



ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ (ЮНЭЙДС)  
СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

# **СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА: УСИЛЕНИЕ МЕР В ОТВЕТ НА ВИЧ**

Охраняется авторским правом © 2015  
Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)  
Все права защищены

Используемые в данной публикации обозначения и презентация материала не подразумевают выражения какого-либо мнения от лица Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) в отношении правового статуса какой-либо страны, территории, города и региона или их властей, как и в отношении определения и установления их границ. ЮНЭЙДС не дает гарантий того, что представленные в данной публикации сведения являются полным и достоверными, и не несет ответственности за возможный вред, нанесенный в результате их использования.

ЮНЭЙДС / JC2750E

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение	2
Связанная с ВИЧ социальная защита сирот и детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа – Кения: денежные трансферты в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа	4
Связанная с ВИЧ социальная защита людей, живущих с ВИЧ в Индии: улучшение доступа к программам соцзащиты для ВИЧ-положительных граждан	7
Связанная с ВИЧ социальная защита пожилых людей и лиц, находящихся на их иждивении – Объединенная Республика Танзания: Ква Вази – социальная защита пожилых людей и лиц, находящихся на их иждивении в контексте ВИЧ	10
Связанная с ВИЧ социальная защита мигрантов – Таиланд: политика и практика в сфере медицинского страхования для неграждан Таиланда	13
Связанная с ВИЧ социальная защита трансгендерных лиц – Уругвай: правовая защита интересов трансгендерных лиц с помощью системы социальных карт	15
Социальные преобразования для работников секс-индустрии – Кения: «окно надежды» для работников секс-индустрии	17
Связанная с ВИЧ социальная защита сирот и других и детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа – Гондурас: усиление ответных мер в связи со СПИДом при особом внимании к сиротам и другим детям, ставшим уязвимыми в результате СПИДа	19
Связанная с ВИЧ социальная защита людей, живущих с ВИЧ, в Канаде: Комитет за доступное лечение СПИДа	21
Связанная с ВИЧ социальная защита бездомных, живущих с ВИЧ, – США: снижение вреда через предоставление доступного жилья ВИЧ-положительным потребителям наркотиков	23
Связанная с ВИЧ социальная защита людей, живущих с ВИЧ – страны Восточной Европы и Средней Азии: программа работы с клиентами и клиентами в переходном состоянии	26

*Социальная защита включает в себя инициативы государства и частных лиц по предоставлению денежных средств или помощи в натуральной форме людям, испытывающим дефицит ресурсов, защите их от рисков для жизни, повышению социального статуса и обеспечению прав маргинализированных групп населения. Основная цель при этом – снижение экономической и социальной уязвимости таких групп. Социальная защита не сводится к предоставлению помощи в денежной и натуральной форме. Она включает содействие вовлеченности в экономику и трудоустройству, обеспечение доступа к медицинскому страхованию, снижение неравенства и устранение барьеров в сфере профилактики, лечения ухода и поддержки в связи с ВИЧ.*

## Введение

Социальная защита признается решающим условием и инструментом реализации ответных мер в связи с ВИЧ. Именно благодаря мерам соцзащиты возможно воздействовать на социально-экономические причины распространения СПИДа, снизить риски поведения, ведущие к заражению ВИЧ, устранить барьеры доступа к услугам для ВИЧ-положительных лиц и в целом повысить эффективность программ ответных мер в связи с ВИЧ.

Впервые в истории достигнуто общее согласие в том, что в настоящее время выработаны механизмы для того, чтобы к 2030 году покончить с такой угрозой для общества, как эпидемия ВИЧ. Для ускорения достижения этой цели были поставлены следующие срочные задачи, которые предполагается решить к 2020 году:

- Добиться того, чтобы 90% ВИЧ-положительных лиц знали о своем статусе, 90% из знающих о своем ВИЧ-положительном статусе имели доступ к лечению, и 90% из получающих лечение смогли снизить концентрацию вируса в крови («вирусную нагрузку»).
- Снизить число вновь зараженных ВИЧ до общего количества менее 500 тыс. человек.
- Полностью ликвидировать дискриминацию на основании ВИЧ-статуса.

Эти целевые показатели преобразованы в конкретные промежуточные вехи и конечные цели в рамках Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), направленной на обеспечение нулевого уровня новых заражений ВИЧ, нулевого уровня дискриминации и нулевой смертности от СПИДа.

Ускоренный подход основан на расширении масштабов уже зарекомендовавших себя программ для жителей особо уязвимых стран и территорий. Дополнительные усилия требуются в 35 странах (15 из них расположены в Восточной и Южной Африке), на долю которых приходится 90% новых заражений ВИЧ. Доказавшие свою эффективность программы включают в себя лечение ВИЧ-положительных людей, которое значительно продлевает срок их жизни и снижает риск распространения ВИЧ за счет снижения вирусной нагрузки людей, живущих с ВИЧ. Однако, такие программы не сводятся к оказанию медицинских услуг. Они включают пропаганду использования презервативов, изменение распространенных моделей поведения, добровольное медицинское обрезание у мужчин и другие программы, уже подтвердившие свою эффективность в снижении уровня ВИЧ-инфекции в основных группах населения, которым грозит повышенный риск. При комбинировании с социальными и структурными подходами, в частности – с мерами соцзащиты, эффективность вышеперечисленных программ значительно повышается (1).

Перед лицом конкурирующих друг с другом приоритетных задач в условиях ограниченных ресурсов ответные меры в связи с ВИЧ должны базироваться на использовании эффекта синергии, объединяя бюджетные средства, межведомственное финансирование и совместное планирование социальных программ и программ, связанных с ВИЧ. Такое объединение программ предоставляет возможности подключения к новым потокам ресурсов и расширяет зону ответных мер в связи с ВИЧ, подключая к ним новые группы населения, в настоящее время не получающие подобной поддержки. Взаимная интеграция программ соцзащиты и программ по ВИЧ также содействует признанию и защите прав людей, живущих с ВИЧ и пострадавших от ВИЧ.

Представленные в данном документе десять тематических исследований показывают, как программы социальной защиты работают на профилактику, лечение, уход и поддержку в связи с ВИЧ. В частности, из данных исследований видно, каким образом социальная защита дополняет ответные меры в связи с ВИЧ, улучшая доступ к соответствующим услугам для всех людей, включая самых маргинализированных и исключенных из общества\*. Исследования также показывают, что при тщательной организации и эффективном управлении программы соцзащиты дают возможность оказать необходимую помощь наиболее уязвимым слоям населения.

Тематические исследования отражают разнообразие направлений деятельности, объединенных в рамках программ социальной защиты. Некоторые программы являются непосредственно **связанными с ВИЧ программами социальной защиты**, которые проводятся среди самых широких слоев населения, но сфокусированы на потребностях людей, живущих с ВИЧ (или пострадавших в связи с ВИЧ). В эту категорию попадают материалы из Кении (где программа денежных трансфертов содействует защите подростков от ВИЧ), Индии (где работают над расширением социальных программ для включения в них ВИЧ-положительных граждан) и Объединенной Республики Танзания (где усиливают программу социальной помощи пожилым людям и лицам, находящимся на их иждивении). Примеры программ такого рода также демонстрируют Таиланд (где расширена схема медицинского страхования, в которую теперь включены и неграждане Таиланда) и Уругвай (где внедряется программа правовой защиты трансгендерных лиц).

Другие программы социальной защиты направлены на **общественные преобразования** путем трансформации отношения общества, внедрения политики и правовых реформ для защиты прав людей, живущих с ВИЧ, женщин и основных групп населения, которым грозит повышенный риск. Программа для работников секс-индустрии в Кении представляет мощный пример социальных преобразований в действии.

Существуют также **программы соцзащиты, направленные конкретно на людей, живущих с ВИЧ**. Примером таких программ являются проводимые в Гондурасе ответные меры в связи с ВИЧ. Они предназначены для детей, ставших уязвимыми или осиротевших в следствии СПИДа. Материал из Северной Америки посвящен Комитету за доступное лечение СПИДа в Канаде и программе снижения вреда через предоставление доступного жилья ВИЧ-положительным потребителям наркотиков в США. В конце представлено тематическое исследование из стран Восточной Европы и Средней Азии, в котором описывается эффект от программ предоставления бесплатных связанных с ВИЧ услуг и стимулирования необходимых изменений в отношении общества, а также программ поддержки людей, живущих с ВИЧ или проходящих лечение в связи с туберкулезом (ТБ).

Очевидно, что программы социальной защиты играют ключевую роль в устранении элементов общественного неравенства и экономических факторов, способствующих распространению СПИД. Именно такие программы обеспечивают эффективность ответных мер в связи с ВИЧ. Из представленных тематических примеров можно узнать немало полезной информации для будущей работы в различных странах мира по усилению социальной защиты наиболее уязвимых слоев населения – и наиболее уязвимых с точки зрения ВИЧ.

\* Основные группы населения с повышенным риском заражения ВИЧ обозначают тех, кто вероятнее всего может иметь контакт с источником ВИЧ или передавать ВИЧ. Их привлечение является залогом успеха мер в ответ на ВИЧ, т. е. они играют ключевую роль как в развитии эпидемии, так и в ответных мерах. В большинстве случаев мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, транс-гендерные лица, потребители инъекционных наркотиков, работники секс-бизнеса и их клиенты подвержены повышенному риску контакта с источником ВИЧ по сравнению с другими людьми. Однако, каждая страна должна самостоятельно определить конкретные группы населения, которые играют ключевую роль в эпидемии и предпринимаемых ответных мерах, с учетом эпидемиологической и социальной обстановки.

## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СИРОТ И ДЕТЕЙ, СТАВШИХ УЯЗВИМЫМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ СПИДА

### Кения: денежные трансферты в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа

#### *Контекст*

Использование денежных трансфертов в целях профилактики ВИЧ/СПИДа вызывает все больший интерес в странах Африки, а база данных о реализации таких программ растет. Многие масштабные программы безусловных денежных трансфертов, ориентированные на снижение уровня бедности и помощь малоимущим семьям и реализуемые в восточной и южной Африке, демонстрируют впечатляющие успехи именно в сфере профилактики ВИЧ и снижения рисков заражения, а также обеспечивают расширенный доступ к лечению СПИДа и туберкулеза. Кроме того, некоторые проекты подтверждают, что обусловленные и безусловные денежные трансферты могут содействовать отсрочке начала половой жизни, снижению заболеваемости ВИЧ и распространению инфекций, передаваемых половым путем, среди молодых женщин.

Обусловленные денежные трансферты требуют определенных действий от их получателей, например, направление детей в школу или обеспечение прививок для детей. Неусловные денежные трансферты не накладывают каких-либо обязательств на получателей. Тем не менее, два недавних исследования программ денежных трансфертов в Южной Африке (CAPRISA 007 - программа Центра исследований СПИДа в Южной Африке и HPTN 068 – программа Сети исследований профилактики ВИЧ инфекций) не показали эффекта на снижение числа случаев ВИЧ инфекций, хотя и продемонстрировали снижение на 30% HSV2 (HSV2 – маркер половой активности) и повышение роли образования в защите от ВИЧ инфекций. По результатам исследования HPTN 068 девочки, которые посещали менее 80% занятий, были подвержены большему риску заражения ВИЧ, чем их ровесницы, посещавшие более 80% занятий (2).

Одна из таких программ в Кении – программа денежных трансфертов в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа – является крупной финансируемой правительством программой безусловных денежных трансфертов, которая охватывает крайне бедные семьи с ограниченным доступом к рынку труда. Одна из ее целей – снизить риск моделей поведения, ведущего к заражению ВИЧ, среди молодежи от 15 до 25 лет (как мужского, так и женского пола). Это наиболее масштабная программа соцзащиты в Кении. Семья относится к категории крайне бедных, если у нее нет средств на удовлетворение базовых потребностей, в том числе на приобретение еды и основных непродовольственных товаров (мыла, одежды). Семья относится к категории семей с ограниченным доступом к рынку труда, если отношение ее способных работать членов к не способным работать членам превышает 3.

Семья имеет право участвовать в программе на основе таких критериев, как бедность и наличие по крайней мере одного сироты или слаботзащищенного ребенка. Таким семьям предоставляется ежемесячное пособие в сумме около 23 долларов США, выплачиваемое напрямую лицу, осуществляющему уход за детьми. Такие денежные трансферты не привязаны к каким-либо обязательным требованиям или штрафным санкциям, хотя осуществляющие уход лица получают информацию о том, что выдаваемые деньги предназначены непосредственно для поддержки детей.

#### *Подход*

Программа считается одной из форм социальной защиты слоев, уязвимых с точки зрения ВИЧ инфекций. Акцент делается на семьях и детях, страдающих от ВИЧ и других инфекций. Программа доказала свое влияние на результаты показателей ВИЧ. Среди таких показателей – отсрочка начала половой жизни и улучшение психического здоровья среди молодежи, что является благоприятным фактором с точки зрения принятия более здоровых и безопасных (с точки зрения ВИЧ) моделей поведения.

## *Охват программой*

В настоящее время программой охвачены 150 380 домохозяйств, в которых имеется хотя бы один сирота или слаботзащищенный ребенок в возрасте до 18 лет. Основное внимание уделяется ответным мерам в связи с бедностью и уязвимостью, поддержке домохозяйств, в которых ведется уход за сиротами. Это способствует посещению такими детьми школ, гарантирует им доступ к услугам здравоохранения и другим социальным услугам.

## *Эффект от программы*

На основе финансирования от Национального института психического здоровья исследователи из университета Северной Каролины в Чепел Хилл в 2011 году собрали данные о домохозяйствах. Эти данные включали в себя описание моделей сексуального поведения и психического здоровья не более, чем у трех членов семьи в возрасте 15—25 лет (2). Исследование выявило, что среди исследуемых лиц данной возрастной группы вероятность уже состоявшегося начала половой жизни была на 23% ниже у тех, кто являлись участниками данной программы соцзащиты по сравнению с их ровесниками из семей, не получавших денежные трансферты в рамках этой программы.

В частности, исследование показало следующее: среди тех молодых людей, кто уже вел половую жизнь, вероятность наличия трех и более половых актов без средств контрацепции за предыдущие три месяца у членов семей, получавших денежные трансферты, была на 11% ниже, чем в семьях, не получавших такую помощь. Среди молодых женщин, уже начавших жить половой жизнью, вероятность наличия более двух сексуальных партнеров за предшествующие 12 месяцев была на 7% меньше для женщин из получавших денежные трансферты семей. Программа также оказала положительное влияние на состояние психического здоровья молодых людей: у тех из них, кто проживал в получавших денежные трансферты семьях, вероятность депрессивных синдромов была на 15% меньше, а вероятность получить выше среднего балла по шкале Хоупа была на 19% выше (показатель свободы выбора и веры в собственные силы). И наконец, вероятность беременности у молодых женщин из получавших денежные трансферты семей была на 5% ниже, чем у их ровесниц из не участвовавших в программе семей.

Все эти положительные сдвиги наблюдались потому, что молодежь из получавших материальную помощь семей могла посещать школы, что способствовало их более безопасному и здоровому переходу во взрослое состояние.

Поскольку участие в этой программе не связано с выполнением получателями средств каких-либо условий, реализация такой программы легче, чем программ обусловленных денежных трансфертов. Нет необходимости осуществлять мониторинг и обеспечивать соблюдение необходимых условий. Концепция программы и подход к ее реализации во многом сходны с другими национальными программами денежных трансфертов, поэтому распространение опыта Кении возможно по всему африканскому континенту.

## *Финансирование и управление*

Управление и реализация программы денежных трансфертов в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа, в Кении возложены на Департамент услуг для детей Министерства труда, социальной защиты и услуг. Бюджет формируется за счет налоговых поступлений (32%), кредитов на развитие (39%) и программ помощи от иностранных государств и организаций (29%). Основные партнерские организации – это Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), Продовольственная и сельскохозяйственная организация ООН, Министерство международного развития Великобритании, Всемирный банк, университет Северной Каролины и Фонд помощи детям (Save the Children).

Правительство Кении финансирует расширение программы, которое позволит увеличить число участвующих домохозяйств до 300 тысяч. Правительство также движется в сторону введения Национальной системы социальной защиты, в рамках которой описанная программа денежных трансфертов в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа, станет одним из компонентов. Общую координацию программ осуществляет Секретариат социальной защиты в составе Министерства труда, социальной защиты и услуг.

### *Более подробная информация*

Программа денежных трансфертов в пользу сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа, в Кении (CT-OVC). В составе Transfer Project (интернет-сайт). Центр населения университета Северной Каролины (<http://www.crc.unc.edu/projects/transfer/countries/kenya>, от 7 октября 2015 г.).



## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

### Индия: улучшение доступа к программам соцзащиты для ВИЧ-положительных граждан

#### *Контекст*

Эпидемия ВИЧ в Индии сконцентрирована в основных группах населения с повышенным риском заражения ВИЧ, в частности – среди работников секс-индустрии женского пола, потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц и мигрантов. По различным оценкам число ВИЧ-положительных довольно высоко и составляет 2,1 млн человек (4). Однако при таком большом числе людей, живущих с ВИЧ, реализация специализированных программ для них и включение их в социальные программы представляет непростую проблему из-за невысокого коэффициента частоты заболевания: среди взрослого населения она превышает 1% только в одной трети из 606 округов страны, заболевание сконцентрировано в основных группах населения с повышенным риском заражения ВИЧ, которые не включены в жизнь общества и не являются предметом большого внимания политических деятелей.

Национальные ответные меры в связи с ВИЧ нельзя рассматривать изолированно от других социальных программ, особенно в свете 12-летнего плана правительства Индии, в центре которого – вовлечение различных слоев населения в общественно-политическую жизнь и обеспечение устойчивого экономического роста. Такие стратегические цели обуславливают увеличение финансирования программ ответных мер в связи с ВИЧ и необходимость оптимизировать ресурсы за счет интеграции и сотрудничества различных министерств. При таком сценарии социальная защита становится важнейшим политическим инструментом для содействия местным сообществам, укрепления их устойчивости к экономическим потрясениям и колебаниям доходов.

#### *Подход*

Для реализации социальных программ и включения в них людей, живущих с ВИЧ, используется трех-целевая стратегия. Она основана на использовании накопленного опыта работы по уже существующим схемам и программам соцзащиты, среди которых можно выделить следующие:

- Уже существующие схемы социальной защиты, предоставляющие пенсионное обеспечение, доступ к бесплатному здравоохранению, стипендии для облегчения доступа к образованию и другие льготы для слаботзащищенных групп населения (включая вдов), были модифицированы с целью добавления к ним специализированных услуг для людей, живущих с ВИЧ.
- Акцент на особых потребностях людей, живущих с ВИЧ, (включая доступ к специализированному лечению, продовольственную поддержку и улучшение источников существования) был сделан в рамках уже существующих программ соцзащиты. Были разработаны каналы доступа к подобным услугам, которыми люди, живущие с ВИЧ, могут воспользоваться без стигматизации и дискриминации (в том числе, снято требование обязательного раскрытия своего статуса ВИЧ-положительного).
- Люди, живущие с ВИЧ, были включены в число получателей различных льгот по социальным программам. Некоторые из таких программ не потребовали для этого серьезных изменений, просто люди, живущие с ВИЧ, были включены в списки таких получателей.

#### *Охват программой*

Защита прав и интересов людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время ведется как на общенациональном уровне, так и на уровне штатов. Благодаря этому многие схемы и программы были либо инициированы, либо модифицированы. Это включает доступ к здравоохранению, лечению ВИЧ/

СПИДа, продовольственную поддержку и обеспечение полноценным питанием, социальную защиту, улучшение условий жизни, правовую поддержку и работу с жалобами населения. По указанию Государственного совета по СПИДу были внесены изменения в 35 программ социальной защиты на уровне штатов и на общенациональном уровне. На декабрь 2013 года более 600 тысяч людей, живущих с ВИЧ, являлись участниками этих программ.

Одним из успешных примеров является Национальный пенсионный фонд для вдов имени Индиры Ганди в штате Раджастан. Раньше его деятельность охватывала только вдов в возрасте от 40 лет и старше. Теперь он был модифицирован и оказывает услуги вдовам в возрасте свыше 18 лет. Это позволило оказывать помощь более молодым вдовам, включая ВИЧ-положительных лиц. По первоначальной схеме фонд не оказывал помощи вдовам, у которых был хотя бы один ребенок мужского пола, достигший 25 лет. Теперь это условие отменено для тех женщин, кто овдовел в результате ВИЧ/СПИДа, и теперь они получают пенсию пожизненно. Всего на территории данного штата помощь фонда сейчас (на 2013 год) получают более 18 тыс. ВИЧ-положительных вдов.

Этому примеру последовали многие штаты: к 2013 году в тех штатах, где была введена модифицированная схема пенсий для вдов, в нее дополнительно были включены примерно 24 850 женщин. Кроме того, на уровне штатов расширяются программы компенсации транспортных расходов людям, живущим с ВИЧ: в 2013 году получателями льгот стали 213 тыс. человек (для сравнения: в 2010 году такие программы охватывали 31 тыс. чел.).

### *Эффект от программы*

Модификация существующих программ социальной защиты позволила расширить охват до 600 тыс. человек. К концу 2013 года 52% людей получали социальные услуги / льготы хотя бы по одной из таких программ. Всего было подано заявлений на льготы на сумму 15 млн долларов США. В случае с пенсионной схемой для вдов, реализуемой Национальным фондом имени Индиры Ганди, эти изменения помогли снизить неблагоприятное воздействие ВИЧ на уровне домохозяйств за счет включения ВИЧ-положительных вдов в число получающих пенсии. Другие изменения обеспечили дополнительные льготы (например, талоны на питание, жилье, стипендии и медицинские услуги). Кроме того, предоставляются займы на льготных условиях для открытия собственного бизнеса, получения образования и другими.

Помимо вышеперечисленных льгот, программы соцзащиты предоставляют участникам преимущества нефинансового характера. Например, 33% участников через такие программы впервые в жизни получили паспорта (национальные карты идентификации личности). Это позволило людям, ранее официально не признаваемыми в качестве граждан, имеющим право на социальную защиту, подтвердить гражданство и свои права. Работа по предоставлению социальной защиты была упорядочена, реализация программ была поручена примерно 45 неправительственным организациям (НПО) и организациям местных сообществ, работающим с основными группами населения с повышенным риском заражения ВИЧ. Со стороны государства вопросами социальной защиты людей, живущих с ВИЧ, занимаются около 10 министерств и департаментов.

### *Финансирование и управление*

Усилия по совершенствованию системы социальной защиты в Индии финансируются гражданским обществом, Департаментом контроля СПИДа, основными министерствами и Программой развития Организации Объединенных Наций (ПРООН). Программа расширения соцзащиты и повышения ее устойчивости в основном была реализована через Департамент контроля СПИДа. Финансирование текущих планов работ всех агентств контроля СПИДа на уровне штатов имеет существенную бюджетную составляющую по статьям, связанным с социальной защитой.

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Признание ВИЧ-инфекции хроническим заболеванием и особые резервы, выделяемые на ответные меры в связи с ним в рамках основных схем социальной защиты, способствовало расширению доступа людей, живущих с ВИЧ, к таким схемам (которые раньше были рассчитаны только на отдельные узкие группы населения). Условия предоставления льгот людям, живущим за чертой бедности, обеспечили доступ людей, живущих с ВИЧ, к централизованным субсидиям на питание.

Во многом включению людей, живущих с ВИЧ, в схемы соцзащиты способствовало то, что в эти схемы была интегрирована деятельность консультантов по ВИЧ, центров анализа на ВИЧ и антиретровирусной терапии. Это также привело к формированию более благоприятного отношения к людям, живущим с ВИЧ, со стороны общества, к уменьшению случаев дискриминации. Участие центров правовой поддержки в реализации схем соцзащиты способствовало решению многих юридических вопросов и ускорило процесс обращения за социальными льготами.

В развитии схем соцзащиты огромную роль играют общественные силы, НПО и общества контроля СПИДа. Немаловажную роль сыграли и усилия государственных министерств и департаментов, окружных администраций и институтов местного самоуправления.

Можно также отметить несколько факторов, послуживших основными препятствиями в работе по совершенствованию системы социальной защиты. Это процедурные вопросы – ограничивающие критерии отбора участников социальных программ, сложные процедуры подачи заявлений на получение льгот, задержки с выплатами и альтернативные издержки. Они препятствовали включению людей, живущих с ВИЧ, в число участников схем соцзащиты или отрицательно влияли на реализацию доступных им льгот. Проблемы с управлением и администрированием (задержки, утечки ресурсов, недостаточное качество услуг) также обостряли противоречия внутри действовавших схем. Негативное отношение общества к людям, живущим с ВИЧ, и высокий уровень их дискриминации сказывались на предоставлении им социальной защиты, как и недостаток данных о таких людях (особенно дифференцированных по полу), затруднявший анализ моделей применения схем соцзащиты.

## *Более подробная информация*

Инновационные подходы – система социальной защиты в Индии с включением в нее людей, живущих с ВИЧ. Бангкок: UNDP, 2014:

[http://www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/hiv\\_aids/innovative-approaches---hiv-sensitive-social-protection-in-india.html](http://www.asia-pacific.undp.org/content/rbap/en/home/library/hiv_aids/innovative-approaches---hiv-sensitive-social-protection-in-india.html), от 29 мая 2015 г.

## **СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ИХ ИЖДИВЕНИИ**

### **Объединенная Республика Танзания: Ква Вази – социальная защита пожилых людей и лиц, находящихся на их иждивении в контексте ВИЧ**

#### *Контекст*

Кагера расположена в Объединенной Республике Танзания, неподалеку от границ с Угандой и Руандой. Она оказалась одной из первых областей Центральной Африки, значительно пораженной эпидемией ВИЧ. Здесь был отмечен особенно высокий уровень распространенности ВИЧ и высокая смертность от СПИДа. Несколько лет потребовалось на то, чтобы понять: одним из последствий эпидемии ВИЧ стал недостаток средств к существованию, затрагивающий всю семью. Еще больше времени потребовалось, чтобы понять, что наиболее уязвимыми членами семей чаще всего оказываются пожилые люди. Это происходило не только потому, что после смерти родителей они оказывались в роли тех, кто воспитывал оставшихся сирот, но и в результате быстрого разрушения традиционных систем поддержки.

Ква Вази – небольшая частная общественная организация – была основана в конце 2003 года. В 2008 году она провела исследование среди 108 участников старше 60 лет, выбранных по случайному принципу. Результаты показали, что каждый из них вырастил в среднем по 6 детей, из которых на момент исследования в живых оставались в среднем трое. При этом очень мало детей были в состоянии помогать своим родителям; большинство выживших переехали в города либо жили за чертой бедности.

#### *Подход*

Ква Вази занимается социальной защитой людей, живущих с ВИЧ. Начав с программ небольшого масштаба, организация оказывала поддержку небольшому числу пожилых людей и находящихся на их иждивении лиц путем выдачи социальных пенсий и пособий на детей. Ква Вази также проводила исследования среди крайне бедных пожилых людей и семей, в которых отсутствовало среднее поколение, т. е. в той области, которая в современной литературе до этого оставалась без внимания. За несколько лет организация разработала несколько дополнительных элементов к программе поддержки и социальной защиты таких семей. При содействии со стороны международных НПО и правительственных организаций Ква Вази смогла расширить свою сеть.

#### *Охват программой*

Вначале Ква Вази реализовывала свою программу в небольшом административном районе округа Мулеба (Ншамба), затем в нее были включены и другие районы. Основное внимание уделялось семьям, в которых отсутствовало среднее поколение. Для них были разработаны специальные меры по поддержке детей. Главным критерием для включения в программу было не наличие ВИЧ инфекции, а степень бедности и социальной уязвимости (которые определялись на основе таких показателей, как возраст, состояние здоровья, жилищные условия и состояние земельного участка, а также количество детей, которых воспитывали пожилые люди).

К концу 2013 года пенсии и детские пособия получали 1100 пожилых людей, на попечении которых находилось в целом 700 детей. 950 пожилых людей стали членами 78 групп взаимной поддержки, в которых также участвовало большинство детей.

В рамках дополнительных программ организация Ква Вази обучала людей мерам по оказанию первичной медицинской помощи своим согражданам, методам самообороны и самозащиты, обеспечивала доступ к медицинским учреждениям (например, клиникам по лечению глазных болезней) и осуществляла правовую поддержку.

## *Эффект от программы*

Проведенное в 2008 году исследование среди получавших поддержку в рамках программы показало существенное снижение уровня бедности, улучшение питания и психологического благополучия, а также некоторое улучшение состояния здоровья (5). Получавшие денежные трансферты пожилые люди лучше взаимодействовали с членами семей, соседями и другими членами общины. Детям, растущим в таких семьях, приходилось выполнять меньше работы, что улучшало их возможности для получения образования.

В 2012 году исследование Марбургского университета выявило признаки стабилизации доходов населения благодаря пенсиям и группам взаимной поддержки, являвшимся решающим элементом в укреплении человеческого капитала пожилых людей (6). В 2014 году организация по защите интересов пожилых людей Help Age International провела исследование результативности пенсионных программ в удаленных регионах. Результаты исследования подтвердили повышенную уязвимость пожилых людей и то критическое значение, которое выплата пенсий имеет для них и для лиц, находящихся на их иждивении (7).

## *Финансирование и управление*

Ква Вази Танзания – НПО, зарегистрированная по месту деятельности, во главе ее стоят местные руководители, консультативную поддержку оказывает вышедший на пенсию эксперт по международному развитию.

Основная программа организации – пенсионная – финансируется организациями Ква Вази Швейцария и Help Age Германия. Обе организации планируют продолжать финансирование до тех пор, пока правительство Объединенной Республики Танзания не реализует свои обещания о внедрении национальной системы пенсионного обеспечения.

Программы Ква Вази Танзания по дополнительной поддержке детей, находящихся на попечении пожилых людей, финансируются различными донорскими организациями, в частности – фондами Firelight, Novartis и Symphasis.

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Пенсии и детские пособия сразу же оказывают значительное влияние на те семьи, которые их получают. Денежные трансферты (в зависимости от начального уровня семьи) снижают уровень крайней нищеты: предотвращают «сползание» семьи в крайнюю нищету либо являются решающим элементом для преодоления черты бедности.

Оценки экспертов Ква Вази показывают, что в ситуации широко распространенной бедности те социальные программы, которые разработаны для конкретных получателей (например, людей, живущих с ВИЧ), терпят неудачу. Для эффективности программ необходимо учитывать более широкую систему поддержки семьи и сообщества, на которую полагаются наиболее социально уязвимые лица.

Для усиления воздействия такого подхода очень важным было сотрудничество Ква Вази с другими, более широкими общественными сетями, в частности – с организацией по защите интересов пожилых людей Help Age Танзания. У более крупных общественных организаций имеются налаженные отношения с соответствующими министерствами и рабочими группами на национальном уровне.

### *Более подробная информация*

Ква Вази [интернет-сайт]. Берн: Ква Вази Швейцария  
(<http://www.kwawazee.ch/index.php/en-uk/start>, от 7 октября 2015 г.).

## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА МИГРАНТОВ

### Таиланд: политика и практика в сфере медицинского страхования неграждан Таиланда

#### *Контекст*

По оценкам специалистов, в Таиланде находятся примерно 3 млн мигрантов и лиц на их иждивении. Примерно 1,8 млн из них нигде не зарегистрированы. В сентябре 2013 года правительство Таиланда запустило Программу обязательного медицинского страхования мигрантов, которая расширила действующую национальную Программу обязательного медицинского страхования, включив в нее людей, работающих в Таиланде, но не являющихся гражданами страны. Программа разработана таким образом, чтобы охватить всех мигрантов вне зависимости от того, зарегистрированы они или нет. Это сделано за счет введения карт медицинского страхования, которые любой мигрант может купить в учреждении здравоохранения. Срок действия такой карты – один год со дня приобретения. Благодаря ей мигранты получают доступ к определенным медицинским услугам, включая охрану материнства и лечение ВИЧ.

#### *Подход*

Введение полисов медицинского страхования для мигрантов – это социальная инициатива, связанная с ВИЧ. Она основана на существующих механизмах и практиках действующей универсальной схемы медицинского страхования и обеспечивает интеграцию медицинского обслуживания людей, живущих с ВИЧ, в пакет медицинских услуг для мигрантов.

Такая политика реализуется в общенациональном масштабе за счет совместных усилий государственных органов (таких как Департамент медицинских услуг и Бюро администрации здравоохранения при Управлении Постоянного секретаря Министерства здравоохранения), НПО (Фонд РАКС Таиланда и Фонд защиты прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом), в том числе – работающих по грантам Всемирного фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также различных организаций под эгидой ООН (Международная организация по миграции).

#### *Охват программой*

Инициатива в основном сосредоточена на обеспечении доступа к первичным услугам здравоохранения для зарегистрированных и незарегистрированных мигрантов, включая беременных женщин с ВИЧ. Пакет первичных услуг включает индивидуальное консультирование, анализы и антиретровирусную терапию.

#### *Эффект от программы*

Введение Программы обязательного медицинского страхования мигрантов стало важным шагом на пути снижения неравенства в доступе к здравоохранению и обеспечения равного доступа к медицинским услугам, включая услуги, связанные с ВИЧ, для людей, работающих в Таиланде, но не являющихся гражданами страны.

В первые три месяца после запуска программы 63,5 тысячи мигрантов приобрели карты медицинского страхования и получили доступ к качественному медицинскому обслуживанию. К марту 2014 года уровень охваченных мигрантов оценивался уже на уровне 140 тысяч.

## *Финансирование и управление*

Министерство здравоохранения Таиланда управляет и координирует реализацию Программы обязательного медицинского страхования мигрантов. Программа разработана таким образом, чтобы в конечном итоге стать самоокупаемой за счет платы за страховые карты.

В настоящее время стоимость страховой карты, действующей 365 дней, для детей в возрасте до 7 лет составляет 365 таиландских батов (10,9 долларов США), а для взрослых и детей старше 7 лет – 2800 батов (83,6 долларов США).

Предполагается, что программа станет самоокупаемой, когда число участников превысит 200 тыс. человек.

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Главнейшим фактором успеха описанной здесь инициативы стала готовность к ее реализации на самом высоком политическом уровне. Премьер-министр страны продемонстрировал личную приверженность к реализации Программы, а все соответствующие министерства были должным образом задействованы в этом.

Для перевода такой готовности и приверженности в практическую плоскость очень полезным оказался механизм партнерства. Институты гражданского общества и местные сообщества поддерживали предложения о расширении Программы медицинского страхования для охвата мигрантов. Совместно с правительственными организациями они работали над детальной разработкой такой схемы страхования и ее реализацией. Такая работа получила поддержку и со стороны международных организаций. При реализации политики на общенациональном уровне такое сотрудничество продолжилось с подключением органов местного самоуправления, что позволило использовать возможности на местах для анализа и устранения трудностей.

Мигранты являются мобильными группами, что представляет проблему в обеспечении постоянного доступа к медицинским услугам, особенно к лечению. Стимулировать мигрантов к соблюдению правил лечения помогают совместные усилия органов здравоохранения и организаций на базе местных сообществ.

Для обеспечения непрерывности доступа к медицинским услугам для этих групп населения требуется двустороннее и многостороннее сотрудничество стран данного региона. Например, уже были предприняты важные шаги по укреплению сотрудничества в этой области между Таиландом и Мьянмой. Таиланд, Народная Демократическая Республика Лаос и Камбоджа также ведут совместные действия в этом направлении.



## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ

### Уругвай: правовая защита интересов трансгендерных лиц с помощью системы социальных карт

#### *Контекст*

Первая программа социальной защиты в Уругвае для трансгендерных лиц называется Tarjeta Uruguay Social (TUS). Трансгендерные лица относятся к группам повышенного риска заражения ВИЧ. Программа является частью государственной системы социальной защиты и направлена на борьбу с крайней нищетой, неравенством и социальной изоляцией трансгендерных лиц. До начала этой программы система социальной защиты охватывала только беременных женщин и семьи с детьми младше 18 лет, проживающих за чертой бедности. Большинство трансгендерных лиц (из которых 99% трансгендерные женщины) ранее квалифицировались как мужчины без детей, и поэтому не были охвачены программой соцзащиты.

#### *Подход*

Данная программа не является программой соцзащиты, направленной конкретно на людей, живущих с ВИЧ. Скорее, она имеет целью защиту прав и интересов определенной группы людей (трансгендерных лиц) и на трансформацию отношения к ним в обществе, на преодоление неравенства и социальной изоляции одной из наиболее уязвимых групп населения, которым грозит повышенный риск, в Уругвае. Программа предусматривает ежемесячные денежные трансферты в размере 30 долларов США на покупку жизненно необходимых товаров – продуктов питания, мыла, стиральных порошков – в тех магазинах, которые участвуют в реализации программы.

#### *Охват программой*

Программа охватывает всех трансгендерных людей, проживающих в Уругвае и имеющих право стать участником TUS. В настоящее время программой охвачено 1088 человек (оцениваемая численность трансгендерных лиц в Уругвае составляет 1200-1500 человек).

#### *Эффект от программы*

Начиная с введения Программы в действие в сентябре 2012 года официальной оценки результатов ее реализации не проводилось, но уже сейчас можно подвести некоторые итоги.

Программа обеспечивает символическое признание прав и интересов социальной группы, которая долгое время находилась в общественной изоляции и была предметом стигматизации и дискриминации. В прошлом взаимодействие трансгендерных лиц с государством сводилось к лечебным учреждениям и полиции, но сегодня им предоставлен доступ к государственной поддержке в рамках более широкой системы социальной защиты.

Собранные в процессе реализации программы TUS данные могут быть полезными для других программ, таких как изменение имени и пола в государственных реестрах, расширение доступа к обучению и трудоустройству трансгендерных лиц. Кроме того, проводится сбор данных о частоте заболеваемости ВИЧ среди них. Эти данные помогут более эффективно распределять ресурсы и планировать специализированные программы для людей, живущих с ВИЧ, с включением в них данной группы, которой грозит повышенный риск.

Наконец, в рамках программы более 1200 трансгендерных лиц прошли тренинги в области сексуального разнообразия и недопущению дискриминации. Такие тренинги знакомят трансгендерных лиц с их правами.

## *Финансирование и управление*

Управление программой TUS осуществляет Министерство социального развития через 35 отделений по всей стране. Финансирование выделяется из национального бюджета в рамках программы карт социального страхования (общий объем ежегодного финансирования данной программы – 50 млн долларов США, из которых 397 тыс. долларов целевым назначением выделяется на программу TUS).

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Уругвайские организации лесбиянок, гомосексуалистов, бисексуалов и трансгендерных лиц сходятся в том, что трансгендерные лица – это группа, в наибольшей степени подверженная социальной изоляции в семьях, при обучении, на рабочих местах и в учреждениях здравоохранения. Частично это связано с тем, что в целях выживания трансгендерные лица обычно являются работниками секс-индустрии.

*Постановление о социальной политике 2010 года* ставит во главу угла парадигму защиты прав человека. С этой точки зрения трансгендерные лица являются одной из наиболее уязвимых социальных групп. Карта программы TUS, разработанная при участии организаций трансгендерных лиц, является составной частью Программы по социальной политике и сексуальному многообразию Министерства социального развития Уругвая.

Организации, защищающие права и интересы сексуальных меньшинств, стали развиваться именно в трансгендерном сообществе, и в стране началась общенациональная кампания по изменению отношения общества к таким людям и по устранению стигматизации. Широкую популярность в стране приобрел Парад за сексуальное многообразие, в котором принимают участие несколько организаций трансгендерных лиц. Эта акция фактически знаменует собой защиту прав сексуальных меньшинств, благодаря ей стало возможным принятие законов, разрешающих смену имени и пола, а также браки между представителями сексуальных меньшинств.

## СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ СЕКС-ИНДУСТРИИ

### Кения: «окно надежды» для работников секс-индустрии

#### *Контекст*

Основным фактором, способствующим развитию эпидемии ВИЧ в Кении, является передача вируса иммунодефицита человека половым путем. Численность женщин, занятых в секс-индустрии в Кении, оценивается в 138 тыс. человек, и вирусная нагрузка среди них очень велика: доля ВИЧ-положительных составляет 45,1% (8). Численность занятых в секс-индустрии мужчин и их ВИЧ-нагрузка неизвестны, но есть основания полагать, что и в этой популяции цифры достаточно высокие. Работники секс-индустрии в Кении часто сталкиваются с нарушением их прав, в том числе – с физическим и сексуальным насилием, моральным унижением, изнасилованиями и вымогательством. Несмотря на это, большее число проектов и программ, реализуемых для работников секс-индустрии, сосредоточены исключительно на профилактике и лечении ВИЧ/СПИДа, хотя существуют документированные доказательства прямой связи между насилием и ВИЧ инфекциями. Поэтому необходим комплексный подход, основанный на обеспечении соблюдения прав человека и защищающий работников секс-индустрии и от насилия, и от ВИЧ.

Среди работников секс-индустрии сформировались определенные стереотипы относительно различных участвующих в коммерческом сексе сторон, включая их клиентов, полицейских и владельцев баров. В результате они склонны к внутреннему принятию того «клейма позора», которое общество накладывает на работников секс-индустрии. Это ведет к формированию у них негативного отношения к их занятию и чувства тревоги, что часто служит причиной депрессий, отсутствия самоуважения и недостаточной уверенности в своих силах. Много проблем и в отношениях между работниками секс-индустрии и силами полиции, они часто характеризуются притеснениями, насилием, унижением, репрессиями и страхом.

Организация по защите прав и поддержке женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, была основана в 1998 году в целях лоббирования принятия соответствующей государственной политики и официального признания прав таких женщин в Кении. В руководство организации входят как работники секс-индустрии, так и люди, не связанные с ней.

#### *Подход*

Организация по защите прав и поддержке женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, смогла сформировать среди таких женщин заинтересованные группы, изучавшие свои гражданские права и оказывавшие взаимную поддержку, а также занимающиеся просвещением в вопросах ВИЧ/СПИДа, безопасного секса и реагирования на унижения и насилие. Организация оказывала правовую поддержку и психологическую помощь, готовила специалистов со средним юридическим образованием из числа работников секс-индустрии, которые затем помогали таким же женщинам, знакомили их с гражданскими правами и сообщали о случаях их нарушения. Организация также учредила возобновляемый фонд для освобождения под залог работников секс-индустрии, которые были без достаточных оснований задержаны полицейскими или шерифами.

Партнерами организации стали различные правозащитные организации в Кении, которые также предлагали правовую поддержку работникам секс-индустрии. Кроме того, были сформированы стратегические партнерства с полицией, прокурорской службой и местными администрациями с целью развития адекватных отношений между работниками секс-индустрии и представителями власти. С ними проводилась просветительская работа, направленная на снижение уровня наказаний для работников секс-индустрии, обеспечение приговоров судов, не ведущих к содержанию под стражей, а заключающихся в присуждении штрафов.

Организация также содержит центры социальной помощи и центры здоровья. Это безопасные места, в которых работники секс-индустрии и мужчины, имеющие половые связи с мужчинами, могут легко получить доступ к медицинским услугам, включая анализы на ВИЧ, индивидуальные консультации,

цитологические мазки, обследования на выявление онкологических заболеваний, демонстрации и раздачи презервативов и лубрикаторов, а также услуги сексологов и специалистов по репродуктивным функциям.

### *Охват программой*

На сегодняшний день мероприятия, реализуемые Организацией по защите прав и поддержке женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, помогли сформировать и укрепить 30 сетевых групп работников секс-индустрии, обучить более 500 специалистов со средним юридическим образованием и 600 специалистов взаимного обучения, предоставить доступ к медицинским услугам для более, чем тысячи человек, организовать работу 15 центров бесплатной правовой поддержки, внести залог для освобождения 400 задержанных полицией и участвовать в судебном рассмотрении 70 дел (из которых 10 были выиграны).

### *Эффект от программы*

Благодаря повышению уровня знаний о своих правах и оказанной в необходимых случаях правовой поддержке большинство работников секс-индустрии стали более уверенными в своих силах и смогли требовать соблюдения своих гражданских прав. Хорошее развитие получили центры социальной помощи и центры здоровья, благодаря которым работники секс-индустрии и мужчины, имеющие половые связи с мужчинами, получили более широкий доступ к медицинским услугам, в том числе связанным с ВИЧ. Работа Организации по защите прав и поддержке женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, представляет собой хороший пример для адаптации такого опыта к другим условиям.

### *Извлеченные уроки и рекомендации*

Интеграция услуг для женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, является критически важным элементом системы социальной защиты. Представители соответствующих групп могут теперь получать комплекс услуг в одном месте (в пределах одной территории), что является экономически обоснованным и снижает транзакционные издержки при получении услуг в разных местах и риск отсутствия доступа к таким услугам.

Обеспечение гражданских прав и предоставление безопасных мест для работников секс-индустрии и представителей других социально уязвимых и стигматизированных групп имеет огромное значение для обеспечения доступа к социальным услугам.

Успех мероприятий и программ для одной конкретной группы женщин, работающих в барах и в секс-индустрии, становится известным другим группам, этот опыт может быть адаптирован для использования в других условиях. Это создает определенный стимул для объединения и мобилизации работников секс-индустрии при решении конкретных вопросов.

Работа со специалистами по взаимному обучению из числа работников секс-индустрии помогла проекту получить доступ к целевым группам.

Развитие у получателей помощи по программе потенциала для участия в реализации программы помогает им почувствовать собственную ответственность за ее успех и расширить ее масштаб.

Обсуждение вопросов лидерства и личной безопасности укрепляет команды фасилитаторов и способствует установлению связей между ними и местными заинтересованными лицами.

### *Более подробная информация*

Организация по защите прав и поддержке женщин, работающих в барах и в секс-индустрии [интернет-сайт]. BHESP; 2015 (<http://www.bhesp.org/>, от 7 октября 2015 г.).

## **СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА СИРОТ И ДРУГИХ И ДЕТЕЙ, СТАВШИХ УЯЗВИМЫМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ СПИДА**

### **Гондурас: усиление ответных мер в связи со СПИДом при особом внимании к сиротам и другим детям, ставшим уязвимыми в результате СПИДа**

#### *Контекст*

В 2004 году правительство Гондураса приняло решение включить в государственную Стратегию снижения бедности в качестве ее пятого компонента мероприятия, направленные на сирот и других слабозащищенных детей. Для защиты интересов таких детей был сформирован Комитет, во главе которого встал представитель Министерства президентства, а в число участников вошли представители правительства, институтов гражданского общества и международных организаций (Панамериканская организация здравоохранения и Детский фонд ООН [ЮНИСЕФ]). Деятельность этого Комитета привела к тому, что страна получила финансирование мероприятий по защите сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа в контексте Раунда 9 грантов Всемирного фонда борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Раунд 9 продолжался с 1 мая 2011 года по 31 декабря 2013 года, заявленной целью было повышение качества жизни и снижение воздействия ВИЧ на сирот и детей, лишившихся поддержки в результате ВИЧ/СПИДа.

#### *Подход*

Главная цель проекта — улучшение качества жизни сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа, по семи основным направлениям: здоровье, образование, питание, улучшение жилищных условий, психологическая поддержка и возможность получения доходов. Программа основана на гуманистическом подходе, при котором основным критерием принятия решений является благополучие детей, признание их интересов и прав на выживание, благополучие, поддержку и уважение. Программа также учитывала экономические интересы семей и сообществ. Ее реализация строилась на межотраслевом подходе, обеспечивающим комплексную поддержку социально уязвимым слоям населения.

#### *Охват программой*

Объем работ по данной программе был определен исходя из нескольких факторов: географический регион, на который приходилось 85% случаев ВИЧ-нагрузки в стране, количество людей, живущих с ВИЧ, и коэффициент рождаемости. Это позволило приблизительно оценить общее число сирот и других детей, ставших уязвимыми в результате СПИДа.

В ходе реализации проекта дети и их семьи получали льготы по каждому из семи вышеперечисленных направлений. В конечном итоге некоторые направления зарекомендовали себя как более обоснованные и эффективные по сравнению с другими. Например, в рамках направления «здоровье» увеличилось число ВИЧ-положительных детей, получающих комплексный уход. В рамках проекта также было достигнуто увеличение численности ВИЧ-положительных детей, посещающих школу и участвующих в программах здравоохранения.

#### *Эффект от программы*

ТПроект охватил 12600 детей по всей стране. Также в рамках проекта оказывалась поддержка афроамериканским семьям, которые считаются более подверженными риску ВИЧ. Проект улучшил качество жизни детей, обеспечил их доступ к здравоохранению и комплексным социальным услугам. В эти услуги входило удержание детей в системе школьного образования, улучшение их питания за счет ежемесячной доставки продуктов в их семьи.

## *Финансирование и управление*

Проект финансировался Всемирным фондом, а исполнение и управление было возложено на одного из основных реципиентов фонда – международную общественную организацию Фонд кооперативного жилищного строительства (CHF International). Затем средства распределялись между организациями, проводившими конкретную работу, в частности это были Национальная программа ВИЧ Министерства здравоохранения, Комиссар по правам человека, восемь национальных и международных НПО, имевших опыт работы с сиротами и другими слаботзащищенными детьми.

В проекте также принимал участие и частный бизнес. Так, с компанией Уолмарт (Walmart) было заключено соглашение об использовании сети ее магазинов для организации доставки продовольственных наборов в регионах реализации проекта. Это ускорило доступ к данной услуге для участвующих в проекте семей, а также способствовало изменению общественного отношения к людям, живущим с ВИЧ.

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Правительством было создано Министерство социального развития и Министерство юстиции и прав человека, которые вместе с относящимися к ним учреждениями осуществляют управление и координацию программ социальной защиты в сотрудничестве с Министерством здравоохранения, Министерством образования и Министерством труда.

Несмотря на то, что со временем удалось снизить стигматизацию и дискриминацию людей, живущих с ВИЧ, в Гондурасе еще существует немало факторов, негативно воздействующих на ответные меры в связи с ВИЧ/СПИДом. Некоторые семьи отказывались участвовать в программе, потому что боялись дискриминации их детей.

## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

### Канада: Комитет за доступное лечение СПИДа

#### *Контекст*

Комитет за доступное лечение СПИДа представляет собой коалицию, объединяющую более 30 организаций провинции Онтарио, работающих в сферах защиты прав, здравоохранения, жилья и ВИЧ. Коалиция была образована в 1999 году с целью улучшения доступа к лечению и социальным услугам для маргинализированных групп людей, живущих с ВИЧ. С момента основания Комитет ведет активную деятельность в области образования, научных и социологических исследований, координации услуг и защиты интересов соответствующих социальных групп (людей, живущих с ВИЧ, мигрантов), обеспечивая им доступ к необходимым услугам.

#### *Подход*

Программы Комитета направлены на предоставление малоимущим гражданам источников дохода (через развитие компетенций, выплату денежных вознаграждений и предоставление возможностей для трудоустройства). Кроме того, используются трансферты на потребление, обеспечивающие доступ к медицинскому обслуживанию, правовым услугам и жилью. Это помогает повысить социальный статус и защитить гражданские права маргинализированных и социально уязвимых групп, оградить их от риска остаться без средств существования.

#### *Охват программой*

Географическим регионом реализации программ является провинция Онтарио, центр управления основной частью программ расположен в Торонто.

#### *Эффект от программы*

В рамках Проекта защиты здоровья лиц, начинающих половую жизнь, в год проводятся 4 тренинга по вопросам ВИЧ и иммиграционных услуг. Их целевая аудитория – приехавшие в Канаду ВИЧ-положительные лица и работники организаций, предоставляющие соответствующие услуги. Такие тренинги помогают улучшить понимание системы иммиграционной службы Канады. 95% среди посещавших эти тренинги ВИЧ-положительных лиц смогли успешно завершить оформление иммиграции.

Из числа таких групп было подготовлено почти 200 консультантов в рамках сети этнической и расовой поддержки. Многие из них получили оплачиваемую работу в государственных и коммерческих организациях – действующих как в сфере, связанной с ВИЧ, так и вне этой сферы.

В рамках Проекта наследия Комитет организовал контакты целевой аудитории с наставниками из числа таких же людей, живущих с ВИЧ и имеющих определенный опыт взаимодействия с социальными службами. Комитет предварительно подготовил более 100 таких наставников, которые помогают людям, живущим с ВИЧ, реализовать свои жизненные цели и научиться на опыте тех, кто уже достиг в этом определенного успеха.

Комитет также подготовил более 40 помощников исследователей из числа целевой аудитории. Они участвуют в разном качестве в научно-исследовательских работах в рамках Проекта ШНАМР, направленного на мобилизацию местных сообществ на защиту прав людей, живущих с ВИЧ или СПИДом. Многие из числа таких подготовленных помощников вернулись к продолжению образования или получили позиции научных сотрудников в различных научно-исследовательских организациях.

## *Финансирование и управление*

Комитет за доступное лечение СПИДа получает финансирование от государственных организаций на федеральном уровне, уровне провинций и на местах. Основная часть проектов финансируется Бюро по СПИДу при Министерстве здравоохранения и долгосрочного ухода провинции Онтарио, а программа наставничества финансируется Государственным агентством здравоохранения Канады. Проект защиты здоровья лиц, начинающих половую жизнь, финансируется администрацией города Торонто, а научно-исследовательские работы в рамках проекта СНАМР – Канадским институтом исследований в области здравоохранения.

## *Извлеченные уроки и рекомендации*

Комитет доказал свою ответственность и решающую роль в реализации проектов в сфере этнической и расовой поддержки на уровне сообществ. Комитет обеспечивает реагирование на все потребности таких диверсифицированных сообществ и вовлеченность всех их членов. Большое значение имеет уважительное отношение к опыту иммигрантов, беженцев и лиц без статуса, живущих с ВИЧ, что способствовало выстраиванию доверия в таких сообществах.

Комитет использует инновационные творческие подходы, в том числе – «исследование действием» для формирования знаний о целевой аудитории и разработки программ на основе собранных фактических данных для перевода накопленных знаний в практику. Хорошим примером являются проводимые Комитетом исследования на уровне сообществ, охватывающие большое число людей, живущих с ВИЧ, которые участвуют как на стадии разработки мероприятий, так и в их реализации.

Среди трудностей, с которыми приходится сталкиваться Комитету, следует упомянуть враждебную политическую среду, проведение «карательной политики» на федеральном уровне и на уровне провинций, уголовное преследование за сокрытие своего статуса ВИЧ-положительного лица и влияние стигматизации на тех, кто недавно узнал о своем заболевании. Такое негативное отношение и отсутствие финансирования расово-этнических организаций может привести к истощению физических и духовных сил их работников и к уменьшению их числа.

## *Более подробная информация*

Комитет за доступное лечение СПИДа [интернет-сайт]. Торонто: The ComCommittee feasible AIDS Treatment; 2010 ([www.hivimmigration.ca](http://www.hivimmigration.ca), от 7 октября 2015 г.)



## СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА БЕЗДОМНЫХ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ

### США: снижение вреда через предоставление доступного жилья ВИЧ-положительным потребителям наркотиков

#### *Контекст*

Среди людей, живущих с ВИЧ, в США высока доля бездомных или не имеющих стабильного жилья: по данным государственной статистики у 16% ВИЧ-положительных (в общей сложности 145 тыс. домохозяйств) имеют потребность в жилье. Часто такие бездомные люди не могут получить доступ к различным услугам, связанным с ВИЧ. Живущие с ВИЧ люди, которые входят в маргинализованные группы и/или имеют сопутствующие проблемы (например, употребляли наркотики в прошлом или употребляют в настоящем) больше всего страдают от неравенства в вопросах жилья и получения связанных с ВИЧ услуг. Систематический анализ показал: по всему миру бездомные люди (количество которых оценивается на уровне 100 млн) намного чаще страдают от туберкулеза, гепатита С и вируса иммунодефицита человека (9-12).

Поддержка в вопросах жилья уже с середины 1980-х годов стала частью реализуемых в США ответных мер в связи с ВИЧ/СПИДом. Жилищная программа для людей, живущих с ВИЧ, в Нью-Йорке управляется неправительственными организациями и финансируется за счет сочетания грантов от федерального правительства, правительства штата и местной администрации, а также программ государственных субсидий на оплату аренды жилья.

Организация Housing Works была создана в 1990 году с главной целью осуществления ответных мер в связи с ВИЧ/СПИДом и предоставления жилья для бездомных. Со времени создания организация реализовала немало программ для людей, лишенных социальных услуг. При этом ее подход был основан на использовании доступных услуг и мер по снижению вреда. При таком подходе участие в программах не зависит от периода воздержания или от обещания прекратить использование наркотиков.

#### *Подход*

Субсидии на жилье и связанные с этим поддерживающие услуги предназначены для людей, проживающих в условиях крайней бедности. Большинство из них – это не имеющие семей взрослые, без стабильного жилья или бездомные. Данные о таких людях поступают от организаций, оказывающих медицинские услуги, от государственных ведомств, ответственных за выдачу пособий на существование, либо от местных НПО. Поддерживающие жилищные программы обеспечивают медицинскую и социальную поддержку на местах путем направления бездомных в центры медицинской и психологической поддержки.

Программы предоставления доступного жилья (в том числе программы Housing Works) включают обитателей такого жилья в программы снижения вреда, которые направлены в большей степени на изменение моделей поведения, чем на статус лиц, использующих наркотики. Жилищная поддержка рассматривается как программа здравоохранения, и финансирующие такие программы государственные и частные организации требуют от НПО мониторинга медицинских результатов у ВИЧ-положительных лиц среди обитателей общественного жилья и обеспечения им доступа к медицинским услугам.

#### *Охват программой*

Организация Housing Works предоставляет прямую жилищную поддержку бездомным и лишенным стабильного жилья людям, живущим с ВИЧ, на территории города Нью-Йорка. Предоставление жилья работает как важнейший фактор, способствующий доступу к лечению ВИЧ, к программе профилактики ВИЧ с целью предотвратить риск передачи ВИЧ и снизить вред для использующих

наркотики людей. Жилищная программа обеспечивает участникам необходимую стабильность для реализации их жизненных целей, в том числе – для трудоустройства.

Общественное жилье предоставляется взрослым ВИЧ-положительным людям, которые размещаются в 72 студиях на двух площадках, расположенных рядом с центрами оказания медицинских и других поддерживающих услуг. Программа жилья для трансгендерных людей предоставляет 36 жилищных единиц на различных площадках для ВИЧ-положительных трансгендерных лиц и людей с незаявленной половой принадлежностью.

### *Эффект от программы*

Оценка результатов программы показывает, что у ее участников повышается уровень стабильности, улучшаются медицинские результаты по ВИЧ, периоды воздержания от наркотиков становятся длиннее и в целом наблюдается снижение вреда. Предоставление доступного жилья снижает связанные с ВИЧ риски и повышает возможности людей, живущих с ВИЧ, соблюдать предписываемые правила лечения.

Анализ данных по 66 нынешним и 152 прошлым участникам за шестилетний период показывает, что проживающие в центрах общественного жилья достигли высокого уровня стабильности, несмотря на то, что 95% из них продолжили использование наркотических веществ, 82% арестовывались, 80% имели проблемы с психикой и 90% были бездомными в течение длительного периода.

Во время последних анализов у обитателей общественного жилья вероятность неопределяемой вирусной нагрузки была в три раза выше (по сравнению с их вирусной нагрузкой на момент начала участия в программе), а вероятность иметь количество клеток CD4 свыше 200 на мм<sup>3</sup> была на 50% выше, чем на момент начала участия в программе.

### *Финансирование и управление*

Организация Housing Works является собственником центров общественного жилья. Капитальные расходы финансировались за счет правительственных грантов, выпуска облигаций с правительственной поддержкой и частных пожертвований. Эксплуатационные расходы на содержание общественного жилья и жилья для трансгендерных людей финансируются за счет жилищных субсидий из расчета количества жильцов (предоставляются местными администрациями для крайне бедных ВИЧ-положительных лиц). Организация Housing Works координирует источники финансирования и предоставление услуг, направляет отчеты финансирующим организациям. При этом как государственные, так и частные финансирующие организации проводят регулярные проверки.

Государственное финансирование поступает от федерального правительства, правительства штата и местной администрации и их агентств, которые отвечают за более широкий спектр программ социальной защиты, направленных на обеспечение жильем и средствами к существованию людей, проживающих за чертой бедности. Эти агентства направляют свои средства на специализированную программу предоставления общественного жилья для людей, живущих с ВИЧ, понимая, что обычные программы соцзащиты и жилищные программы не отвечают специфическим потребностям таких групп, и что наличие жилья является критичным фактором, обеспечивающим доступ к профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа.

### *Извлеченные уроки и рекомендации*

Значительный объем эмпирических данных подтверждает, что влияние наличия стабильного жилья на медицинские результаты по ВИЧ является решающим, что говорит о необходимости оказания специализированной жилищной поддержки людям, живущим с ВИЧ.

Затраты общества на такую жилищную поддержку более чем компенсированы снижением затрат в сфере здравоохранения на лечение ВИЧ и на предотвращение распространения вируса иммунодефицита человека и связанных с ним инфекций.

Для аргументов в пользу расширения масштабов специализированной жилищной поддержки людей, живущих с ВИЧ, используется анализ затрат, обосновывающий программы поддержки и включения в общественную жизнь людей, живущих с ВИЧ и использующих наркотики, которые имеют высокий риск плохих медицинских результатов.

Предоставление людям, живущим с ВИЧ и использующим наркотики, возможностей поддерживать свое здоровье и снизить вред от наркотических веществ помогает им также удержаться на рабочем месте или вернуться к работе, воссоединиться с детьми и другими членами семьи, достичь более высокого уровня независимости и благополучия.

Большинство исследований, направленных на выявление взаимосвязи обеспеченности жильем и медицинских результатов по ВИЧ, проводились в США. Однако, имеющаяся литература позволяет сделать вывод об аналогичной корреляции между этими показателями в странах со средним и низким уровнем дохода.

### *Более подробная информация*

Организация Housing Works [интернет-сайт]. Бруклин: Housing Works; 2010 (<http://www.housingworks.org>, от 7 октября 2015 г.)

## **СВЯЗАННАЯ С ВИЧ СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ**

### **Страны Восточной Европы и Средней Азии: программа работы с ВИЧ-положительными клиентами и клиентами в переходном состоянии**

#### *Контекст*

В странах бывшего СССР люди, живущие с вирусом иммунодефицита человека, и основные группы населения, которым грозит повышенный риск (включая людей, употребляющих наркотики, заключенных, работников секс-индустрии и их клиентов, мужчин, имеющих половые связи с мужчинами, трансгендерных лиц, а в некоторых случаях – беспризорных детей и мигрантов), часто имеют различные одновременно возникающие потребности в медицинских услугах, которые предоставляются разными поставщиками услуг. Доступ к медицинским услугам для этих групп очень ограничен, в основном – из-за высокого уровня стигматизации и дискриминации. Эти группы сталкиваются с дискриминацией и со стороны общества в целом, и со стороны профессионалов, с которыми чаще всего вступают в контакт (врачи, сотрудники правоохранительных органов и тюрем).

В 2005 году СПИД Фонд Восток – Запад (AFEW) запустил уникальную программу работы с клиентами с целью улучшить доступ к услугам здравоохранения для групп, которым грозит повышенный риск. С 2009 года Фонд также начал программу работы с клиентами в переходном состоянии, ориентированную на заключенных тюрем и направленную на создание механизма их социальной поддержки перед освобождением и на их последующую реабилитацию.

#### *Подход*

Работа с ВИЧ-инфицированными представляет собой процесс сотрудничества между отдельными лицами, менеджерами и местными поставщиками услуг, направленный на улучшение доступа к качественным и своевременным услугам медицинской и психологической помощи. Менеджеры помогают людям из групп, которым грозит повышенный риск, оценить свои потребности в услугах и разработать оптимальные стратегии по их удовлетворению (каким образом можно удовлетворить различные психологические и экономические потребности). Социальный работник или менеджер часто сопровождает клиента в больницу для проведения исследований и получения медицинской помощи, в государственные учреждения для получения удостоверяющих личность документов, пособий по инвалидности и различных социальных ваучеров. Это очень важно, поскольку большая часть медицинских и социальных услуг предоставляются бесплатно, но при обязательном предъявлении удостоверений личности (которых у некоторых клиентов может не быть). Часто такие социальные работники или менеджеры сами являются выходцами из целевой аудитории, они получают регулярную подготовку по вопросам защиты прав человека, в области этики и новых подходов к работе с группами, которым грозит повышенный риск.

#### *Охват программой*

Начиная с 2005 года, программа работы с клиентами AFEW реализовывалась в различных странах Восточной Европы и Средней Азии, включая Беларусь, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Российскую Федерацию, Таджикистан, Украину и Узбекистан. В некоторых странах программа была прекращена (или ее масштабы были существенно сокращены) по ряду причин, в основном – из-за нехватки средств. Несмотря на это, в рамках программы доступ к социальным услугам получили, по крайней мере, 100 тысяч человек.

### *Эффект от программы*

За счет программы теперь гораздо больше людей включено в мероприятия по бесплатным профилактике, лечению, уходу и поддержке. Основные группы, которым грозит повышенный риск, теперь получают полную и правильную информацию о программах профилактики ВИЧ и снижению вреда, а также доступ к возможностям обучения и личностного развития.

### *Финансирование и управление*

Программа работы с клиентами финансируется фондом AFEW, но существует план перевода участвующих в программе НПО на самофинансирование за счет оказания платных услуг или производства товаров. Например, некоторые НПО в Таджикистане производят манты, управляют цехами по переработке продукции, а также по чистке ковров. В Кыргызстане НПО участвуют в производстве и продаже камней для мощения улиц.

### *Извлеченные уроки и рекомендации*

Программа работы с клиентами доказала свою эффективность в вопросах расширения доступа к услугам профилактики, лечения, ухода и поддержки для основных групп, которым грозит повышенный риск.

Необходимо расширение программы, включение в нее большего числа людей – представителей как групп, которым грозит повышенный риск, так и поставщиков услуг. Необходимо, чтобы такая программа была включена в государственную стратегию развития здравоохранения.

### *Более подробная информация*

Программа работы с клиентами в Казахстане [видеофильм с английскими субтитрами]. Размещен 27 ноября 2009 года фондом AFEW (<http://www.youtube.com/watch?v=dNutnv7Cidg>, от 7 октября 2015 г.)

## Источники

1. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014.
2. Pettifor A. Cash incentive HIV prevention programmes. Presented at International AIDS Society in Vancouver, 2015 (available from [http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/Webcast/39\\_11093/webcast.mp4](http://pag.ias2015.org/PAGMaterial/Webcast/39_11093/webcast.mp4), accessed 7 October 2015).
3. The transfer project [website]. University of North Carolina Population Centre; 2015 (<http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer>, accessed 7 October 2015).
4. HIV and AIDS estimates, 2013 [website]. Geneva: UNAIDS (<http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/india>, accessed 7 October 2015).
5. The impact of pensions on the lives of older people and grandchildren in the Kwa Wazee project in Tanzania's Kagera region. HelpAge International, Regional Psychosocial Support Initiative (REPSSI), Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), World Vision International; 2008.
6. Borchard J et al. Evaluation of social cash transfer plus programme implemented by Kwa Wazee. University of Marberg; 2012.
7. Towards universal pensions in Tanzania: evidence on opportunities and challenges from a remote area, Ngenge ward, Kagera. HelpAge International, HelpAge Deutschland and Kwa Wazee Switzerland; 2014 (<http://www.helpage.org/silo/files/towards-universal-pensions-in-tanzania-evidence-on-opportunities-and-challenges-from-a-remote-area-ngenge-ward-kagera.pdf>, accessed 7 October 2015).
8. Odek W, Githuka G, Avery L, Njoroge P, Kasonde L et al. Estimating the size of the female sex worker population in Kenya to inform HIV prevention programming. PLoS ONE. 2014;9(3):e89180. doi:10.1371/journal.pone.0089180
9. V.Shubert, et al. Employing use-tolerant, harm reduction housing to establish stability and connection to care among chronically homeless active drug users living with HIV/AIDS. : AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference: Abstract no. CDD0612.
10. Shubert Virginia et al. Housing as a structural intervention for transgender people living with HIV. 20th International AIDS Conference, Melbourne Australia June 20-25, 2014. WEAD0301 - Oral Abstract Session.
11. Housing is HIV prevention and care: key facts and recommendations. Washington, D.C.: National AIDS Housing Coalition; 2012.
12. King Charles, et al. Housing status as a key social driver of HIV health outcomes: findings from a global survey of non-governmental organizations. 3rd Structural Driver's Conference, Cape Town, South Africa, 5-6 December 2013.





**ЮНЭЙДС**  
**Объединенная Программа**  
**ООН по ВИЧ/СПИДу**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)