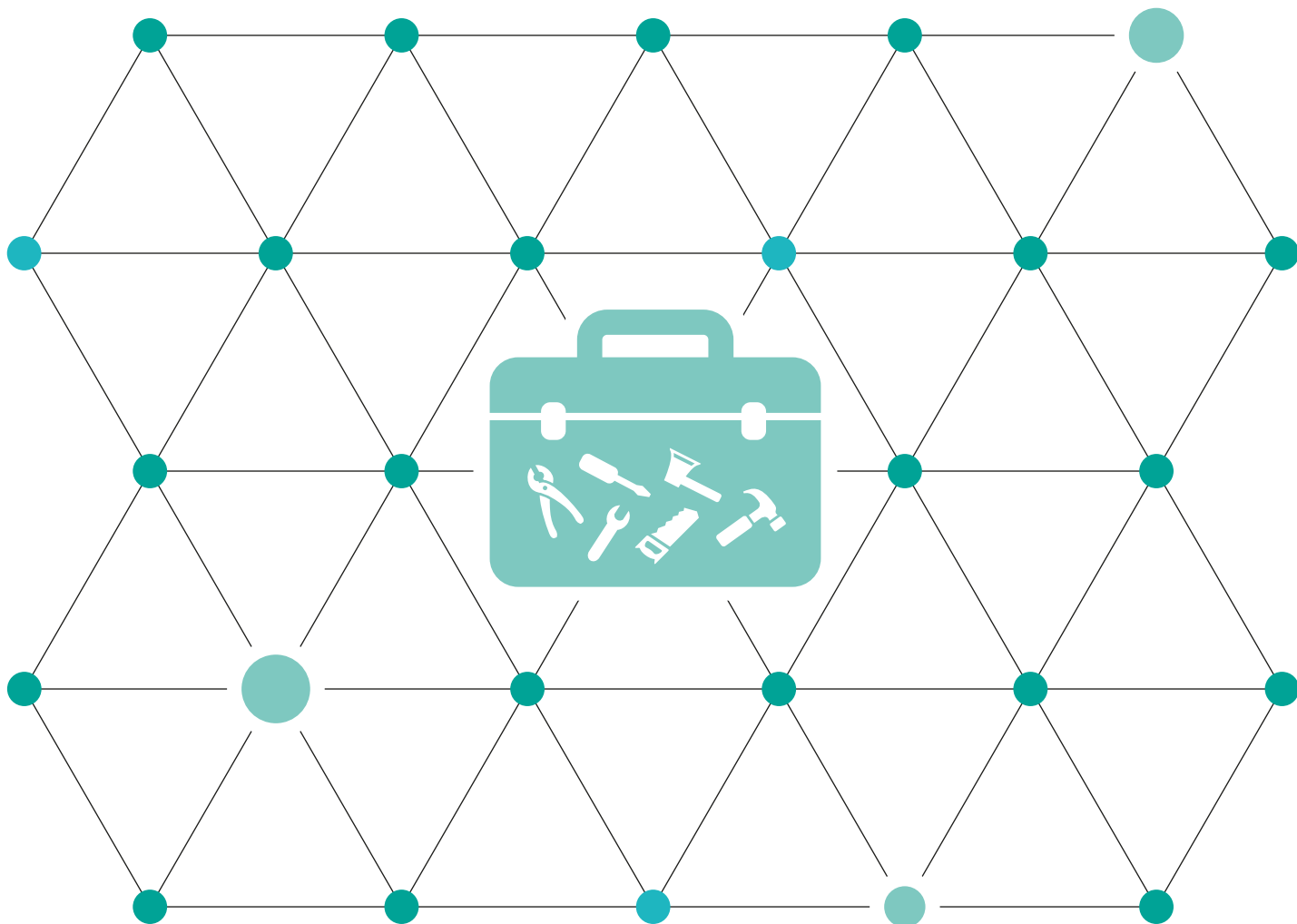


ВИЧ и инструмент оценки социальной защиты

ВИЧ и инструмент оценки социальной защиты



Содержание

Резюме	2
Введение	3
Оставленные без внимания группы населения	4
Социальная защита	5
Обоснование применения инструмента	8
Виды и цель программ социальной защиты	10
Координация и управление программами социальной защиты	16
Трёхэтапный процесс оценки	17
Уроки, извлечённые при разработке инструмента	22
Глоссарий	24
Приложения	27
Приложение 1. ВИЧ и инструмент сбора данных для оценки социальной защиты	27
Приложение 2. План отчёта по оценке мер социальной защиты при ВИЧ	61
Приложение 3. Потенциальные источники данных	62
Приложение 4. Примеры программ социальной защиты	63
Приложение 5. Программа семинара по оценке мер социальной защиты при ВИЧ. Проект.	66
Литература	68

Резюме

Инструмент оценки социальной защиты при ВИЧ используется для быстрой проверки эффективности существующих программ социальной защиты и их нацеленности (или отсутствия таковой) на противодействие ВИЧ в конкретной стране или районе. Для некоторых из них может потребоваться проведение дополнительных исследований и последующих мероприятий с привлечением важнейших участников процесса, включая руководителей программ противодействия ВИЧ; сотрудников органов социальной защиты; граждан, подлежащих защите, и представителей гражданского общества. Результатом этой работы будет анализ эффективности социальной защиты при ВИЧ в конкретной стране или общине.

Для проведения оценки необходимо собрать следующую информацию:

- Данные о системе социальной защиты, действующей в стране или регионе; её цель; категории граждан, подлежащих социальной защите; её охват и роль в противодействии ВИЧ.
- Доступны ли меры социальной защиты для людей, живущих с ВИЧ; девочек-подростков и молодых женщин с высоким риском заражения ВИЧ-инфекцией; ключевых группы населения и других категорий граждан, имеющих право на получение социальных льгот, а если нет, то каковы основные препятствия, с которыми сталкиваются люди при получении социальных льгот и пособий.
- Что можно сделать для устранения этих препятствий и включения этих групп населения в существующие программы социальной защиты.

Информация, собранная с использованием инструмента оценки, предназначена для облегчения процесса принятия решений с целью укрепления программ социальной защиты в отношении людей, живущих с ВИЧ; девочек-подростков и молодых женщин; ключевых групп и других категорий населения, а также для обновления данных национальных порталов социальной защиты при ВИЧ (например, электронных баз данных по существующим мерам социальной защиты при ВИЧ, таких как <http://socialprotection.in>). Собранная здесь информация могла бы также способствовать пересмотру национальных стратегий борьбы со СПИДом, содержать примеры инвестиций в программы по борьбе с ВИЧ, концептуальные документы, касающиеся Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, и другие примеры программ в области социального обеспечения и борьбы с нищетой. Эта информация могла бы также использоваться для более активного межсекторального взаимодействия и совместного финансирования программ социальной защиты при ВИЧ.

В документе содержатся пошаговые инструкции по проведению оценки социальной защиты при ВИЧ, а именно: подготовка к проведению оценки, в том числе обеспечение государственной поддержки, лидерства и приверженности проведению оценки; мобилизация соответствующих кадров и ресурсов; проведение оценки, включая необходимое обучение в области ВИЧ-инфекции и социальной защиты; использование инструмента сбора данных и проведение соответствующего анализа данных; составление отчетов, подтверждение результатов и последующие действия.

Кроме этого, в данный документ входят Приложения, которые содержат формы для сбора данных и проведения анализа, форма отчета о проведенной оценке, перечень потенциальных источников данных, примеры программ социальной защиты, проект повестки дня для семинара по оценке социальной защиты при ВИЧ и глоссарий терминов, часто используемых при проведении оценки.

Введение

“Обеспечить, чтобы 75% людей, живущих с ВИЧ, имеющих риск заражения или затронутых ВИЧ, имели доступ к мерам социальной защиты при ВИЧ к 2020 году”

ЮНЭЙДС, Стратегия на 2016—2021 гг.

Ширится признание того, что имеющиеся знания и методы способны положить конец эпидемии СПИДа как угрозе общественному здравоохранению к 2030 году; вместе с тем существует потребность в дополнительных знаниях и инструментах, в том числе методе излечения и вакцине. Для эффективного применения существующих знаний и методов крайне важно заручиться политической поддержкой и получить устойчивое финансирование мер в ответ на СПИД. Для ликвидации эпидемии СПИДа ускоренными темпами была поставлена цель к 2020 году снизить количество новых случаев ВИЧ-инфекции до менее 500 000 человек, сократить смертность вследствие СПИДа до менее 500 000 человек и устранить связанные с ВИЧ стигму и дискриминацию. Сокращение количества новых случаев ВИЧ-инфекции до менее 500 000 к 2020 году означает 75-процентное сокращение новых случаев ВИЧ-инфекции по сравнению с 2010 годом, что требует достижения комплекса программных целевых показателей для групп населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Резкое сокращение смертности вследствие СПИДа требует предоставления лечения 30 миллионам человек, что возможно при достижении к 2020 году цели ЮНЭЙДС 90-90-90, означающей, что 90% людей, живущих с ВИЧ, должны знать свой ВИЧ-статус; 90% людей, знающих свой статус, должны получить доступ к лечению и 90% людей, получающих лечение, должны добиться подавления вирусной нагрузки.

Стратегия ликвидации эпидемии СПИДа ускоренными темпами направлена на расширение услуг, проверенных опытом, для групп населения, оставленных без должного внимания. Особые усилия требуются в 35 странах¹, 13 из которых находятся в восточной и южной частях Африки, на долю которых приходится 90% новых случаев ВИЧ-инфекции, и где 90% людей умирают от связанных со СПИДом причин. Достижение этих смелых целей потребует расширить в ключевых районах доступ к лечению и охват услугами групп населения с повышенным риском заражения ВИЧ, таких как работники секс-бизнеса; мужчины, имеющие секс с мужчинами; трансгендеры, люди, употребляющие инъекционные наркотики; заключенные; девочки-подростки и молодые женщины, а также взрослые мужчины, живущие в странах с высоким уровнем распространённости ВИЧ (1).

Укрепление национальных систем социальной защиты и защиты детей с тем, чтобы к 2020 году 75% людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску ВИЧ или затронутых эпидемией ВИЧ, были включены в программы социальной защиты при ВИЧ, является одной из ключевых целей Политической декларации о прекращении эпидемии СПИДа 2016 года. Политическая декларация 2016 года включает цели, связанные с социальной защитой, такие как устранение гендерного неравенства и всех форм насилия в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, а также предоставление людям, живущим с ВИЧ или подверженным риску ВИЧ-инфицирования, знаний в отношении их прав, доступа к правосудию и юридическим услугам с целью предотвращения и пресечения нарушений прав человека, включая непредоставление доступа к услугам социальной защиты при ВИЧ.

Задача социальной защиты в сочетании с другими задачами состоит в ускоренном устранении препятствий в получении услуг социальной защиты при ВИЧ для следующих групп населения:

- людей, живущих с ВИЧ;
- людей с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией, включая девочек-подростков и молодых женщин, живущих в восточной и южной частях Африки, а также ключевые группы населения;
- людей, затронутых эпидемией ВИЧ, включая сирот и уязвимые семьи, в частности, бабушек и опекунов.

Оставленные без внимания группы населения

Группы населения, оставленные без внимания в ходе противодействия эпидемии ВИЧ, различаются в зависимости от страны и местной специфики. Эти группы населения подвергаются наиболее высокому риску заражения и являются наиболее уязвимыми и затронутыми эпидемией ВИЧ в связи с их изоляцией и дискриминацией. Это обуславливает необходимость укрепления и расширения охвата программ, нацеленных на удовлетворение многочисленных потребностей этих людей, включая здравоохранение, образование, социальную, экономическую сферу, жилье, продовольствие и питание, психосоциальную и юридическую помощь. Обделённые вниманием группы населения включают людей, живущих с ВИЧ; девочек-подростков и молодых женщин; детей; беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ; людей, находящихся в местах лишения свободы; мигрантов; перемещенных лиц; потребителей инъекционных наркотиков; работников секс-бизнеса; мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; инвалидов и людей в возрасте 50 лет и старше (2).

Каждая страна и регион должны в первую очередь адресовать свои программы группам населения, оставленным без внимания, а в зависимости от особенностей эпидемии и фактических данных включать в программы и другие группы населения, помимо перечисленных в списке.

Социальная защита

Социальная защита – это больше, чем выдача денежных и социальных пособий, таких как еда и карточки. Социальная защита включает в себя многие аспекты, такие как экономика, финансирование здравоохранения, страхование, помощь в трудоустройстве и социальная помощь малоимущим, устранение неравенства, изоляции и препятствий в доступе к базовым услугам (3). По своим задачам, целевым группам, пакетам льгот и пособий, охвату групп населения программы социальной защиты значительно отличаются в разных странах. Тем не менее, большинство этих программ во всём мире направлено на сокращение масштабов нищеты и уязвимости беднейших слоев населения.

Программы социальной защиты включают мероприятия, направленные на смягчение остроты проблемы бедности и неравенства; расширения доступа к основным услугам, таким как здравоохранение и образование; жилищные программы; программы, ориентированные на бедных и уязвимых людей, таких как сироты и другие уязвимые дети, девочки-подростки и молодые женщины; трансгендеры и пожилые люди, а также программы, направленные на трансформацию социальных, политических и экономических условий проживания граждан.

Целями этих программ являются:

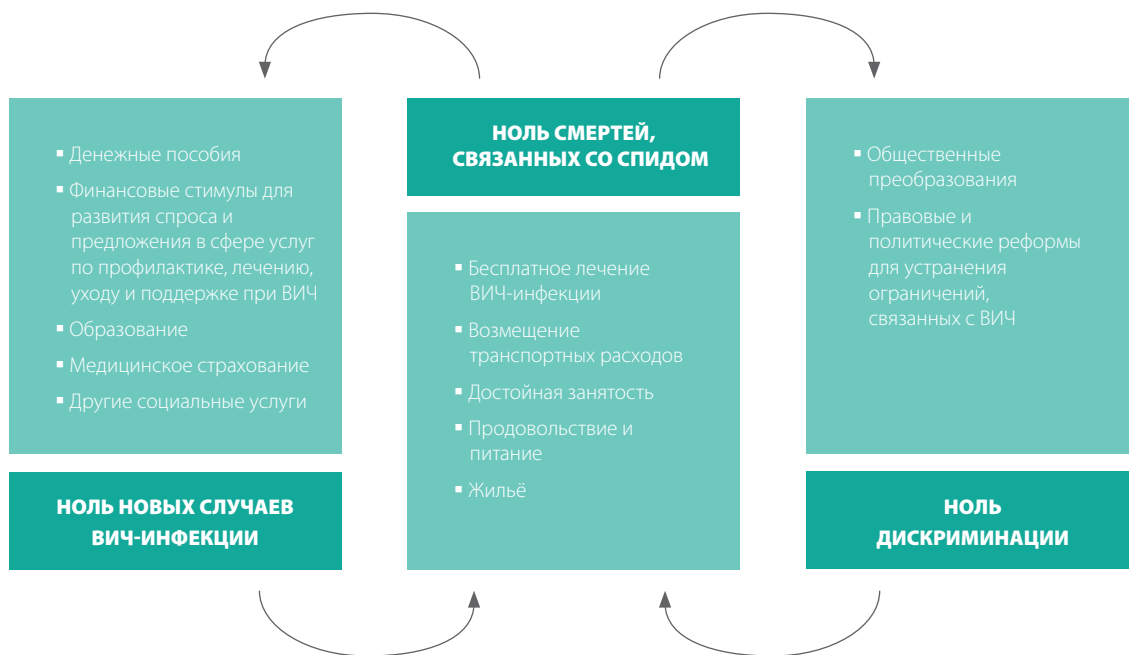
- Защита финансового состояния уязвимых лиц и домохозяйств с тем, чтобы помочь им противостоять внезапным снижениям доходов, придать устойчивость их материальному положению, достаточному для обеспечения основных видов потребления, связанных с лечением, уходом, включая уход за детьми, их обучение, питание, наличие воды, жилья и других предметов первой необходимости.
- Обеспечение и расширение доступа к основным медицинским и социальным услугам для уязвимых людей и домохозяйств. Примерами этому могут быть школьные целевые гранты; программы наставничества; меры, стимулирующие расширения доступа к медицинскому обслуживанию, особенно для ключевых групп населения; субсидии на жилье и отопление.
- Адвокация в пользу правовых и политических реформ, направленных на преобразования социальной среды, которой живут люди. Такие мероприятия включают в себя борьбу с ущемлением гражданских прав определённых групп населения, сокращение масштабов коррупции в социальных службах, устранение гендерного неравенства и борьбу со стигмой и дискриминацией, с которыми сталкиваются девочки-подростки, молодые женщины и ключевые группы населения.

Социальная защита при ВИЧ

Различные функции социальной защиты как таковой, и в совокупности с другими мерами, усиливают противодействие СПИДу, вносят свой вклад в предотвращение новых случаев ВИЧ-инфекций, а также в сокращение смертности, стигмы и дискриминации в связи со СПИДом. На рисунке 1 показано, как социальная защита при ВИЧ способствует противодействию СПИДу.

Сами по себе меры социальной защиты не могут играть значимой роли в противодействии СПИДу, если они исключают людей, живущих с ВИЧ, или проводятся ненадлежащим образом, оставаясь недоступными для живущих с ВИЧ и тех, кто подвержен риску заражения или затронут эпидемией ВИЧ (4) (см. «Социальная защита: усиление мер в ответ на ВИЧ» (5) и Приложение 4 с примерами). Меры социальной защиты могут быть нацелены на противодействие к ВИЧ при относительно небольших технических и финансовых затратах. Социальная защита становится более ориентированной на противодействие эпидемии, когда она распространяется на людей, подверженных риску заражения ВИЧ или смягчает последствия ВИЧ-инфекции (3).

Рисунок 1. Как меры социальной защиты усиливают противодействие СПИДу



Социальная защита укрепляет меры по противодействию СПИДу путём устранения социального и экономического неравенства, стигмы и дискриминации, усугубляющих рискованное поведение в отношении ВИЧ-инфекции и уязвимость к ВИЧ. Денежные пособия, финансовое стимулирование, образование, медицинское страхование и другие действенные социальные услуги способствуют предотвращению распространения ВИЧ и смягчению его последствий. Бесплатное лечение ВИЧ-инфекции, программы по компенсации транспортных расходов, достойная занятость, предоставление продовольствия и питания, а также другие социальные меры способствуют профилактике ВИЧ-инфекции и позволяют людям, живущим с ВИЧ, прожить долгую и здоровую жизнь. Элементы социальных преобразований в сфере социальной защиты позволяют людям требовать и получать качественные услуги в связи с ВИЧ.

Ориентированность мер социальной защиты к проблеме ВИЧ-инфекции – или чувствительность к проблемам ВИЧ – подразумевает, насколько эти программы учитывают интересы людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, и привлекаются ли эти люди к разработке и реализации программ социальной защиты. Степень чувствительности мер социальной защиты к проблемам ВИЧ-инфекции может варьироваться от полного игнорирования до абсолютной нацеленности.

Поддержка мер социальной защиты при ВИЧ предполагает совершенствование программ, предназначенных для широких слоёв населения (таких, как рабочие и служащие, военные, сироты и другие уязвимые дети, домохозяйства с доходом ниже национального порога бедности, молодежь, девочки и женщины, беременные женщины, инвалиды и престарелые), а также ликвидацию политических и социальных барьеров и пробелов в знаниях, которые иначе бы оставили за рамками этих программ людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ.

Там, где реформирование программ социальной защиты идёт слишком медленно, неэффективно, или там, где имеются политические трудности для удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, необходимы специальные стратегии социальной защиты при ВИЧ, ориентированные исключительно на людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ (6). Специальные программы социальной защиты при ВИЧ разрабатываются исключительно для людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ. Они имеют большое значение для всех стран и контекстов эпидемии в устранении очагов уязвимости и отчуждённости. Указанные программы должны обеспечить охват таких очагов более широким спектром мер социальной защиты.

Для некоторых групп населения в отдельных странах может оказаться уместной комплексная или ориентированная на противодействие ВИЧ социальная защита. Более подробно см. методическую записку: «ВИЧ и социальная защита» (6), Приложение 4 и «Социальная защита: усиление мер в ответ на ВИЧ» (5).

Обоснование применения инструмента

Роль социальной защиты при ВИЧ в противодействии СПИДу получает всё большее признание как способ увеличения обращаемости за услугами по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ (7–12). Вместе с тем существуют многочисленные барьеры для людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения и затронутых ВИЧ, при получении услуг социальной защиты при ВИЧ. Устранение этих барьеров может открыть возможность использования комплексных программ социальной защиты при ВИЧ.

Данный инструмент оценки преследует следующие цели:

- ликвидировать пробелы доказательной базы в области ВИЧ-инфекции;
- определить точки входа для совместных действий в области ВИЧ и социальной защиты;
- пересмотреть политику, программы и схемы социальной защиты с тем, чтобы усилить чувствительность к проблемам ВИЧ-инфекции;
- поддержать разработку политики, программ и мер социальной защиты при ВИЧ;
- поддержать разработку совместных программ социальной защиты при ВИЧ в рамках национального планирования мер по борьбе со СПИДом, сокращению масштабов нищеты, помощи в целях развития и широких социальных программ.

Совместное межсекторальное планирование

В Повестке дня устойчивого развития до 2030 года подчеркивается необходимость первоочередного внимания наиболее уязвимым группам населения, не оставляя никакие категории людей за рамками помощи. Документ направлен на достижение синергии при достижении целей и задач в области устойчивого развития. Связь между социальной защитой и целями и задачами в области устойчивого развития, в частности целевая задача 3.3 – к 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии, забытых тропических болезней и гепатиту, заболеваниям, переносимых водой, а также другими инфекционным заболеваниями, предоставляет отличную возможность совместного программирования мер в ответ на ВИЧ, мер социальной защиты и более широкой повестки дня в области развития (13).

Усугубляющееся неравенство стало преобладающей чертой нашей эпохи. К 2020 году 56% земного населения будет жить в городских районах, где уровень распространенности ВИЧ-инфекции выше, а бедность растет быстрее, чем в сельских районах. Один миллиард человек будет жить в городских трущобах, которые, как правило, перенаселены, загрязнены и опасны. Отсутствие базовых условий, таких как чистая вода, продовольствие, прочное жилье и санитария, может повысить уязвимость к ВИЧ (14). Программы социальной защиты, обеспечивающие систему социальных гарантий по всему спектру Целей устойчивого развития (ЦУР) для уязвимых групп населения играют важную роль для достижения этих целей и противодействия СПИДу. Утвердив Цели устойчивого развития, мировые лидеры предоставили всем заинтересованным сторонам мандат на интеграцию усилий для достижения ЦУР, в частности в отношении эпидемии ВИЧ и социальной защиты, как показано на Рисунке 2.

Рисунок 2. ВИЧ и меры социальной защиты, связанные с Целями в области устойчивого развития



Наращивание масштабного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции и укрепление социальной защиты для повышения эффективности охраны здоровья населения во всем мире не только правильно, но и является разумной инвестицией в повышение эффективности и действенности мер в ответ на ВИЧ. Инвестиции в противодействие ВИЧ, товары медицинского назначения, инфраструктуру и людские ресурсы не будут эффективными до тех пор, пока не будут сделаны стратегические инвестиции в решение социально-экономических проблем, являющихся локомотивом эпидемии ВИЧ. Социальная защита и другие виды поведенческого и структурного взаимодействия рассматриваются не как приоритеты, конкурирующие, например, с программами по использованию презервативов и смазок, доконтактной профилактики, антиретровирусной терапией или добровольного обрезания у мужчин, но как компоненты общего противодействия эпидемии (1).

Потребности ключевых групп населения, включая девушек-подростков, молодых женщин и людей, живущих с ВИЧ, выходят за рамки мер в ответ на СПИД и сектора здравоохранения. Эти потребности удовлетворяются лучше, если меры по противодействию СПИДу эффективно сочетаются и опираются на сильные стороны аналогичных программ, включая программы социальной защиты при ВИЧ на основе национальных законов и политики.

В последнем опубликованном руководстве по лечению предложен комплексный подход к проблеме ВИЧ и социальной защите. Руководство Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2016 года рекомендует сочетать доконтактную профилактику и антиретровирусную терапию с комплексным уходом и поддержкой, включая поддержку приверженности, консультирование и тестирование; правовую, социальную и экономическую помощь; психологическую и эмоциональную поддержку, а также доступ к противозачаточным средствам и медицинской помощи (15). Межсекторальные связи и взаимодополняющие программы, включая меры по расширению доступа к услугам при ВИЧ-инфекции и медицинской помощи, образование, программы по обеспечению продовольствием и питанием, регистрация рождения детей, программы по выдаче удостоверений личности, программы льготного проезда на транспорте, профессионально-техническое обучение, наставничество и поддержка учителей, развитие сельского хозяйства, развитие источников средств существования, правовая поддержка и защита прав собственности помогают достичь наилучших результатов в области развития человеческого потенциала, расширения доступа к социальным услугам и их использования, а также медицинские и образовательные программы в связи с ВИЧ.

Виды и цель программ социальной защиты

Независимо от того, к какому виду можно отнести ту или иную программу социальной защиты, все они имеют много общего. В рамках некоторых программ денежные пособия предоставляются при выполнении простых условий; другие программы, связанные с распределением помощи в натуральной форме, также позволяют выдавать нуждающимся людям наличные денежные средства; в ходе некоторых программ предоставления экстренной натуральной помощи могут выдаваться денежные пособия вместо продуктов питания. Вне зависимости от механизма предоставления помощи организации, причастные к противодействию ВИЧ, должны строить свою работу таким образом, чтобы предоставление и получение пособий не ставило в неблагоприятные условия людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ.

Например, некоторые программы общественно-полезных работ могут оказаться неприемлемыми для людей, живущих с ВИЧ (по состоянию здоровья) или могут быть затруднительными для женщин в связи с уходом за близкими. Программы социальной защиты наиболее эффективны в сочетании с другими мерами и участием различных служб (16). Например, освобождение от оплаты услуг активно используется в сочетании с предоставлением доступа к продовольствию и питанию, а также к базовому доходу, при этом плата за доступ к социальным услугам не взимается.

На Таблице 1 показаны различные виды программ социальной защиты.

Услуги здравоохранения

Многие услуги социальной защиты предоставляются сектором здравоохранения в рамках комплексных медицинских услуг с целью расширения доступа и их использования. Медицинские услуги, а также услуги социальной защиты, предоставляемые сектором здравоохранения, финансируются с помощью различных механизмов финансирования здравоохранения. При всех национальных особенностях, механизмы финансирования здравоохранения в каждой стране применяются для сбора средства из разных источников для финансирования определённых государством услуг здравоохранения, включая помощь при ВИЧ.

Цель всеобщего охвата услугами здравоохранения – обеспечить доступ к надлежащей медицинской помощи по доступной цене для всех. Это означает, что системы финансирования здравоохранения должны предоставлять всем людям (включая людей, живущих с ВИЧ, имеющих риск заражения или затронутым ВИЧ), доступ к необходимым медицинским услугам, гарантируя вместе с этим, что получение этих услуг не приведет к значительным финансовым проблемам (17). Объём финансирования здравоохранения определяет охват медицинской помощью и степень защиты людей от катастрофических расходов и обнищания в связи с использованием услуг здравоохранения.

Обычные механизмы финансирования здравоохранения включают систему обязательной медицинской помощи, финансируемую государством через министерство здравоохранения или национальную службу здравоохранения, социальное медицинское страхование, а также системы частного добровольного страхования, такие как частное медицинское страхование и страхование на базе общины (18).

Наиболее распространенными формами финансирования здравоохранения являются системы государственного финансирования. Они собирают и объединяют обязательные отчисления

Таблица 1. Виды программ социальной защиты.

Категория программ	Подкатегории программ
Выплаты наличных средств на определённых условиях	<ul style="list-style-type: none"> ▪ выплаты наличных средств в рамках борьбы с нищетой ▪ семейные и детские пособия (включая пособия на сирот и детей уязвимых категорий) ▪ пособия на обучение
Безусловные выплаты наличных средств	<ul style="list-style-type: none"> ▪ выплаты наличных средств в рамках борьбы с нищетой ▪ семейные и детские пособия (включая пособия на сирот и детей уязвимых категорий) ▪ денежные пособия на обучение ▪ выплата пособий на оплату за жильё и коммунальные услуги ▪ выплаты наличных средств на неотложные нужды ▪ социальная пенсия по старости ▪ социальная пенсия и льготы по инвалидности ▪ выплата на проведение похорон и пособие на погребение ▪ государственно-частная благотворительность, включая закят ▪ другие выплаты наличных средств
Безусловная помощь в натуральном виде	<ul style="list-style-type: none"> ▪ пищевые талоны и ваучеры ▪ программы распределения продуктов питания ▪ программы обеспечения питанием (лечебным, дополнительным питанием, питанием для людей, живущих с ВИЧ или туберкулезом) ▪ экстренная помощь в натуральном виде ▪ другие продовольственные программы, в том числе связанные с бесплатной выдачей продуктов питания
Питание в школах	<ul style="list-style-type: none"> ▪ школьные завтраки и обеды ▪ школьные огороды ▪ распределение продуктов питания или выдача дополнительного питания в школах ▪ школьные волонтерские программы по поддержке уязвимых домохозяйств (например, помощь на полевых работах)
Общественные работы	<ul style="list-style-type: none"> ▪ оплата наличными за работу ▪ оплата за работу продуктами питания ▪ предоставление разовых работ людям, не имеющим постоянной занятости, в обмен на пособия
Освобождение от оплаты медицинских и других услуг	<ul style="list-style-type: none"> ▪ льготы по оплате медицинских услуг и лекарств ▪ льготы по оплате за обучение ▪ льготы по оплате жилья и коммунальных услуг
Другие виды социальной поддержки	<ul style="list-style-type: none"> ▪ другие виды социальной помощи ▪ социальное обслуживание детей и подростков ▪ социальное обслуживание семей ▪ социальное обслуживание инвалидов ▪ социальное обслуживание престарелых граждан ▪ другие виды социальной поддержки

в фонд здравоохранение с тем, чтобы предоставление медицинских услуг было в основном бесплатным через широко распространенную сеть государственных, частных, религиозных и неправительственных центров медицинских услуг. Страны, которые в основном полагаются на механизмы государственного финансирования, добились большего охвата медицинской помощью и финансовой защитой своих граждан, особенно среди бедных и уязвимых групп населения (19). Эти системы мобилизуют ресурсы с помощью различных механизмов отчислений, включая налоги, а также внутригосударственные и внешние программы, администрируемые правительствами, в том числе роялти от продажи ресурсов или фонды прямых инвестиций в области здравоохранения.

Основные преимущества государственного финансирования здравоохранения заключаются в том, что риски одинаково покрыты для всего население на национальном уровне. Системы с государственным финансированием отличаются высокой административной эффективностью, сдерживанием затрат и перераспределением рисков между группами с высоким и низким риском заболевания, или высоким и низким уровнем доходов. Вместе с тем системы с государственным финансированием отличаются непредсказуемостью и недофинансированием при появлении конкурирующих государственных нужд, а также в условиях политической нестабильности (18). Эти системы могут оказаться малоэффективными при отсутствии стимулов или действенного контроля, кроме того, они часто подвержены обвинениям в низком качестве услуг (20).

Социальное страхование является еще одной формой государственного финансирования. Социальное страхование представляет собой независимое или условно независимое медицинское страхование, которое формируется благодаря отчислениям из заработка рабочих, служащих и доходов работодателей. Перечень доступных услуг четко определен и ограничен официально работающими гражданами, однако сейчас страны все чаще начинают субсидировать услуги для людей, занятых в неформальных секторах экономики, а также бедных, уязвимых и обездоленных людей. Социальное медицинское страхование обладает важнейшими преимуществами, среди которых: стабильность поступлений; участие социальных партнеров с правом голоса и представительства; мощная поддержка со стороны населения, разделяющего идеи социальной солидарности; справедливый доступ к качественным медицинским услугам и финансовой защиты населения с разным уровнем доходов за счёт страхового покрытия высоких и низких рисков для здоровья в этих группах населения. Социальное медицинское страхование бывает сложным и трудно управляемым. Система принудительных отчислений из зарплат может привести к низкой конкурентоспособности компаний и росту безработицы (18).

Добровольное медицинское страхование – это механизм частного финансирования, при котором взносы выплачиваются в частном порядке и на добровольной основе. Система компенсаций за использование медицинских услуг в рамках добровольного индивидуального медицинского страхования – при отсутствии государственных субсидий – делает услуги здравоохранения доступными лишь тем, кто может платить. Такая система подвержена сбоем рыночного механизма, включая неблагоприятный отбор, означающий, что люди, которые, скорее всего, будут нуждаться в медицинских услугах, в первую очередь выбирают добровольное медицинское страхование. Для того, чтобы уравновесить нежелательных самозаявленных страхователей, частным страховым компаниям часто необходимо собрать большую долю состоятельных и здоровых страхователей. Это основная проблема для всех схем добровольного финансирования (21). Ни одна страна не добилась существенного прогресса в обеспечении всеобщего охвата медицинской помощью посредством добровольного медицинского страхования. Принуждение к внесению страховых взносов и субсидирование страхования являются необходимыми условиями для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (22).

Общинное медицинское страхование является добровольным и присущим для неофициального рынка труда. Отличительной чертой такого медицинского страхования является вовлеченность общины в создание, организацию и управление таким страхованием. Такие местные сообщества отличаются большой солидарностью.

Медицинское страхование на базе общины может быть весьма полезным для её членов, если такое страхование распространяется на людей, работающих в неофициальном секторе экономики, и наиболее бедных групп населения. На практике схемы медицинского страхования на базе общин сталкиваются с нехваткой финансовых возможностей и институционального потенциала, что препятствует охвату услугами больших групп населения, а при отсутствии субсидирования вообще

исключает бедных и уязвимых членов общины (23). Медицинское страхование на базе общины может оказаться подверженным воздействию неблагоприятного отбора и нередко ассоциируется с отсутствием профессионализма в управлении и администрировании (18).

В рамках системы здравоохранения могут также создаваться отдельные программы социальной защиты и меры стимулирования с целью расширения доступа к медицинской помощи, её использования и удержания в системе помощи конкретных групп населения, таких как беременные женщины, живущие с ВИЧ; люди, употребляющие инъекционные наркотики; люди, живущие с ВИЧ; люди, живущие с туберкулезом (ТБ). Примерами такого стимулирования являются денежные выплаты и помощь в натуральном выражении, в том числе транспортные льготы, краткосрочное предоставление жилья, программы питания и бесплатное предоставление услуг для поощрения обращения за медицинскими услугами и их использования. Ниже приводятся два примера этому:

В Демократической Республике Конго была проведена пилотная программа среди женщин, живущих с ВИЧ, в ходе которой им выплачивался денежный стимул в размере 5 долл. США при первом посещении дородовой клиники для профилактики передачи инфекции от матери ребенку, а также дополнительно 1 долл. США при каждом последующем посещении. Такая мера стимулирования привела к удержанию женщин в системе помощи и более частому обращению за услугами. Через шесть недель после родов 81% женщин, получавших денежные стимулы, по-прежнему участвовали в программе, тогда как из женщин, не получавших поощрительного вознаграждения, в программе осталось 72%. Неявки для последующего наблюдения среди этих женщин сократились почти на половину (47%), а приверженность профилактике передачи инфекции от матери ребенку, включая роды в медицинском учреждении, увеличилась на треть (32%) (9).

Меры социальной защиты при ВИЧ могут способствовать улучшению доступа к услугам в связи с ВИЧ/ТБ и снизить уязвимость к ВИЧ/ТБ посредством улучшения социально-экономического положения домохозяйств в отношении продовольственной безопасности, включая как наличие продовольствия, так и его разнообразие (24). Оценка бразильской программы Bolsa Familia, одной из крупнейших программ в мире, в ходе которой участникам предлагались денежные выплаты, показала, что 82,1% участников программы были излечены от туберкулеза, что на 5,2% выше, чем среди людей, не получавших поощрительных выплат. Данная закономерность оказалась ещё выше среди пациентов, не включённых в контролируемое исследование краткосрочного курса лечения, что свидетельствует о потенциально более сильном эффекте денежного стимулирования, особенно среди категории людей, не проявляющих интереса и приверженности к лечению туберкулёза (25).

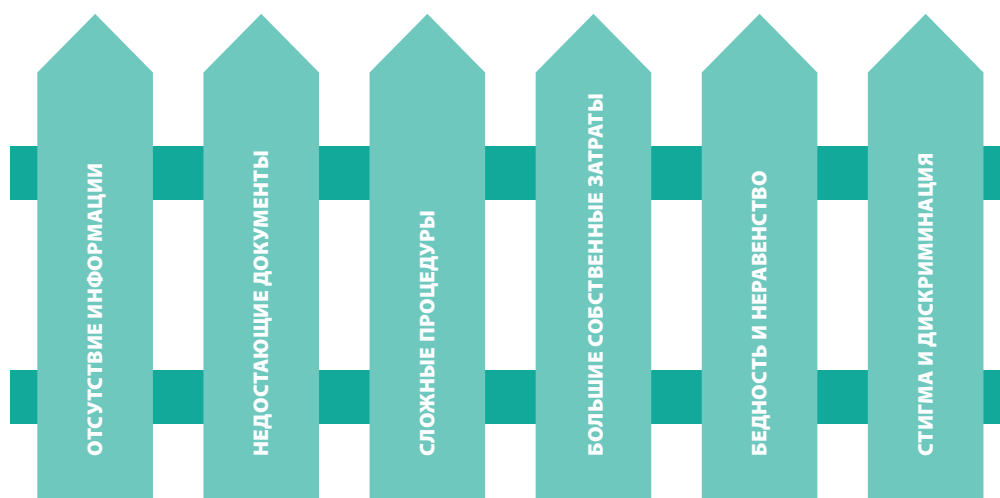
Туберкулёз является наиболее частой оппортунистической инфекцией у людей, живущих с ВИЧ, независимо от того, находятся ли они на лечении в связи с ВИЧ или нет (26). Туберкулёз остается основной причиной госпитализации и внутрибольничной смертности среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ (27). ВИЧ и туберкулез отдельно и в сочетании ведут к углублению бедности, физическому недомоганию и снижению работоспособности, что в конечном итоге приводит к потере источников доходов (28).

Препятствия к получению услуг социальной защиты при ВИЧ

Люди, живущие с ВИЧ, подверженные риску заражения или затронутые ВИЧ, сталкиваются с многочисленными препятствиями в получении доступа к услугам социальной защиты при ВИЧ. Эти барьеры могут быть политическими, программными или их сочетанием. Помимо отсутствия программ социальной защиты, препятствием является отсутствие программ социальной защиты при ВИЧ, или наличие порядка или политики, которые прямо исключают предоставление услуг людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску заражения или затронутым ВИЧ.

Ограниченный охват и набор услуг при ВИЧ, заложенные в существующие схемы, также могут стать политическим барьером для доступа к мерам социальной защиты для людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ. Например, мигранты, беженцы, путешествующие и мобильные работники часто выпадают из поля зрения системы здравоохранения, так как они не могут получить доступ к медицинской помощи по домашнему адресу и не имеют прав на получение услуг здравоохранения в стране или месте пребывания (29).

Рисунок 3. Препятствия на пути осуществления программ по предоставлению доступа к социальным льготам и пособиям при ВИЧ



Программные барьеры включают в себя отсутствие информации о существующих программах социальной защиты при ВИЧ, отсутствие документов, таких как национальные удостоверения личности и свидетельства о рождении, которые дают право на получение услуг, обременительные и сложные процедуры, стигму и дискриминацию и большие собственные расходы (Рис. 3). В некоторых случаях люди, живущие с ВИЧ, подверженные риску заражения или затронутые ВИЧ, и без того являются бедными и социально незащищёнными.

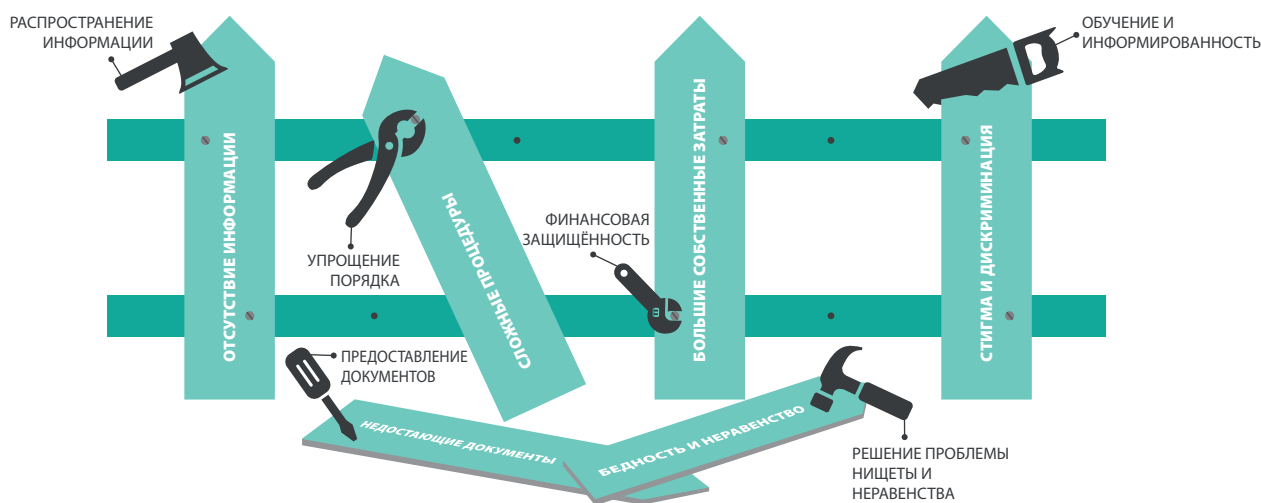
Люди, живущие с ВИЧ, подверженные риску заражения или затронутые ВИЧ, могут подвергаться дискриминации или самостигматизации, что исключает для них доступ к мерам социальной защиты при ВИЧ по ряду причин. Они могут принадлежать к ключевым группам населения, таким как работники секс-бизнеса; мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики и транссексуалы. Мигранты, этнические меньшинства, коренные народы, бедные люди из сельских и городских районов, маргинализированные группы населения и лица, недавно освобожденные из-под стражи, часто оказываются «последними в очереди» или активно исключаются из числа получателей услуг государственных и частных организаций (30). В ряде стран лишь некоторые работники частного сектора, государственные служащие и военные охвачены системами социального обеспечения.

Хотя услуги социальной защиты при ВИЧ могут оставаться бесплатными для пользователей, процесс получения услуг часто включает экономические издержки, непосильные для этих людей. Это могут быть транспортные расходы на проезд до места получения услуг, упущенная заработная плата и время ожидания. Например, антиретровирусная терапия может быть бесплатной для пациентов, но получателям, возможно, придется заплатить за тестирование или купить лекарства для лечения оппортунистических инфекций в частной аптеке в связи с дефицитом лекарств в государственной больнице (31) или потому, что эти услуги не являются бесплатными.

Действия по устранению препятствий в доступе к программам социальной защиты при ВИЧ

Лица, формирующие политику, и разработчики программ социальной защиты могут нуждаться в технической поддержке для прогнозирования финансового и программного воздействия мер по устранению барьеров. Им может потребоваться помощь в совместной разработке межведомственных программ, долевого финансировании (32), определении возможности манёвра бюджетными средствами а также содействие в других аспектах осуществления программ. Они также могут нуждаться в поддержке для укрепления таких систем, как таргетирование, управление финансами, заслуживающий доверия мониторинг и программы оценки с целью улучшения ориентированности программы или схем социальной защиты на людей, затронутых ВИЧ.

Рисунок 4. Меры по снятию барьеров, препятствующих доступу к социальной защите при ВИЧ



Для устранения препятствий в доступе к программам социальной защиты, ориентированных на людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, необходимо предпринять ряд следующих действий (рис. 4):

- Создание новых программ для заполнения пробелов, а затем объединения нескольких программ в более широкую комплексную стратегию.
- Пересмотр процессов адресации для более эффективного охвата людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, в программах социальной защиты.
- Расширение охвата программ социальной защиты при ВИЧ по категориям пользователей и их географическому нахождению для удовлетворения потребности в средствах и с учётом других соображений.
- Расширение информированности среди заинтересованных групп населения, включая людей, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения, о существующих программах социальной защиты при ВИЧ и их правах.
- Упрощение процессов доступа к программам социальной защиты при ВИЧ, включая создание «единого окна» получения услуг с тем, чтобы люди могли иметь доступ к комплексной социальной помощи в одном месте.
- Выдача национальных удостоверений личности и свидетельств о рождении людям, не получающим услуги социальной защиты, с тем, чтобы государственные структуры признавали существование этих людей и предоставляли им услуги социальной защиты при ВИЧ.
- Обучение администраторов и сотрудников органов социальной защиты, в том числе сотрудников страховых компаний, по вопросам более эффективного охвата людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, и имеющих право на получение помощи; разъяснение о недопустимости стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ при получении доступа к социальным льготам и пособиям.

Усилия по устранению барьеров, препятствующих доступу к программам социальной защиты при ВИЧ, также требуют адресной институциональной поддержки в процессе администрирования и управления социальной защитой, системы направлений и связи между службами социального обеспечения и организациями здравоохранения. На местном уровне, там, где предоставляются услуги социальной помощи, эффективной работе часто препятствует нехватка инфраструктуры, персонала, оргтехники и транспортных средств.

Координация и управление программами социальной защиты

В какой-либо стране или её провинции или районе может существовать несколько организаций здравоохранения и программ социальной защиты, которые координируются и реализуются различными правительственными агентствами, неправительственными организациями и представителями правительства различного уровня. В большинстве случаев координирующая роль отводится министерству, непосредственно связанному с социальной защитой, например, министерству социального развития, министерству социальной интеграции или национальному органу социального обеспечения. В этих случаях координирующее министерство призывает другие организации участвовать в реализации стратегии социальной защиты. В Бразилии, например, национальную стратегию социальной защиты координирует Министерство социального развития и борьбы с голодом. В Кении координация осуществляется сразу тремя министерствами: Министерством труда, Министерством социального обеспечения и услуг, Министерством деволюции и планирования (33).

Другим методом является взаимодействие через координационную комиссию или комитет, часто именуемый национальным комитетом на уровне министров. Комитет создаётся с целью координации стратегии. Во многих странах такой комитет работает при президенте.

Например, в Бенине Комитет социальной защиты населения отвечает за координацию, связанную со стратегией социальной защиты. Благодаря их близости к президенту такие комитеты часто имеют более сильные полномочия, позволяющие им созывать и координировать работу его членов. Во многих других случаях такой комитет может подчиняться профильному министерству, например, министерству финансов и экономического планирования, министерству здравоохранения и социального обеспечения или министерству труда (33).

Для эффективного управления программами социальной защиты страны разрабатывают информационные системы управления различной сложности. Наиболее часто используемыми инструментами для администрирования и управления систем социальной защиты являются социальные реестры, содержащие списки лиц и домохозяйств, имеющих право участвовать в программе, регистры льготных категорий граждан, содержащие фактический список получателей пособий и льгот в рамках программы, а также системы мониторинга и оценки. Исключительно важно, чтобы организации, занимающиеся борьбой с ВИЧ, обеспечили участие в указанных системах управления людей живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ.

Совершенствование координации и управления программами социальной защиты различных государственных органов, включая министерства здравоохранения, образования и сельского хозяйства, а также различных неправительственных организаций, таких как международные и двусторонние учреждения и доноры, с участием представителей правительства различных уровней остаётся ключевым приоритетом для успешной реализации программ социальной защиты (34).

Трёхэтапный процесс оценки

Проведение оценки социальной защиты при ВИЧ в три этапа, приведенных ниже, является рекомендованным подходом для работников в сфере ВИЧ и социальной защиты. Данные этапы включают основные моменты подготовки к проведению оценки, составление отчетов, утверждение и последующие мероприятия, которые необходимы для эффективного проведения оценки социальной защиты при ВИЧ-инфекции.

Следующие три этапа дают представление о том, как проводится оценка социальной защиты при ВИЧ организациями, занимающимися социальной защитой населения и борьбой с ВИЧ. Они иллюстрируют ключевые моменты от подготовки до проведения оценки, написания отчетов, утверждения и последующих действий, которые необходимо учитывать для эффективной оценки социальной защиты при ВИЧ.

ЭТАП 1

Подготовка к проведению оценки

Возглавить проведение оценки социальной защиты при ВИЧ должны национальные организации по борьбе со СПИДом и органы социальной защиты, в частности, члены национального совета по борьбе со СПИДом и назначенные ими лица, руководители программ социальной защиты и другие министерства, имеющие отношение к проблемам борьбы с ВИЧ и социальной защиты. Правительственные органы должны получить поддержку со стороны группы, в которую входит страновой директор ЮНЭЙДС, назначенные им сотрудники и соответствующие представители ко-спонсоров ЮНЭЙДС.

Шаг 1: Заручиться обязательством высокого уровня

Ключом к успешному проведению оценки социальной защиты при ВИЧ является приверженность на высоком политическом уровне. Для получения поддержки на высоком политическом уровне необходимо, чтобы профильные государственные учреждения, в частности, национальные центры по борьбе со СПИДом и органы социальной защиты вместе с ключевыми участниками провели следующие подготовительные мероприятия:

- Подготовить список ключевых лиц, принимающих решения в правительстве, и тех, кто занимается процессом развития, а также представителей гражданского общества, которые могли бы участвовать в проведении оценки.
- Выявить проблемы и возможности для создания поддержки на высоком уровне и продумать пути для обеспечения этой поддержки.
- Подготовить краткую концептуальную записку на одну страницу о том, почему важно провести оценку социальной защиты при ВИЧ, и как такая оценка может способствовать эффективности национальных мер противодействия СПИДу и усилить чувствительность программ и мер социальной защиты к проблемам ВИЧ-инфекции.
- Разработать проект плана привлечения ресурсов для проведения оценки. План может включать ориентировочный бюджет, потребность в людских ресурсах, а также источники финансирования для проведения такой оценки.
- Предложить к рассмотрению концептуальную записку и инструмент оценки ключевым лицам, принимающим решения. Обсудить с ними предложенную концепцию и просить их высказать свои идеи, добиваться их участия и приверженности процессу проведения оценки.

Шаг 2: Создать группу по проведению оценки мер социальной защиты при ВИЧ

Национальные центры по борьбе со СПИДом и органы социальной защиты, при поддержке ЮНЭЙДС и соответствующих коспонсоров, должны сформировать основную группу для проведения оценки. Официальные органы должны определить и пригласить работников профильных учреждений в состав основной группы для проведения оценки. Основной состав группы должен включать старших сотрудников национального статистического управления, работающих с данными по ВИЧ/СПИДу и социальной защите; представителей министерств – здравоохранения, финансов, сельского хозяйства, труда, а также ключевых партнеров по развитию, таких как Агентство США по международному развитию (USAID), Чрезвычайный план президента Соединенных Штатов по оказанию помощи больным СПИДом (PEPFAR), Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, доноры и представители гражданского общества, включая сети женщин, живущих с ВИЧ, и ключевые группы населения. Важно обеспечить твердую приверженность членов команды и их организаций проведению оценки.

С особым вниманием необходимо подойти к обеспечению междисциплинарного состава группы, хорошей осведомленности её членов и отражению многосекторального характера социальной защиты. Члены группы должны обладать профессиональным опытом и знаниями в области планирования мер по борьбе с ВИЧ, включая информированность о национальных программах по противодействию СПИДу, их стратегической направленности, финансировании, охвате, политике и показателях. Аналогичным образом представители органов социальной защиты должны обладать четким представлением о политике в отношении эпидемии ВИЧ, финансировании, планировании и охвате мерами и программами социальной защиты при ВИЧ на национальном и региональном уровнях.

В составе группы необходим баланс, обеспечивающий правильное сочетание технических знаний в области ВИЧ-инфекции и программ социальной защиты, политическую способность двигаться вперед на основе полученных данных, и нужную активность группы при ведении продуктивных дискуссий. В состав группы должны входить не более 10 человек, что обеспечит значимое участие членов, своевременные решения и действия.

В соответствии с принципом более активного участия людей, живущих с ВИЧ (принцип GIPA), необходимо предпринять конкретные усилия для обеспечения того, чтобы представители групп населения, затронутых ВИЧ, включая людей, живущих с ВИЧ, девочек-подростков и молодых женщин, а также ключевых групп вошли в состав команды по проведению оценки и могли бы участвовать во всём процессе.

Шаг 3: Собрать, комплектовать и хранить соответствующие документы

Группа должна собирать данные из трёх источников: **(35)** анализ существующих справочных документов, включая отчеты о программах социальной защиты, национальные доклады по вопросам здравоохранения, национальные отчеты об оценке расходов на борьбу со СПИДом, а также базы данных по мониторингу и оценке, если таковые существуют; **(33)** вторичный анализ имеющейся информации; **(36)** данные, имеющиеся у членов команды в соответствующих областях компетенции. Перед проведением анализа существующей справочной документации команды должны сделать обзор имеющихся документов с целью определения наиболее важных из них для проведения оценки.

Группе, возможно, придётся рассмотреть необходимость оценки достоверности и объективности этих документов. Там, где это возможно, для понимания различных тенденций и моделей, связанных с социальной защитой при ВИЧ, команда может проводить вторичный анализ существующих результатов исследований или данных, полученных в ходе программ.

Потенциальные источники информации, собираемой заранее, приведены в Приложении 1 – Методы сбора данных, и в Приложении 3.

Какова должна быть география оценки?

Учитывая, что оценка является «быстрым сканированием» существующих программ социальной защиты и их чувствительности к проблемам ВИЧ, взаимодействия или отсутствия такого компонента в мерах по борьбе с ВИЧ, оценка должна проводиться в национальном масштабе. Детальные последующие оценки должны проводиться – если это необходимо – на субнациональном (провинциальном) или более низком (районном) уровнях. В некоторых странах, особенно странах с концентрированными эпидемиями, оценка может проводиться в определенном городе или районе, которые несут наибольшее бремя эпидемии ВИЧ. При проведении оценки на субнациональном уровне консолидируются отчеты в данном субнациональном регионе. Копию доклада субнационального уровня следует направлять национальным учреждениям по борьбе со СПИДом и органам социальной защиты данной страны. Там, где это необходимо, субнациональные доклады послужат информационной основой для проведения национальной оценки.

Преимущество этого процесса заключается в том, что каждая страна будет иметь национальную оценку социальной защиты при ВИЧ, которая в совокупности с информацией о местной эпидемической ситуации ляжет в обоснование прагматических мер по расширению доступа к услугам социальной защиты при ВИЧ для групп населения, выпадающих из поля зрения программ противодействия СПИДу.

ЭТАП 2

Проведение оценки

Провести семинар по оценке мер социальной защиты при ВИЧ

Семинар по ВИЧ и социальной защите проводится для ядра группы национальными учреждениями по борьбе со СПИДом и органами социальной защиты при технической поддержке объединенной группы ЮНЭЙДС. Семинар включает обучающую часть и раскрывает подходы к завершению оценки. В ходе обучения рассматриваются вопросы эпидемии ВИЧ в целом, типы и функции программ социальной защиты, доступ к службам социальной защиты в медицинских учреждениях и механизм применения инструмента оценки социальной защиты при ВИЧ.

Предполагается, что для проведения семинара по оценке необходимо выделить до одной недели. Участникам семинара, не имеющих оплачиваемой работы, включая людей, живущих с ВИЧ, находящихся под угрозой заражения или затронутых ВИЧ, на протяжении всего семинара может потребоваться поддержка, например, предоставление транспорта.

Так как члены группы должны быть экспертами в различных аспектах эпидемии ВИЧ-инфекции, социальной защиты, или в проведении оценки, им можно будет поручить взять на себя проведение части семинара. Обучение должно завершиться практической демонстрацией того, как заполнять вопросники и составлять отчет. В Приложении 5 содержится проект повестки дня семинара по оценке социальной защиты при ВИЧ, который может быть адаптирован к страновому и местному контексту. После завершения обучающей части семинара команда может приступить к заполнению электронных форм для составления оценки.

Очень важно, чтобы информация, вводимая для оценки, была получена должным образом и снабжена ссылками. Например, если группа по оценке указывает, что мигранты не могут получать лечение при ВИЧ, то источник этой информации должен быть соответствующим образом указан в шаблоне сбора данных.

ЭТАП 3

Представители министерства социальной защиты и национальных организаций по борьбе со СПИДом в сотрудничестве с директорами ЮНЭЙДС по странам должны подтвердить, что форма заполнена полностью, а затем объявить о завершении сбора данных. После того, как данные будут введены и представлены, проект отчёта по оценке будет относительно быстро доступен в электронном варианте для страны или данного района с тем, чтобы команда могла составить описательный доклад по оценке.

Анализ данных, отчетность и проверка результатов

Анализ

На основе собранной информации проводится анализ с использованием инструмента, а затем подготавливаются рекомендации. Основные вопросы, касающиеся проведения анализа и предлагаемого его формата, включены в Приложение 1. Собранные данные следует проанализировать с упором на улучшение доступности программ социальной защиты в рамках их текущих целей и адресности в отношении людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ. Решение этой задачи может потребовать устранения наиболее важных препятствий при доступе к социальной защите для людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ.

На основе проведенного анализа составляется отчет, включающий соответствующие рекомендации. Поскольку большинство программ социальной защиты, чувствительных к проблеме ВИЧ, пока ещё не имеют национального охвата, в некоторых случаях будет целесообразно включить в доклад рекомендации о расширении существующих программ социальной защиты, особенно если эти программы охватывают людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ. В некоторых случаях может потребоваться разработка конкретных и адресных программ социальной защиты для труднодоступных или уязвимых групп населения вместо пересмотра существующих национальных программ социальной защиты, созданных для достижения более широких и связанных с развитием целей. В этом случае для реализации указанных рекомендаций потребуются выявление новых источников финансирования. Выработанные рекомендации должны по возможности учитывать местную специфику и быть адаптированными с учётом национальных, субнациональных и районных особенностей.

Доклад и его утверждение

Доклад должен быть публично представлен ключевым организациям, занимающимся вопросами ВИЧ и социальной защиты, и получить их одобрение на общественном мероприятии, расширяя, таким образом, известность и осведомлённость о полученных результатах с целью обеспечения политической поддержки. Для утверждения доклада на данное мероприятие необходимо пригласить высокопоставленных представителей правительства, Организации Объединённых Наций, организаций-доноров и гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ, а также представителей других ключевых групп населения. Выводы доклада должны быть изложены в чёткой и простой форме, сопровождаться графикой, выделяющей ключевые тезисы. Помимо самого доклада необходимо составить его резюме с наглядным представлением выводов и рекомендаций исследования для распространения во время мероприятия, посвященного публикации доклада.

Последующие действия

Форма и продолжительность выполнения рекомендаций будут зависеть от местных условий, региона и типа рекомендаций. Вместе с тем группе следует предпринимать дальнейшие действия по усилению политической поддержки и ответственности за сложившуюся ситуацию, укреплению потенциала для осуществления программ, определению источников финансирования социальной защиты при ВИЧ и разработке дополнительных программ. Распространение данных, свидетельствующих о прогрессе в осуществлении рекомендаций и эффективном воздействии рекомендаций, ведущих к улучшению жизни людей, является залогом сохранения политической воли и приверженности последовательному выполнению рекомендаций.

Укрепление потенциала может включать в себя увеличение количества оборудования и персонала, обучение персонала работе с различными рекомендациями и связанными с ними инструментами социальной защиты, включая устранение стигмы и дискриминации, препятствующих доступу к социальной защите людей, живущих с ВИЧ, находящихся под угрозой заражения или затронутых ВИЧ. Этот процесс может также включать повышение грамотности в области социальной защиты среди людей, живущих с ВИЧ, подверженных риску заражения или затронутых ВИЧ, что способствовало бы повышению качества услуг социальной защиты и развитию спроса на эти услуги.

Уроки, извлечённые при разработке инструмента

Предлагаемый инструмент был разработан членами Межучрежденческой целевой группы (IATT) по вопросам социальной защиты и поддержки. В данной группе председательствуют ЮНИСЕФ и Всемирный банк, а координация осуществляется Секретариатом ЮНЭЙДС. ЮНИСЕФ, ПРООН, МОТ, ВОЗ, Всемирная продовольственная программа, Чрезвычайный план Президента США по борьбе со СПИДом (ПЕПФАР), Агентство США по международному развитию, организация AIDSFOUNDS, ранее называвшаяся STOPAIDS NOW!, Международная организация по перспективам мирового развития и Оксфордский университет активно содействовали разработке этого инструмента.

Дополнительная поддержка пришла от участников Регионального консультативного совещания по вопросам социальной защите при ВИЧ, проведённого ПРООН для стран Ближнего Востока и Северной Африки 4–6 августа 2015 года в Шарм-эль-Шейхе, Египет; МОТ спонсировала обсуждение проблем ВИЧ и СПИДа и обучающем семинаре «Мир труда: профилактика и социальная защита», проведённого 12–16 октября 2015 года в Турине, Италия. Определённый вклад внесли участники рабочего совещания по «Проведению оценки социальной защиты при ВИЧ», которое состоялось 1 декабря 2015 г. в ходе 18-й Международной конференции по СПИДу/ИППП (ICASA) в Хараре, Зимбабве.

Позже этот инструмент был испытан в Лусаке, Замбия, 4–5 февраля 2016 года, а затем еще одно испытание прошло в Найроби, Кения, 8–9 февраля 2016 года. В каждом пилотном проекте принимали участие в среднем 36 человек, в том числе высокопоставленные правительственные чиновники, работающие в области противодействия ВИЧ и социальной защиты, члены гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ, представители ключевых групп населения, люди с ограниченными возможностями и члены Объединенной группы ООН. Оба пилотных проекта были решительно поддержаны национальными правительствами, страновыми представительствами ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС и их ко-спонсорами. Предложения, поступившие в ходе осуществления пилотных проектов, использовались для усовершенствования инструмента.

Извлечённые уроки:

- При проведении оценки необходимо заручиться поддержкой и лидерством на должном правительственном уровне. В Замбии директор Национального совета по СПИДу и министр развития общин и социальных служб не только участвовали в подготовке пилотного проекта, но и активно участвовали в обучающем семинаре. Взаимодействие двух лидеров помогло обеспечить надлежащий баланс ключевых государственных чиновников и членов неправительственных организаций, которые принимали активное участие на протяжении всего пилотного проекта.
- Выбор удачного момента для проведения оценки. Активное руководство ЮНИСЕФ пилотными проектами в Замбии и Кении обеспечило выбор подходящего времени для проведения оценки, совпавшего с благоприятными политическими процессами. В Замбии в эти дни составлялась Концептуальная записка для Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией, а в Кении пересматривалась система управления программами социальной защиты.

- Для постоянного участия в процессе оценки молодежным группам, людям, живущим с ВИЧ, ключевым группам населения и представителям гражданского общества может потребоваться транспортная и другая материально-техническая поддержка. В обеих странах в этой работе принимали участие представители молодежи, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения. В Кении к ним присоединились представители организации «Женщины борются со СПИДом» (WOFAK) и программы по расширению возможностей и поддержки девушек, работающих в барах (BHESP), в то время как в Замбии участником стали Сеть замбийских людей, живущих с ВИЧ (NZP +), Национальная молодежная сеть по вопросам населения и развития и Замбийская национальная ассоциация инвалидов. Без обеспечения транспортом, предоставленного ЮНИСЕФ пилотному проекту в Кении и ЮНЭЙДС пилотному проекту в Замбии, эти группы не смогли бы участвовать.

Вне зависимости от извлеченных уроков оба пилотных проекта показали, что инструмент оценки может оказать реальную помощь в выявлении основных текущих программ социальной защиты при ВИЧ, и помогли выработать рекомендации для действий по повышению чувствительности указанных программ к проблемам ВИЧ-инфекции.

Глоссарий

Целевой грант. Денежный или неденежный грант, предоставляемый учреждению социальной сферы государственной или неправительственной организацией с общими требованиями, определяющими, как этот грант должен быть потрачен. Например, денежная сумма или школьные материалы, предоставляемые школе в обмен на отказ от взимания платы за обучения конкретных учеников в течение определенного периода времени или бессрочно. Другим примером является денежный или неденежный грант, предоставляемый медицинскому учреждению в обмен на то, что ряд медицинских услуг этого медицинского учреждения будет предоставляться бесплатно для пациентов определённой категории в течение некоторого периода времени или бессрочно (35).

Денежное пособие. Регулярные, предсказуемые, не требующие взносов денежные выплаты, предоставляемые бедным и уязвимым людям для сокращения масштабов нищеты и социальной незащищённости. Денежные пособия являются частью многих социальных мер, в том числе социальных пенсий, грантов на детей и программ общественных работ. Они имеют ряд неотъемлемых особенностей:

- Условные денежные пособия требуют, чтобы получатели выполняли определенные поведенческие условия, такие как расширение охвата детей и повышение посещаемости ими школы с присутствием на как минимум 80% занятий, своевременная вакцинация или регулярные посещения беременными женщинами дородовых медицинских учреждений.
- Условные пособия в натуральном выражении включают соблюдение таких условий, как обеспечение определённого процента ежемесячной посещаемости школы в обмен на получение продуктов питания или других потребительских товаров.
- Безусловные денежные пособия не предусматривают соблюдения каких-либо поведенческих требований для его получения.
- Безусловные пособия в натуральном виде означают распределение товаров без каких-либо условий или формы совместной ответственности (33).

Кратчайший путь или стратегия ускорения. Подход, внедренный и пропагандируемый ЮНЭЙДС для ускоренного осуществления основных мер профилактики и лечения ВИЧ-инфекции при соблюдении прав человека, который позволил бы к 2020 году добиться переломного момента в борьбе со СПИДом, после которого эпидемия ВИЧ пошла бы на спад, а весь мир встал бы на путь к прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году (36).

Гендерное равенство. Гендерное равенство означает, что равным образом учитываются, оцениваются и поощряются различные нормы поведения, стремления и нужды женщин и мужчин. Гендерное равенство является признаком отсутствия дискриминации на основании пола человека при распределении ресурсов или льгот или в обеспечении доступа к услугам. Гендерное равенство можно оценивать с точки зрения наличия равенства возможностей или равенства результатов (36).

Концептуальная записка Глобального фонда. Этот термин был введён Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Глобальный фонд) для обозначения заявки, подаваемой в Глобальный фонд, на новое финансирование деятельности в целях поддержки программ борьбы с одним из трёх заболеваний или комплексных программ укрепления систем здравоохранения и/или программ укрепления систем сообществ (36).

Медицинская помощь. Медицинская помощь включает профилактические, лечебные и паллиативные услуги и вмешательства, предназначенные для отдельных лиц или групп населения ради поддержания и укрепления здоровья (36).

Финансирование здравоохранения. Механизмы, существующие в конкретных странах по сбору и объединению средств, направляемых в сферу национального здравоохранения. Обычные механизмы финансирования здравоохранения включают систему фондов, с помощью которых государство финансирует через министерство здравоохранения или национальную службу здравоохранения, социальное медицинское страхование, а также добровольные схемы, финансируемые частными лицами, такие как частное и общинное медицинское страхование (18).

Сектор здравоохранения. Сектор здравоохранения охватывает ряд смежных организаций и услуг. Среди них – государственные и частные медицинские службы и организации (в том числе занимающиеся пропагандой здорового образа жизни, профилактикой, диагностикой, лечением заболеваний и уходом за пациентами); министерства здравоохранения; неправительственные организации, действующие в сфере здравоохранения; соответствующие общинные организации; профессиональные организации медицинских специалистов. В этот сектору также входят компании и организации, непосредственно способствующие функционированию систем здравоохранения, например, компании фармацевтической промышленности и учебные заведения (36).

Анализ инвестиционной привлекательности. Анализ инвестиционной привлекательности – это документ, в котором приводится обоснование оптимизации инвестиций в сферу ВИЧ. По своей сути, это описание отдачи от инвестиций в национальные оптимизированные меры в ответ на ВИЧ в долгосрочной перспективе (как правило, свыше 10 лет). В документе кратко излагаются состояние эпидемии и принимаемые ответные меры, описывается приоритетная деятельность, которую необходимо осуществить, а также группы населения и географические районы, на которых необходимо сосредоточить усилия для того, чтобы получить максимальную отдачу, с указанием необходимых ресурсов (36).

Ключевые группы населения. По мнению ЮНЭЙДС, основными ключевыми группами населения являются мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами; работники секс-бизнеса; мужчины-геи и другие лица, а также люди, употребляющие инъекционные наркотики. Эти группы населения страдают от карательных законов и стигматизирующей политики и более всего подвержены риску заражения ВИЧ. Их привлечение является залогом успеха в противодействии СПИДу в любой стране: им принадлежит ключевая роль как в развитии эпидемии, так и в противодействии ей. Страны должны определить конкретные группы населения, имеющие ключевое значение для их эпидемии и ответных мер с учётом эпидемиологической и социальной ситуации (36).

Лесбиянки. Лесбиянка – это женщина, испытывающая влечение к другой женщине. Она может иметь или не иметь половых контактов с женщинами, при этом женщина, имеющая половые контакты с женщинами, может являться или не являться лесбиянкой. Следует использовать выражение «женщины, имеющие половые отношения с женщинами», за исключением случаев, когда отдельные лица или группы сами определяют себя как лесбиянки (36).

Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами. Термин «мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами» обозначает лиц мужского пола, имеющих половые контакты с лицами мужского пола, независимо от того, имеют ли они также половые контакты с женщинами и отождествляют ли они себя в личном или социальном плане с геями или бисексуалами. Это понятие также включает мужчин, которые отождествляют себя с гетеросексуалами, однако имеют половые контакты с другими мужчинами (36).

Рабочий-мигрант. Рабочий-мигрант – это лицо, которое занималось или занимается оплачиваемой деятельностью в стране, гражданином которой оно не является. Внутренняя миграция, включая сезонные работы, также может иметь значение в контексте эпидемии ВИЧ в некоторых странах (36).

Пути передачи. Пути передачи – сокращенный вариант термина «изучение заболеваемости ВИЧ с учётом путей передачи». Термин имеет отношение к разработанной ЮНЭЙДС эпидемиологической модели, призванной помочь странам в подсчёте показателей заболеваемости ВИЧ с учётом путей передачи инфекции. Эта модель включает биологические и поведенческие вводы, такие как ВИЧ и распространённость инфекций, передающихся половым путём, рискованное поведение, а также вероятность передачи (36). Инструменты моделирования для планирования программ противодействия ВИЧ, такие как анализ эффективности перераспределения ресурсов (модель AEM), Goals и Optima также могут использоваться при анализе заболеваемости ВИЧ по путям передачи.

Лица или люди с ограниченными возможностями. Лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать полному и эффективному участию этих лиц в жизни общества наравне с другими (36).

Программы общественных работ. Форма социальной защиты, при которой участники вовлечены в мероприятия, связанные с ручным трудом, например, строительство или ремонт объектов общины и общественной инфраструктуры. Это могут быть также сезонные трудоёмкие работы для бедных групп населения, испытывающих нехватку продовольствия (33).

Работник секс-бизнеса. Взрослые женщины, мужчины или транссексуалы старше 18 лет, которые на добровольной основе регулярно или изредка получают деньги или товары в обмен на сексуальные услуги, и которые могут идентифицировать себя с работниками секс-бизнеса или избегать этой идентификации (37).

Социальная защита. Набор мер и программ, направленных на предотвращение бедности, незащищённости и социальной изоляции уязвимых групп населения и их защиту на протяжении всего жизненного цикла. Социальная защита может предоставляться в виде денежных пособий или в натуральном выражении без каких-либо предварительных взносов. Она включает различные льготы общего характера, такие как социальная помощь или государственную социальную поддержку, предназначенные определённым, в особенности беднейшим категориям граждан. Схемы с внесением взносов в фонд социального страхования являются наиболее распространённой формой социальной защиты; они наращивают человеческий капитал, производственные активы и расширяют доступ к оплачиваемым рабочим местам (33).

Государственная социальная поддержка. Не требующие внесения взносов меры социальной поддержки, направленные на обеспечение регулярной и предсказуемой помощи бедным и уязвимым людям. Государственную социальную поддержку также называют «сеткой безопасности», социальной помощью и социальными пособиями. Они являются компонентами более крупной системы социальной защиты (33).

Трансгендерные люди. Трансгендерный – это собирательное понятие для обозначения людей, чья гендерная принадлежность и идентичность не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно ассоциируемым с их полом при рождении. Трансгендерные лица включают людей, прошедших операцию по изменению пола; это люди, получившие услуги по медицинской гендерной коррекции нехирургического характера (например, гормональная терапия), а также лица, определяющие себя как не имеющие пола, имеющие несколько полов или альтернативный пол (36).

Приложения

Приложение 1. ВИЧ и инструмент сбора данных для оценки социальной защиты

1.0 Идентификация

Целью данного раздела является сбор данных в отношении района страны, в котором проводится оценка, кто несёт ответственность за оценку и кто участвовать в ней. Данная информация будет ключевым идентификатором набора данных. Она отражает специфику стран и регионов, в отношении которых собираются данные.

Идентификация				
01. Идентификационный № района	1. Географическая классификация		2. Название страны	
02. Имена ответственных за проведение оценки				
1. Имя:	2. Пол	3. Организационная принадлежность	4. Должность /звание	5. электронный адрес
1.				
2.				
03. Имена членов команды по сбору данных				
1. Имя:	2. Пол	3. Организационная принадлежность	4. Должность /звание	5. электронный адрес
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

1.1 Стратегия социальной защиты и её чувствительность к проблемам ВИЧ

Этот подраздел отражает вопрос, существует ли политика/ стратегия / структура в области социальной защиты, и если да, то насколько она ориентирована на проблемы ВИЧ.

*Существует ли в стране стратегия социальной защиты? (Да / Нет) Если да, является ли стратегия социальной защиты чувствительной к проблемам эпидемии ВИЧ? (Да / Нет)
Оценка чувствительности к проблемам ВИЧ (автоматический расчет на основе введенных ответов)*

2.0 Медицинские услуги

С учётом критической роли, которую играет сектор здравоохранения в противодействии СПИДу, раздел медицинских услуг включен для понимания различных подходов в системах здравоохранения, существующих для расширения доступа к медицинскому обслуживанию, и выявления возможностей для расширения доступа к медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску заражения или затронутым ВИЧ. В этом разделе делается попытка понять различные действующие схемы, их направленность и то, какие группы населения имеют наибольшие барьеры в доступе к этим схемам.

2.0 Перечислить группы населения, которые сталкиваются с наибольшими препятствиями в доступе к программам социальной защиты в вашей стране

1.	2.	3.	4.
5.			

2.10 Есть ли в вашей стране любые из следующих систем оказания медицинской помощи? (Отметьте все применимые)	2.11 Является ли эта система действующей?		2.12 если «да» в 2.11 напишите название системы. В противном случае переходите к следующему	2.13 Какая группа населения является целевой? (Выберите все применимые) Дети, сироты и уязвимые дети, мужчины, женщины, беременные женщины, пенсионеры, бездомные, бедные и уязвимые люди, сельское население, вдовы, транссексуалы, люди, живущие с ВИЧ, больные туберкулезом, беженцы, перемещенные лица, мигранты, официально работающие, работающие неофициально, другие, нет.	2.14 Какая возрастная группа является целевой? (Перечислите все применимые) x в годах 1. (<4) 2. (5<x<9) 3. (10<x<14) 4. (15<x<19) 5. (20<x<24) 6. (25<x<29) 7. (30<x<34) 8. (35<x<40) 9. (40<x<59) 10. (x>60) 11. Все возрастные группы	2.15 Где применимо, укажите: какова сумма пособия, период и временные рамки схемы?		2.16 Как называется агентство-исполнитель)?
	2.11a Да	2.11b Нет				2.15a В местной валюте	2.15b В долл. США	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения								
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения								
3. Добровольное медицинское страхование								
4. Общинное медицинское страхование								
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)								
Программы распределения пособий натурой								
6. Временное жильё								
7. Программы питания								
8. Транспортная поддержка								
9. Другая помощь натурой (указать)								

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой схеме):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

Вопросы	Контрольный список для анализа	Метод сбора данных	Базовый анализ и представление результатов
<p>1.1 Укажите, являются ли программы чувствительными к проблемам ВИЧ</p> <p>2.0–2.05. Укажите группы населения, которые сталкиваются наибольшими препятствиями в доступе к медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите идентификатор страны, в которой проводится оценка ▪ Укажите, являются ли стратегия или концепция чувствительными к проблемам ВИЧ ▪ Укажите группы населения, которые сталкиваются наибольшими препятствиями в доступе к медицинской помощи ▪ Укажите абсолютное число групп населения, которые сталкиваются наибольшими препятствиями в доступе к медицинской помощи 	<p>Методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кабинетный анализ ▪ Вторичный анализ существующих данных ▪ Групповая дискуссия <p>Источники:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Национальная отчетность в сфере здравоохранения ▪ Полисы Национальной системы медицинского страхования 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите, является ли стратегия чувствительной к проблемам ВИЧ ▪ По каждому вопросу, если это целесообразно, приведите корреляционные таблицы частотности и проиллюстрируйте результаты.
<p>2.10–2.12 Действуют ли какие-либо из следующих программ в вашей стране?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перечислите действующие программы ▪ Абсолютное число действующих программ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Национальная программа медицинского страхования 	
<p>2.13–2.14. Каковы целевые группы и их возраст?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Названия действующих программ, их целевой группы и возраст целевых групп населения. Укажите возрастной диапазон целевых групп населения (лет): (<4), 2; (5–9), 3; (10–14), 4; (15–19), 5; (20–24), 6; (25–29), 7; (30–34), 8; (35–40), 9; (40–59), 10; (>60), 11. Все возрастные группы ▪ Абсолютное число различных целевых групп 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Национальные административные отчеты и документы системы социальной защиты ▪ Отчеты и документы неправительственных организаций и людей, живущих с ВИЧ 	
<p>2.15 Какова величина пособия?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите сумму потраченных средств, период и сроки предоставления льгот по медицинским услугам в местной валюте и в долл. США по преобладающему обменному курсу по каждой схеме, укажите ее долю (%) в общих расходах на здравоохранение в вашем районе; там, где пособия выдавались в натуральном виде, приведите их стоимость в местной валюте и в долл. США по текущему обменному курсу ▪ Абсолютная стоимость местной валюты, стоимость пособия в долл. США и процент от общей суммы 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Административные документы частных компаний в сфере социальной защиты ▪ доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом ▪ Национальный план противодействия ВИЧ План действий PEPFAR в стране ▪ Региональные отчеты администрации социального обеспечения 	
<p>2.16. Как называется агентство-исполнитель?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Названия организаций-исполнителей (определение организаций-исполнителей помогает определить точки влияния) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Группа по оценке социальной защиты при ВИЧ (члены Объединенной группы ООН по СПИДу; люди, живущие с ВИЧ; ключевые группы населения) 	

2.2 Доступность медицинских услуг

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 1, указанной в 2.0.

2.20 Этот раздел относится к медицинским программам, определенные вами как действующие в 2.10 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 3)	2.20 Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к конкретным медицинским услугам? (Напишите название программы и отметьте все барьеры)								2.21 Что можно сделать, чтобы включить эту группу в программу медицинских услуг?				
	2.20a Да	2.20b Нет	2.20c Название программы	2.20d Барьер 1	2.20e Барьер 2	2.20f Барьер 3	2.20g Барьер 4	2.20h Любые другие барьеры	2.21a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	2.21b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	2.21c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	2.21d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	2.21e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения													
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения													
3. Добровольное медицинское страхование													
4. Общинное медицинское страхование													
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)													
Программы распределения неденежных пособий													
6. Временное жильё													
7. Программы питания													
8. Транспортная поддержка													
9. Другая помощь натурой (указать)													

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 2, указанной в 2.0

2.30 Этот раздел относится к медицинским программам, определенные вами как действующие в 2.10 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 3)	2.30 Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к конкретным медицинским услугам? (Напишите название программы и отметьте все барьеры)								2.31 Что можно сделать, чтобы включить эту группу в программу медицинских услуг?				
	2.30a Да	2.30b Нет	2.30c Название программы	2.30d Барьер 1	2.30e Барьер 2	2.30f Барьер 3	2.30g Барьер 4	2.30h Любые другие барьеры	2.31a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	2.31b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	2.31c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	2.31d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	2.31e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения													
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения													
3. Добровольное медицинское страхование													
4. Общинное медицинское страхование													
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)													
Программы распределения неденежных пособий													
6. Временное жильё													
7. Программы питания													
8. Транспортная поддержка													
9. Другая помощь натурой (указать)													

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 3, указанной в 2.0

2.40 Этот раздел относится к медицинским программам, определенные вами как действующие в 2.10 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 3)	2.40 Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к конкретным медицинским услугам? (Напишите название программы и отметьте все барьеры)								2.41 Что можно сделать, чтобы включить эту группу в программу медицинских услуг?				
	2.40a Да	2.40b Нет	2.40c Название программы	2.40d Барьер 1	2.40e Барьер 2	2.40f Барьер 3	2.40g Барьер 4	2.40h Любые другие барьеры	2.41a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	2.41b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	2.41c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	2.41d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	2.41e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения													
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения													
3. Добровольное медицинское страхование													
4. Общинное медицинское страхование													
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)													
Программы распределения неденежных пособий													
6. Временное жильё													
7. Программы питания													
8. Транспортная поддержка													
9. Другая помощь натурой (указать)													

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 4, указанной в 2.0

2.50 Этот раздел относится к медицинским программам, определенные вами как действующие в 2.10 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 3)	2.50 Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к конкретным медицинским услугам? (Напишите название программы и отметьте все барьеры)								2.51 Что можно сделать, чтобы включить эту группу в программу медицинских услуг?				
	2.50a Да	2.50b Нет	2.50c Название программы	2.50d Барьер 1	2.50e Барьер 2	2.50f Барьер 3	2.50g Барьер 4	2.50h Любые другие барьеры	2.51a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	2.51b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	2.51c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	2.51d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	2.51e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения													
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения													
3. Добровольное медицинское страхование													
4. Общинное медицинское страхование													
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)													
Программы распределения неденежных пособий													
6. Временное жильё													
7. Программы питания													
8. Транспортная поддержка													
9. Другая помощь натурой (указать)													

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется «любой другой» группе населения, указанной в 2.0

2.60 Этот раздел относится к медицинским программам, определенным вами как действующие в 2.10 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 3)	2.60. Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к конкретным медицинским услугам? (Напишите название программы и отметьте все барьеры)								2.61 Что можно сделать, чтобы включить эту группу в программу медицинских услуг?				
	2.60a Да	2.60b Нет	2.60c Название программы	2.60d Барьер 1	2.60e Барьер 2	2.60f Барьер 3	2.60g Барьер 4	2.60h Любые другие барьеры	2.61a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	2.61b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	2.61c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	2.61d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	2.61e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения													
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения													
3. Добровольное медицинское страхование													
4. Общинное медицинское страхование													
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)													
Программы распределения неденежных пособий													
6. Временное жильё													
7. Программы питания													
8. Транспортная поддержка													
9. Другая помощь натурой (указать)													

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Налого-обложение / государственное финансирование, предоставляющее бесплатные медицинские услуги в пункте получения	
2. Обязательное / социальное страхование, предназначенное для конкретных групп населения	
3. Добровольное медицинское страхование	
4. Общинное медицинское страхование	
5. Другое финансирование медицинских услуг (указать)	
Программы распределения неденежных пособий	
6. Временное жильё	
7. Программы питания	
8. Транспортная поддержка	
9. Другая помощь натурой (указать)	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

Вопросы	Контрольный список для анализа	Метод сбора данных	Базовый анализ и представление результатов
<p>2.20–2.61 Эти вопросы относятся к группе населения, определённой в 2.0 как имеющие наибольшие препятствия в доступе к медицинским программам.</p> <p>Для каждой группы населения указывается список программ, доступ к которым затруднен барьерами, перечисленными ниже, их причинами, и путями устранения каждого барьера.</p> <p>Сталкивается ли группа населения, указанная в п. 2.0, с наибольшими барьерами в доступе к конкретным действующим программам здравоохранения, каковы эти барьеры, и что можно сделать для устранения барьеров?</p> <p>Обратите внимание: этот раздел включает формы, которые необходимо полностью заполнить по каждой из групп населения. Будут предоставлены дополнительные формы в электронном виде.</p>	<p>Для каждой группы населения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Список и названия программ здравоохранения, доступ к которым наиболее затруднён для указанной группы населения ▪ Абсолютное число программ, доступ к которым наиболее затруднён для данной группы населения ▪ Барьеры, с которыми сталкивается каждая группа населения ▪ Число барьеров, с которыми сталкивается каждая группа населения ▪ Возможные меры по устранению барьеров. ▪ Число и виды возможных мер по устранению барьеров. 	<p>Методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кабинетный анализ ▪ Вторичный анализ существующих данных ▪ Групповая дискуссия <p>Источники:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Полисы Национальной системы медицинского страхования ▪ Национальные программы медицинского страхования ▪ Национальные административные отчеты и документы системы социальной защиты ▪ Отчеты и документы неправительственных организаций и людей, живущих с ВИЧ ▪ Национальная стратегия социальной защиты ▪ Доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом ▪ Национальный план противодействия ВИЧ ▪ Страновой план действий PEPFAR ▪ Региональные отчеты администрации социального обеспечения ▪ Группа по оценке социальной защиты при ВИЧ (члены Объединенной группы ООН по СПИДу; люди, живущие с ВИЧ; ключевые группы населения) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ По каждому вопросу, если возможно, проводите частотные таблицы, кросс-табуляцию с разными переменными; сделайте корреляцию и проиллюстрируйте результаты ▪ Определите модели и тенденции ▪ Определить пробелы в доступе к медицинским услугам, причины этих пробелов и что можно сделать, чтобы их закрыть. ▪ Опишите примеры наилучшей практики ▪ Укажите непрогнозируемые результаты (положительные и отрицательные)

3.0 Наличие программ социальной защиты при ВИЧ (исключая программы здравоохранения)

Этот раздел посвящен сбору данных для определения направленности и охвата существующих программ социальной защиты при ВИЧ. Здесь указаны существующие программы социальной защиты при ВИЧ, их названия, целевые группы населения, возрастной диапазон, размер пособия и названия организаций-исполнителей. Члены команды сбора данных должны вместе заполнить данную таблицу и указать источники информации. Для точного употребления терминологии используйте глоссарий.

3.10 Действуют ли какие-либо из следующих программ в вашей стране? (Отметьте все применимые)	3.10 Работает ли эта программа сейчас?		3.11 Если «да» в п. 3.10, напишите название программы; в противном случае перейти к следующей строке	3.12 Какова целевая группа населения для этой программ-мы?	3.13 Каковы возрастные рамки целевой группы населения (укажите все возрастные диапазоны в годах) 1. (<4); 2. (5-9); 3. (10-14); 4. (15-19); 5. (20-24); 6. (25-29); 7. (30-34); 8. (35-39); 9. (40-59); 10. (>60); 11. Все возрастные группы	3.14 Какова величина пособия в месяц?		3.15 Как называется агентство-исполнитель)?
	3.10a Да	3.10b Нет				3.14a В местной валюте	3.14b В долл. США	
1. Условные денежные пособия								
2. Безусловные денежные пособия								
3. Стипендии								
4. Освобождение от оплаты услуг								
5. Программы предоставления продовольствия и питания								
6. Программы общественных работ								
7. Экстренная помощь								
8. Пенсии без предварительных взносов								
9. Другие регулярные денежные пособия								
Программы распределения неденежных пособий								
10. Субсидии за поднаём жилья								
11. Школьное питание								
12. Школьные целевые гранты								

3.10-3.15 продолжение

13. Помощь учителям								
14. Другая помощь натурой								
Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):								
1. Условные денежные пособия								
2. Безусловные денежные пособия								
3. Стипендии								
4. Освобождение от оплаты услуг								
5. Программы предоставления продовольствия и питания								
6. Программы общественных работ								
7. Экстренная помощь								
8. Пенсии без предварительных взносов								
9. Другие регулярные денежные пособия								
Программы распределения неденежных пособий								
10. Субсидии за поднаём жилья								
11. Школьное питание								
12. Школьные целевые гранты								
13. Помощь учителям								
14. Другая помощь натурой								

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

Контрольный список для анализа. Вопросы 3.10–3.15: наличие программ социальной помощи, чувствительных к проблемам ВИЧ

Вопросы	Контрольный список для анализа	Метод сбора данных	Базовый анализ и представление результатов
<p>3.10 Действуют ли какие-либо из следующих программ в вашей стране?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перечислите программы, проводимые сейчас в вашей стране ▪ Абсолютное число действующих программ ▪ Абсолютное число (и/или %) различных категорий населения, которым адресованы программы 	<p>Методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кабинетный анализ ▪ Вторичный анализ существующих данных ▪ Групповая дискуссия <p>Источники:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ По каждому вопросу приведите таблицы частотности и проиллюстрируйте результаты ▪ Определите пробелы в доступности программ социальной защиты для 5 групп населения
<p>3.11–3.14 Каковы целевые группы и их возрастные рамки?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите названия целевых групп населения и их возрастной диапазон ▪ Укажите целевую группу населения, например, МСМ, дети, транссексуалы, взрослые, люди, живущие с ВИЧ, мигранты, подростки, беременные и кормящие женщины и т. д. ▪ Укажите возрастной диапазон целевых групп населения (в годах) 1. (<4); 2. (5–9); 3. (10–14); 4. (15–19); 5. (20–24); 6. (25–29); 7. (30–34); 8. (35–40); 9. (40–59); 10. (>60); 11. Все возрастные группы ▪ Абсолютное число (и/или %) различных категорий населения, которым адресованы программы 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Отчеты об оценке национального диалога по вопросам социальной защиты ▪ Национальная политика в области социальной защиты ▪ Национальная стратегия социальной защиты ▪ Национальные административные отчеты и документы системы социальной защиты ▪ Отчеты и документы неправительственных организаций по теме социальной защиты ▪ Административные документы частных компаний, действующих в сфере социальной защиты 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ По вопросу 3.15, укажите стоимость пособия, которую можно использовать для вторичного анализа ▪ Отвечая на вопрос 3.16 укажите типы, названия и учреждения-исполнители программ социальной защиты; эта информация имеет отношение к пониманию того, что существует и кто реализует программы.
<p>3.14b Какова величина пособия?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите размер пособия в местной валюте и в долл. США по существующему обменному курсу; когда пособия выдаются в натуре, группа должна привести стоимость пособия в местной валюте и долларах США. ▪ Абсолютная стоимость в местной валюте и стоимость пособия в долл. США 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом ▪ Национальный план искоренения нищеты ▪ Национальный план противодействия ВИЧ ▪ Концептуальная записка для Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией 	
<p>3.15 Как называется агентство-исполнитель или исполнитель?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Название программ социальной защиты 		

3.2 Доступ к программам социальной защиты, чувствительным к проблемам ВИЧ, помимо доступа к медицинским услугам

В этом разделе рассматривается доступ пяти групп населения к существующим программам социальной защиты, чувствительным к проблемам ВИЧ. Здесь также рассматривается большинство барьеров, охватывающих политические, правовые и социально-экономические аспекты, которые препятствуют доступу к программам социальной защиты при ВИЧ. В этом разделе также поднимается вопрос о том, что можно сделать, чтобы устранить препятствия в доступе к программам социальной защиты при ВИЧ для этих групп населения.

3.2 Перечислите группы населения, которые сталкиваются с наибольшими препятствиями в доступе к программам социальной защиты при ВИЧ

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

5.

3.2b Для каждой из групп населения, перечисленной в п. 3.2, укажите количество людей в группе населения, получивших доступ к социальным пособиям и льготам

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

5.

3.2c Для каждой группы населения, указанной в пп. 3.2 и 3.2b, укажите предполагаемую численность этой группы в вашей стране или области.

(Эти данные должны быть доступны по результатам исследований путей передач ВИЧ, данные по учёту численности населения, обследований домашних хозяйств и т.д.)

1.	2.	3.	4.
----	----	----	----

5.

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 1, указанной в п.3.2.

3.30 Этот вопрос относится к программам, отмеченными вами в 1.00 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 2)	3.30 Определена ли группа (1) в 2,0, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к программам? (Напишите название программы и отметьте барьеры)							3.31 Что можно сделать, чтобы устранить барьеры, с которыми сталкивается группа населения 1, указанная в 3.20 в доступе к программам социальным защиты? (перечислите в выпадающем меню, что может быть сделано для включения группы 1 в программы социальной защиты)				
	3.30a Да	3.30b Нет	3.30c En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 1	3.30d En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 2	3.30e En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 3	3.30f En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 4	3.30g En caso de que sí, en el 3.30a, listar la barrera 5	3.31a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	3.31b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	3.31c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	3.31d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	3.31e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Условные денежные пособия												
2. Безусловные денежные пособия												
3. Стипендии												
4. Освобождение от оплаты услуг												
5. Программы предоставления продовольствия и питания												
6. Программы общественных работ												
7. Экстренная помощь												
8. Пенсии без предварительных взносов												
9. Другие регулярные денежные пособия												
Программы распределения неденежных пособий												
10. Субсидии за поднаём жилья												
11. Школьное питание												
12. Школьные целевые гранты												
13. Помощь учителям												
14. Другая помощь натурой												

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Условные денежные пособия	
2. Безусловные денежные пособия	
3. Стипендии	
4. Освобождение от оплаты услуг	
5. Программы предоставления продовольствия и питания	
6. Программы общественных работ	
7. Экстренная помощь	
8. Пенсии без предварительных взносов	
9. Другие регулярные денежные пособия	
Программы распределения неденежных пособий	
10. Субсидии за поднаём жилья	
11. Школьное питание	
12. Школьные целевые гранты	
13. Помощь учителям	
14. Другая помощь натурой	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 2, указанной в 3.2.

3.40 Этот вопрос относится к программам, отмеченными вами в 1.00 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 2)	3.40 Определена ли группа 2, указанная в 3,20, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к программам? (Напишите название программы и отметьте барьеры)						3.41 Что можно сделать, чтобы устранить барьеры, с которыми сталкивается группа населения 2, указанная в 3.20 в доступе к программам социальной защиты? (перечислите в выпадающем меню, что может быть сделано для включения группы 2 в программы социальной защиты)					
	3.40a Да	3.40b Нет	3.40c En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 1	3.40d En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 2	3.40e En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 3	3.40f En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 4	3.40g En caso de que sí, en el 3.40a, listar la barrera 5	3.41a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	3.41b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	3.41c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	3.41d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	3.41e What (activity 5) can be done to remove barrier 5?
1. Условные денежные пособия												
2. Безусловные денежные пособия												
3. Стипендии												
4. Освобождение от оплаты услуг												
5. Программы предоставления продовольствия и питания												
6. Программы общественных работ												
7. Экстренная помощь												
8. Пенсии без предварительных взносов												
9. Другие регулярные денежные пособия												
Программы распределения неденежных пособий												
10. Субсидии за поднаём жилья												
11. Школьное питание												
12. Школьные целевые гранты												
13. Помощь учителям												
14. Другая помощь натурой												

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Условные денежные пособия	
2. Безусловные денежные пособия	
3. Стипендии	
4. Освобождение от оплаты услуг	
5. Программы предоставления продовольствия и питания	
6. Программы общественных работ	
7. Экстренная помощь	
8. Пенсии без предварительных взносов	
9. Другие регулярные денежные пособия	
Программы распределения неденежных пособий	
10. Субсидии за поднаём жилья	
11. Школьное питание	
12. Школьные целевые гранты	
13. Помощь учителям	
14. Другая помощь натурой	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 3.

3.50 Этот вопрос относится к программам, отмеченными вами в 1.00 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 2)	3.50 Определена ли группа 3, указанная в 3.20, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к программам? (Напишите название программы и отметьте барьеры)						3.51 Что можно сделать, чтобы устранить барьеры, с которыми сталкивается группа населения 3, указанная в 3.20 в доступе (перечислите в выпадающем меню, что может быть сделано для включения группы 3 в программы социальной защиты)					
	3.50a Да	3.50b Нет	3.50c En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 1	3.50d En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 2	3.30e En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 3	3.50f En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 4	3.50g En caso de que sí, en el 3.50a, listar la barrera 5	3.51a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	3.51b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	3.51c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	3.51d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	3.51e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Условные денежные пособия												
2. Безусловные денежные пособия												
3. Стипендии												
4. Освобождение от оплаты услуг												
5. Программы предоставления продовольствия и питания												
6. Программы общественных работ												
7. Экстренная помощь												
8. Пенсии без предварительных взносов												
9. Другие регулярные денежные пособия												
Программы распределения неденежных пособий												
10. Субсидии за поднаём жилья												
11. Школьное питание												
12. Школьные целевые гранты												
13. Помощь учителям												
14. Другая помощь натурой												

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Условные денежные пособия	
2. Безусловные денежные пособия	
3. Стипендии	
4. Освобождение от оплаты услуг	
5. Программы предоставления продовольствия и питания	
6. Программы общественных работ	
7. Экстренная помощь	
8. Пенсии без предварительных взносов	
9. Другие регулярные денежные пособия	
Программы распределения неденежных пособий	
10. Субсидии за поднаём жилья	
11. Школьное питание	
12. Школьные целевые гранты	
13. Помощь учителям	
14. Другая помощь натурой	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется группе населения 4.

3.60 Этот вопрос относится к программам, отмеченными вами в 1.00 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 2)	3.60 Определена ли группа 4, указанная в 3,20, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к программам? (Напишите название программы и отметьте барьеры)						3.61 Что можно сделать, чтобы устранить барьеры, с которыми сталкивается группа населения 4, указанная в 3.20 в доступе к программам социальной защиты? (перечислите в выпадающем меню, что может быть сделано для включения группы 4 в программы социальной защиты)					
	3.60a Да	3.60b Нет	3.60c En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 1	3.60d En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 2	3.60e En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 3	3.60f En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 4	3.60g En caso de que sí, en el 3.60a, liste la barrera 5	3.61a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	3.61b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	3.61c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	3.61d ¿Qué (Actividad 4) se puede hacer para eliminar la barrera 4?	3.61e ¿Qué (Actividad 1) puede hacerse para eliminar la barrera 5?
1. Условные денежные пособия												
2. Безусловные денежные пособия												
3. Стипендии												
4. Освобождение от оплаты услуг												
5. Программы предоставления продовольствия и питания												
6. Программы общественных работ												
7. Экстренная помощь												
8. Пенсии без предварительных взносов												
9. Другие регулярные денежные пособия												
Программы распределения неденежных пособий												
10. Субсидии за поднаём жилья												
11. Школьное питание												
12. Школьные целевые гранты												
13. Помощь учителям												
14. Другая помощь натурой												

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Условные денежные пособия	
2. Безусловные денежные пособия	
3. Стипендии	
4. Освобождение от оплаты услуг	
5. Программы предоставления продовольствия и питания	
6. Программы общественных работ	
7. Экстренная помощь	
8. Пенсии без предварительных взносов	
9. Другие регулярные денежные пособия	
Программы распределения неденежных пособий	
10. Субсидии за поднаём жилья	
11. Школьное питание	
12. Школьные целевые гранты	
13. Помощь учителям	
14. Другая помощь натурой	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

В данном подразделе основное внимание уделяется «любой другой» группе населения, указанной в 3.20.

3.70 Этот вопрос относится к программам, отмеченными вами в 1.00 (отметьте все применимые, если таких нет перейти к вопросу 2)	3.70 Определена ли группа 5, указанная в 3,20, как сталкивающаяся с наибольшими препятствиями в доступе к программам? (Напишите название группы населения 5 и отметьте применимые причины исключения)						3.71 Что можно сделать, чтобы устранить барьеры, с которыми сталкивается группа населения 5, указанная в 3.20 в доступе к программам социальной защиты? (перечислите в выпадающем меню, что может быть сделано для включения группы 5 в программы социальной защиты)					
	3.70a Да	3.70b Нет	3.70c En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 1	3.70d En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 2	3.70e En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 3	3.70f En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 4	3.70g En caso de que sí, en el 3.30a, liste la barrera 5	3.71a Какое (действие 1) можно предпринять для устранения барьера 1?	3.71b Какое (действие 2) можно предпринять для устранения барьера 2?	3.71c Какое (действие 3) можно предпринять для устранения барьера 3?	3.71d Какое (действие 4) можно предпринять для устранения барьера 4?	3.71e Какое (действие 5) можно предпринять для устранения барьера 5?
1. Условные денежные пособия												
2. Безусловные денежные пособия												
3. Стипендии												
4. Освобождение от оплаты услуг												
5. Программы предоставления продовольствия и питания												
6. Программы общественных работ												
7. Экстренная помощь												
8. Пенсии без предварительных взносов												
9. Другие регулярные денежные пособия												
Программы распределения неденежных пособий												
10. Субсидии за поднаём жилья												
11. Школьное питание												
12. Школьные целевые гранты												
13. Помощь учителям												
14. Другая помощь натурой												

3.70-3.71 продолжение

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Условные денежные пособия	
2. Безусловные денежные пособия	
3. Стипендии	
4. Освобождение от оплаты услуг	
5. Программы предоставления продовольствия и питания	
6. Программы общественных работ	
7. Экстренная помощь	
8. Пенсии без предварительных взносов	
9. Другие регулярные денежные пособия	
Программы распределения неденежных пособий	
10. Субсидии за поднаём жилья	
11. Школьное питание	
12. Школьные целевые гранты	
13. Помощь учителям	
14. Другая помощь натурой	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

Вопросы	Контрольный список для анализа	Метод сбора данных	Базовый анализ и представление результатов
<p>3.30–3.71e Эти вопросы относятся к группе населения, определённой в п. 3.20 как имеющие наибольшие препятствия в доступе к социальным программам.</p> <p>Для каждой группы населения указывается список программ, доступ к которым затруднен барьерами, перечисленными ниже, их причинами, и путями устранения каждого барьера.</p> <p>Сталкивается ли группа населения, указанная в п. 2.0, с наибольшими барьерами в доступе к конкретным действующим социальным программам, каковы эти барьеры, и что можно сделать для устранения барьеров?</p> <p>Обратите внимание: Этот раздел включает формы, которые необходимо полностью заполнить – одна по каждой из групп населения. Будут предоставлены дополнительные формы в электронном виде.</p>	<p>Для каждой группы населения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Численность каждой группы населения, получающей социальные пособия ▪ Оценочное количество каждой группы населения в стране и данном районе. ▪ Доля каждой группы населения, получающей социальную помощь программы, имеющие максимальные барьеры в доступе. ▪ Число и названия программ, доступ к которым наиболее затруднен для данной группы населения ▪ Барьеры, с которыми сталкивается каждая группа населения ▪ Число барьеров, с которыми сталкивается каждая группа населения ▪ Возможные меры по устранению барьеров. ▪ Список возможных мер по устранению барьеров. 	<p>Методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кабинетный анализ ▪ Вторичный анализ существующих данных ▪ Групповая дискуссия <p>Источники:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Отчеты об оценке национального диалога по вопросам социальной защиты ▪ Пути передачи ВИЧ, демографические и медико-санитарные исследования, обследования домохозяйств и т.д. ▪ Spectrum ЮНЭЙДС ▪ Национальная стратегия социальной защиты ▪ Национальные административные отчеты и документы системы социальной защиты ▪ Отчеты и документы неправительственных организаций по теме социальной защиты ▪ Административные документы частных компаний, действующих в сфере социальной защиты ▪ Доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом ▪ Национальные планы противодействия ВИЧ ▪ Страновые планы действий PEPFAR ▪ Региональные отчеты администрации социального обеспечения ▪ Группа по оценке социальной защиты при ВИЧ (члены Объединенной группы ООН по СПИДу; люди, живущие с ВИЧ; ключевые группы населения) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ По каждому вопросу, если это целесообразно, проведите корреляционные таблицы частотности и кросс-табуляцию; проиллюстрируйте результаты ▪ % каждой группы населения, получающей пособия по социальной защите (где это возможно, дезагрегировать по полу) ▪ Определить пробелы в доступе к социальным услугам, причины этих пробелов и что можно сделать, чтобы их закрыть.

4.0 Механизмы координации, управления и отчетности

Для устойчивого функционирования программ социальной защиты важны ответственность правительства за их проведение, эффективная координация и согласованное оказание помощи. Различные правительственные учреждения и министерства осуществляют различные аспекты программ социальной защиты, требующих сильных совместных отношений и координации. Там, где существуют возможности для прямого представительства людей, работающих по противодействию ВИЧ, в координационных агентствах социальной защиты, эти люди должны быть представлены на соответствующих форумах, где они бы могли выступать за повышение чувствительности программ социальной защиты к проблематике ВИЧ. Люди, работающие в сфере противодействия СПИДу, также должны быть представлены в медицинских программах, составляющих часть социальных программ охраны здоровья, которые министерство здравоохранения часто проводит отдельно от других национальных программ социальной защиты. Аналогичным образом, субъекты социальной защиты должны быть представлены в национальных механизмах СПИДа для обеспечения координации и совместного программирования социальной защиты и ВИЧ.

4.00 Существуют ли механизмы координации мер социальной защиты и предоставления медицинских услуг в вашем районе?	4.1 Действуют ли координационные механизмы?		4.2 Если «да» в п. 4.1, напишите название координационного механизма; в противном случае перейти к строке «медицинские услуги» Если механизм координации медицинских услуг отсутствует, остановитесь на этом.	4.3 Если в п. 4.1 ответ «да», укажите, представлены ли в координационном механизме меры в ответ на СПИД.		4.4 Если нет, что можно сделать, чтобы включить меры по борьбе со СПИДом в координационный механизм?
	4.1a Да	4.1b Нет		4.3a Да	4.3b Нет	
1. Соцзащита						
2. Соцзащита						
3. Соцзащита						
4. Соцзащита						
5. Соцзащита						
6. Соцзащита						
Медицинская помощь						
7. Программы медицинской помощи						
8. Программы медицинской помощи						
9. Программы медицинской помощи						
10. Программы медицинской помощи						

Источники (ниже укажите источник вашей информации по каждой программе):	
1. Соцзащита	
2. Соцзащита	
3. Соцзащита	
4. Соцзащита	
5. Соцзащита	
6. Соцзащита	
Медицинская помощь	
7. Программы медицинской помощи	
8. Программы медицинской помощи	
9. Программы медицинской помощи	
10. Программы медицинской помощи	

Период оценки – последние шесть месяцев для всех данных

Вопросы	Контрольный список для анализа	Метод сбора данных	Базовый анализ и представление результатов
<p>4.00 Действуют ли координационные механизмы в сфере социальной защиты и финансирования здравоохранения в вашей стране?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перечислите названия механизмов координации и управления в сфере социальной защиты, включая программы здравоохранения ▪ Количество механизмов координации и управления в сфере социальной защиты, включая программы здравоохранения 	<p>Методы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кабинетный анализ ▪ Вторичный анализ существующих данных ▪ Групповая дискуссия <p>Источники:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Отчеты об оценке национального диалога по вопросам социальной защиты 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ По каждому вопросу сделайте таблицу частотности и проиллюстрируйте результаты в формате, который наилучшим образом отражает эту информацию ▪ Определите тенденцию, если это возможно
<p>4.2 Представлены ли меры ответ на СПИД в механизмах координации и управления?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Названия механизмов координации и управления мерами социальной защиты, включая программы здравоохранения, в которых есть специалисты по борьбе со СПИДом ▪ Названия механизмов координации и управления мерами социальной защиты, включая программы здравоохранения, в которых есть специалисты по борьбе со СПИДом 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Национальная политика в области социальной защиты ▪ Национальная стратегия социальной защиты ▪ Национальные административные отчеты и документы системы социальной защиты ▪ Отчеты и документы неправительственных организаций по теме социальной защиты ▪ Административные документы частных компаний, действующих в сфере социальной защиты 	
<p>4.4 Если специалисты по борьбе со СПИДом не представлены, что можно сделать для того, чтобы включить их в координирующие и управляющие механизмы программ социальной защиты?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Какие меры надо предпринять, чтобы обеспечить представительство специалистов по противодействию СПИДу в механизмах координации и управления 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом ▪ Национальный план противодействия ВИЧ ▪ Страновые планы действий PEPFAR ▪ Региональные отчеты администрации социального обеспечения ▪ Группа по оценке социальной защиты при ВИЧ (члены Объединенной группы ООН по СПИДу; люди, живущие с ВИЧ; ключевые группы населения) 	

Приложение 2. План отчёта по оценке мер социальной защиты при ВИЧ

Титульный лист

- Название оценки, географическая классификация, название страны, название провинции, название района
- Имена ответственных за проведение оценки
- Имена членов группы по оценке мер социальной защиты при ВИЧ
- Резюме (краткое изложение отчета, включая вопросы оценки, используемую методологию, основные результаты, выводы и рекомендации)

Основная часть отчёта

- Введение
- Предыстория и контекст
- Вопросы оценки
- Состав группы по оценке мер социальной защиты при ВИЧ
- Используемая методология
- Ограничения

Основные результаты

- Выделите самые важные результаты
- Соотнесите результаты и вопросы оценки
- Для выделения основных результатов используйте графику, диаграммы и таблицы

Вывод

- Сделать оценку полученных результатов в отношении вопросов оценки

Рекомендации

- Определите ключевые действия, вытекающие из оценки, которые следует предпринять с учётом специфики района / провинции или страны, исходя из знаний группы по оценке мер социальной защиты при ВИЧ

Список источников

- Укажите документы и работы, которые были использованы в работе группы

Приложение 3. Потенциальные источники данных

- Оценка численности ключевых групп населения
- Многоиндикаторное кластерное обследование женщин и детей
- Исследование путей передачи ВИЧ
- Оценки и прогнозы в отношении эпидемии ВИЧ
- Доклады по оценке гендерных потребностей в рамках борьбы со СПИДом
- Отчеты об оценке национального диалога по вопросам социальной защиты
- Региональные отчеты Института управления социальным обеспечением (с описанием национальных программ социального обеспечения для конкретных стран, включая право на социальное обеспечение, источники финансирования и т.д.)
- Национальная политика в области социальной защиты
- Национальная стратегия социальной защиты
- Национальный план искоренения нищеты
- Национальные стратегические планы противодействия ВИЧ
- Национальная Концептуальная записка для Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией
- Последний медико-демографический обзор
- Обзор индикаторов, используемых в области противодействия СПИДу
- Дозорный эпиднадзор
- Интегрированные биоповеденческие исследования
- Текущие данные программы
- Когортные исследования по заболеваемости и выживаемости при ВИЧ
- Страновые исследования в рецензируемых научных журналах
- Отчеты программы совместного мониторинга инвестиционные проекты, связанные с ВИЧ
- Оценки целевых программ
- Индекс стигмы
- Перепись населения
- Национальные информационные системы социальной помощи
- Обследования бюджетов домохозяйств / обследования условий жизни

Приложение 4. Примеры программ социальной защиты

Страна	Название программы социальной защиты	Цель программы	Целевая группа программы	Размеры субсидий	Агентство, реализующее программу
Бразилия²	Bolsa Familia	Сокращение нищеты среди бедняков за счет условных денежных пособий, направленных на развитие человеческого капитала	Семьи с ежемесячным доходом на душу населения менее 140 бразильских реалов (44 долл. США) или менее чем 70 реалов (22 долл. США) независимо от состава домохозяйства	Семьи с ежемесячным доходом на душу населения менее 140 реалов (44 долл. США) получают 70 реалов (22 долл. США) на ребенка в возрасте до 14 лет, но не более трёх пособий на семью и еще 33 реала (10 долл. США) на каждого ребенка в возрасте от 15 до 16 лет, но не более двух пособий на семью. Семьи с ежемесячным доходом менее 70 реал (22 долл. США) на человека дополнительно получают 68 реал (21 долл. США) на условии, что они отправят своих детей в школу, сделают им прививки и будут пользоваться другими медицинскими и социальными услугами	Секретариат по вопросам гражданства и доходов при Министерстве социального развития и борьбы с голодом.
Камбоджа³	Инициатива буддийского руководства	Улучшить социальную защиту конкретных бедных и уязвимых групп	Люди, живущие с ВИЧ и наиболее затронутые ВИЧ, а также сироты и уязвимые дети	Для детей: Денежные и натуральные пособия, денежные пособие на транспортные услуги для детей, живущих с ВИЧ, с тем, чтобы они приезжали забирать антиретровирусные препараты. Для взрослых: Денежные и неденежные пособия, а также наличные деньги на транспорт для поездок за антиретровирусными препаратами.	Министерство по делам культуры и религии
Китай	Пять гарантий	Улучшить условия жизни крайне бедных людей, живущих за чертой бедности в 2300 юаней в месяц (360 долл. США) 2011 г.	группа населения «Три нет», т.е. те, у кого нет возможности работать, нет сбережений или доходов, и нет родственников.	Прожиточные расходы, здравоохранение и жилье; льготы и пособия разные в разных регионах	Окружные бюро по делам граждан и сельские советы

² «Бедность и совместное процветание в столичных районах Бразилии» Вашингтон, округ Колумбия: Группа Всемирного банка; 2015 г.

³ Обзор программ социальной защиты при ВИЧ в Камбодже. Нью-Йорк: Программа развития ООН; 2013 г.

Страна	Название программы социальной защиты	Цель программы	Целевая группа программы	Размеры субсидий	Агентство, реализующее программу
Эфиопия	Программа «Продуктовая страховочная сеть»	Помочь людям, хронически не обеспеченным продовольствием, противостоять трудностям, строить сельхоз объекты и переходить на самообеспечение продуктами питания	Сельские жители сталкивающиеся с проблемой отсутствия продовольственной безопасности и голода	Сочетание продовольственных и денежных пособий, обусловленных участием трудоспособных членов семей в деятельности по обеспечению средств к существованию, таких как рекультивация земель, восстановление водных путей и развитие инфраструктуры	Департамент по управлению рисками стихийных бедствий и продовольственной безопасности в министерстве сельского хозяйства
Индия	Национальная пенсия им. Индиры Ганди для вдов	Обеспечить минимальный уровень социальной помощи, предусмотренный статьёй 41 Конституции Индии	Вдовы, живущие ниже черты бедности в возрасте 40–64 лет (после введённых изменений распространяется на вдов в возрасте 18–39 лет)	Ежемесячное пособие 400 рупий	Министерство сельского развития, распространяется через муниципалитеты и панчабаты
Мексика⁴	Система социальной защиты в области здравоохранения («Сегуро Популяр»)	Сокращение неравенства между обеспеченными и малоимущими мексиканцами в доступе к медицинской и социальной помощи.	Предназначена для мексиканцев, не имеющих социального обеспечения; состоит из 4-х программ, предоставляющих льготы и пособия конкретным группам населения; «Фонд защиты от катастрофических расходов» занимается оплатой медицинских услуг, включая высокоспециализированную помощь больным детям.	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Сегуро популяр» берёт на себя оплату комплексной первичной и большую часть вторичной медицинской помощи 2. «Фонд защиты от катастрофических расходов» финансирует некоторые виды дорогостоящего высокоспециализированного лечения, включая раковые и сердечно-сосудистые заболевания 3. «Медицинское страхование для нового поколения» предназначено для детей, родившихся после 1 декабря 2006 г. 4. Программа «Здоровая беременность» адресована беременным женщинам для облегчения доступа к бесплатным пунктам дородовой помощи, квалифицированному больничному родовспоможению и послеродовому уходу. 	Пособия выдаются в государственных центрах здравоохранения, имеющим сетевое управление

⁴ Система социальной защиты в области здравоохранения и финансовой поддержки граждан Мексики, не имеющих социального обеспечения. Вашингтон, округ Колумбия: Департамент человеческого развития, Региональное управление Всемирного Банка по Латинской Америке и Карибскому бассейну; 2012 г.

Страна	Название программы социальной защиты	Цель программы	Целевая группа программы	Размеры субсидий	Агентство, реализующее программу
Нигерия⁵	Программа образования девушек	Поощрять зачисление и удержание в начальных классах и неполных средних школах, улучшать результаты учебы девочек из целевых групп в 10 северных штатах Нигерии		Денежные пособия бедным семьям на конкретных условиях; адвокационная работа с традиционными лидерами, родителями и учителями ислама; стипендии для учитель-женщин и поддержка наблюдательных комитетов в системе школьного образования	Федеральное министерство образования и ЮНИСЕФ (Государственное министерство образования и Государственный совет всеобщего базового образования)
ЮАР	Поддержка детей Грант	Борьба с широкой распространённостью бедности и неравенством как последствиями апартеида	Все дети в возрасте от 0 до 18 лет, чьи семьи соответствуют критериям минимальной обеспеченности		Южноафриканское агентство социального обеспечения при Департаменте социального развития
Объединённая Республика Танзания⁶	Общественно-полезные работы Программа	Предоставляет источники заработка путем работы на утвержденных проектах по строительству и восстановлению инфраструктуры	Трудоспособные члены бедных домохозяйств	Зарботная плата ниже на 20% преобладающей рыночной заработной платы для неквалифицированной рабочей силы (произвольные критерии отбора)	Отдел общественных работ Группы управления Фондом социальной помощи Танзании

⁵ Samuels F, Blake C, Akinrimisi B. Уязвимость к ВИЧ и возможность усиления мер социальной защиты в контексте ВИЧ в Нигерии. Лондон: Институт зарубежного развития; 2012 г.

⁶ Справочник программы общественных работ Фонда социальных действий Танзании (TASF). Дар-эс-Салам: Фонд социальных действий Танзании; 2003 г.

Приложение 5. Программа семинара по оценке мер социальной защиты при ВИЧ. Проект.

[Место и город оценки]

День 1: [дата]

Время	Мероприятия
09.00–09.30	<p>Вступительное слово – национальный совет по борьбе со СПИДом</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Приветствия и выступление от национального совета по борьбе со СПИДом. ▪ Приветственное слово от организаций гражданского общества, представляющей людей, живущих с ВИЧ и ключевых групп населения. ▪ Приветственное слово странового директора ЮНЭЙДС. ▪ Приветственное слово министра социального обеспечения
09.30–10.30	<p>Цели семинара – национальный совет по борьбе со СПИДом</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Состояние эпидемии ВИЧ/СПИДа в стране. Мониторинг и оценка – национальный совет по борьбе со СПИДом. ▪ Ситуация с социальной защитой в стране – министерство социальной защиты. ▪ Положение людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения в стране - представитель людей, живущих с ВИЧ. ▪ Вопросы и обсуждение
10.30–11.00	<p>Перерыв на кофе</p>
11.00–12.30	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Глобальная и региональная перспектива в области социальной защиты и ВИЧ, фактические данные и политические последствия в свете перехода к стратегии ЮНЭЙДС ускоренных мер противодействия СПИДу. ▪ Примеры наилучшей практики в области ВИЧ и социальной защиты -- организации гражданского общества. ▪ Примеры наилучшей практики в области ВИЧ и социальной защиты -- ЮНЭЙДС. ▪ Вопросы и обсуждение
12.30–14.00	<p>Обед</p>
14.00–15.30	<p>Доказательства необходимости социальной защиты для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Социальная защита подростков: пособия + медицинская помощь ▪ Социальная защита при ВИЧ для ключевых групп населения. ▪ Социальная защита и новые данные по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции – Ко-спонсоры ЮНЭЙДС.
15.30–16.00	<p>Перерыв на кофе</p>
16.00–16.45	<p>Официальное представление инструмента оценки социальной защиты при ВИЧ;</p>
16.45–17.00	<p>Раздача распечатанных материалов по инструменту для ознакомления и сбора информации - домашнее задание.</p>

День 2: [дата]

Время	Мероприятия
09.00–09.30	Напоминание об итогах первого дня работы
09.30–10.30	Работа в группах <ul style="list-style-type: none">▪ Заполнение вопросника по ВИЧ и социальной защите в электронном виде.
10.30–11.00	Перерыв на кофе
11.00–12.30	Работа в группах <ul style="list-style-type: none">▪ Заполнение вопросника в электронном виде. Продолжение работы
12.30–14.00	Обед
14.00–15.30	Работа в группах <ul style="list-style-type: none">▪ Заполнение вопросника в электронном виде. Продолжение работы
15.30–16.00	Перерыв на кофе
16.00–16.30	Представление итогового отчета (Сводный отчет будет сгенерирован автоматически после представления заполненной анкеты). <ul style="list-style-type: none">▪ Вопросы и обсуждение▪ Движение вперед – ЮНЭЙДС / Министерство социального обеспечения / национальный совет по СПИДу / организации гражданского общества.
16.30–17.00	Заключительные замечания <ul style="list-style-type: none">▪ Представитель организации гражданского общества.▪ Обращение странового директора ЮНЭЙДС.▪ Выступление от министерства социального обеспечения▪ Выступление директора национального совета по борьбе со СПИДом

Литература

1. Dehne KL, Dallabetta G, Wilson D, Garnett GP, Laga M, Benomar E, et al. HIV Prevention 2020: a framework for delivery and a call for action. *Lancet HIV*. 2016;3:e323–e332.
2. Gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
3. HIV and social protection guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2011.
4. Rodrigues-Garcia R. Multi-country research on “access” and “effects” of social protection policies and programmes on workers living with HIV and their households: a synthesis report. Geneva: International Labour Organization; 2014.
5. Social protection: advancing the response to HIV. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
6. Guidance note: HIV and social protection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
7. Thornton RL. The demand for, and impact of, learning HIV status. *Am Econ Rev*. 2008;98:1829–1863.
8. McGovern ME, Herbst K, Tanser F, Mutevedzi T, Canning D, Gareta D, et al. A household food voucher increases consent to home-based HIV testing in rural KwaZulu-Natal. Abstract 1102. Presented at the Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, WA, 23–26 February 2015.
9. Yotebieng M. Effectiveness of conditional cash transfers to increase retention in care and adherence to PMTCT services: a randomized controlled trial. Abstract TUA 0202. Presented at the Eighth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Vancouver, 19–22 July 2015.
10. Farber S, Tate J, Frank C, Ardito D, Kozal M, Justice AC, Scott Braithwaite R. A study of financial incentives to reduce plasma HIV RNA among patients in care. *AIDS Behav*. 2013;17:2293–2300.
11. Bradley H, Viall AH, Wortley PM, Dempsey A, Hauck H, Skarbinski J. Ryan White HIV/AIDS program assistance and HIV treatment outcomes. *Clin Infect Dis*. 2016;62:90–98.
12. Thirumurthy, H., Masters, S. H., Rao, S., Murray, K., Prasad, R., Zivin, J. G., ... Agot, K. (2016). The Effects of Providing Fixed Compensation and Lottery-Based Rewards on Uptake of Medical Male Circumcision in Kenya: A Randomized Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 72(Suppl 4), S309–S315. <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001045>.
13. Connecting the Dots: Strategy Note. HIV, Health and Development 2016 – 2021. UNDP 2016.
14. On the Fast-Track to end AIDS: UNAIDS 2016–2021 strategy. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
15. Consolidated guidelines on the use of anti-retroviral drugs for testing and preventing HIV infection: recommendation for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2016.

16. Cluver LD, Orkin MF, Yakubovich AR, Sherr L. Combination social protection for reducing HIV-risk behavior amongst adolescents in South Africa. Presented at the International AIDS Conference, Melbourne, 20–25 July 2014.
17. The world health report: health systems financing—the path to universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.
18. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner’s guide. Washington, DC: World Bank; 2006.
19. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. Geneva: World Health Organization; 2015.
20. World social protection report 2014–15: building economic recovery, inclusive social development and justice. Geneva: International Labour Organization; 2014.
21. Pettigrew LM, Mathauer I. Voluntary health insurance expenditure in low- and middle-income countries: exploring trends during 1995–2012 and policy implications for progress towards universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2016;15:67.
22. Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? No. *Bull World Health Organ*. 2012;90:867–868.
23. Wang H, Pielemeier N. Community-based health insurance: an evolutionary approach to achieving universal coverage in low-income countries. *J Life Sci*. 2012;6:320–329.
24. Boccia D, Hargreaves J, Lönnroth K, Jaramillo E, Weiss J, Uplekar M, et al. Cash transfer and microfinance interventions for tuberculosis control: review of the impact evidence and policy implications, *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011;15(Suppl 2):S37–S49.
25. Torrens AW, Rasella D, Boccia D, Maciel ELN, Nery JS, Olson ZD, et al. Effectiveness of a conditional cash transfer programme on TB cure rate: a retrospective cohort study in Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2016;110:199–206.
26. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2013.
27. Ford N, Matteelli A, Shubber Z, Hermans S, Meintjes G, Grinsztejn B, et al. TB as a cause of hospitalization and in-hospital mortality among people living with HIV worldwide: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 2016;19:20 714.
28. Foster N, Vassall A, Cleary S, Cunnam L, Churchyard G, Sinanovic E. The economic burden of TB diagnosis and treatment in South Africa. *Soc Sci Med*. 2015;130:42e50.
29. “We ask for justice”: Europe’s failure to protect Roma from racist violence. London: Amnesty International; 2014 (<http://www.amnesty.org/en/news/roma-europe-demanding-justice-and-protection-face-violence-2014-04-08>).
30. Innovative Approaches in India: HIV sensitive Social Protection in India, UNDP 2014.

31. Access to and effects of social protection on workers living with HIV and their households: an analytical report. Geneva: International Labour Organization; 2014.
32. Remme M, Vassalla A, Lutz B, Luna J, Watts C. Financing structural interventions: going beyond HIV-only value for money assessments. *AIDS*. 2014;28:425–434.
33. The state of social safety nets 2015. Washington, DC: World Bank; 2015.
34. Social protection for sustainable development: dialogues between Africa and Brazil. Rio de Janeiro: United Nations Development Programme World Centre for Sustainable Development (Rio+Center); 2016.
35. PEPFAR HKID portfolio review: children in the HIV/AIDS epidemic. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2011.
36. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2015.
37. Guidance note on HIV and sex work. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012.
38. Sustainable Development Goals: 17 goals to transform our world. New York: United Nations (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).

ЮНЭЙДС © 2017 г.
Объединенная Программа по ВИЧ/СПИДу Организации Объединенных Наций (ЮНЭЙДС)
Все права сохранены.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения ЮНЭЙДС относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. ЮНЭЙДС не гарантирует, что информация, опубликованная в этом материале, является полностью правильной и не несёт ответственности за любой ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

UNAIDS/JC2879R



Полноправные люди.
Устойчивые страны.



ЮНЭЙДС
Объединенная Программа
ООН по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org