [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc954-anc-serosurveys\\_guidelines\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc954-anc-serosurveys_guidelines_en.pdf)

## 1.7 Работники секс-бизнеса: программы профилактики

### Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации основных элементов программ профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса.

#### Обоснование

Работников секс-бизнеса зачастую трудно охватить программами по профилактике ВИЧ. Однако для того чтобы предупредить распространение ВИЧ и СПИДа среди этой группы населения, а также среди населения в целом, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения, которым грозит самый высокий риск. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

**Числитель:** Число работников секс-бизнеса, ответивших «да» на оба вопроса.

**Знаменатель:** Общее число работников секс-бизнеса, принявших участие в обследовании.

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований

Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:

1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тесты на ВИЧ?
2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев (напр., в рамках услуг по методу «аутрич», через центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)?

---

<sup>7</sup> Этот показатель охватывает только два основных элемента программ профилактики для работников секс-бизнеса. Общепринято, что этот показатель не показывает частоту получения доступа к услугам среди этих групп населения или качество таких услуг. Эти ограничения указывают на то, что данный показатель может завышать уровень охвата услугами по профилактике ВИЧ среди работников секс-бизнеса. Несмотря на то, что рекомендуется проводить постоянный мониторинг данного показателя с целью определения тенденций в изменении охвата минимальными услугами, необходимо также принимать дополнительные меры, чтобы точно определить, предоставляются ли адекватные услуги по профилактике ВИЧ указанным группам населения.



Помимо значения для сводного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).

По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, идентифицирующая работников секс-бизнеса, а также информация относительно источников данных, полученных от них, не разглашается.

**Частота сбора** Раз в два года

**данных:**

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Получить доступ к работникам секс-бизнеса и/или провести обследования среди них может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из работников секс-бизнеса и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Использование этих показателей в целях отчетности не следует интерпретировать в том смысле, что данных услуг достаточно для реализации программ профилактики ВИЧ среди этих групп населения. Набор описанных выше ключевых мер вмешательства должен составлять часть комплексной программы профилактики ВИЧ, которая также включает такие элементы как предоставление информации о профилактике ВИЧ (напр., через программы информационно-просветительской работы на местах и просвещения среди лиц одного круга), лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и др. Другую информацию об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса можно найти в документе «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа».

Данный показатель касается услуг, полученных в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Кроме вышеуказанных данных, включите в отчет также программные данные для этого показателя, используя графу для введения текста, предусмотренную электронной системой отчетности.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.8 Работники секс-бизнеса: использование презерватива

### Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами.

#### Обоснование

Существуют различные факторы, которые повышают риск заражения ВИЧ для работников секс-бизнеса, включая наличие большого числа непостоянных партнеров и высокую частоту половых контактов. В то же время работники секс-бизнеса могут существенно уменьшить риск передачи ВИЧ, как от клиентов, так и клиентам, если они будут постоянно и правильно пользоваться презервативами.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди работников секс-бизнеса. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число работников секс-бизнеса, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом.

**Знаменатель:** Число работников секс-бизнеса, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев.

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
Респондентам задают следующий вопрос:

Пользовались ли вы презервативом при половом контакте с вашим последним клиентом?

По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора данных:** Раз в два года

- Разбивка:**
- По половому признаку
  - По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Максимальный защитный эффект от использования презервативов обеспечивается, когда презервативы используются постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель будет превышать уровень постоянного использования презервативов. В то же время применение альтернативного метода опроса – использовали ли вы презерватив постоянно/иногда/никогда не использовали во время контактов с нерегулярными сексуальными партнерами в течение определенного периода времени – может привести к ошибке. Кроме того, тенденции, проявленные при использовании презерватива во время последнего полового контакта, как правило, отображают общие тенденции относительно постоянного использования презерватива.

Данный показатель касается оказания платных сексуальных услуг в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Проводить обследование среди работников секс-бизнеса может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей групп населения, которым грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.9 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса

### Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди работников секс-бизнеса.

#### Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, работникам секс-бизнеса важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения. Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения, которым грозит самый высокий риск. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

**Числитель:** Число работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

**Знаменатель:** Число работников секс-бизнеса, включенных в выборку

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:

1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев?

Если «да»:

2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора данных:** Раз в два года

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Получить доступ к работникам секс-бизнеса и/или провести обследования среди них может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из работников секс-бизнеса и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Отслеживать работников секс-бизнеса во времени может быть проблематично ввиду мобильности и труднодоступности таких групп населения, при этом многие группы относятся к скрытым группам населения. Таким образом, информацию о природе выборки следует указывать в описательной части отчета для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.10 Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса

### Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса.

#### Обоснование

Показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса обычно выше, чем у населения в целом как в странах с концентрированными эпидемиями, так и в странах с генерализованными эпидемиями. В многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса имеет очень важное значение для успешной реализации мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди работников секс-бизнеса. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число работников секс-бизнеса, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ

**Знаменатель:** Число работников секс-бизнеса, прошедших тестирование на ВИЧ

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора.

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.

**Частота сбора данных:** Ежегодно

- Разбивка:**
- По половому признаку
  - По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Теоретически оценку прогресса в снижении числа новых инфекций лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости во времени. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости. При анализе данных о распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые участвуют в секс-бизнесе менее одного года). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и тем самым увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом участия в секс-бизнесе в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа работникам секс-бизнеса систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации. Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с любой более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из ключевых групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные о других возрастных группах.

Тенденции изменения распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. В то же время добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.



### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

- [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)
- Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска можно найти по следующему адресу:

*[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)*

## 1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: программы профилактики

### Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации основных элементов программ профилактики ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

#### Обоснование

Мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), зачастую трудно охватить программами по профилактике ВИЧ. Однако для того чтобы предупредить распространение ВИЧ и СПИДа среди этой группы населения, а также среди населения в целом, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких ключевых групп населения. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

**Числитель:** Число МСМ, ответивших «да» на оба вопроса

**Знаменатель:** Общее число опрошенных МСМ

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований

Респондентам задают следующие вопросы:

1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тесты на ВИЧ?
2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев (напр., в рамках услуг по методу «аутрич», через центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)?

---

<sup>8</sup> Этот показатель охватывает только два основных элемента программ профилактики для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Общепринято, что этот показатель не показывает частоту получения доступа к услугам среди этих групп населения или качество таких услуг. Эти ограничения указывают на то, что данный показатель может завышать уровень охвата услугами по профилактике ВИЧ среди мужчин-имеющих половые контакты с мужчинами. Несмотря на то, что рекомендуется проводить постоянный мониторинг данного показателя с целью определения тенденций в изменении охвата минимальными услугами, необходимо также принимать дополнительные меры, чтобы точно определить, предоставляются ли адекватные услуги по профилактике ВИЧ указанным группам населения.

Помимо значения для сводного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).

По мере возможности данные для МСМ следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	▪ По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Получить доступ к МСМ и/или провести обследования среди них может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из МСМ и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Использование этих показателей в целях отчетности не следует интерпретировать в том смысле, что данных услуг достаточно для реализации программ профилактики ВИЧ среди этих групп населения. Набор описанных выше ключевых мер вмешательства должен составлять часть комплексной программы профилактики ВИЧ, которая также включает такие элементы как предоставление информации о профилактике ВИЧ (напр., через программы информационно-просветительской работы на местах и просвещения среди лиц одного круга), лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и др. Более подробную информацию об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди ключевых групп населения с повышенным риском, можно найти в документе «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа».

Данный показатель касается услуг, полученных в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Кроме вышеуказанных данных, включите в отчет также программные данные для этого показателя, используя графу для введения текста, предусмотренную электронной системой отчетности.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.12 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива

### Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами.

#### Обоснование

Применение презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Следовательно, постоянное и правильное использование презерватива имеет большое значение для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Кроме того, мужчины, практикующие анальный секс с другими мужчинами, могут также иметь партнеров-женщин, которые также могут заразиться. Использование презерватива во время секса с последним партнером-мужчиной считается надежным показателем поведения в долгосрочной перспективе.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса

**Знаменатель:** Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной за последние шесть месяцев.

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
При проведении обследования поведения в группе, включающей мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, респондентам задают вопросы о сексуальных партнерских отношениях за последние шесть месяцев, о наличии анального

<sup>9</sup> Сюда включаются как регулярные, так и нерегулярные партнеры, а также платные и бесплатные половые контакты. Как и в случае с другими показателями, данный показатель позволяет получить лишь ограниченную информацию. Для всесторонней оценки моделей риска, связанного с наличием половых контактов между мужчинами, необходима дополнительная информация, включая информацию о типах и числе партнеров, а также о том, являются ли партнеры рецептивными или инсертивными.

секса в рамках таких отношений и об использовании презерватива во время последнего анального секса.

По мере возможности данные для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора** Раз в два года

**данных:**

**Разбивка:**

- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, использование презерватива во время последнего анального секса с любым партнером является хорошим показателем общих уровней и тенденций в отношении защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. Этот показатель не дает никакого представления о рискованном поведении во время половых контактов с женщинами среди мужчин, имеющих половые контакты как с мужчинами, так и женщинами. В странах, где мужчины, включаемые в данную обследуемую подгруппу, могут иметь партнеров обоего пола, следует проанализировать практику использования презервативов во время контактов как с женщинами, так и с мужчинами. В этих случаях данные об использовании презервативов всегда следует показывать отдельно для партнеров-мужчин и партнеров-женщин.

Данный показатель касается половых контактов между мужчинами в течение последних шести месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 12 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Провести обследования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

**Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

### Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких ключевых групп населения повышенного риска. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

**Числитель:** Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

**Знаменатель:** Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые включены в выборку

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
Респондентам задают следующие вопросы:

3. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев?

Если «да»:

4. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

По мере возможности данные для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, а также к данным, полученным от них, не разглашается.



**Частота сбора данных:** Раз в два года

**Разбивка:** ■ По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Получить доступа к мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, и/или провести обследования среди них может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Отслеживать во времени мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, может быть проблематично ввиду мобильности и труднодоступности таких групп населения, при этом многие группы относятся к скрытым группам населения. Таким образом, информацию о природе выборки следует указывать в описательной части отчета для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 1.14 Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

### Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

#### Обоснование

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, обычно имеют самый высокий показатель распространенности ВИЧ в странах с концентрированными или генерализованными эпидемиями. Во многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, имеет очень важное значение для успешной реализации мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких ключевых групп населения повышенного риска. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, у которых положительная реакция теста на ВИЧ

**Знаменатель:** Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которых прошли тестирование на ВИЧ

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора.

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.

**Частота сбора данных:** Ежегодно

**Разбивка:** ■ По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Теоретически оценку прогресса в снижении числа новых инфекций лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости во времени. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости.

При анализе данных о распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые в течение последнего года впервые имели половой контакт с мужчиной). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и тем самым увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом половых контактов с другими мужчинами в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клиники дородовой женской консультации. Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с любой более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из ключевых групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные о других возрастных группах.

Тенденции изменения распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. В то же время добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

- [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)
- Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска можно найти по следующему адресу:  
*[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)*

## **Цель 2. Сократить передачу ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков на 50% до 2015 г.**

- 2.1 Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену шприцев и игл на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год
- 2.2 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта
- 2.3 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
- 2.4 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 2.5 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ

## 2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: программы профилактики

**Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену шприцев и игл на каждое лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в улучшении охвата основными услугами по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

### Обоснование

Потребление наркотиков - основной путь передачи ВИЧ приблизительно в 10% случаев инфицирования ВИЧ в мировом масштабе и 30% случаев инфицирования ВИЧ за пределами территории стран Африки к югу от Сахары. Соответственно, одной из основных задач на пути к снижению бремени ВИЧ является профилактика передачи ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков.

Одна из девяти мер по изменению поведения в рамках всеобъемлющего комплекса мероприятий ВОЗ, ЮНОДК и ЮНЭЙДС по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, предусматривает реализацию программ по обмену шприцев и игл (ПОШ).

Эти программы оказывают наибольшее воздействие на процесс профилактики ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и их эффективность в деле предотвращения распространения ВИЧ подтверждается множеством научно обоснованных фактов: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>.

<b>Числитель:</b>	Число шприцев, распространенных в рамках ПОШ за последние 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в стране
<b>Расчет:</b>	Числитель / Знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Данные программ используются для определения числа распространенных шприцев (числитель) Производится приблизительная оценка размера группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики, в стране (знаменатель)
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	Нет

## Преимущества и недостатки

Наблюдаются определенные трудности с подсчетом шприцев и игл. В одних случаях чаще всего используются шприцы с иглой объемом 1-2 мл, а в других – шприцы, которые требуют использования дополнительных игл. В основном, доступны только данные относительно числа шприцев, распространенных в рамках ПОШ, в то время как данные относительно продаж через аптеки недоступны.

Определенные трудности также возникают при определении приблизительного размера группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики, в стране. В информационно-справочных материалах существует множество разных определений термина «лица, потребляющие инъекционные наркотики». Соответственно, данные тоже значительно разнятся. Референс-группа ЮНЭЙДС по ВИЧ и потреблению инъекционных наркотиков изучает имеющиеся материалы для определения данных относительно приблизительного числа лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые могут быть использованы, пока не будут определены размеры группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики.

Страны могут осуществлять мониторинг данного показателя, исходя из следующих уровней охвата:

- Низкий: <100 шприцев на ПИН в год
- Средний: >100–<200 шприцев на ПИН в год
- Высокий: >200 шприцев на ПИН в год

Данные о вышеуказанных уровнях охвата основаны на обследованиях, проведенных в развитых странах для определения уровня раздачи шприцев, а также воздействия данных мероприятий по обмену шприцев на передачу ВИЧ. Примечание: уровни охвата, необходимые для профилактики гепатита С, значительно выше представленных здесь.

## Дополнительная информация

Подробное описание показателя можно найти в документе «WHO/UNODC/UNAIDS (2009) Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users» по следующему адресу:

<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- WHO (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>
- WHO (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>
- UNODC. *Global Assessment Programme on drug abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienna, UNODC, 2003.41
- Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *UN Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.42
- U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control, GAP Surveillance Team. Most at risk populations sampling strategies and design tool. HSS-CDC, 2009.43. Доступно по следующему адресу: <http://www.igh.org/surveillance>
- <http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (здесь содержится более подробная информация о Референс-группе, а также страновом уровне доступа и глобальных оценочных данных относительно употребления инъекционных наркотиков и распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики)

- [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_1\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_1_Estimating_Populations_en.pdf) (the WHO/UNAIDS working group on global HIV/AIDS and STI surveillance 2010 guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV.)
- WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. CM. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)



## 2.2 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: использование презерватива

### Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование презерватива во время последнего полового акта

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в профилактике передачи ВИЧ половым путем среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

#### Обоснование

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие пути передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; и (ii) лица, потребляющие инъекционные наркотики, могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив

**Знаменатель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на то, что они употребляли инъекционные наркотики и имели половые контакты за последний месяц

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
Лицам, потребляющим инъекционные наркотики, задают следующие вопросы:

1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?

<sup>10</sup> Сюда включаются как регулярные, так и нерегулярные партнеры, а также платные и бесплатные половые контакты. Как и в случае с другими показателями, данный показатель позволяет получить лишь ограниченную информацию. Для всесторонней оценки моделей риска, связанного с наличием половых контактов и употреблением инъекционных наркотиков, необходима дополнительная информация, включая информацию о типах и числе партнеров.

2. Если «да»: Были ли у вас половые контакты за последний месяц?
3. Если «да» на вопрос 1 и 2: Пользовались ли вы презервативом во время последнего полового контакта?

По мере возможности данные для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к респондентам, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора** Раз в два года

**данных:**

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Проводить обследования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Степень распространения передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (i) размер, стадия и характер распространения национальной эпидемии СПИДа; (ii) степень распространенности употребления инъекционных наркотиков; (iii) распространенность использования зараженного инъекционного инструментария среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики; и (iv) модели смешанных половых контактов и использования презервативов среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также между лицами, потребляющими инъекционные наркотики, и широкими слоями населения. Данный показатель дает частичную информацию о четвертом факторе.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- WHO/UNODC/UNAIDS (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Geneva: WHO.
- UNAIDS (2007). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа*. Женева: ЮНЭЙДС.

## 2.3 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: безопасная инъекционная практика

**Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в профилактике передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков.

### Обоснование

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие пути передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; и (ii) лица, потребляющие инъекционные наркотики, могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на использование стерильного инъекционного инструментария во время последнего употребления инъекционных наркотиков

**Знаменатель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые указали на употребление инъекционных наркотиков на протяжении последнего месяца

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований

Респондентам задают следующие вопросы:

1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?

2. Если «да»: Использовали ли вы стерильную иглу и шприц во время последнего употребления инъекционных наркотиков?

По мере возможности данные для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к лицам, потребляющим инъекционные наркотики, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора данных:**

Раз в два года

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Проводить обследования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Степень распространения передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (i) размер, стадия и характер распространения национальной эпидемии СПИДа; (ii) степень распространенности употребления инъекционных наркотиков; (iii) распространенность использования зараженного инъекционного инструментария среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики; и (iv) модели смешанных половых контактов и использования презервативов среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также между лицами, потребляющими инъекционные наркотики, и широкими слоями населения. Данный показатель дает частичную информацию о третьем факторе.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

---

<sup>11</sup> Этот вопрос может видоизменяться в зависимости от местного контекста. Например, в некоторых культурах употребления инъекционных наркотиков иглы и шприцы могут оказаться зараженными ВИЧ даже без их общего использования лицами, потребляющими наркотики (напр., в результате общего пользования растворами наркотиков). Задаваемые вопросы должны быть направлены на то, чтобы подтвердить, что используемые иглы и шприцы действительно были стерильными.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- WHO/UNODC/UNAIDS (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Geneva: WHO.
- UNAIDS (2007). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа*. Женева: ЮНЭЙДС.

## 2.4 Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики

### Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

#### Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, лицам, потребляющим инъекционные наркотики, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких ключевых групп населения повышенного риска. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

**Числитель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

**Знаменатель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые были включены в выборку

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований  
Респондентам задают следующие вопросы:

1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев?  
Если «да»:
2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

По мере возможности данные для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к лицам, потребляющим инъекционные наркотики, а также к данным, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора данных:** Раз в два года

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Получать доступ к лицам, потребляющим инъекционные наркотики и/или проводить обследования среди них может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Отслеживать во времени лиц, потребляющих инъекционные наркотики, может быть проблематично ввиду мобильности и труднодоступности таких групп населения, при этом многие группы относятся к скрытым группам населения. Таким образом, информацию о природе выборки следует указывать в описательной части отчета для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

- WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance (2011). Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV. См. [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf)
- Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation (2010). See: [http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv\\_testing\\_technologies\\_surveillance\\_.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf)
  - WHO/UNODC/UNAIDS (2009). Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users. Geneva: WHO.
  - UNAIDS (2007). A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations. Geneva: UNAIDS.
  - ЮНЭЙДС (2007). Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа. Женева: ЮНЭЙДС.

## 2.5 Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики

### Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

#### Обоснование

Лица, потребляющие инъекционные наркотики, обычно имеют самый высокий показатель распространенности ВИЧ в странах с концентрированными или генерализованными эпидемиями. В многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет очень важное значение для успешного осуществления мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

**Числитель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые имеют положительную реакцию теста на ВИЧ

**Знаменатель:** Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора или в контексте надзорного обследования.

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.

**Частота сбора данных:** Ежегодно



- Разбивка:**
- По половому признаку
  - По возрастному признаку (<25/25+)

### **Преимущества и недостатки**

Теоретически оценку прогресса в снижении числа новых инфекций лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости во времени. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости.

При анализе данных о распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые в течение последнего года впервые потребляли инъекционные наркотики). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и тем самым увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом потребления инъекционных наркотиков в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа лицам, потребляющим инъекционные наркотики, систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клиники дородовой женской консультации. Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с любой более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из ключевых групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные о других возрастных группах.

Тенденции изменения распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. В то же время добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость значений.

Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

#### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска можно найти по следующему адресу:

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518\\_Surveillance\\_among\\_most\\_at\\_risk.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

**Цель 3. Искоренить передачу ВИЧ от матери ребенку до 2015 г.  
и значительно сократить материнскую смертность вследствие  
СПИДа**

- 3.1 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
- 3.2 Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения
- 3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)

### 3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

**Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые получали антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку**

#### **Предназначение**

Он предназначен для измерения прогресса в сфере профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку путем предоставления антиретровирусных препаратов. Это один из четырех основных методов профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку наряду с первичной профилактикой ВИЧ среди женщин детородного возраста, профилактикой незапланированной беременности среди женщин, живущих с ВИЧ, а также соответствующими мероприятиями по лечению, уходу и поддержке матерей, живущих с ВИЧ.

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами с целью снижения риска передачи ВИЧ младенцам. При разбивке он может указать на увеличение доступа к более эффективным схемам лечения с использованием антиретровирусных препаратов для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку в странах, которые наращивают применение передовых схем лечения. Поскольку данный показатель измеряет число выданных, а не принятых пациентом антиретровирусных препаратов, определить уровень приверженности схеме лечения в большинстве случаев не представляется возможным. Данный показатель не охватывает послеродовую схему лечения, направленную на предупреждение передачи ВИЧ во время грудного вскармливания, а также на снижение резистентности матери к препарату невирапин, несмотря на то, что в обоих случаях ВОЗ рекомендует такую схему лечения как стандартную для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Поскольку послеродовая схема лечения не включена в данный показатель, описанные ниже схемы лечения не обозначены стандартным образом, т.е. Вариант А и Вариант Б, как предусмотрено руководящими принципами ВОЗ.

#### **Обоснование**

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку можно значительно снизить с помощью таких взаимодополняющих подходов, как назначение антиретровирусных препаратов матери и назначение антиретровирусной профилактики младенцу, а также применение безопасной практики родоразрешения и использование безопасных альтернатив грудному вскармливанию.

Данный показатель поможет отследить прогресс в достижении цели искоренения передачи ВИЧ от матери ребенку на глобальном и национальном уровнях, направить политику и стратегическое планирование, эффективно использовать ресурсы для ускоренного увеличения масштаба реализации соответствующих мероприятий, а также поможет проводить адвокационные мероприятия.

<b>Числитель:</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты в течение последних 12 месяцев в целях снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель / Знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	<p>Для числителя: данные национальных программ, агрегированные с использованием инструментария программного мониторинга, в т.ч. журналов учета пациентов и форм итоговой отчетности.</p> <p>Для знаменателя: оценочные модели, такие как «Спектрум», или данные эпиднадзора в клиниках дородовой женской консультации в сочетании с демографическими данными и соответствующими корректировочными данными относительно охвата обследований среди клиник дородовой женской консультации</p> <p>Мониторинг реализации программ и эпиднадзор за ВИЧ.</p>
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно или чаще в зависимости от потребностей страны в мониторинге
<b>Разбивка:</b>	Знаменатель следует разбить с учетом четырех основных вариантов, описанных ниже

#### Пояснение по числителю

Числитель следует разбить с учетом четырех основных вариантов (первые три рекомендуются) лечения ВИЧ-инфицированных беременных женщин, направленного на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку:

Категория	Описание	Примеры
а) Антиретровирусное лечение для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые соответствуют критериям для назначения лечения	Тройная антиретровирусная терапия, предназначенная, в первую очередь, для улучшения состояния здоровья матери, а также для полного подавления репликации ВИЧ до и во время родов и в послеродовой период. Такая терапия назначается на период всей жизни матери. При этом дополнительным его преимуществом является то, что оно способствует снижению передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности, а также в течение послеродового периода.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC + NVP или</li> <li>• AZT + 3TC + EFV или</li> <li>• TDF + 3TC (или FTC) + NVP или</li> <li>• TDF + 3TC (или FTC) + EFV</li> </ul>

<sup>12</sup> Для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку применяются следующие категории схем антиретровирусной терапии: ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf))

<sup>13</sup> Несмотря на то, что в рамках национальных программ ППМР рекомендуется использовать более передовые, эффективные схемы лечения, при назначении РД-NVP ход его применения необходимо записывать и отражать в соответствующем отчете.

б) тройная АРВ-терапия для профилактики передачи ВИЧ среди матерей	Тройная антиретровирусная терапия для вертикальной профилактики ВИЧ. Назначается на период с 14 недели беременности до окончания грудного вскармливания.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тройная АРВ-терапия (с 14 недели до окончания грудного вскармливания)**</li> <li>• AZT + 3TC + LPV-r</li> <li>• AZT + 3TC + ABC</li> <li>• AZT + 3TC + EFV</li> <li>• TDF + 3TC (или FTC) + EFV</li> </ul> **прекратить прием АРВ-препаратов через 1 неделю после полного перехода на грудное вскармливание
с) терапия с применением препарата AZT для матерей	Препарат AZT используется как средство антиретровирусной профилактики. Его назначают с 14 недели беременности.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дородовая терапия с применением препарата AZT (с 14 недели беременности)</li> <li>• рА-NVP в начале родов*</li> <li>• AZT + 3TC во время родов и родоразрешения*</li> <li>• AZT + 3TC в течение 7 дней после родов*</li> </ul> *рА-NVP и AZT-3TC можно не назначать, если мать принимала AZT на протяжении > 4 недель до родов
d) разовая доза, только невирапин (не рекомендуется, при этом все данные подлежат документированию до окончания терапии)	Одна доза невирапина дается во время родов в качестве АРВ-профилактики	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна доза невирапина</li> </ul>

Необходимо определить число женщин, получающих антиретровирусные препараты.

### Пояснения по знаменателю

Для определения знаменателя можно применить два способа:

- (а) построение прогнозной модели, например, при помощи программного обеспечения «Спектрум»; использование окончательного «числа беременных женщин, нуждающихся в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку»; или
- (б) умножение числа женщин, родивших за последние 12 месяцев (можно взять окончательные данные центральных статистических органов, Отдела народонаселения ООН или систем учета беременности), на самый последний результат оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ в клиниках дородовой женской консультации, а также соответствующих корректировок, связанных с охватом обследованиями, проведенными в таких клиниках), если нельзя получить проекции с помощью программы «Спектрум».

Для обеспечения сопоставимости данные «Спектрума» будут использованы для определения знаменателя после проведения анализов на глобальном уровне.

### Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин антиретровирусными препаратами с целью снижения риска передачи ВИЧ младенцам. При разбивке он может указать на увеличение доступа к более эффективным схемам лечения с использованием антиретровирусных препаратов для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку в странах, которые

наращивают применение передовых схем лечения. Поскольку данный показатель измеряет число выданных, а не принятых пациентом антиретровирусных препаратов, определить уровень приверженности схеме лечения в большинстве случаев не представляется возможным. Данный показатель не охватывает применения соответствующих схем послеродовой терапии среди женщин (с целью снижения передачи ВИЧ и вирусной резистентности) и младенцев (с целью снижения передачи ВИЧ в околородовой период), которые назначаются вместе со схемами антиретровирусной терапией с целью снижения передачи ВИЧ от матери ребенку в околородовой период.

Странам рекомендуется отслеживать и включать в отчеты фактический (или оценочный, если отсутствуют фактические данные) процент назначения различных схем лечения, чтобы, исходя из их эффективности, можно было смоделировать воздействие антиретровирусных препаратов на передачу ВИЧ от матери ребенку. Если в стране еще не создана система для сбора данных и осуществления отчетности относительно предоставления различных схем антиретровирусного лечения и охвата ими населения с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, такую систему следует создать. В странах, где существует механизм предоставления антиретровирусных препаратов ВИЧ-инфицированным беременным женщинам на местном уровне, должна существовать и система для сбора соответствующих данных.

#### **Дополнительная информация**

Сектор программ по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку демонстрирует высокий темп развития. В связи с этим, развиваются также и методы мониторинга охвата населения такими услугами. Для получения самой последней имеющейся информации посетите следующие веб-сайты:

- <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/index.html>
- <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

## 3.2 Раннее диагностирование ВИЧ у младенцев

### Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения

#### Предназначение

Он предназначен для измерения степени прогресса в тестировании на ВИЧ младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, в течение первых 2 месяцев после рождения с целью определения их ВИЧ-статуса, а также соответствия критериям получения антиретровирусного лечения. При этом измерении данного показателя осуществляется с разбивкой на результаты теста.

#### Обоснование

Младенцы, инфицированные ВИЧ во время беременности их матерей, а также во время родов или в ранний послеродовой период, часто умирают раньше, чем им ставят диагноз ВИЧ-инфицированных. ВОЗ рекомендует предусмотреть в рамках национальных программ развитие потенциала, необходимого для проведения раннего вирусологического тестирования на ВИЧ среди младенцев в возрасте 6 недель или как можно скорее после достижения ими этого возраста, чтобы обеспечить возможность принятия клинических решений на максимально ранней стадии. У детей ВИЧ-инфекция прогрессирует быстро, и начинать их лечить необходимо на максимально ранней стадии, так как если этого не сделать, почти 50% детей умрут еще до того, как им исполнится два года.

<b>Числитель:</b>	Число младенцев, прошедших тест на ВИЧ в течение 2 месяцев после рождения, на протяжении отчетного периода. Учет младенцев, прошедших тест на ВИЧ, производится только один раз.
<b>Знаменатель:</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель / Знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Определение знаменателя на основе данных диагностических лаборатории, предназначенных для проведения ранней диагностики ВИЧ среди младенцев (РАМ), данных центральных статистических органов, а также (или) данных дозорного эпиднадзора
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно или чаще в зависимости от потребностей страны в мониторинге



### **Пояснение по числителю**

Данные собираются на основе использования баз данных диагностических лабораторий, предназначенных для проведения РДМ. Числитель должен отражать число *младенцев*, прошедших вирусологическое тестирование в течение 2 месяцев после рождения, а не число образцов, протестированных в лаборатории. Агрегация данных осуществляется с использованием баз данных лабораторий. По возможности следует максимально сократить случаи двойного подсчета при агрегации данных с целью определения данных национального уровня. Ожидается, что число младенцев, прошедших более одного вирусологического теста в течение первых 2 месяцев жизни, будет незначительным. Необходимо принять меры для включения в показатель данных со всех медицинских учреждений государственного и частного сектора, а также сектора НГО, которые проводят тестирование на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ,

Указывать в отчете можно любую имеющуюся информацию относительно результатов соответствующего тестирования (о положительном, отрицательном или неопределенном результате, а также об отказе лаборатории принять образцы для проведения тестирования). Отражать в отчете следует только **самые последние данные** о результате тестирования младенца в течение первых 2 месяцев после рождения.

### **Пояснения по знаменателю**

Знаменатель отражает репрезентативные данные по числу младенцев, которых родили ВИЧ-инфицированные женщины.

Для определения знаменателя можно применить два способа:

- а) используя проекционную модель, например, ту, которую можно создать при помощи программы «Спектрум», используйте полученный результат *«число беременных женщин, которым необходима ППМР»* в качестве репрезентативных данных, или
- б) умножьте число женщин, родивших за последние 12 месяцев (можно взять оценочные данные центральных статистических органов, Отдела народонаселения ООН), на самый последний результат оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ в клиниках дородовой женской консультации, а также соответствующих корректировок, связанных с охватом обследованиями, проведенными в таких клиниках), если нельзя получить проекции с помощью программы «Спектрум».

Для обеспечения сопоставимости данные «Спектрума» будут использованы для определения знаменателя после проведения анализов на глобальном уровне.

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг прогресса в проведении раннего вирусологического тестирования на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ и достигших или не достигших двухмесячного возраста, которое имеет очень большое значение для определения последующего ухода и лечения. Ограничение возраста до двух месяцев и менее позволяет исключить возможность проведения повторного тестирования для одного и того же младенца, что могло бы привести к двойным подсчетам. Отслеживание изменений, происходящих с данным показателем с течением времени, может помочь получить индикативные данные относительно охвата населения программами ППМР с применением АРВ-терапии, а также данные о взаимосвязи между охватом населения программами ППМР и РДМ, на основе

которых можно будет предпринять определенные действия. Для данного показателя необходимы только следующие три составляющие: дата выборки, возраст в момент выборки (фактический или определенный, исходя из даты рождения), а также систематическое занесение результатов в центральные базы данных по РДМ диагностических лабораторий. Поскольку число диагностических лабораторий незначительно, а данные РДМ заносятся в электронном формате, сбор данных для определения данного показателя не является трудоемким процессом. Данные, получаемые лабораториями, в основном, высокого качества, что обеспечивает надежность показателя. Настоящий показатель не включает число детей с определенным диагнозом (т.е. диагнозом ВИЧ-инфекции) и не определяет, предоставлялись ли услуги по последующему ведению детей на основе интерпретации результатов тестирования. Кроме того, показатель не измеряет качество тестирования и систему, использующуюся для тестирования. В то же время, низкое значение показателя может указывать на системные недостатки, в т.ч. низкий уровень управления поставками комплектов для проведения вирусологических тестов на ВИЧ, низкий уровень сбора данных, а также неправильное обращение с образцами анализов. Разбивка данных по результатам тестирования **не может** обеспечить их репрезентативность по отношению к общим уровням передачи ВИЧ от матери ребенку. Если уровень охвата национальных потребностей услугами РДМ или уровень охвата услугами тестирования в рамках РДМ *в первые два месяца после рождения* низкий, это необязательно означает успешную реализацию соответствующих программ, поскольку в данной выборке не представлены многие другие дети, ВИЧ-статус которых, вероятно, позитивный.

Несмотря на то, что раннее вирусологическое тестирование является важной интервенционной мерой, необходимой для определения того, инфицирован ребенок или нет, странам также необходимо направлять свои усилия на улучшение качества последующего ведения детей, подверженных ВИЧ-инфицированию, и обучению медицинских работников распознавать признаки и симптомы ранней стадии ВИЧ-инфицирования среди подверженных инфицированию детей, в частности, в местах, где доступ к вирусологическому тестированию ограничен. Ненадлежащий уровень управления поставками может оказать негативное воздействие на значение показателя и значительно снизить доступ к тестированию на ВИЧ среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Странам необходимо обеспечить наличие и использование соответствующих систем и инструментов, в т.ч. инструментов для работы ИСУЛ (LMIS), с целью осуществления закупок, распределения поставок и управления ими на центральном и районном уровнях, а также на уровне учреждения.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках и на следующих веб-сайтах:

- WHO, UNICEF, UNAIDS, Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report, September 2010  
<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>
- PEPFAR, NEXT GENERATION INDICATORS REFERENCE GUIDE, 2009
- GFATM Monitoring and Evaluation Toolkit. Part 2: Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening, February, 2009
- WHO/UNICEF. MONITORING AND EVALUATING THE PREVENTION OF MOTHER-TO-CHILD TRANSMISSION OF HIV

### 3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)

#### Приблизительный процент ВИЧ-инфекций среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за последние 12 месяцев

##### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в искоренении передачи ВИЧ от матери ребенку.

##### Обоснование

Принимаются меры, в т.ч. путем назначения различных схем комбинаторной терапии с применением антиретровирусных препаратов, а также комплексное консультирование по грудному вскармливанию, для расширения доступа к мероприятиям, которые могут значительно снизить передачу ВИЧ от матери ребенку. Важно оценить воздействие мероприятий, предусмотренных программами ППМР, на снижение инфицирования ВИЧ среди детей вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку.

Расширение масштабов охвата программ ППМР и использование более эффективных схем терапии должно снизить процент ВИЧ-инфицированных детей.

**Числитель:** Оценочное число новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей за последние 12 месяцев, вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку

**Знаменатель:** Оценочное число ВИЧ-инфицированных женщин, родивших за последние 12 месяцев

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от назначенной схемы терапии с применением антиретровирусных препаратов, а также технологии грудного вскармливания. Рассчитать вероятность передачи ВИЧ можно с помощью модели, спроецированной компьютерной программой «Спектрум». Эта программа использует следующие данные:

- a) распределение ВИЧ-инфицированных женщин, применяющих различные схемы приема антиретровирусных препаратов до и во время родов (в околородовой период), исходя из категории их клеток CD4;
- b) распределение женщин и детей, принимающих антиретровирусные препараты после родов (в

<sup>14</sup> Программное обеспечение «Спектрум» представляет собой набор моделей, с помощью которых можно спроецировать воздействие эпидемии ВИЧ. Это программное обеспечение разработано Институтом Фьючерс (Futures Institute), и его можно загрузить на следующем веб-сайте: <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

- послеродовой период), исходя из категории клеток CD4 у матери;
- c) процент младенцев, не получающих грудного вскармливания в рамках программ ППМР, с разбивкой по возрасту ребенка;
  - d) вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку в зависимости от различных категорий схем применения антиретровирусных препаратов, а также технологии грудного вскармливания.

Оценочный коэффициент передачи ВИЧ от матери ребенку на национальном уровне представляется в итоговом окне «Дети 0-14» программного обеспечения «Спектрум». Эту переменную величину можно также рассчитать путем деления величин «Новые случаи инфицирования ВИЧ», предусмотренных для детей в возрасте от 0-14 лет, на величину «Женщины, нуждающиеся в ППМР», используя программное обеспечение «Спектрум».

Для включения в программу моделирования других путей передачи ВИЧ детям данных недостаточно. Кроме того, считается, что другие пути передачи ВИЧ представляют собой лишь незначительную часть в общей структуре путей передачи ВИЧ детям. Выходная величина «Новые случаи инфицирования ВИЧ среди детей в возрасте от 0 до 1 года» программой «Спектрум» не используется, так как в некоторых случаях инфицирование вследствие грудного вскармливания происходит после достижения детьми 1 года.

**Частота сбора данных:** Ежегодно

**Разбивка:** Нет

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель позволяет оценивать потенциал программ ППМР во времени, определяя воздействие фактора увеличения предоставления антиретровирусных препаратов, а также применения более эффективных схем АРТ и оптимальной технологии грудного вскармливания. Этот показатель генерируется моделью, которая предоставляет оценочные данные по инфицированию ВИЧ среди детей. Полученный таким образом показатель основан на допущениях и данных, используемых этой моделью. Он может не отображать реальные данные по передаче ВИЧ от матери ребенку. Например, в странах, где широко используются другие формы ППМР (в т.ч. кесарево сечение), данный показатель

---

<sup>15</sup> На случай отсутствия данных по стране в программе «Спектрум» имеются данные, установленные по умолчанию

<sup>16</sup> Проецируемая «Спектрумом» модель предполагает, что дети в возрасте 0-14 лет, могут заразиться исключительно вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку. Таким образом, модель отражает оценочное число детей, инфицированных ВИЧ, что соответствует полученному результату величины «Спектрума» «Новые случаи инфицирования ВИЧ (дети в возрасте 0-14 лет)».

передачи ВИЧ от матери ребенку будет завышен. Этот показатель также основан на данных программ, которые включают назначаемые, а не применяемые пациентом схемы приема антиретровирусных препаратов. Таким образом, он может занижать уровень передачи ВИЧ от матери ребенку.

Кроме того, данный показатель позволяет оценивать воздействие программ ППМР путем оценки коэффициента передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированных женщин своим детям. Осуществление последующего ведения пары мать-ребенок, в особенности, на национальном уровне, представляет собой сложную задачу ввиду низкого уровня отчетности в данной сфере и большого количества различных медицинских учреждений, в которые пара мать-ребенок может обратиться для получения широкого спектра услуг в рамках ППМР и мероприятий по уходу за ребенком в течение определенного отрезка времени. В странах, где соответствующие данные доступны, уровень посещения медицинских учреждений высокий, а контрольные тесты проводятся систематически, мониторинг воздействия следует осуществлять путем прямой оценки процента детей, которые оказались ВИЧ-инфицированными, среди общего числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями. Все страны должны проводить мониторинг данных относительно ВИЧ-статуса и выживаемости детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, которые получены в ходе визитов в медицинские учреждения в рамках последующего ведения пациентов.

#### **Дополнительная информация**

- <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

**Цель 4. Обеспечить до 2015 года предоставление антиретровирусной терапии для 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ**

- 4.1 Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают\*
- 4.2 Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала

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

## 4.1 Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия

### Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предоставлении комбинированной антиретровирусной терапии всем лицам, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии.

#### Обоснование

По мере развития пандемии ВИЧ растет число людей, имеющих позднюю стадию ВИЧ-инфекции. Практика показывает, что назначение антиретровирусной терапии (АРТ) снижает смертность среди инфицированных; предпринимаются шаги для того, чтобы сделать такую терапию более доступной в странах с низким и средним уровнем доходов. Комбинированную антиретровирусную терапию всегда следует проводить в сочетании с широкими услугами по уходу и поддержке, включая консультирование для членов семьи, которые осуществляют уход.

**Числитель:** Число взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии и которые в настоящее время получают комбинированную антиретровирусную терапию в соответствии с утвержденным общенациональным протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) на конец отчетного периода

**Знаменатель:** Оценочное число взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

Процентные данные следует приводить за 2011 год для отслеживания тенденций в уровнях охвата антиретровирусной терапией

**Метод измерения:** Данные необходимо собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или в квартал. Для ежегодной отчетности необходимо использовать данные за последний полный год (агрегированные данные за месяц или квартал).

Мониторинг реализации программ и эпиднадзор за ВИЧ. Для числителя: журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, или системы управления поставками препаратов, используемые в учреждении. Для знаменателя: модели для оценки распространенности ВИЧ, такие как «Спектрум»

**Частота сбора данных:** Данные необходимо собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или квартал. Для ежегодной отчетности следует использовать самые последние данные за месяц или квартал.

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<15, 15+)
- По мере возможности для детей показатель следует разбить по возрастному признаку далее: <1, 1-4, 5-14 лет

### **Пояснение по числителю**

Числитель можно получить путем подсчета числа взрослых и детей, получивших комбинированную антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.

Числитель должен равняться числу взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии и которые когда-либо начинали антиретровирусное лечение, минус число лиц, которые не получают в данный момент лечения – до завершения отчетного периода. Пациенты, не получающие на данный момент лечения (на конец отчетного периода), или иными словами лица, исключенные из числителя -- это пациенты, которые умерли, прекратили лечение или за кем был утрачен контроль.

Некоторые пациенты получают антиретровирусные препараты на несколько месяцев лечения во время одного посещения. К таким препаратам могут относиться антиретровирусные препараты, полученные на несколько последних месяцев отчетного периода, но неучтенные в журнале учета пациентов как посещения за последние месяцы. Необходимо обеспечить учет таких пациентов, поскольку их следует включать в числитель.

Антиретровирусное лечение, получаемое только в целях профилактики передачи от матери ребенку и профилактики после контакта, в этот показатель не включается. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которым полагаются антиретровирусные препараты и которые их получают для собственного лечения, включаются в этот показатель.

Число взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии и которые в настоящее время получают комбинированную антиретровирусную терапию, можно получить из данных, собранных системами управления закупками и поставками лекарственных препаратов, или из журналов учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, используемых в учреждении. Эти данные затем подсчитываются и переносятся в межведомственные ежемесячные или ежеквартальные отчеты, которые можно агрегировать для получения общенациональных итоговых данных.

Там, где данные имеются, пациенты, получающие антиретровирусное лечение в частном секторе и государственном секторе, должны включаться в числитель.

### **Пояснения по знаменателю**

Для получения знаменателя необходимо определить число людей с поздней стадией ВИЧ-инфекции, нуждающихся в антиретровирусной терапии (или отвечающих критериям ее назначения). При этом необходимо учитывать различные факторы, включая среди прочего текущее число людей с ВИЧ, текущее число пациентов, получающих антиретровирусной терапию, а также естественное развитие ВИЧ от момента заражения до момента включения в программу антиретровирусной терапии.

Оценки в знаменателе чаще всего основываются на последних имеющихся данных в системе дозорного эпиднадзора, которые используются с программой моделирования ВИЧ,



такой как «Спектрум». Более подробную информацию об оценках потребностей в связи с ВИЧ и использовании программы «Спектрум» можно получить в Референс-группе ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам.

Потребность в антиретровирусной терапии или соответствие критериям ее получения должны определяться на основании определений ВОЗ для диагностики поздней стадии ВИЧ (включая СПИД) среди взрослых и детей.

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель позволяет осуществлять мониторинг тенденций, характеризующих охват, но не может служить для дифференциации между различными формами антиретровирусной терапии или для измерения стоимости, качества или эффективности предоставляемого лечения. Каждый такой параметр будет изменяться в зависимости от страны и может изменяться во времени.

Доля людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии, колеблется в зависимости от стадии развития эпидемии ВИЧ и кумулятивного охвата и эффективности комбинированной антиретровирусной терапии среди взрослых и детей.

Степень применения антиретровирусной терапии будет зависеть от таких факторов, как ее стоимость относительно местных доходов, инфраструктура и качество оказываемых услуг, наличие и спрос на услуги для добровольного консультирования и тестирования и представления об эффективности и возможных побочных эффектах лечения.

### **Дополнительная информация**

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

---

<sup>17</sup> <http://www.epidem.org/reports.htm>

<sup>18</sup> <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>

## 4.2 Сохранение ВИЧ-инфицированных в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев после ее начала

**Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в увеличении выживаемости инфицированных взрослых и детей за счет применения антиретровирусного лечения.

### Обоснование

Одной из целей любой программы антиретровирусного лечения является увеличение показателя выживаемости среди инфицированных лиц. По мере расширения масштабов антиретровирусного лечения во всем мире важно также понимать, почему и в каком количестве люди выбывают из программ лечения. Эти данные могут быть использованы для того, чтобы продемонстрировать эффективность таких программ и указать факторы, препятствующие их расширению и усовершенствованию.

**Числитель:** Число выживших взрослых и детей, продолжающих непрерывный курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала

**Знаменатель:** Общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения, и которые, как предполагалось, должны были добиться результатов за 12 месяцев в рамках отчетного периода,\* включая тех, которые умерли после начала антиретровирусного лечения, тех, которые прекратили лечение, а также тех, за кем был утрачен контроль через 12 месяцев.

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Инструменты программного мониторинга; формы для когортного/группового анализа.

Журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, и формы для когортного анализа антиретровирусного лечения.

Отчетный период определяется как любой непрерывный период в 12 месяцев, закончившийся в пределах заранее определенного числа месяцев от даты представления отчета. Заранее определенное число месяцев может устанавливаться согласно национальным требованиям к отчетности. Если отчетным периодом является период с 1 января по 31 декабря 2011 года, страны будут рассчитывать этот показатель для всех пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в любой момент в течение 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2010 года. Если отчетный период установлен с 1 июля 2010 года по 30 июня 2011 года, страны будут включать пациентов, которые

начали антиретровирусное лечение в период с 1 июля 2009 года по 30 июня 2010 года.

12-месячный результат определяется как конечный результат (т.е. выжил ли пациент, получающий антиретровирусное лечение, умер ли такой пациент или за ним был утрачен контроль) через 12 месяцев после начала лечения. Например, пациенты, которые начали антиретровирусное лечение в течение 12 месяцев с 1 января по 31 декабря 2009 года, достигнут своих 12-месячных результатов для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2011 года

**Частота сбора данных:**

После начала антиретровирусного лечения когортные данные для таких пациентов обычно следует собирать ежемесячно. После этого данные для ежемесячных когорт, которые закончили по крайней мере 12-месячный курс лечения, следует объединить

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<15, 15+)

**Пояснение по числителю**

Для числителя необходимо, чтобы пациенты – взрослые и дети – оставались в живых и получали антиретровирусное лечение через 12 месяцев после начала своего лечения. Для более полного понимания выживаемости необходимо собрать следующие данные:

- Число взрослых и детей в начальных группах, получающих антиретровирусное лечение, которые начали такое лечение по крайней мере за 12 месяцев до завершения отчетного периода.
- Число выживших взрослых и детей, продолжающих курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала.

Для числителя не требуется, чтобы пациенты получали антиретровирусное лечение постоянно в течение периода в 12 месяцев. Пациенты, которые могли пропустить одно или два назначения или прием препаратов, и временно прекращавшие лечение в течение 12 месяцев с момента начала лечения, но учитываемые как продолжающие лечение на 12-й месяц, включаются в числитель. И наоборот, пациенты, умершие, прекратившие лечение или за которыми был утрачен контроль на 12-й месяц после начала лечения, не включаются в числитель.

Например, для пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в мае 2009 года, если в какой-то момент времени с мая 2009 года по май 2010 года эти пациенты умерли или за ними утрачен контроль (и они не вернулись в программу лечения) или прекратили лечение (и не возобновили его), то на 12-й месяц (в мае 2010 года) они не получают антиретровирусное лечение и не включаются в числитель. И наоборот, пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2009 года и пропустил прием в июне 2009 года, но был на учете как получающий антиретровирусное лечение в мае 2010 года (на 12-й месяц), считается получающим лечение и включается в числитель. Важно, что пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2009 года, учитывается как живой и получающий антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев, независимо от того, что могло произойти с мая 2009 года по май 2010 года.

### **Пояснения по знаменателю**

Знаменатель представляет собой общее число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение в группах, которые начали такое лечение в какой-то момент в течение 12 месяцев до начала отчетного периода, независимо от их 12-месячного результата.

Например, для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2009 года сюда будут включены все пациенты, которые начали антиретровирусное лечение во время 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2008 года. Сюда включаются все пациенты, как получающие антиретровирусное лечение, так и умершие, прекратившие лечение или те, за которыми был утрачен контроль на 12-й месяц.

На уровне учреждения число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение на 12-й месяц, включает пациентов, которые были переведены в программу лечения в какой-то момент после начала лечения до окончания 12-месячного периода, и исключает пациентов, которые выбыли из программы лечения за тот же период, что отражает чистую текущую когорту для каждого учреждения. Иными словами, на уровне учреждения пациенты, которые выбыли, не будут учитываться ни в числителе, ни в знаменателе. Точно так же пациенты, которые были включены в лечение, будут учитываться и в числителе, и в знаменателе. На национальном уровне число пациентов, переведенных в программу, должно соответствовать числу выбывших пациентов. По этой причине чистая текущая когорта (пациенты, результаты лечения которых в настоящее время обязано учитывать учреждение – число пациентов в начальной группе плюс все переведенные в программу и минус все выбывшие пациенты) спустя 12 месяцев должна равняться числу пациентов в начальной когортной группе 12 месяцами ранее.

### **Преимущества и недостатки**

Использование этого знаменателя может занижать подлинное число «выживших» пациентов, поскольку некоторая доля лиц, за которыми был утрачен контроль, все еще живы. Здесь мы получаем число тех, кто остается в живых и получает антиретровирусное лечение (т.е. показатель участия в программе антиретровирусного лечения) в некоей когорте лечения.

Приоритетная отчетность предназначена для представления совокупных данных о выживших пациентах. При наличии всех данных в журналах учета когортных пациентов странам рекомендуется отслеживать показатели, характеризующие участие в программе антиретровирусного лечения через 24, 36 и 48 месяцев и в дальнейшем через каждый год. Это позволит проводить сравнение во времени числа лиц, выживших и получающих антиретровирусное лечение. При этом можно определить, увеличился или уменьшился показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев. Однако объяснить причину таких изменений не представляется возможным. Например, если показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев, со временем увеличивается, это может отражать улучшение ухода и лечения или более раннее начало антиретровирусного лечения. Следовательно, показатель, характеризующий участие в программе антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев, следует интерпретировать с учетом исходных характеристик когорты пациентов на момент начала антиретровирусного лечения: смертность будет выше на участках, где пациенты получили доступ к антиретровирусному лечению на более поздней стадии развития инфекции. По этой причине сбор и представление данных о выживаемости пациентов за более длительные периоды лечения могут дать более точную картину эффективности антиретровирусного лечения в долгосрочной перспективе.

### **Дополнительная информация**

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

**Цель 5. Сократить смертность по причине туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% до 2015 г.**

5.1 Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

## 5.1 Ведение больных с туберкулезом и лечение

### Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в идентификации и лечении ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

#### Обоснование

Туберкулез (ТБ) является одной из основных причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию. Усиление процесса идентификации больных ТБ и обеспечения доступа к качественной диагностике и лечению в связи с ТБ в соответствии с международными/национальными руководящими принципами имеет важнейшее значение для улучшения качества и продления жизни людей, живущих с ВИЧ. Определение процента ВИЧ-инфицированных больных ТБ, которые имеют доступ к соответствующему лечению в связи с ТБ и ВИЧ, имеет большое значение.

#### Числитель:

Число взрослых с поздней стадией ВИЧ-инфекции, которые получали комбинированное антиретровирусное лечение в соответствии с национальным протоколом лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и начали лечение в связи с ТБ (в соответствии с национальными программными принципами лечения в связи с ТБ) в течение отчетного года

#### Знаменатель:

Оценочное число случаев заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

Годовое оценочное число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ в странах с высокой нагрузкой ТБ, подсчитывается ВОЗ; эти данные можно найти на сайте: <http://www.who.int/tb/country/en>.

#### Расчет:

Числитель / Знаменатель

#### Метод измерения:

Журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, и отчеты об антиретровирусном лечении в учреждениях; инструменты программного мониторинга

Программные данные и оценки заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ

#### Частота сбора данных:

Данные необходимо собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или квартал. Здесь следует указывать самый последний год, за который были получены данные и оценки

- Разбивка:**
- По половому признаку
  - По возрастному признаку (<15, 15+)

### **Преимущества и недостатки**

Адекватное обнаружение и лечение больных ТБ продляет жизнь людей, живущих с ВИЧ, и снижает нагрузку ТБ на население. ВОЗ предоставляет ежегодные оценки, характеризующие нагрузку ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, используя наиболее оптимальные имеющиеся страновые оценки о распространенности ВИЧ и заболеваемости ТБ. Всем больным ТБ, зарегистрированным среди людей, живущих с ВИЧ, следует назначать лечение по поводу ТБ с учетом критериев назначения лечения в конкретной стране. Случаи заболевания ТБ определяются как новые случаи ТБ, имевшие место в течение года, исключая в частности латентные случаи. Всем или большинству людей, живущих с ВИЧ и страдающих от ТБ, следует назначать антиретровирусное лечение в зависимости от критериев, существующих на местном уровне. Лечение в связи с ТБ следует начинать исключительно в соответствии с национальными программными принципами лечения больных ТБ.

Этот показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами по ТБ и ВИЧ обеспечивает доступ людям, живущим с ВИЧ и страдающим от ТБ, к соответствующему лечению в связи с этими двумя заболеваниями. В то же время этот показатель также будет зависеть от уровня проведения тестирования на ВИЧ, доступа к услугам по уходу в связи с ВИЧ и антиретровирусному лечению, а также от доступа к диагностике и лечению ТБ. Существуют отдельные показатели для каждого из перечисленных факторов, которые следует указывать при интерпретации данного показателя.

Важно, чтобы те, кто предоставляет уход в связи с ВИЧ и антиретровирусное лечение, фиксировали результаты диагностики и лечения в связи с ТБ, поскольку эта информация может иметь важные последствия для назначения антиретровирусного лечения и выбора схемы лечения. По этой причине рекомендуется фиксировать дату начала лечения в связи с ТБ в журнале учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, используемом в учреждении.

По мере возможности также следует указывать число пациентов, начавших лечение в связи с ТБ, среди пациентов, получающих уход в связи с ВИЧ, но пока что не получающих антиретровирусное лечение. Это позволит охватить дополнительные случаи обнаружения и лечения ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках и на следующих веб-сайтах:

- World Health Organization (2009). Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/tb/country/en>

**Цель 6. Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов**

6.1 **Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования**



## 6.1 Расходы в связи со СПИДом

### Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования

#### Предназначение

Он предназначен для точного и согласованного измерения того, как расходуются средства на национальном уровне и из каких источников осуществляется финансирование.

#### Обоснование

По мере расширения национальных и международных мер в ответ на СПИД все более важным становится правильное и детальное отслеживание: i) каким образом средства расходуются на национальном уровне и ii) откуда поступают средства. Эти данные используются для измерения ежегодной общей суммы расходов в связи с ВИЧ, что является важным компонентом Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой в 2011 году. Кроме того, эти данные помогают лицам, принимающим решения на национальном уровне, контролировать масштабы и эффективность своих программ. После агрегирования данных из ряда стран международное сообщество получает также возможность оценивать состояние глобальных ответных мер. Такая стратегическая информация поддерживает координирующую роль национального органа по СПИДу в каждой стране и является основой для выделения средств и улучшения процессов стратегического планирования.

Поскольку страны могут выбрать различные методики и инструменты для мониторинга потоков финансирования в связи со СПИДом, – т.е. оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), субсчет по СПИДу в рамках национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и специальный анализ ресурсных потоков, национальная матрица финансирования включает электронную таблицу, которая позволяет легко вводить, анализировать и представлять финансовые данные при использовании любой из указанных трех методик.

#### Инструмент измерения:

Основной инструмент/метод:

1) Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС);

Альтернативные инструменты/методы:

2) Национальные счета здравоохранения – субсчета по СПИДу. Не должно быть никакого различия между расходами на здравоохранение в связи со СПИДом, определяемыми с помощью ОНРС или по субсчетам НСЗ. Тем не менее, некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут не включаться в национальные счета здравоохранения.

3) Анализ ресурсных потоков (РП). Были предприняты меры по согласованию, т.е. страны, включенные в выборку для такого анализа и заполнившие анкеты, могут вводить информацию в матрицу финансирования на совокупном уровне по основным

мероприятиям. Тем не менее, некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут не включаться в анализ РП. Кроме того, некоторые мероприятия, связанные с населением, следует исключить из общей суммы расходов в связи со СПИДом.

Результаты, полученные с помощью любого из этих инструментов измерения, необходимо использовать для заполнения национальной матрицы финансирования, которая должна представляться в рамках странового отчета о достигнутом прогрессе (см. Приложение 2).

**Метод измерения:**

Показатель, характеризующий национальные и международные расходы в связи со СПИДом, представляется путем заполнения национальной матрицы финансирования. В Приложении 3 содержатся дополнительные инструкции о порядке представления информации для данного показателя через заполнение национальной матрицы финансирования. Титульный лист и информация, указанная в Приложении 2, должны представляться вместе со страновым отчетом о достигнутом прогрессе.

Фактические расходы, классифицируемые по восьми категориям расходов в связи со СПИДом и по источникам финансирования, включая государственные расходы из собственных источников (т.е. государственных доходов, таких как налоги) и международных источников:

1. Профилактика
2. Уход и лечение
3. Сироты и уязвимые дети
4. Усиление администрирования и управления программами
5. Стимулы для кадровых ресурсов
6. Социальная защита и социальные услуги (исключая сирот и уязвимых детей)
7. Создание благоприятных условий и развитие сообщества
8. Исследования (исключая оперативные исследования в рамках управления программами).

(В каждой категории расходов в связи со СПИДом имеется несколько подкатегорий; см. Приложение 2)

Три основных группы источников финансирования:

4. Национальные государственные
5. Международные
6. Национальные частные (необязательные для отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер на СПИД).

---

<sup>19</sup> В контексте оценки потребностей в средствах и оценок расходов в связи со СПИДом уязвимые дети определяются как дети, у которых хотя бы один родитель жив, но серьезно болен (в основном по причине ВИЧ) и не может заботиться о них.

(В каждой категории расходов в связи со СПИДом имеется несколько подкатегорий; см. Приложение 6)

**Частота сбора данных:** Данные за 2009, 2010 и 2011 гг. (по мере получения)  
Календарный или финансовый год (в зависимости от данных, которые получили)

### **Преимущества и недостатки**

Финансовые данные, вводимые в национальную матрицу финансирования, должны представлять собой фактические расходы, а не бюджеты или обязательства. Они также должны включать расходы в связи со СПИДом, произведенные в рамках более широких систем предоставления услуг. Например, для диагностики оппортунистических инфекций и соответствующего лечения потребуется специальная смета расходов для отслеживания конкретных ресурсов, выделяемых на диагностику и лечение в связи со СПИДом. Точно так же для мероприятий по профилактике в школах можно использовать результаты подробной оценки для расчета фактических затрат на мероприятия в связи со СПИДом. Учитывая природу расширенных мер в ответ на СПИД, расходы в связи со СПИДом могут иметь место вне системы здравоохранения.

Заполнение национальной матрицы финансирования позволит получить более полную характеристику ситуации на страновом уровне, что полезно для процесса принятия решений как на национальном, так и на глобальном уровне.

### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках и на следующих веб-сайтах:

- UNAIDS (2009). National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions. Настоящую публикацию можно найти на сайте: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>
- ЮНФПА/ ЮНЭЙДС/Институт междисциплинарных демографических исследований Нидерландов. Подробную информацию о результатах обследований ресурсных потоков, инструментах обследований, странах, включенных в выборки, и другие сведения об этом инструменте можно найти на сайте: [www.resourceflows.org](http://www.resourceflows.org)
- World Bank/WHO/USAID (2003). Guide to Producing National Health Accounts. Настоящую публикацию и другие инструменты для национальных счетов здравоохранения и субсчетов по СПИДу можно найти на сайте: <http://www.who.int/nha>
- Health Systems 20/20/USAID (2004). Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS. Настоящую публикацию можно найти на сайте: [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)
- USAID/Health Systems 20/20/UNAIDS (2009). Linking NASA and NHA Concepts and Mechanics. Настоящую публикацию можно найти на сайте: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>

## Цель 7. Ключевые способствующие факторы и синергизм с секторами развития

- 7.1 Национальные обязательства и политические инструменты (охватываемые сферы: профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, вовлечение гражданского общества, гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, мониторинг и оценка)
- 7.2 Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев)
- 7.3 Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет\*
- 7.4 Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали материальную помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев

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

## 7.1 Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

### Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в разработке и применении политики, стратегий и законодательства в связи с ВИЧ и СПИДом на национальном уровне.

#### Обоснование

Данный показатель отслеживает прогресс в применении законодательства, нормативных актов и политики, необходимых для принятия эффективных мер в ответ на ВИЧ.

#### Метод измерения:

Национальные обязательства и политические инструменты (см. Приложение 3)

Анкета для определения НОПИ (делится на две части, охватывающие следующие сферы:

#### **Часть А – для государственных должностных лиц**

Часть А охватывает:

- I. Стратегический план
- II. Политическая поддержка и лидерство
- III. Права человека
- IV. Профилактика
- V. Лечение, уход и поддержка
- VI. Мониторинг и оценка

#### **Часть В – для представителей организаций гражданского общества, двусторонних учреждений и организаций ООН**

Часть В охватывает:

- I. Участие гражданского общества
- II. Политическая поддержка и лидерство
- III. Права человека
- IV. Профилактика
- V. Лечение, уход и поддержка

Некоторые вопросы включены в обе части -- А и В, чтобы иметь возможность учесть точку зрения как правительственных, так и неправительственных респондентов, независимо от того, совпадают они или нет.

<sup>20</sup>

В т.ч. вовлечение гражданского общества в процесс мониторинга и оценки.

**Частота сбора данных:**

Раз в два года. В идеале НОПИ лучше всего составлять в последние 6 месяцев отчетного периода (т.е. с октября 2011 года по март 2012 года в рамках раунда отчетности 2012 года). Поскольку консультации должны быть проведены с различными заинтересованными сторонами, важно предоставить достаточно времени на сбор и консолидацию данных.

**Методы**

Для заполнения каждого раздела необходимо (а) выполнить кабинетный анализ соответствующих документов и (б) опросить ключевых респондентов, которые лучше всего знают данную тематику. Важно представить НОПИ со всеми данными: для этого необходимо проверить релевантные стандартные ответы и при необходимости указать дополнительную информацию в открытых текстовых окнах. Это позволит лучше понять нынешнюю ситуацию в стране, дать примеры хорошей практики для других и указать на недостатки, которые все еще необходимо устранить. Ответы для составления национального индекса приверженности политике отражают в целом политику, стратегию, а также правовые и программные возможности для осуществления мер в ответ на ВИЧ. Открытые текстовые окна позволяют включить комментарии по проблемам, которые считаются важными, но недостаточно охваченными в поставленных вопросах, напр., важные вариации на субнациональном уровне; уровень реализации стратегий, политики, законов и нормативных актов; пояснительные замечания; комментарии относительно источников данных и т.д. В целом считается, что *проекты* стратегии, методики действий или законов *не* «существуют» (т.е. нельзя ожидать, что они уже могут влиять на процесс реализации программ), следовательно, вопросы о существовании такого документа должны иметь ответ «нет». В то же время было бы полезно указать в соответствующих открытых текстовых окнах, что такие документы являются проектами.

В то время как ответственность за представление данных для НОПИ возложена на национальное правительство, настоятельно рекомендуется обратиться за помощью к техническим координаторам с целью сбора, консолидации и подтверждения данных. Для точного составления НОПИ требуется вовлеченность различных заинтересованных сторон, включая представителей организаций гражданского общества. Настоятельно рекомендуется (а) провести начальный семинар для ключевых заинтересованных сторон с целью согласования процесса сбора данных для НОПИ (включая релевантные документы для кабинетного анализа, интервью с представителями организаций, процесс, используемый для определения конечных ответов), сроки; а также (б) организовать заключительный семинар с участием ключевых заинтересованных сторон для представления, обсуждения и подтверждения результатов составления показателя НОПИ до его официальной подачи в рамках представления глобального отчета о прогрессе в деле противодействия СПИДу. Согласование итоговых данных для НОПИ не требует устранения возможных расхождений в перекликающихся между собой вопросах, включенных в части А и В; это просто означает, что при наличии различных точек зрения респонденты, включенные в часть А, согласовывают свои ответы, а респонденты, включенные в часть В, согласовывают свои ответы, и в отчет включаются оба варианта.

Если этого еще не сделано, полезно расположить все основные документы (т.е. методические документы, стратегии, законы, руководящие принципы, отчеты и т.д.), касающиеся мер в ответ на ВИЧ, в одном и том же месте, которое обеспечит удобный доступ для всех заинтересованных сторон (например, на веб-сайте). Это не только упростит процесс подтверждения ответов для составления НОПИ, но – что еще важнее – повысит

уровень понимания, а также будет способствовать использованию, таких важных документов для дальнейшего осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ.

### **Преимущества и недостатки**

НОПИ представляет собой наиболее полную стандартную анкету для оценки осуществления мер в ответ на ВИЧ с точки зрения политики, стратегии, а также правовых и программных условий. Несмотря на то, что на НОПИ в целом ссылаются как на «показатель» или «индекс», он не используется в этом смысле. Значение этого индекса заключается в процессе сбора данных и согласования данных между различными заинтересованными сторонами, детальном анализе ответов и использовании этого индекса для усиления национальных мер в ответ на ВИЧ. Процесс составления НОПИ дает различным заинтересованным сторонам уникальную возможность для учета достигнутого прогресса и обсуждения дальнейших действий, необходимых для поддержки эффективных мер в ответ на ВИЧ. Если процесс составления НОПИ осуществляется в условиях подлинного сотрудничества с участием соответствующих представителей, отражающих и уважающих различные точки зрения, этот процесс может сыграть важную роль в усилении сотрудничества в стране и повышении уровня совместной ответственности за осуществление мер в ответ на ВИЧ.

Важно проанализировать данные для каждого раздела НОПИ и включить заключение в описательную часть странового отчета о достигнутом прогрессе (а) в области разработки политики, стратегий и нормативных актов, а также (б) в области реализации политики, стратегий и нормативных актов для осуществления мер в ответ на ВИЧ. Также необходимо включить комментарии по поводу согласования и противоречия между вопросами, совпадающими в частях А и В, а также анализ тенденций в изменении основных данных для НОПИ после 2003 года, если таковые имеются.

---

<sup>21</sup> Сравните НОПИ в документе «Руководящие принципы по разработке ключевых показателей», ЮНЭЙДС 2002, 2005, 2007 и 2009 гг., и выберите вопросы, для которых можно просчитать тенденции.

## 7.2 Распространенность насилия со стороны интимного партнера за последний период

**Доля вступающих в брак или имевших интимного партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев)**

### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности насилия в отношении женщин со стороны их интимных партнеров (представляет собой как сам результат, так и репрезентативные данные по гендерному неравенству).

Интимный партнер женщины рассматривается как ее сожитель независимо от того, состояли ли они в браке на момент совершения акта насилия, так как последнее могло произойти уже после их развода.

### Обоснование

Наблюдаемый высокий уровень распространенности ВИЧ среди женщин как на глобальном уровне, так и на территории стран Африки к югу от Сахары привлекло пристальное внимание к проблеме насилия в отношении женщин. Все больше людей считают, что в основе подверженности женщин и девушек риску инфицирования, а также их уязвимости к нему, лежит укоренившееся и широко распространенное гендерное неравенство, в частности, насилие в отношении женщин. Результаты исследований, проведенных во многих странах, показывают, что значительная доля женщин в той или иной форме испытала насилие в определенный период жизни. Согласно результатам исследований, проведенных в Руанде, Танзании, а также ЮАР, уровень риска инфицирования ВИЧ среди женщин, пострадавших от насилия, в три раза выше, чем среди женщин, которые не подвергались насилию.

<b>Числитель:</b>	Женщины в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был интимный партнер и которые указали на то, что они подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны, по крайней мере, одного из своих партнеров за последние 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	Общее число опрошенных женщин в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был интимный партнер
<b>Расчет:</b>	Числитель / Знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Проведение обследований среди населения, таких как «Многостранные исследования ВОЗ», обследования в области



демографии и здравоохранения / обследования для показателей по СПИДу (модуль домашнего насилия), а также «Международные исследования в области насилия в отношении женщин» (IVAWS)

Сбор данных о насилии в отношении женщин предполагает применение специальной методологии, разработанной в соответствии со стандартами этики и безопасности, которая позволяет собрать такую информацию, не нарушая этических норм и не подвергая субъектов исследования опасности, но обеспечивая при этом максимальную действительность и достоверность данных.

<b>Частота сбора данных:</b>	Каждые 3-5 лет
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49)</li><li>▪ ВИЧ-статус (если таковой имеется)</li></ul>

#### **Пояснение по числителю**

К женщинам в возрасте 15-49 лет, когда-либо выходящим замуж или имевшим партнера, относятся женщины, которые когда-либо выходили замуж или имели интимного партнера. Интимный партнер – партнер-сожитель, независимо от того находился ли он и его партнерша-сожительница в браке на момент совершения в отношении нее акта насилия. Вышеуказанных женщин спрашивают, имели ли место в отношении них физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнера-мужчины за последние 12 месяцев. Чтобы определить какое именно насилие (физическое или сексуальное) было совершено, женщину спрашивают, имели ли место в отношении нее со стороны ее интимного партнера какие-либо из нижеперечисленных действий:

- дал ей пощечину или бросил в нее предметом, который мог причинить ей боль;
- толкнул или оттолкнул ее;
- ударил ее кулаком или предметом, который мог причинить ей боль;
- ударил ее ногой, тащил ее за какую-либо часть тела или избил ее;
- душил или поджигал ее;
- угрожал ей пистолетом, ножом или каким-либо другим оружием, или фактически использовал против нее что-либо из вышеперечисленного;
- применил силу, чтобы принудить ее к половому контакту против ее воли;
- принудил к действиям, которые, по ее мнению, были унижительными и оскорбительными;
- напугал ее тем, что он с ней сделает, если она не вступит с ним в половой контакт.

В числитель включаются те, кто указал на то, что за последние 12 месяцев имело место хотя бы одно из вышеперечисленных действий.

---

<sup>23</sup> Вопросы, которые задаются респондентам в рамках модуля домашнего насилия ОДЗ, немного отличаются от тех, которые задаются респондентам в рамках многострановых обследований ВОЗ в области домашнего насилия и здоровья женщин. Однако, оценочные данные, получаемые при этом на основе одной из методологий, сопоставимы.

<sup>24</sup> WHO ethical and safety guidelines for collecting data on violence against women. 2003, <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

### **Пояснения по знаменателю**

Общее число опрошенных женщин в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был интимный партнер.

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель оценивает прогресс в снижении доли женщин, пострадавших от насилия со стороны своего последнего интимного партнера, представляя результат такой оценки. Кроме того, он представляет также репрезентативные данные относительно гендерного неравенства. Изменения во времени, касающиеся уровня распространенности насилия со стороны последнего интимного партнера, указывают и на изменения в уровне гендерного неравенства, который является одним из структурных факторов развития эпидемии ВИЧ. Гендерное равенство имеет четкую, обратно пропорциональную взаимосвязь с насилием со стороны интимного партнера: в странах с высоким уровнем насилия со стороны интимного партнера наблюдается низкий уровень гендерного равенства, образования и репродуктивного здоровья среди женщин, а также низкий уровень соблюдения прав женщин.

Данный показатель направлен на измерение прогресса снижения распространенности насилия именно со стороны последнего, а не когда-либо имевшегося интимного партнера, чтобы была возможность проводить мониторинг и оценку такого прогресса во времени. Если взять просто когда-либо полученный опыт насилия со стороны интимного партнера, то мы увидим лишь незначительные изменения во времени независимо от заданного программой уровня, поскольку числитель будет включать одних и тех же женщин на протяжении периода их пребывания в данной возрастной группе. Без существенного изменения гендерных отношений на бытовом и местном уровне и без проведения радикальных реформ в сфере несправедливых гендерных норм, прав женщин, основанных на законах и обычаях, а также гендерного неравенства относительно доступа к услугам здравоохранения, образования, экономическим и социальным ресурсам, а также относительно участия мужчины в обеспечении репродуктивного здоровья и здоровья ребенка, невозможно поддерживать снижение распространенности насилия со стороны интимного партнера. Таким образом, изменения только одного этого показателя станут отправной точкой в изменении статуса женщин и отношения к ним во всех сферах общественной жизни, что, в свою очередь, будет прямо или опосредованно способствовать снижению риска инфицирования ВИЧ.

Даже при соблюдении руководящих принципов ВОЗ в области этики и безопасности, а также обеспечении надлежащих условий для проведения интервью, всегда найдутся женщины, которые не предоставят всей информации. Это означает, что оценочные данные будут, вероятно, ниже реального уровня распространенности насилия среди исследуемой группы населения.

Концепция сложной взаимосвязи между насилием в отношении женщин и ВИЧ изложена в комплексном анализе имеющихся фактов и текущей практики разработки и внедрения мер и стратегий по устранению данной взаимосвязи. Исследования, проведенные по всему миру за более чем десять лет, задокументировали существование неоспоримой связи между насилием в отношении женщин (НЖ) и ВИЧ. Результаты исследований показывают, что связь между НЖ и ВИЧ является как фактором, способствующем инфекции, так и ее

---

<sup>25</sup> Investing in gender equality: ending violence against women and girls. UNIFEM Brief, Oct. 2010.

<sup>26</sup> WHO (2010). Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Geneva, WHO.

следствием. Эта связь осуществляется через множество прямых и опосредованных механизмов. Например:

- страх перед насилием может удерживать женщину от того, чтобы настоять на использовании презерватива партнером-мужчиной, который, по ее подозрениям, является ВИЧ-инфицированным;
- страх стать жертвой насилия со стороны своего интимного партнера может удерживать женщину от раскрытия информации о своем ВИЧ-статусе или от обращения за лечением;
- принудительное вагинальное проникновение повышает вероятность передачи ВИЧ;
- изнасилование является одним из проявлений гендерного неравенства, которое может привести к инфицированию ВИЧ, хотя в большинстве случаев этого и не происходит;
- изнасилование и другие формы физического и сексуального насилия могут вызвать психологический стресс с проявлением в форме рискованного сексуального поведения, результатом чего может стать заражение ВИЧ.

### **Дополнительная информация**

- Investing in gender equality: ending violence against women and girls. UNIFEM Brief, Oct. 2010.: WHO (2010).
- Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Geneva, WHO.
- Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV. Geneva, WHO, 2009
- Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). Gender-Based Violence and HIV, final draft report.
- Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000)
- The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions Social Science & Medicine 50 459-478.

---

<sup>27</sup> Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV. Geneva, WHO, 2009 (in press), and Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). Gender-Based Violence and HIV, final draft report.

<sup>28</sup> Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions Social Science & Medicine 50 459-478.

<sup>29</sup> Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). Gender-Based Violence and HIV, final draft report.

### 7.3 Посещаемость школ детьми-сиротами

#### Текущая посещаемость школ детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей (в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы, средней школы)

##### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предупреждении относительно более низкой посещаемости школы детьми-сиротами по сравнению с детьми, имеющими родителей.

Данный показатель разбит на две составные части, чтобы можно было провести сравнение между детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей:

Часть А: Текущий показатель посещения школы для детей-сирот в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы

Часть В: Текущий показатель посещения школы для детей в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним родителем

##### Обоснование

СПИД уносит жизни все большего числа взрослых в период, когда они создают семью и воспитывают детей. Сиротство зачастую сопровождается предрассудками и ведет к усилению нищеты – эти факторы еще более уменьшают возможности детей для получения полного школьного образования и могут приводить к тому, что эти дети начинают использовать стратегии для выживания, которые повышают их уязвимость к ВИЧ. По этой причине важно осуществлять постоянный контроль за тем, в какой мере программы помощи в связи со СПИДом обеспечивают возможности для получения образования детьми-сиротами.

##### Числитель:

Часть А: Число детей в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы, которые потеряли обоих родителей и при этом посещают школу

Часть В: Число детей в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы, у которых оба родителя живы, которые живут, по крайней мере, с одним из родителей и которые посещают школу

##### Знаменатель:

Часть А: Число детей, потерявших обоих родителей

Часть В: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним из родителей

##### Расчет:

Для частей А и В: Числитель / Знаменатель

<b>Метод измерения:</b>	<p>Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)</p> <p>По каждому ребенку в возрасте 10–14 лет, а также в возрасте ученика начальной и средней школы, живущему в домохозяйстве, у одного из членов домохозяйства спрашивают</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Жива ли еще биологическая мать этого ребенка? Если да, живет ли она в домохозяйстве?</li> <li>2. Жив ли ее биологический отец этого ребенка? Если да, живет ли он в домохозяйстве?</li> <li>3. Посещал ли этот ребенок когда-либо школу в течение учебного года?</li> </ol>
<b>Частота сбора данных:</b>	<p>Предпочтительно: раз в два года</p> <p>Минимум: каждые 4-5 лет</p>
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ По половому признаку</li> </ul>

#### **Пояснение по числителю**

Определение терминов *в возрасте ученика начальной школы* и *в возрасте ученика средней школы* должно отвечать определению, которое дано им ЮНЕСКО и которое в данный момент используется при расчете для каждой конкретной страны других показателей, связанных с обучением, в т.ч. чистый коэффициент охвата начальным образованием/посещения начальной школы и чистый коэффициент охвата средним образованием/посещения средней школы. Состав учеников начальной и средней школы может незначительно отличаться в зависимости от страны. Поэтому в целях составления данного показателя используются термины «возраст ученика начальной школы» и «возраст ученика средней школы», которые в настоящее время применяются для расчета стандартных международных показателей в рамках основных программ обследований, в т.ч. ОДЗ или КОНП, чтобы каждая страна имела возможность применить собственную возрастную шкалу, применяемую для начальной и средней школы на национальном уровне. Важно сравнить текущий показатель посещения школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, на основе посещения начальной и средней школы, а не по возрастному признаку.

#### **Преимущества и недостатки**

Используемые здесь определения ребенка-сироты и ребенка, имеющего родителей (не сироты), т.е. ребенка в возрасте 10–14 лет (по последнему дню рождения), у которого оба родителя умерли или оба родителя живы, выбраны для того, чтобы можно было идентифицировать и проследить во времени максимальные отрицательные последствия, вытекающие из сиротства. Возрастной диапазон 10–14 лет используется по той причине, что дети-сироты младшего возраста, вероятнее всего, лишь недавно потеряли своих родителей, то есть прошло слишком мало времени для того, чтобы ощутить какое-либо отрицательное последствие этого фактора на получение ими образования. В то же время возраст детей-сирот обычно выше возраста детей, имеющих родителей (поскольку родители детей младшего возраста часто имеют менее продолжительный срок инфицирования ВИЧ), а вероятность того, что дети старшего возраста оставили школу, выше.

Обычно данные, используемые для измерения этого показателя, берут по результатам обследований, проводимых среди домохозяйств. Дети, не учитываемые при проведении таких обследований, напр., дети, живущие в детских учреждениях, или уличные дети, в целом находятся в менее выгодном положении и с большей вероятностью являются сиротами. Таким образом, данный показатель, как правило, будет занижать относительно более низкую посещаемость школы детьми-сиротами.

Данный показатель не проводит различия между детьми, потерявшими своих родителей вследствие СПИДа, и детьми, родители которых умерли по другим причинам. В странах с менее значительной эпидемией или эпидемией, находящейся на ранней стадии своего развития, большинство детей-сирот теряет своих родителей по другим, не связанным с ВИЧ, причинам. На этот показатель могли бы влиять какие-либо различия в отношении к детям-сиротам в зависимости от известной или предполагаемой причины смерти их родителей. Однако на данный момент почти нет никаких данных, свидетельствующих о том, что такие различия в отношении к детям широко распространены.

Данный показатель не дает никакой информации о фактической численности детей-сирот. Ограниченное применение такого показателя к детям, потерявшим обоих родителей, и к возрастной группе 10–14 лет означает, что полученные оценочные значения могут быть основаны на ограниченных данных в странах с малой или нарождающейся эпидемией.

#### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

o [http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)

## 7.4 Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств

### Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали внешнюю финансовую поддержку в течение последних 3 месяцев

#### Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предоставлении внешней финансовой поддержки наиболее бедным домохозяйствам, пострадавшим от последствий ВИЧ-СПИДа.

#### Обоснование

Предоставление финансовой поддержки (в основном, в виде социальной помощи и прожиточного пособия) остается одним из ключевых компонентов многих программ по предоставлению комплексных услуг по уходу и поддержке. Данный показатель отражает растущую приверженность международного сообщества выполнению обязательств по обеспечению ВИЧ-ориентированной социальной защиты. Он также указывает на то, что основным объектом анализа должны быть домохозяйства, поскольку они являются целью многих услуг, предоставляемых в сфере ухода и поддержки. Отслеживание уровня охвата домохозяйств, в которых есть сироты, а также тех, которые принадлежат к нижней квинтиле материального благосостояния, остается одним из главных приоритетов в сфере развития.

#### Числитель:

Число наиболее бедных домохозяйств, которые получали внешнюю финансовую поддержку в какой-либо форме в течение последних 3 месяцев

*Внешняя финансовая поддержка* – бесплатная финансовая помощь (гранты, выплачиваемые наличными, помощь по оплате обучения в школе, материальная помощь на обучение, помощь, выплачиваемая наличными или предоставляемая в натуральной форме для создания источников дохода, пособие на пропитание, предоставляемое домохозяйствам, или материальная или финансовая помощь на обеспечение места проживания), источником которой не являются друзья, члены семьи или соседи, если только они не работают в группе или организации, действующей на уровне общины. Источником внешней финансовой поддержки, как правило, является национальное правительство или институт гражданского общества.

#### Знаменатель:

Общее число наиболее бедных домохозяйств.

*Наиболее бедные домохозяйства* – домохозяйства, находящиеся в нижней квинтиле материального благосостояния. Для обеспечения унифицированного подхода к мониторингу достигнутого прогресса и составлению и представлению отчетности о нем на национальном и глобальном уровнях страны должны придерживаться точного определения показателя и методологии его измерения. Это позволит осуществлять мониторинг изменений во времени и проводить сравнения между разными странами. В то же время страны могут добавлять или исключать другие категории (например, другие квинтилы

материального благосостояния) на местном уровне в зависимости от потребностей страны в разработке и реализации национальных программ.

**Расчет:** Числитель / Знаменатель

**Метод измерения:** Проведение обследований среди населения, в т.ч. обследований в области демографии и здравоохранения, обследований для показателей по СПИДу, кластерных обследований на основе мультииндикаторного метода или других репрезентативных обследований.

Во время анализа данных проводится оценка материального благосостояния домохозяйств (путем оценки активов, которыми они владеют) с использованием данных по квинтиле материального благосостояния, чтобы определить наиболее бедные 20% домохозяйств. Однако, поскольку определить наиболее бедные домохозяйства на стадии сбора данных невозможно, вопросы, касающиеся финансовой поддержки, задаются всем домохозяйствам. В данный показатель включаются только те, кто входит в нижнюю квинтилу материального благосостояния.

В рамках обследования домохозяйств необходимо составить список всех членов домохозяйств с указанием их возраста, в котором также следует указать все домохозяйства, где в течение последнего года перед проведением обследования были дети младше 18 лет, а также сироты. После этого каждому такому домохозяйству следует задать вопросы относительно вида финансовой поддержки, полученной за последние 3 месяца, а также относительно ее основных источников.

Главам или другим респондентам-членам домохозяйств задают следующие вопросы относительно вида внешней финансовой поддержки, полученной за последние 3 месяца:

Получало ли ваше домохозяйство за последние 3 месяца внешнюю финансовую поддержку в какой-либо из нижеперечисленных форм:

- a) наличные (например, пенсия, пособие по нетрудоспособности, пособие на ребенка (привести в соответствие с реалиями страны));
- b) помощь по оплате обучения в школе;
- c) материальная помощь на обучение (например, оплата формы, школьных учебников и т.д.);
- d) помощь, выплачиваемая наличными или предоставляемая в натуральной форме, в т.ч. в форме сельскохозяйственной продукции, для создания источников дохода;
- e) пособие на пропитание, предоставляемое непосредственно домохозяйству или через стороннее



- учреждение (например, школу);
- f) материальная или финансовая помощь на обеспечение места проживания;
- g) другая форма финансовой поддержки (укажите).

Во время анализа данных проводится оценка материального благосостояния домохозяйств (путем оценки активов, которыми они владеют) с использованием данных по квинтиле материального благосостояния, что позволит оценить долю наиболее бедных домохозяйств, получающих внешнюю поддержку.

**Частота сбора данных:** Каждые 4-5 лет

**Разбивка:** Рекомендуется осуществлять разбивку данного показателя по виду внешней финансовой поддержки, чтобы отследить те виды финансовой поддержки, которые предоставляются домохозяйствам, в частности, чтобы иметь возможность сравнить доступ к бесплатной социальной помощи, например, помощи, выплачиваемой наличными (и часто предназначенной бедным домохозяйствам с ограниченными возможностями трудоустройства), и доступ к прожиточному пособию (часто предназначенному бедным домохозяйствам с менее ограниченными возможностями трудоустройства). Также рекомендуется осуществлять разбивку данного показателя, исходя из наличия или отсутствия в домохозяйстве детей-сирот, так как сиротство остается одним из основных определяющих факторов уязвимости, в частности, в отношении получения доступа к услугам. По возможности данные следует также разбивать, исходя из того, где находится домохозяйство – в городе или сельской местности. Страны, которые захотят также собрать данные по домохозяйствам, представляющим другие квинтили материального благосостояния, могут провести сравнение данного показателя на основании этих дополнительных данных, чтобы выяснить, достигает ли внешняя финансовая поддержка домохозяйств из нижней квинтилы материального благосостояния по сравнению с домохозяйствами с более высоким уровнем материального благосостояния.

### **Преимущества и недостатки**

Данный показатель является дополнительным доказательством необходимости дальнейшего смещения акцентов в сторону снижения зависимости степени уязвимости от уровня материального благосостояния, а также указывает на то, что определение в качестве цели наиболее бедных домохозяйств в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ обеспечивает хороший охват бедных домохозяйств, пострадавших от ВИЧ-СПИДа.

---

<sup>30</sup> Результаты реализации программ предоставления социальной помощи в Малави и Замбии подтверждают эффективность использования критериев уязвимости без какой-либо привязки к СПИДу для охвата детей и семей, пострадавших от СПИДа. Эти программы нацелены на самых бедных людей с ограниченными возможностями трудоустройства, и как показали результаты исследований, проведенных с использованием таких критериев, 80% всех домохозяйств, которые пострадали от СПИДа и представляют самое бедное население с ограниченными возможностями трудоустройства, были охвачены этими программами. (ЮНИСЕФ 2007)

Репрезентативные показатели последствий СПИДа (например, «хронических заболеваний») часто в недостаточной мере ассоциировались с ВИЧ, и их ассоциация с негативными результатами в области развития также является слабой. Кроме того, как оказалось, им сложно дать определение в анкетах для домохозяйств.

Данный показатель указывает на изменяющийся уровень финансовой поддержки, предоставляемой наиболее бедным домохозяйствам. В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, например, большинство таких домохозяйств, вероятно всего, страдает от последствий ВИЧ. Данный показатель также указывает на изменения в составе внешней поддержки (наличные, продукты питания, прожиточное пособие), предоставляемой наиболее бедным домохозяйствам.

Он не измеряет непосредственно степень финансовой поддержки, предоставляемой ВИЧ-инфицированным домохозяйствам и домохозяйствам, пострадавшим от последствий ВИЧ, поскольку ее сложно определить в ходе обследования. При этом он опосредованно указывает на то, что домохозяйства, представляющие нижнюю квинтилу материального благосостояния в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, вероятно всего, страдают от негативных последствий ВИЧ-СПИДа и нуждаются в финансовой поддержке. Чтобы максимально упростить процесс измерения, данный показатель не имеет целью определить различные источники поддержки, предоставляемой домохозяйствам. При этом они должны быть частично определены при помощи оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС).

То, что сбор данных осуществляется путем проведения обследований среди населения, в т.ч. обследований в области демографии и здравоохранения, а также кластерных обследований на основе мультииндикаторного метода, говорит о том, что данный показатель не определяет статус лиц, проживающих за пределами домохозяйств, например, уличных детей, детей, содержащихся в учреждениях, а также внутренне перемещенных лиц. Чтобы отследить охват этих уязвимых групп населения, необходимо проводить дополнительные обследования.

#### **Дополнительная информация**

Более подробную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

о [http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)

## **Приложения**

Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2012 г.

Приложение 3. Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ) на 2012 г.

Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе

Приложение 5. Избранная библиография

## Приложение 1: Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

Ниже представлена полная модель описательной части странового отчета о достигнутом прогрессе, а также подробные инструкции по заполнению различных его разделов. Настоятельно рекомендуется направлять данные по показателям, используя электронную систему отчетности.

# СТРАНОВОЙ ОТЧЕТ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ

[Название страны]

**Дата представления:** указать дату формального представления странового отчета в ЮНЭЙДС

Содержание

### I. Краткий обзор

Инструкции: в настоящем разделе необходимо кратко представить:

- (a) всех участников процесса написания отчета;
- (b) состояние эпидемии;
- (c) политику и программные ответные меры; а также
- (d) данные для показателей в виде обзорной таблицы.

### II. Обзор эпидемии СПИДа

Инструкции: В настоящем разделе необходимо дать детальное описание распространенности ВИЧ в стране за период с января 2010 года по декабрь 2011 года на основе данных дозорного эпиднадзора и результатов конкретных исследований. Следует указать источник получения всех данных.

### IV. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа

Инструкции: В настоящем разделе необходимо отразить изменения в плане приверженности на национальном уровне и изменения в реализации программ с разбивкой по аспектам: профилактика, уход, лечение и поддержка, знания и изменение поведения, а также смягчение последствий – за период с января 2010 года по декабрь 2011 года.

Странам необходимо, в частности, проанализировать взаимосвязь между существующими условиями в области политики, реализацией программ по ВИЧ, поддающимися проверке изменениями в поведении и распространенностью ВИЧ, которые включены в данные для показателей. При необходимости эти данные следует указать и проанализировать с разбивкой по половому и возрастному признаку. Странам также следует использовать данные для НОПИ (НОПИ) (см. Приложение 3) для описания прогресса в области разработки и реализации политики/стратегий, а также включить анализ тенденций на основе ключевых данных для НОПИ с 2003 года, если таковые имеются. Странам рекомендуется предоставлять дополнительные отчетные данные для подтверждения результатов своего анализа и интерпретации данных, включенных в отчет о достигнутом прогрессе.

## V. Передовая практика

Инструкции: В данном разделе необходимо описать подробные примеры того, что считается передовой практикой в стране в одной или нескольких сферах, таких как политическое руководство; благоприятная среда в области политики; расширение эффективных программ профилактики; расширение программ по уходу, лечению и/или поддержке; мониторинг и оценка; усиление потенциала; развитие инфраструктуры. Целью настоящего раздела является обмен полученными уроками с другими странами.

## VI. Основные проблемы и меры для их устранения

Инструкции: В настоящем разделе основное внимание следует уделить:

- (a) прогрессу, достигнутому для решения основных проблем, указанных в страновом отчете о достигнутом прогрессе за 2012 год, если таковые имеются;
- (b) проблемам, с которыми приходилось сталкиваться в течение всего отчетного периода (2009-2010) и которые сдерживали реализацию национальных ответных мер в целом и прогресс в реализации целевых показателей в частности; а также
- (c) конкретным мерам для устранения проблем, которые должны обеспечить достижение согласованных целевых показателей.

## VII. Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране (если применимо)

Инструкции: В настоящем разделе главное внимание следует обратить на (a) ключевую помощь полученную от партнеров по процессу развития и (b) действия, которые необходимо им осуществить для обеспечения достижения целевых показателей.

## VIII. Условия для мониторинга и оценки

Инструкции: В настоящем разделе необходимо изложить (a) общий анализ действующей системы мониторинга и оценки (МиО); (b) проблемы, имевшие место в процессе реализации комплексной системы МиО; (c) меры, запланированные для преодоления этих проблем, (d) подчеркнуть, при необходимости, потребность в оказании технической помощи для МиО и усилении потенциала. Странам следует строить этот раздел на НОПИ (см. Приложение 3).

## ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Консультационный процесс/подготовка странового отчета о мониторинге выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ)

*Просьба представить полный страновой отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД до 31 марта 2012 года, используя для этого рекомендуемую систему отчетности.*

*Просьба направлять все запросы, касающиеся отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, в Секретариат ЮНЭЙДС по следующему электронному адресу.*

**[AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)**

## Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2012 г.

### Обложка

*При подаче заполненной матрицы национального финансирования просьба указать следующую информацию.*

Страна:

Контактное лицо в национальном органе/комитете по СПИДу (или эквивалентной организации):

ФИО:

Должность:

Контактная информация для национального органа/комитета по СПИДу (или эквивалентной организации):

- Адреса: Эл. почта:
- Телефон: Факс:

Цикл отчетности 2009 г.: календарный год \_\_\_\_\_ или финансовый год \_\_\_\_\_

Цикл отчетности 2010 г.: календарный год \_\_\_\_\_ или финансовый год \_\_\_\_\_

Цикл отчетности 2011 г.: календарный год \_\_\_\_\_ или финансовый год \_\_\_\_\_

Для цикла отчетности за финансовый год указать первый и последний месяц/год: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ – \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Национальная валюта:

Средний обменный курс относительно доллара США в течение отчетного цикла: 2009: \_\_\_\_\_ / 2010: \_\_\_\_\_ / 2011: \_\_\_\_\_

Методика:

(Указать методику, использованную для получения данных для матрицы национального финансирования – оценки национальных расходов в связи со СПИДом, национальные счета здравоохранения или анализ ресурсных потоков. Кроме того, просьба представить информацию о том, как и где можно получить полный отчет, с указанием методики, используемой для сбора данных.)

Неучтенные расходы:

(Просьба указать, имели ли место расходы на мероприятия в любой категории или подкатегории расходов в связи со СПИДом, которые не были включены в матрицу национального финансирования, и пояснить, почему эти расходы не были включены.)

2009: \_\_\_\_\_

2010: \_\_\_\_\_

2011: \_\_\_\_\_

Бюджетная поддержка: Была ли бюджетная поддержка из международного источника (напр., от двустороннего донора) включена в подкатегории «Центральные/национальные и/или субнациональные» в разделе «Государственные источники финансирования»?

2009: \_\_\_\_ Да \_\_\_\_ Нет / 2010: \_\_\_\_ Да \_\_\_\_ Нет / 2011: \_\_\_\_ Да \_\_\_\_ Нет

## Матрица национального финансирования расходов в связи со СПИДом на 2012 г.

### Предпосылки

Показатель «Расходы в связи со СПИДом» предназначен для измерения прогресса в достижении цели № 6, сформулированной в Политической декларации о приверженности делу противодействия СПИДу 2011 года: «Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов». Представление отчета относительно выполнения показателя «Расходы в связи со СПИДом» осуществляется путем заполнения документа «Матрица национального финансирования: расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования». Эта матрица представляет собой электронную таблицу, которая позволяет странам записывать расходы в связи со СПИДом в рамках восьми категорий по трем источникам финансирования. Данный показатель включает критическую информацию, получаемую как на национальном, так и глобальном уровне осуществления мер в ответ на СПИД. Матрица национального финансирования разработана таким образом, чтобы она была совместима с различными системами сбора и отслеживания данных, т.е. оценками национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), национальными счетами здравоохранения и результатами анализа ресурсных потоков, позволяя переносить информацию из этих документов в данную матрицу. Для стран, использующих ОНРС, эта матрица является одним из результатов применения данного инструмента. (Странам, заинтересованным в реализации ОНРС, рекомендуется обратиться в ЮНЭЙДС для получения дополнительной информации об этом инструменте.)

### Структура матрицы

Матрица национального финансирования включает два основных компонента:

- категории расходов в связи со СПИДом (порядок расходования средств, выделенных для осуществления национальных ответных мер), а также
- источники финансирования (источник получения средств, выделенных для осуществления национальных ответных мер).

Существует восемь категорий расходов в связи со СПИДом: профилактика; уход и лечение; сироты и уязвимые дети; усиление системы управления программами; стимулы для кадровых ресурсов; социальная защита и социальные услуги (кроме сирот и уязвимых детей); благоприятная среда и развитие общин; а также научные исследования.

Каждая категория расходов включает несколько подкатегорий. Восемь категорий расходов всего включают 91 подкатегорий. Важно отметить, что все категории и подкатегории расходов касаются СПИДа; например, расходы, указанные в категории «благоприятная среда и развитие общин», должны включать только те расходы, которые непосредственно связаны с осуществлением мер в ответ на СПИД.

Самая большая категория касается профилактики и содержит 22 подкатегории – от добровольного консультирования и тестирования до социального маркетинга презервативов и обеспечения безопасности крови; семь других категорий расходов включают менее 10 подкатегорий каждая. Цель категорий и подкатегорий заключается в том, чтобы помочь национальным правительствам сделать разбивку своих расходов

наиболее рациональным и последовательным образом. Как указано выше, матрица была разработана таким образом, чтобы быть совместимой с обычными системами сбора и отслеживания данных, позволяя уменьшить нагрузку на национальные правительства при составлении отчетности.

Существует три основных группы источников финансирования: государственные национальные, международные и частные национальные (необязательные для использования в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД).

Аналогично категориям расходов каждый источник финансирования включает несколько подкатегорий. Государственные источники включают четыре подкатегории: центральные/национальные, субнациональные, возмещаемые банкам развития (займы), а также все другие государственные источники. Международные источники включают пять подкатегорий: двусторонние организации, учреждения ООН, Глобальный фонд, гранты банков развития (невозмещаемые) и все другие международные источники. Частные источники включают четыре подкатегории: корпоративные источники и средства потребителей/личные средства. *(Примечание: Данные о частных источниках необязательны для включения в отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. В то же время странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, поскольку они могут быть полезными для координации национальных мер в ответ на эпидемию.)*

## Инструкции

- Национальный орган/комитет по СПИДу или эквивалентная структура должны назначить технического координатора для управления процессом сбора и включения релевантных данных в матрицу национального финансирования. Рекомендуется, чтобы этот координатор хорошо знал документы и методики, используемые в стране для сбора этого вида финансовых данных (т.е. оценки национальных расходов в связи со СПИДом, национальные счета здравоохранения и анализ ресурсных потоков). Кроме того, координатору необходимо поддерживать связь с другими лицами, координирующими процесс отслеживания национальных ресурсов, например с координаторами в министерстве здравоохранения, которые участвовали в представлении отчетности о расходах в связи с ВИЧ. Их участие обеспечит согласование национальных оценок расходов в связи с ВИЧ и позволит избежать дублирования инициатив.
- Странам рекомендуется включать максимально подробные данные в матрицу национального финансирования, в том числе данные с разбивкой по всем применимым категориям и подкатегориям расходов и источников финансирования в связи со СПИДом. Необходимо четко указать любые категории или подкатегории, которые не применимы в стране; пояснение для категорий и подкатегорий, которые не включают оценки по какой-либо иной причине, необходимо представить на обложке к матрице.
- Финансовые данные в матрице должны включать фактические расходы. Они не должны включать бюджетные цифры, которые в действительности не стали фактическими расходами, а также не должны отражать суммы намеченных ассигнований или обязательств. Фактические расходы должны отвечать



календарному или финансовому году (годам): 2009, 2010 и/или 2011 (в зависимости от имеющихся данных).

- Общая сумма по каждой строке расходов должна включать финансирование из всех источников, перечисленных для такой позиции. Кроме того, для каждой из восьми категорий расходов в связи со СПИДом необходимо указать общую сумму, которая должна включать все финансирование по всем источникам для всех подкатегорий в данной категории.
- Суммы по каждой категории или подкатегории должны указываться в национальной валюте. В то же время важно указать средний обменный курс к доллару США за отчетный календарный или финансовый год; см. обложку матрицы национального финансирования на странице 123.
- Категории или подкатегории расходов составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории «Другие/не указанные в других позициях», которая включается в каждую из восьми категорий расходов в связи со СПИДом. (Подробное описание категорий и подкатегорий можно найти в документе ЮНЭЙДС «Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС): Классификация и определения» (National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions), см. литературу ниже.)
- Расходы необходимо учитывать только в одной категории или подкатегории; расходы нельзя учитывать дважды. Например, расходы на мероприятия для сирот и уязвимых детей не должны повторно указываться в категории «Социальная защита и социальные услуги».
- Категории или подкатегории источников финансирования составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории «Все другие», которая включается как в категорию государственных, так и в категорию международных источников. Обращаем внимание на то, что перечень категорий и подкатегорий «Источники финансирования» не является исчерпывающим; однако он является индикативным в отношении основных источников финансирования.
- Финансирование в подкатегориях «Центральное/национальное и субнациональное» в категории «Государственные источники» должно включать **только** доходы, получаемые правительством и выделяемые на меры в ответ на СПИД. Сюда **не** следует включать какую-либо помощь в целях развития, получаемую из каких-либо международных источников; единственным возможным исключением является бюджетная поддержка со стороны организаций-доноров, которую невозможно дифференцировать от внутренних доходов страны. Если общий объем бюджетной поддержки можно определить, его следует включить в соответствующую подкатегорию категории «Международные источники» (напр., двусторонние организации). Если какая-либо бюджетная поддержка включается в подкатегории «Центральное/национальное и/или субнациональное», это необходимо указать на обложке (см. выше).
- Финансирование, предоставляемое банком развития, следует обозначать либо как «Возмещаемое» (напр., займы) в разделе «Государственные источники», либо как «Невозмещаемое» (напр., гранты) в разделе «Международные источники». Странам,

получающим и займы, и гранты из банков развития, следует правильно распределять эти средства по категориям.

- Финансирование, предоставляемое отдельными двусторонними донорами, **необязательно** разбивать по донорам в матрице финансирования.
- Финансирование, предоставляемое международными фондами, следует указывать в подкатегории «Все другие» в категории «Международные». Средства, получаемые от национальных фондов, следует указывать в подкатегории «Все другие» в категории «Государственные».
- Информация о финансировании из частных источников предоставляется по усмотрению. Тем не менее, странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, чтобы дать более полную картину наличия средств для осуществления мер в ответ на СПИД.
- Ключевые группы населения повышенного риска: все программы, направленные на работу с группами населения повышенного риска, включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.) добровольное и анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространение презервативов, а также профилактика и лечение ИППП), программы, направленные на развитие и обретение навыков, необходимых для того, чтобы договориться о безопасном поведении, изменении поведения, а также непрерывном участии в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом (ASC): ASC.01.08 Программы профилактики для работников секс-бизнеса и их клиентов; ASC.01.09 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ) или ASC.01.10 Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).
- Все программы, направленные на работу с другими особыми группами населения повышенного риска (коренное население, мигранты / мобильные группы населения, военные, полиция, а также представители других силовых структур), включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.) добровольное и анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространение презервативов, а также профилактика и лечение ИППП), программы, направленные на развитие и обретение навыков, необходимых для того, чтобы договориться о безопасном поведении, изменении поведения, а также непрерывном участии в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом (ASC): ASC.1.04 Программы снижения риска для уязвимых и доступных групп населения
- Программы, направленные на работу с населением в целом: все программы, направленные на работу с населением в целом, включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.) добровольное и анонимное

консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространения презервативов, а также профилактику и лечение ИППП), программы, направленным на развитие и обретение навыков, необходимых для того, чтобы договориться о безопасном поведении, изменении поведения, а также непрерывном участии в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом (ASC): ASC.01.01 Коммуникация для социальных перемен и изменений в поведении, ASC.01.02 Мобилизация общины, ASC.01.03 Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ), ASC.01.12 Социальный маркетинг презервативов, ASC.01.13 Предоставление мужских презервативов через государственный и частный сектор, а также ASC.01.14 Предоставление женских презервативов через государственный и частный сектор.

- Стимулирование кадровых ресурсов: Данные расходы направлены на обеспечение наличия кадровых ресурсов с целью осуществления мер в ответ на СПИД. К стимулированию кадровых ресурсов относятся меры по подготовке, удержанию, раскрытию потенциала, а также поощрению качественного выполнения своих обязанностей медицинскими работниками и менеджерами в сфере ВИЧ. Таким образом, эти расходы направлены исключительно на включение в этот список дополнительных стимулов. Прямые затраты, связанные с кадровыми ресурсами, включаются в расходы по каждой из других категорий расходов. Например, расходы на кадровые ресурсы отражаются в общих расходах на меры по профилактике и лечению – ASC.01 Профилактика и ASC.02 Уход и лечение, в то время как расходы на кадровые ресурсы, которые необходимы для проведения определенных мероприятий вне места предоставления услуг по уходу, также включаются в расходы на программные мероприятия – ASC.04 (Управление реализацией программ). Таким образом, расходы на заработную плату врача следует относить на расходы, связанные с финансированием непосредственно той программной деятельности, в рамках которой врач предоставляет свои услуги. Только расходы на дополнительные денежные стимулы, например, за работу в определенных географических условиях или за работу, связанную со СПИДом, классифицируются в рамках категории ASC.05 Стимулирование кадровых ресурсов. В основном, эта категория покрывает расходы на врачей и медицинских сестер.
- Колонка корпоративных источников в категории «Частные источники» должна включать средства, потраченные в стране компаниями в различных категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом; соседняя колонка «Средства потребителей/личные средства» должна включать средства, расходуемые отдельными гражданами и/или семьями в категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом. (Примечание: вероятно, что большая часть данных в колонке «Средства потребителей/личные средства» будет включена в категории и подкатегории по уходу и лечению, а также в отдельные категории и подкатегории по профилактике.)
- Если в стране имеется программа национальных счетов здравоохранения – субсчетов по СПИДу, ей необходимо следовать положениям документа о ОНРС и НСЗ для введения данных относительно результатов реализации такой программы в матрицу финансирования. Документ «Объединяя концепцию и механизм ОНРС и НСЗ» (Linking NASA and NHA Concepts and Mechanics) представляет собой справочник, в котором всесторонне показана процедура перевода категорий

расходов из ОНРС-НСЗ в матрицу национального финансирования. Страны могут обратиться к сотруднику по мониторингу и оценке в страновом офисе ЮНЭЙДС или в Группу мониторинга и анализа ответных мер при штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.

- Если страна использует анализ ресурсных потоков, она, возможно, сможет увязать информацию, характеризующую итоговые суммы в этом анализе, с восемью категориями расходов средств в связи со СПИДом в матрице национального финансирования.
- Электронные версии «Пособия по оценкам национальных расходов» (Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments) и документа «Оценка национальных расходов на борьбу со СПИДом (ОНРС): классификация и определения» (National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions) можно загрузить со следующей страницы веб-сайта ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>. Электронную версию матрицы национального финансирования можно загрузить в формате Excel с того же веб-сайта.
- Секретариат ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует НКС или эквивалентной организации провести однодневный семинар для заинтересованных участников с целью обзорного анализа матрицы национального финансирования до ее представления в рамках процесса отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Заинтересованные участники должны включать федеральные и провинциальные/региональные правительственные министерства и департаменты, а также местные и международные организации гражданского общества, многосторонние учреждения, двусторонних доноров, фонды и коммерческие структуры и представителей других релевантных инициатив по отслеживанию ресурсов.

Матрицу национального финансирования можно найти в электронной системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД ([www.unaids.org/AIDSreportingtool](http://www.unaids.org/AIDSreportingtool)).

После заполнения матрицу национального финансирования следует представить, используя электронную систему отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

Если у вас нет доступа к системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, просьба направить матрицу национального финансирования в ЮНЭЙДС ([AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)).

## Матрица национального финансирования на 2012 г.

Категории расходов в связи со СПИДом	ВСЕГО (национальная валюта)	Государственные (в млрд.)	Итого	Центральные / национальные	Субнациональные	Банки развития: (запр., займы)	Сопфинансирование (запр., гранты)	Все другие государственные	Итого	Антросторонние	Учреждения ООН	Глобальный фонд	Банки развития: (запр., гранты)	Все другие многосторонние	Все другие международные	Частные	Итого	Коммерческие учреждения: корпорации	Средства домохозяйств	Все другие частные	
																					ВСЕГО
<b>1. Профилактика (итого)</b>																					
1.01 Коммуникация для социальных перемен и изменения в поведении																					
1.02 Мобилизация общин																					
1.03 Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)																					
1.04 Снижение риска для уязвимых и доступных групп населения																					
1.05 Профилактика – молодежь в школе																					
1.06 Профилактика – молодежь вне школы																					
1.07 Профилактика передачи ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ																					
1.08 Программы профилактики для работников секс-бизнеса и их клиентов																					
1.09 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами																					
1.10 Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков																					
1.11 Программы профилактики на рабочем месте																					
1.12 Социальный маркетинг презервативов																					
1.13 Предоставление мужских презервативов через государственный и частный сектор																					
1.14 Предоставление женских презервативов через государственный и частный сектор																					
1.15 Мастурбация																					
1.16 Профилактика, диагностика и лечение при инфекциях, передающихся половым путем (ИППП)																					
1.17 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку																					
1.18 Обрезание у мужчин																					
1.19 Безопасность крови																					
1.20 Безопасные медицинские инъекции																					
1.21 Универсальные меры предосторожности																					
1.22 Профилактика после контакта																					
1.98 Профилактические мероприятия без разбивки на конкретные меры																					
1.99 Профилактические мероприятия, не классифицированные в других документах																					
<b>2. Уход и лечение (итого)</b>																					
2.01 Амбулаторный уход (итого)																					
2.01.01 Тестирование и консультирование по поводу поставщика услуг																					
2.01.02 Амбулаторная профилактика и лечение при оппортунистических инфекциях (ОИ)																					
2.01.03 Антиретровирусная терапия																					
2.01.04 Диагностическая помощь в связи с АРВ-терапией																					
2.01.05 Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ																					
2.01.06 Специализированные программы для людей, живущих с ВИЧ																					
2.01.07 Психологическое лечение и поддержка																					
2.01.08 Амбулаторный паллиативный уход																					
2.01.09 Уход на дому																					
2.01.10 Народная медицина и неформальные услуги по уходу и лечению																					
2.01.98 Амбулаторный уход без разбивки на конкретные меры																					
2.01.99 Амбулаторный уход, не классифицированный в других документах																					
<b>2.02 Стационарный уход (итого)</b>																					
2.02.01 Стационарное лечение при оппортунистических инфекциях (ОИ)																					
2.02.02 Стационарный паллиативный уход																					
2.02.98 Стационарный уход без разбивки на конкретные меры вмешательства																					
2.02.99 Стационарный уход, не классифицированный в других документах																					
<b>2.03 Транспортировка пациентов и оказание экстренной помощи</b>																					
<b>2.98 Уход и лечение без разбивки на конкретные меры</b>																					



**Приложение 3. Национальные обязательства и политические инструменты  
(НОПИ) на 2012 г.**

**СТРАНА:**

Имя/фамилия сотрудника Национального комитета по СПИДу, ответственного за предоставление данных по НОПИ, к которому можно обратиться, если возникнут какие-либо вопросы:

---

Почтовый адрес:

---

---

Тел:

---

Факс:

---

Электронная  
почта:

---

Дата подачи:

---

## ИНСТРУКЦИИ

Описанный ниже инструмент используется для измерения прогресса в разработке и реализации национальной политики, стратегий и законодательства в связи с ВИЧ. Он является составной частью перечня ключевых показателей, который должен быть завершен и представлен в рамках отчета о достигнутом прогрессе в осуществлении мер в ответ на СПИД за 2012 г.

Настоящая пятая версия данного показателя, которая в то же время является первой его версией с момента изменения его названия, с национального комбинированного индекса политики (НКПИ), на национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ), была переработана с целью отражения нового программного руководства по ВИЧ в соответствии с Политической декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2011 г. Для повышения уровня адекватности ответных мер и их сопоставимости между различными странами в эту версию были внесены дополнительные рекомендации. Большинство вопросов идентично вопросам, использованным для анализа тенденций в 2005, 2007 и 2009 годах. Таким образом, странам настоятельно рекомендуется выполнить анализ тенденций и включить описание прогресса, достигнутого (а) в области разработки политики, стратегии и законодательства, а также (б) в области их реализации в поддержку мер в ответ на ВИЧ в стране. Также необходимо включить комментарии по поводу согласования и противоречия между вопросами, совпадающими в частях А и В, а также анализ тенденций в изменении основных данных для НОПИ после 2003 года, если таковые имеются.

### I. СТРУКТУРА АНКЕТЫ

НОПИ делится на две части (различные разделы частей А и В претерпели незначительную реорганизацию с момента последнего раунда отчетности).

#### **Часть А – для государственных должностных лиц**

Часть А охватывает:

- I. Стратегический план
- II. Политическая поддержка и лидерство
- III. Права человека
- IV. Профилактика
- V. Лечение, уход и поддержка
- VI. Мониторинг и оценка

#### **Часть В – для представителей организаций гражданского общества, двусторонних учреждений и организаций ООН**

Часть В охватывает:

- I. Участие гражданского общества
- II. Политическая поддержка и лидерство
- III. Права человека
- IV. Профилактика
- V. Лечение, уход и поддержка

Некоторые вопросы включены в часть А и В для того, чтобы получить точки зрения респондентов, представляющих национальное правительство и неправительственные организации, независимо от того совпадают они или нет.

---

<sup>15</sup> Сравните НОПИ в документе «Руководящие принципы разработки ключевых показателей», ЮНЭЙДС 2003, 2005, 2007 и 2009 гг., и выберите вопросы, для которых можно просчитать тенденции.



В рамках вопросов, относящихся к ключевым группам населения повышенного риска заражения ВИЧ (далее по тексту – «ключевые группы населения»), а также других уязвимых групп населения, применяется следующее определение: Ключевые группы населения определяются как группы населения, **которым грозит самый высокий риск заражения ВИЧ (далее по тексту – «ключевые группы населения»)** в рамках определенных эпидемиологических условий, которые подвержены значительно более высокому риску получения и передачи ВИЧ и более высокому уровню смертности и (или) заболеваемости, а также которые имеет значительно более низкий уровень доступа к соответствующим услугам или пользования ими, чем остальные группы населения. В зависимости от болезни и страны некоторые группы населения (в т.ч. лица, потребляющие инъекционные наркотики, работники секс-бизнеса, а также мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами) могут требовать к себе повышенного внимания. К остальным группам населения, которые могут быть уязвимы к ВИЧ, относятся женщины и девушки; трансгендерные лица; клиенты работников секс-бизнеса; заключенные; беженцы, мигранты или внутренне перемещенные лица; люди, живущие с ВИЧ; подростки и молодые люди; уязвимые дети и сироты; лица с ограниченными возможностями, этнические меньшинства; малообеспеченные группы населения; группы, проживающие в сельской или географически изолированной местности, или другие группы населения, характерные для определенной страны.

Важно представить НОПИ со всеми данными. При этом необходимо проверить релевантные стандартные ответы и представить другую требуемую информацию в открытых тестовых окнах. Это позволит лучше понять нынешнюю ситуацию в стране, дать примеры хорошей практики для других и указать на недостатки, которые все еще необходимо устранить. Ответы для составления НОПИ отражают в целом политику, стратегию, а также правовые и программные возможности для осуществления мер в ответ на ВИЧ. Открытые текстовые окна позволяют включить замечания по любым вопросам, которые считаются важными, но недостаточно широко представлены в стандартных вопросах (напр., важные различия на субнациональном уровне; уровень реализации законов, политики и нормативных актов; примечания; комментарии в отношении источников данных и т.д.). В целом считается, что проекты стратегии, политики или законов не «существуют» (т.е. нельзя ожидать, что они уже могут влиять на процесс реализации программ), следовательно, вопросы о существовании такого документа должны иметь ответ «нет». В то же время было бы полезно в соответствующих открытых текстовых окнах указать, что такие документы являются проектами, а также представить важные детали, касающиеся них.

Общая ответственность за сопоставление и представление информации, касающейся НОПИ, возложена на национальное правительство – через должностных лиц национальных комитетов по СПИДу (НКС) или эквивалентных структур.

## **II. ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ШАГИ ПО СБОРУ И ПОДТВЕРЖДЕНИЮ ДАННЫХ**

В идеале НОПИ лучше всего составлять в последние 6 месяцев отчетного периода (т.е. с октября 2011 года по март 2012 года в рамках раунда отчетности 2012 года). Поскольку консультации должны быть проведены с различными заинтересованными сторонами, важно предоставить достаточно времени на сбор и консолидацию данных.

### **1. Назначение двух технических координаторов (по одному координатору для части А и В)**

Технические координаторы должны проводить кабинетный анализ и интервью по мере необходимости, объединять усилия соответствующих заинтересованных сторон и способствовать процессу сопоставления и консолидации данных для НОПИ. Желательно, чтобы технический координатор для части А представлял НКС или эквивалентную структуру, а координатор для части В был представителем неправительственной структуры. В идеале они должны иметь опыт проведения мониторинга и оценки, знать ключевых участников процесса осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ и понимать национальную политику и правовые условия.

## 2. Согласование с заинтересованными сторонами процедур сбора и подтверждения данных для НОПИ

Для точного составления НОПИ требуется участие различных заинтересованных сторон, включая представителей организаций гражданского общества. Настоятельно рекомендуется провести вводный семинар с участием заинтересованных сторон для согласования процедур сбора данных для НОПИ, включая релевантные документы для кабинетного анализа, представителей организаций, с которыми будут проводиться интервью, процедур для определения окончательных ответов, а также временных сроков.

## 3. Получение данных

Данные, подаваемые для НОПИ, должны представлять собой последние результаты проверки и анализа политики, стратегии и правовых условий. Поскольку в этот процесс вовлечены различные заинтересованные стороны, а сами данные должны быть консолидированы до их официальной передачи в ЮНЭЙДС, необходимо обеспечить достаточное время для осуществления всех необходимых действий.

Для заполнения каждого раздела необходимо выполнить следующие задания:

- (i). Кабинетный анализ релевантных документов  
Если такой анализ еще не был выполнен, он окажется полезным для сравнения всех основных документов (т.е. политики, стратегий, законов, руководящих принципов, отчетов и т.д.), касающихся осуществления мер в ответ на ВИЧ, в одном месте, что обеспечит быстрый доступ для всех заинтересованных сторон (например, через веб-сайт). Это не только облегчит процесс подтверждения ответов на вопросы, касающиеся НОПИ, но, что еще важнее, повысит уровень понимания этих важных документов и будет способствовать их более активному использованию при осуществлении национальных мер в ответ на ВИЧ.
- (ii). Интервью (или другие эффективные способы получения информации) с ключевыми лицами, которые лучше всего знают конкретную тему, включая среди прочего:
  - *Разделы «Стратегический план» и «Политическая поддержка»:* директор или заместитель директора национальной программы по СПИДу или национального комитета по СПИДу (или эквивалентной структуры), руководители программ по СПИДу на уровне регионов и районов (или на эквивалентных децентрализованных уровнях).
  - *Раздел «Мониторинг и оценка»:* сотрудники национального комитета по СПИДу (или эквивалентной структуры), министерства здравоохранения, координаторы по вопросам ВИЧ из других министерств, члены национальной технической рабочей группы по мониторингу и оценке.
  - *Вопросы «Права человека»:* должностные лица министерства юстиции и руководители комиссий по правам человека для ответа на вопросы в части А; представители организаций по правам человека и других организаций гражданского общества, в т.ч. представители сетей людей, живущих с ВИЧ, ключевых групп населения и других уязвимых подгрупп населения, а также центров/учреждений правовой помощи в связи с ВИЧ для ответа на вопросы в части В.
  - *Раздел «Участие гражданского общества»:* ключевые представители ведущих организаций гражданского общества, работающих в области ВИЧ. Сюда в частности входят представители сетей людей, живущих с ВИЧ, а также представители ключевых групп населения и других уязвимых подгрупп населения.
  - *Разделы «Профилактика» и «Лечение, уход и поддержка»:* министерства и ведущие организации/исполнители в этих областях, включая неправительственные организации и сети людей, живущих с ВИЧ.

**Обратите внимание на то, что респондентов просят ответить на вопросы от имени своих учреждений или групп, но не высказывать свою собственную точку зрения.**

#### **4. Подтверждение, анализ и интерпретация данных**

После введения данных для НОПИ техническим координаторам необходимо внимательно проанализировать все ответы и определить потребность в проведении дополнительных консультаций или выполнении анализа других документов.

Важно выполнить анализ данных для каждого раздела НОПИ и включить в страновой отчет о достигнутом прогрессе описание достижений в области разработки политики/стратегий и реализации программ по борьбе с эпидемией ВИЧ в стране. Также следует включить замечания относительно согласованности/расхождений между перекликающимися вопросами, включенными в части А и В, а также анализ изменения основных данных для НОПИ после 2003 года, если таковые имеются.

До официального представления отчетов настоятельно рекомендуется провести итоговый семинар с участием ключевых заинтересованных сторон для представления, обсуждения и утверждения ответов на вопросы, касающиеся НОПИ, и изложения результатов. Для участия в семинаре следует пригласить представителей организаций гражданского общества, работающих в области ВИЧ. Сюда в частности входят представители сетей людей, живущих с ВИЧ, а также представители ключевых групп населения и других уязвимых подгрупп населения. Также важно, чтобы в процессе анализа и подтверждения данных приняли участие лица, имеющие опыт работы в сфере гендерных отношений, а также в сфере других ключевых групп населения. Участникам семинара следует проанализировать результаты последнего раунда отчетности, подчеркнув произошедшие изменения, и уделить особое внимание подтверждению данных для НОПИ. Согласование итоговых данных для НОПИ не требует устранения возможных расхождений в перекликающихся между собой вопросах, включенных в части А и В; это просто означает, что при наличии различных точек зрения респонденты, включенные в часть А, согласовывают свои ответы, а респонденты, включенные в часть В, согласовывают свои ответы, и в отчет включаются оба варианта. При отсутствии утвержденных механизмов семинар также дает возможность для обсуждения вопросов дальнейшего сотрудничества между соответствующими заинтересованными сторонами для устранения основных пробелов, которые будут обнаружены в процессе составления НОПИ.

#### **5. Ввод и представление данных**

Итоговые данные для НОПИ необходимо представить до 31 марта 2012 года, используя специальную программу, которую можно найти на веб-сайте отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД ([www.unaids.org/AIDSReporting](http://www.unaids.org/AIDSReporting)). Если это невозможно, электронная версия заполненной анкеты должна быть представлена в виде приложения к страновому отчету о достигнутом прогрессе до 15 марта 2012 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Женеве.

## **НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (НОПИ)**

### **ПРОЦЕСС СБОРА И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДАННЫХ**

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

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

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

## Респонденты, дающие ответы на вопросы для НОПИ

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

### НОПИ – Часть А [для государственных должностных лиц]

Организация	ФИО/должность	Респонденты для части А [укажите, в какой части респондент отвечал на вопросы]					
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V	A.VI

Укажите подробные сведения для всех респондентов.

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

Организация	ФИО/должность	Респонденты для части В [укажите, в какой части респондент отвечал на вопросы]				
		B.I	B.II	B.III	B.IV	B.V

Укажите подробные сведения для всех респондентов.

# НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (НОПИ)

## ЧАСТЬ А

[для должностных лиц правительства]

### I. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН

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

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

Да

Нет

Если ДА, на какой период она разработана [впишите]:

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

Если НЕТ или НЕ КАСАЕТСЯ, кратко поясните причину.

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

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

Название министерств или других государственных органов [впишите]:

**1.2. Какие секторы включены в межведомственную стратегию и имеют конкретный бюджет для осуществления мер в ответ на ВИЧ?**

СЕКТОРЫ	Включены в стратегию		Имеют специальный бюджет	
Образование	Да	Нет	Да	Нет
Здравоохранение	Да	Нет	Да	Нет
Труд	Да	Нет	Да	Нет
Военные/полиция	Да	Нет	Да	Нет
Транспорт	Да	Нет	Да	Нет
Женщины	Да	Нет	Да	Нет
Молодежь	Да	Нет	Да	Нет
Другие [впишите]:	Да	Нет	Да	Нет
	Да	Нет	Да	Нет
	Да	Нет	Да	Нет

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

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

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

*Если НЕТ, как были определены ключевые группы населения?*

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

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

КЛЮЧЕВЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ

**1.5. Включает ли межведомственная стратегия рабочий план?**

Да	Нет
----	-----

**1.6. Включает ли межведомственная стратегия или рабочий план:**

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

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

Активное участие	Умеренное участие	Участия нет
------------------	-------------------	-------------

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

Если НЕТ УЧАСТИЯ или УМЕРЕННОЕ УЧАСТИЕ, кратко поясните причины:

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



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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

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

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

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

--

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

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

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

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

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

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

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

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

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

5.3. Проводится ли мониторинг охвата программами по ВИЧ? 

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

Если ДА, по каким группам населения?

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

**Кратко поясните, как используется эта информация:**

--

(с) *Проводится ли мониторинг охвата по географическим районам?*

Да

Нет

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

--

**Кратко поясните, как используется эта информация:**

--

5.4. *Разработан ли в стране план усиления систем здравоохранения?*

Да

Нет

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

--

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

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

*Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:*

*Какие проблемы остаются в этой области:*

---

---

## II. ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ЛИДЕРСТВО

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

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

**A.** *Министры*

Да

Нет

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

Да

Нет

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

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

Да

Нет

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

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

Да

Нет

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

--

**2.1.**

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

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

**Если ДА, кратко опишите основные достижения:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

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

	%
--	---

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

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

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

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

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

<b>Очень плохо</b>										<b>Отлично</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**



### III. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

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

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

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

Да

Нет

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

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

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

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

Да

Нет

<b>Если ДА, по каким ключевым группам и уязвимым группам населения?</b>		
<i>Люди, живущие с ВИЧ</i>	Да	Нет
<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>	Да	Нет
<i>Мигранты/мобильные группы населения</i>	Да	Нет
<i>Сироты и другие уязвимые дети</i>	Да	Нет
<i>Лица с ограниченными возможностями</i>	Да	Нет
<i>Лица, потребляющие инъекционные наркотики</i>	Да	Нет
<i>Заклученные</i>	Да	Нет
<i>Работники секс-бизнеса</i>	Да	Нет
<i>Трансгендерные лица</i>	Да	Нет
<i>Женщины и девушки</i>	Да	Нет
<i>Молодые женщины/молодые мужчины</i>	Да	Нет
<i>Другие особые уязвимые группы населения<sup>†</sup> [впишите ниже]:</i>	Да	Нет

**Кратко опишите содержание этих законов, положений или политики:**

**Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:**

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

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

## IV. ПРОФИЛАКТИКА

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

Да	Нет
----	-----

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

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

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

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

Да	Нет
----	-----

**2.3.** Существует ли в стране стратегия просветительской работы по вопросам ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу?

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

Кратко опишите содержание этой политики или стратегии

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

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

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

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

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

<i>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</i>

\* ПИН = Лица, потребляющие инъекционные наркотики

† МСМ = Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

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

**Какие проблемы остаются в этой области:**

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

Да

Нет

**Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?**

**Если НЕТ, как расширяются масштабы программ профилактики ВИЧ?**

**4.1. В какой мере были реализованы программы профилактики ВИЧ?**

**Большинство нуждающихся имеют доступ...**

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

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

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

Очень плохо										Отлично	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8		9
<b>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</b>											
<b>Какие проблемы остаются в этой области:</b>											

\* ИОК = информация, образование, коммуникация

## V. ЛЕЧЕНИЕ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

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

Да

Нет

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

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

**1.1. В какой мере были реализованы следующие услуги по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?**

Большинство нуждающихся имеют доступ					
	Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия для больных ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика котримоксазолом среди людей, живущих с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ больных туберкулезом</i>	1	2	3	4	Н/К



<i>Услуги по лечению при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Диетологическая помощь</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Педиатрическое лечение при СПИДе</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Послеродовая антиретровирусная терапия для женщин</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ не при исполнении служебных обязанностей (например, вследствие изнасилования)</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ при исполнении служебных обязанностей</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Социально-психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Ведение больных с инфекциями, передающимися половым путем</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где предоставляется лечение и уход в связи с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактическая терапия среди людей, живущих с ВИЧ, для предупреждения ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Скрининг людей, живущих с ВИЧ, на ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Лечение наиболее распространенных инфекций, связанных с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Другое [впишите]:</i>	1	2	3	4	Н/К

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

Да	Нет
----	-----

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

--

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

Если ДА, то каких товаров?

--

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

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

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

**5.5** Если ДА, какой процент сирот и уязвимых детей охвачен? 

	%
--	---

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

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

*Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:*

*Какие проблемы остаются в этой области:*

## VI. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

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

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

<b>Кратко опишите проблемы, существующие в сфере разработки и реализации:</b>

**1.1.** *Если ДА, на какой период [впишите]:*

--

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

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

<b>Кратко опишите возникшие проблемы:</b>

**2.** *Включает ли национальный план по мониторингу и оценке?*

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

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

3. *Существует ли бюджет реализации плана по МиО?*

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

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

	%
--	---

4. *Существует ли национальное подразделение по МиО?*

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

<b>Кратко опишите возникшие препятствия:</b>

4.1. *Если ДА, где находится подразделение по МиО?*

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

**4.2. Сколько и каких специалистов работает в национальном подразделении по МиО?**

<b>ДОЛЖНОСТЬ [впишите название должностей ниже]</b>	<b>Штатные</b>	<b>По совместительству</b>	<b>С какого времени?:</b>
<i>Постоянные сотрудники [добавьте необходимое количество строк]</i>			
	<b>Штатные</b>	<b>По совместительству</b>	<b>С какого времени?:</b>
<i>Временные сотрудники [добавьте необходимое количество строк]</i>			

**4.3. Если ДА, существуют ли механизмы, которые обеспечивают передачу всеми основными партнерами своих их отчетов/данных по МиО в это подразделение для включения в национальную систему МиО?**

Да	Нет
----	-----

<b>Кратко опишите механизмы обмена данными:</b>
<b>Какие проблемы остаются в этой области:</b>

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

Да	Нет
----	-----

**6.** *Существует ли центральная национальная база данных, включающая данные по ВИЧ?*

Да	Нет
----	-----

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

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

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

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

**6.2.** *Существует ли рабочая информационная система по здравоохранению\*?*

<i>На национальном уровне</i>	Да	Нет
<i>На субнациональном уровне</i>	Да	Нет
<i>Если ДА, на каком уровне? [укажите]</i>		

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

Да	Нет
----	-----

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



**8. Как используются данные МиО?**

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

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

**9. Приводилось ли обучение по МиО в прошлом году**

<i>На национальном уровне?</i>	Да	Нет
<i>Если ДА, сколько человек прошло обучение:</i>		
<i>На субнациональном уровне?</i>	Да	Нет
<i>Если ДА, сколько человек прошло обучение?</i>		
<i>На уровне оказания услуг, включая гражданское общество?</i>	Да	Нет
<i>Если ДА, сколько?</i>		

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

Да	Нет
----	-----

**Если ДА, какие мероприятия:**

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

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

*Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:*

*Какие проблемы остаются в этой области:*

# НАЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПОЛИТИЧЕСКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ (НОПИ)

## Часть В

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

### I. УЧАСТИЕ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА\*

- 1.** *В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) гражданское общество внесло свой вклад в усиление политической приверженности ведущих руководителей и выработку национальной стратегии/политики?*

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

**Комментарии и примеры:**

- 2.** *В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) представители гражданского общества были вовлечены в процесс планирования и составления бюджетов для Национального стратегического плана по ВИЧ или для текущего плана мероприятий (напр., участие в собраниях по вопросам планирования, а также в анализе проектов документов)?*

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

**Комментарии и примеры:**

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

3. В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) услуги, оказываемые гражданским обществом по профилактике, лечению, уходу и поддержке, включены в:

a. национальную стратегию преодоления ВИЧ?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

b. национальный бюджет по ВИЧ?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

c. национальные отчеты по ВИЧ?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

4. В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) представители гражданского общества вовлечены в мониторинг и оценку (МиО) мер в ответ на ВИЧ?

a. разработка национального плана по МиО?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

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

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

c. участие в использовании данных при принятии решений?

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

**Комментарии и примеры:**

5. *В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) представительство гражданского общества в мероприятиях в ответ на ВИЧ отражает участие различных организаций (напр., организаций и сетей людей, живущих с ВИЧ, организаций работников секс-бизнеса, конфессиональных организаций)?*

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

**Комментарии и примеры:**

6. *В какой мере (по шкале оценки от 0 до 5, где 0 – Низкая, а 5 -- Высокая) представители гражданского общества получают доступ к:*

- а. адекватной финансовой помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?*

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

- б. адекватной технической помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?*

НИЗКАЯ					ВЫСОКАЯ
0	1	2	3	4	5

**Комментарии и примеры:**

**7. Какой процент следующих программ/услуг в связи с ВИЧ, по оценкам, реализуется/предоставляется организациями гражданского общества?**

<b>Профилактика среди ключевых групп населения</b>				
<i>Люди, живущие с ВИЧ</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Лица, потребляющие инъекционные наркотики</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Работники секс-бизнеса</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Трансгендерные лица</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<b>Тестирование и консультирование</b>				
<i>Снижение уровня стигмы и дискриминации</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Клинические услуги (АРТ/ОИ)*</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Уход на дому</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%
<i>Программы для СУД**</i>	<25%	25-50%	51-75%	>75%

\*АРТ = антиретровирусная терапия; ОИ = оппортунистические инфекции

\*\*СУД = сироты и другие уязвимые дети

**8. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 – Очень плохо, а 10 -- Отлично), направленные на повышение уровня участия гражданского общества, в 2011 году?**

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

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

## II. ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА И ЛИДЕРСТВО

1. *Вовлекает ли правительство – за счет политической и финансовой поддержки – людей, живущих с ВИЧ, ключевые группы населения и/или другие уязвимые подгруппы населения в процесс разработки государственной политики и реализации государственных программ по ВИЧ?*

Да

Нет

*Если ДА, приведите несколько примеров того, когда и каким образом это происходило:*

## III. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

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

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

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

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

Да	Нет
----	-----

**Если ДА в отношении вопросов 1.1. или 1.2., кратко опишите содержание таких законов:**

**Кратко поясните, какие существуют механизмы, обеспечивающие практическое применение этих законов:**

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

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

Да	Нет
----	-----

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



**2.1. Если ДА, по каким подгруппам населения?**

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

<b>Кратко опишите содержание этих законов, положений или политики:</b>
<b>Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:</b>

**3. Существует ли в стране политика, закон или положение, направленные на снижение насилия в отношении женщин, в т.ч. жертв изнасилований или женщин, живущих с ВИЧ?**

Да	Нет
----	-----

\* Другие уязвимые группы населения, кроме вышеуказанных, которые по имеющимся данным на местном уровне считаются группами населения повышенного риска заражения ВИЧ (в т.ч. (в алфавитном порядке) бисексуалы, клиенты работников секс-бизнеса, коренное население, внутренне перемещенные лица, лесбиянки, заключенные, а также беженцы). Впишите то же самое, если вы согласны с вышеизложенным.

**Кратко опишите содержание политики, закона или положения, а также соответствующие группы населения:**

**4.** *Указаны ли четко вопросы пропаганды и защиты прав человека в какой-либо политике или стратегии по ВИЧ?*

Да

Нет

**Если ДА, кратко опишите, каким образом в этой политике или стратегии по ВИЧ упоминаются права человека:**

**5.** *Существует ли механизм для учета, документирования и рассмотрения случаев дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, ключевых групп населения, а также других уязвимых групп населения?*

Да

Нет

**Если ДА, кратко опишите этот механизм:**

**6.** Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на предоставление следующих бесплатных услуг: укажите, предоставляются ли бесплатно такие услуги всем людям, некоторым людям или никому (обведите кружком «да» или «нет» в зависимости от вашего ответа).

	Бесплатно предоставляются всем людям, проживающим в стране		Бесплатно предоставляются всем людям, проживающим в стране		Предоставляются, но только за плату	
	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
<i>Антиретровирусное лечение</i>	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
<i>Услуги по профилактике ВИЧ*</i>	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
<i>Уход и поддержка в связи с ВИЧ</i>	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет

Если возможно, укажите, каким группам населения был отдан приоритет, а также в отношении каких услуг?

**7.** Существует ли в стране политика или стратегия, обеспечивающая равноправный доступ для мужчин и женщин к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

**7.1.** В частности, существует ли в стране политика или стратегия, обеспечивающая равноправный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ для женщин вне зависимости от беременности и рождения ребенка?

Да	Нет
----	-----

**8.** Существует ли в стране политика или стратегия, обеспечивающая равноправный доступ для ключевых групп населения или других уязвимых подгрупп населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

\* В т.ч. безопасность крови, пропаганда презервативов, снижение вреда лицам, потребляющим инъекционные наркотики, профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу, профилактика ВИЧ на рабочем месте, консультирование и тестирование на ВИЧ, ИОК\* по вопросам снижения уровня риска, ИОК по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, профилактика ВИЧ среди людей, живущих с ВИЧ, услуги по охране репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение, снижение уровня риска для интимных партнеров, представляющих ключевые группы населения, снижение уровня риска для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, снижение уровня риска для работников секс-бизнеса, просветительская работа среди молодежи в школах по вопросам СПИДа, универсальные меры предосторожности при оказании медицинской помощи.

**Если ДА, кратко опишите содержание такой политики/стратегии, а также соответствующие группы населения:**

**8.1.** Если ДА, включает ли эта политика/стратегия различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных ключевых групп населения и других уязвимых подгрупп населения?

Да

Нет

**Если ДА, кратко поясните различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных групп населения:**

**9.** Существует ли в стране политика или закон, запрещающие скрининг на ВИЧ при найме на работу в целом (при приеме на работу, перемещении по службе, назначении, продвижении по службе, прекращении трудового договора)?

Да

Нет

**Если ДА, кратко опишите содержание такой политики или закона:**

**10.** Существуют ли в стране следующие механизмы мониторинга прав человека и правоприменения?

**а.** Независимые национальные учреждения для пропаганды и защиты прав человека, в т.ч. комиссии по правам человека, комиссии по реформе законодательства, наблюдатели и омбудсмены, которые занимаются вопросами, связанными с ВИЧ/СПИДом, в рамках своей работы

Да

Нет

**b. Показатели или критерии для проверки выполнения стандартов по правам человека в контексте мероприятий в связи с ВИЧ**

Да	Нет
----	-----

<b>Если ДА на любой из приведенных выше вопросов, опишите несколько примеров:</b>

**11. Проводились ли за последние 2 года мероприятия по обучению и/или усилению потенциала:**

**a. Программы по просветительской работе и повышению уровня информированности среди людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения относительно своих прав (в контексте ВИЧ)\*?**

Да	Нет
----	-----

**b. Программы для работников судебной системы и правоохранительных органов† по вопросам защиты прав человека в связи с ВИЧ, которые могут возникать в контексте выполнения ими своих служебных обязанностей?**

Да	Нет
----	-----

**12. Существуют ли в стране следующие службы по оказанию правовой защиты?**

**a. Системы правовой защиты в рамках изучения материалов судебных дел, связанных с ВИЧ**

Да	Нет
----	-----

**b. Поддержка со стороны частных юридических фирм или университетских центров с целью предоставления людям, живущим с ВИЧ, бесплатных юридических услуг или услуг по сниженным расценкам**

Да	Нет
----	-----

**13. Существуют ли программы, направленные на снижение уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ?**

Да	Нет
----	-----

<b>Если ДА, какие программы?</b>		
<b>Программы для сотрудников медицинских учреждений</b>	Да	Нет
<b>Программы для сотрудников средств массовой информации</b>	Да	Нет
<b>Программы профилактики ВИЧ на рабочем месте</b>	Да	Нет
<b>Другое [впишите]:</b>	Да	Нет

\* В т.ч. кампании «Знайте свои права», направленные на предоставление людям, пострадавшим от последствий ВИЧ, возможности знать свои права и законы в контексте эпидемии (см. UNAIDS Guidance Note: Addressing HIV-related law at National Level, Working Paper, 30 April 2008)

† В т.ч. судьи, представители магистрата, прокуроры, полиция, комиссары по правам человека, а также судьи или уполномоченные по вопросам трудового найма

**14.** В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) политику, законодательство и положения по пропаганде и защите прав человека в связи с ВИЧ в 2011 году?

<b>Очень плохо</b>										<b>Отлично</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

**15** В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 – Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия, направленные на политику, законодательство и положения в сфере прав человека, 2011 году?

<b>Очень плохо</b>										<b>Отлично</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

## IV. ПРОФИЛАКТИКА

1. *Определены ли в стране конкретные потребности в рамках программ по профилактике ВИЧ?*

Да

Нет

**Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?**

**Если НЕТ, как расширяются масштабы программ по профилактике ВИЧ?**

*1.1 В какой мере были реализованы программы по профилактике ВИЧ?*

Компонент профилактики ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ				
	Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен	Н/К
<i>Безопасность крови</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Пропаганда презервативов</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Снижение вреда для лиц, потребляющих инъекционные наркотики</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика ВИЧ на рабочем месте</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>ИОК по вопросам снижения уровня риска</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>ИОК по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку</i>	1	2	3	4	Н/К

\* ИОК = информация, образование, коммуникация

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

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

<b>Очень плохо</b>										<b>Отлично</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<i>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</i>
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>



## V. ЛЕЧЕНИЕ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

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

Да	Нет
----	-----

<b>Если ДА, кратко опишите эти элементы, а также расскажите, какие приоритеты были расставлены:</b>
<b>Кратко опишите, как расширяются масштабы услуг по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?</b>

1.1. *В какой мере были реализованы следующие услуги по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ?*

Услуги по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ				
	Полностью не согласен	Не согласен	Согласен	Полностью согласен	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Антиретровирусная терапия для больных ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика котримоксазолом среди людей, живущих с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Консультирование и тестирование на ВИЧ больных туберкулезом</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Услуги по лечению при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Диетологическая помощь</i>	1	2	3	4	Н/К

<i>Педиатрическое лечение при СПИДе</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Послеродовая антиретровирусная терапия для женщин</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ не при исполнении служебных обязанностей (например, вследствие изнасилования)</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактика после контакта с ВИЧ при исполнении служебных обязанностей</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Социально-психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Ведение больных с инфекциями, передающимися половым путем</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Профилактическая терапия среди людей, живущих с ВИЧ, для предупреждения ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Скрининг людей, живущих с ВИЧ, на ТБ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Лечение наиболее распространенных инфекций, связанных с ВИЧ</i>	1	2	3	4	Н/К
<i>Другое [впишите]:</i>	1	2	3	4	Н/К

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

<b>Очень плохо</b>										<b>Отлично</b>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

<b>Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:</b>

**Какие проблемы остаются в этой области:**

2. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ?  Да  Нет
- 2.1. Если ДА, существует ли в стране рабочее определение сирот и уязвимых детей?  Да  Нет
- 2.2. Если ДА, существует ли в стране национальный план действий, направленный на сирот и уязвимых детей?  Да  Нет
- 2.3. Если ДА, определено ли в стране оценочное число сирот и уязвимых детей, охваченных существующими программами?  Да  Нет
- 2.4. Если ДА, какой процент сирот и уязвимых детей охвачен?  %
3. В целом, как бы вы оценили (по шкале оценки от 0 до 10, где 0 -- Очень плохо, а 10 -- Отлично) усилия по реализации программ по лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ в 2011 году?

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

**Какие были основные достижения в этой области после 2009 года:**

**Какие проблемы остаются в этой области:**

#### Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе

- Определен процесс написания отчета, включая временные сроки и промежуточные цели, роли НКС, правительственных учреждений, учреждений ООН, гражданского общества и других релевантных партнеров.
- Финансирование обеспечено по всем аспектам процесса представления отчетности.
- Определен процесс сбора, проверки и анализа данных, включая:
  - идентификацию релевантных инструментов и источников данных для каждого показателя;
  - временные рамки сбора данных в соответствии с другими действиями по сбору данных, включая действия через посредство финансирующих учреждений, таких как Глобальный фонд, ПЕПФАР и учреждения ООН;
  - временные рамки для представления отчетности по показателям, рассчитываемым для учреждений, с целью получения совокупного национального показателя;
  - семинары по проверке и триангуляции данных с целью обеспечения консенсуса относительно правильности каждого показателя;
- Разработаны протоколы для обработки и управления данными, включая:
  - основные процедуры уточнения и подтверждения данных;
  - единую базу данных для анализа и отчетности.
- Релевантные данные проанализированы совместно с организациями-партнерами, представляющими правительство, гражданское общество и международное сообщество.
- Написан проект отчета.
- Данные для показателей введены с использованием рекомендованных систем отчетности.
- Проведена проверка согласованности данных, включаемых в описательный отчет, и данных, вводимых в формы данных.
- Написан окончательный вариант отчета.
- Достигнут консенсус с заинтересованными сторонами, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, относительно окончательного отчета для представления.
- Отчет и требуемые формы с данными представлены ЮНЭЙДС в Женеве ([AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)) до 31 марта 2012.
- В стране определен координатор для поддержания связи с Секретариатом ЮНЭЙДС в случае возникновения вопросов, связанных с отчетом и/или датой его представления.

## Приложение 5. Избранная библиография

UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2011) *AIDS at 30: Nations at the Crossroads*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2010) *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2011) *Securing the future today – Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People*; Geneva, UNAIDS

UNAIDS (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Geneva: UNAIDS

UNAIDS (2009). *UNGASS Guidelines on Construction of Core Indicators*. Geneva: UNAIDS.

WHO (2010) *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneva; UNAIDS

UNICEF (2011). *The State of the World's Children Report*. New York: UNICEF.

UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York; UNICEF.



---

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) является новаторским партнерством ООН, возглавляющим и вдохновляющим глобальные усилия по обеспечению всеобщего доступа к профилактике ВИЧ, лечению, уходу и поддержке. Дополнительная информация на сайте [unaids.org](http://unaids.org).

---

Напечатано на бумаге, сертифицированной по стандартам FSC



Целью данных руководящих принципов является предоставление странам технических рекомендаций относительно того, как измерять основные показатели, необходимые для проведения мониторинга выполнения Политической декларации приверженности делу борьбы с ВИЧ-СПИДом 2011 г. Данные руководящие принципы содержат технические рекомендации с подробным описанием основных показателей, необходимой информацией о них, об основных принципах их разработки, а также относительно их интерпретации. Данные руководящие принципы также направлены на обеспечение максимальной действительности, внутренней согласованности и сопоставимости вне зависимости от страны происхождения оценочных данных показателей, а также периода их действия. В частности, эти руководящие принципы направлены на обеспечение согласованности всех типов данных и методологий расчета, использованных в данном документе.

UNAIDS  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVA 27  
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66  
Fax: (+41) 22 791 48 35  
e-mail: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)