

07

Специальная сессия Генеральной  
Ассамблеи Организации  
Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДУ

Мониторинг выполнения Декларации о  
приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДОМ

## РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Отчетность за 2008 год



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

УВКЕ ООН  
ЮНИСЕФ  
ВПП  
ПРООН  
ЮНОПА

ЮНОДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК



---

UNAIDS/07.12R / JC1318R  
(Перевод на русский язык, июнь 2007 г.)

---

Оригинал: на английском языке, UNAIDS/07.12E / JC1318E, апрель 2007 г.:  
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines on construction of  
core indicators: 2008 reporting.*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2007.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в Информационный центр по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: [publicationpermissions@unaids.org](mailto:publicationpermissions@unaids.org).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны,

территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несет ответственности за ущерб, причиненный в результате ее использования.

Каталожные данные публикаций библиотеки ВОЗ

“UNAIDS/07.12R / JC1318R”.

Мониторинг Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: руководящие принципы разработки ключевых показателей: отчетность за 2008 год.

1.ВИЧ-инфекции – статистика 2.Синдром приобретенного иммунодефицита – статистика  
3.Сбор данных – методы 4.Показатели состояния здравоохранения 5.Показатели  
качества, здравоохранение 6.Руководящие принципы I.Организация объединенных Наций.  
Генеральная Ассамблея. Специальная сессия по ВИЧ/СПИДу. II.Название.

ISBN 978 92 9173 566 2

(NLM classification: WC 503.2)

Специальная сессия Генеральной Ассамблеи  
Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Мониторинг выполнения Декларации о приверженности  
делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

## **РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ РАЗРАБОТКИ КЛЮЧЕВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ**

**Отчетность за 2008 год**

*Июнь 2007 г.  
Женева, Швейцария*

Просьба представить свой заполненный национальный доклад о ходе работы в рамках ССГАООН до 31 января 2008 года в Департамент по оценке ЮНЭЙДС по электронному адресу: [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)

Если для представления данных по показателям Информационная система мониторинга ответных мер в странах (КРИС) не используется, просьба представить доклады до 15 января 2008 года, чтобы обеспечить время для ввода данных вручную в Глобальную информационную систему мониторинга ответных мер в Женеве.

Печатные копии национального доклада можно направить почтой по адресу:

Dr Paul De Lay, Director, Evaluation Department

UNAIDS

20 Avenue Appia

CH-1211 Geneva 27

Switzerland

# Содержание

<b>Выражение признательности</b>	<b>5</b>
<b>Предисловие</b>	<b>7</b>
<b>Список сокращений</b>	<b>8</b>
<b>Введение</b>	<b>9</b>
Цель	9
Предпосылки	9
Изменения после разработки руководящих принципов ССГАООН 2005 года	10
Использование дополнительных рекомендуемых показателей для мониторинга прогресса в странах	12
Формат национального доклада о ходе работы	12
Национальные показатели: общий обзор	13
Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов	14
Национальные показатели для генерализированных и концентрированных эпидемий/эпидемий с низким показателем распространенности	14
Глобальные показатели	14
Определение целей в отношении обеспечения всеобщего доступа	15
<b>Реализация на национальном уровне</b>	<b>16</b>
Построение показателей	16
Инструменты измерения и источники данных	16
Числители и знаменатели	17
Данные с разбивкой по позициям: существенно важная разбивка по полу и возрасту	17
Новизна и репрезентативность данных обследований	18
Интерпретация и анализ	19
Выбор показателей	19
Роль гражданского общества	20
Отчетность	21
Роль мониторинга показателей для пропаганды на основе подтвержденных данных	22
<b>Ключевые показатели для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом</b>	<b>24</b>
Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне	27
1. Расходы в связи со СПИДом	28
2. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом	31
Показатели для национальных программ	33
3. Безопасность крови	34
4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	37
5. Профилактика передачи от матери ребенку	39
6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ	42
7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом	44
8. Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск	45
9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: программы профилактики	47
10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа	49
11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах	51

Показатели, характеризующие знания и поведение	53
12. Дети-сироты: посещаемость школ	54
13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ	56
14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ	58
15. Секс в возрасте до 15 лет	60
16. Секс с повышенным уровнем риска	61
17. Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска	62
18. Работники секс-бизнеса: использование презерватива	63
19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива	65
20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива	67
21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика	69
Показатели, характеризующие воздействие	71
22. Снижение распространенности ВИЧ	72
23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ	74
24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	76
25. Уменьшение уровня передачи инфекции от матери ребенку	79
Показатели, характеризующие приверженность и действия на глобальном уровне	81
1. Двусторонние и многосторонние финансовые потоки	82
2. Государственные средства на исследования и разработки	84
3. Борьба с ВИЧ на рабочем месте: транснациональные компании	85
4. Борьба с ВИЧ на рабочем месте: международные организации	86
<b>Приложения</b>	<b>87</b>
Приложение 1. Изменения ключевых показателей для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом	88
Приложение 2. Формат национального доклада о ходе работы	91
Приложение 3. Методика, используемая для анализа охвата определенными услугами по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ	93
Приложение 4. Консультационный процесс/подготовка национального доклада о ходе работы по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом	94
Приложение 5. График представления ключевых показателей для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом	95
Приложение 6. Матрица национального финансирования — 2007 г.	96
Приложение 7. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2007 г.	101
Приложение 8. Образец контрольного перечня для национального доклада о ходе работы	142
Приложение 9. Избранная библиография	143

## Выражение признательности

Разработка пересмотренных показателей для реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом и настоящих руководящих принципов стала возможной благодаря помощи, оказанной различными людьми, учреждениями, организациями и странами.

Мы бы хотели выразить особую благодарность Референс-группе ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (в том числе специалистам по оценке, представляющим коспонсоров, организации-партнеры, академические учреждения и неправительственные организации) за рекомендации и постоянное взаимодействие, а также коспонсорам ЮНЭЙДС и координаторам Секретариата за их вклад и поддержку в ходе всего процесса.

Мы выражаем особую благодарность следующим людям за их бесценную помощь в пересмотре Национального комбинированного индекса политики:

- Грит Пирсман, консультант, Женева
- Мишел Караэль, консультант, Непал
- София Граскин, Гарвардская школа общественного здравоохранения, Бостон
- Аниндья Чаттерджи, Жантин Жакоби, Лина Ньюканен, Аласдэйр Рейд, Энди Сил, Джейсон Сигурдсон, Сэлли Смит, Сюзан Тимберлейк и Барбара де Залдуондо, Секретариат ЮНЭЙДС, Женева
- Присцилла Аквара, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк
- Сирил Первильяк и Ив Сутейран, Всемирная организация здравоохранения, Женева
- Одиль Франк, Софья Кистинг и Сюзан Лезер, МОТ, Женева
- Кевин Осборн, Международная федерация по регулированию рождаемости, Лондон

Мы хотели бы выразить благодарность следующим людям за технические консультации при пересмотре показателей для групп населения, которым грозит самый высокий риск:

- Чика Хаяши, Сирил Первильяк, Георг Шмид и Ив Сутейран, Всемирная организация здравоохранения, Женева
- Мартин Донохью, Всемирная организация здравоохранения, Копенгаген
- Барбара де Залдуондо, Аниндья Чаттерджи, Роб Лиерла и Аласдэйр Рейд, Секретариат ЮНЭЙДС, Женева

Мы хотели бы отметить бесценную помощь следующих людей в пересмотре показателей, касающихся сирот, уязвимых детей и молодежи:

- Присцилла Аквара, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк
- Бернард Баррер, ОРК Макро, Калвертон, Мэриленд, США

Мы выражаем особую благодарность Консорциуму по учету глобальных ресурсов и следующим людям за их помощь в пересмотре финансового показателя:

- Энн Павличко, ЮНФПА, Нью-Йорк
- Жаклин Экхардт, Междисциплинарный демографический институт Нидерландов (НИДИ), Гаага
- Карен Каванаф и Джон Новак, АМР США, Вашингтон
- Сусна Де (Торонто), Таня Дмитраченко (Вашингтон) и А. К. Нандакумар (Бостон), проект “Хелс системс 2020” (HS2020), финансируемый АМР США
- Теса Эдехер Тан-Торрес и Патрисия Эрнандес, ВОЗ, Женева
- Жан-Пьер Пулье, консультант, Женева
- Дэвид Хейлс, консультант, Нью-Йорк

Наконец, мы хотели бы поблагодарить следующих людей за их помощь в разработке показателей, касающихся ВИЧ в клинических условиях:

- Берил Армстронг, Мишель Бойзенберг, Нилам Дингра-Кумар, Мишеллин Дьепарт, Ян Фордам, Чика Хаяши, Тиша Мицунага, Георг Шмид и Ив Сутейран, Всемирная организация здравоохранения, Женева

- Присцилла Аквара, ЮНИСЕФ, Нью-Йорк
- Поль Буи, Катерин Маркони, Мишел Шерлок, Управление Глобального координатора США по СПИДу, Вашингтон
- Аласдэйр Рейд, Секретариат ЮНЭЙДС, Женева

Мы также хотим поблагодарить следующих людей за неоценимую помощь в работе над проектом документа и за комментарии относительно процесса и содержания ССГАООН:

- Маха Аон, ЮНЭЙДС, Египет
- Ноа Бартлетт, ОРК Макро, Калвертон, Мэриленд, США
- Таави Эркола, ЮНЭЙДС, Гана
- Габриела де ла Иглесиа, ЮНЭЙДС, Аргентина
- Уэйн Джил, ЮНЭЙДС, Ботсвана
- Хиллари Хьюз, ЮНЭЙДС, Тринидад и Тобаго
- Самиа Люннас-Беласель, ЮНЭЙДС, Алжир
- Аня Ницше-Белл, ЮНЭЙДС, Россия
- Карен Петтерссон, Международный центр по вопросам здоровья мигрантов, Женева
- Махбуб Аминур Рахман, ЮНЭЙДС, Бангладеш

Общую проверку и редактирование выполнили следующие сотрудники Департамента по оценке Секретариата ЮНЭЙДС: Карлос Авила-Фигероа, Ангела Булгари, Мэтью Кук, Хосе Антонио Исасола-Лисеа, Саба Муссави, Дебора Рагг, Тейджи Такеи, Игорь Тоскин, Мэтью Уорнер-Смит и Патрик Уайтакер, а также консультант Грит Пирсман.

Общее управление процессом осуществляли Мэтью Уорнер-Смит и Дебора Рагг по руководством Пола Де Лея, Директора Департамента по оценке, Секретариат ЮНЭЙДС, Женева.

Замечания и запросы просьба присылать по электронной почте: [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)



## Предисловие

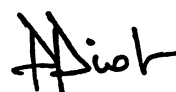
Для оказания помощи государствам-членам в подготовке и представлении национальных докладов ЮНЭЙДС разработала настоящие руководящие принципы для мониторинга хода выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, подписанной в 2001 году во время специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций. В ближайшие месяцы ЮНЭЙДС предоставит техническое руководство и поддержку государствам-членам для подготовки национальных докладов. Это дает возможность еще более усилить национальные системы мониторинга и оценки, и ЮНЭЙДС будет стремиться к тому, чтобы продолжить сотрудничество с вашим правительством. Представление странами докладов о ходе работы за период 2006–2007 годов планируется завершить к 31 января 2008 года.

Доклады, получаемые ЮНЭЙДС от имени Генерального секретаря, используются при подготовке Доклада о глобальной эпидемии СПИДа. Доклад за отчетный период 2004–2005 годов можно найти на сайте ЮНЭЙДС: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/2006GlobalReport/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/default.asp).

Доклад за 2004–2005 годы был представлен Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций в 2006 году и включает наиболее полные за всю историю данные о глобальных мерах в ответ на ВИЧ. Комментируя этот доклад, Генеральный секретарь отметил, что, несмотря на достижение заметного прогресса в некоторых сферах осуществления глобальных ответных мер, таких как предоставление антиретровирусного лечения, еще многое предстоит сделать, прежде чем мы сможем заявить о том, что пандемия ВИЧ пошла на убыль.

Как отметил бывший Генеральный секретарь Кофи Аннан во время специальной сессии в 2001 году, “Сохранение набранных темпов и мониторинг прогресса имеют важнейшее значение”. С этой целью Генеральный секретарь просил ЮНЭЙДС представить новый доклад о ходе работы в 2008 году. Как и ранее, этот доклад будет основан на национальных докладах, подготовленных государствами-членами.

Я хотел бы поблагодарить вас за ваши усилия по укреплению национальной системы мониторинга и оценки мер в ответ на ВИЧ и СПИД и пожелать успехов в подготовке вашего следующего национального доклада.



Д-р Питер Пиот  
Исполнительный директор  
ЮНЭЙДС

## Список сокращений

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЖК	дородовые женские консультации
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ДСБН	документ с изложением стратегии борьбы с нищетой
ЕС	Европейский союз
ЗППП	заболевание, передающееся половым путем
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
ИПС	индекс эффективности программ по СПИДу
КМИО	кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода
КСР	Комитет содействия развитию
КРИС	Информационная система мониторинга ответных мер в странах
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МОТ	Международная организация труда
НИДИ	Институт междисциплинарных демографических исследований Нидерландов
НОП	надзорное обследование поведения
НПО	неправительственная организация
НПС	национальная программа по СПИДу
НСП	национальный стратегический план
НКС	национальный комитет по СПИДу
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ОНР	оценка национальных расходов в связи с ВИЧ/СПИДом
ООН	Организация Объединенных Наций
ОПУ	оценка предоставляемых услуг
ОСО	общая страновая оценка
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ППМР	профилактика передачи инфекции от матери ребенку
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций
ФХИ	“Фэмили хелс интернэшнл”
ЮНДАФ	Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНКТАД	Конференция Организации Объединенных Наций по торговле и развитию
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

# Введение

## Цель

Основной целью настоящего документа является предоставление основным учреждениям, которые активно участвуют в осуществлении мер в ответ на СПИД в стране, важнейшей информации о ключевых показателях, используемых для измерения эффективности национальных ответных мер. Настоящие руководящие принципы предназначены также для того, чтобы обеспечить последовательность и прозрачность процесса, используемого национальными правительствами. Кроме того, настоящая информация может быть использована ЮНЭЙДС для подготовки региональных и глобальных докладов о ходе работы по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой специальной сессией Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ССГАООН).

Странам настоятельно рекомендуется включать ключевые показатели в текущие действия по мониторингу и оценке. Настоящие показатели предназначены для того, чтобы помочь странам в оценке состояния национальных ответных мер и в то же время повысить уровень понимания глобальных мер по борьбе с пандемией СПИДа, включая ход выполнения целевых задач, поставленных в Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Учитывая двойное назначение этих показателей, руководящие принципы, изложенные в настоящем документе, должны обеспечить повышение качества и согласованности данных, получаемых на страновом уровне, что в свою очередь обеспечит более высокую достоверность выводов, получаемых на основе этих данных, как на национальном, так и на глобальном уровне.

Настоящий документ также содержит обзорный анализ глобальных показателей, которые будут использоваться ЮНЭЙДС и ее партнерами для оценки ключевых компонентов ответных мер, лучше всего поддающихся измерению в мировом масштабе.

## Предпосылки

При закрытии исторической ССГАООН по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года 189 государств-членов приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Декларация о приверженности отражает глобальный консенсус в отношении комплексных рамок для достижения цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия – к 2015 году остановить и положить начало тенденции к сокращению эпидемии ВИЧ.

Признавая потребность в осуществлении межсекторальных действий на различных фронтах, Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом предусматривает ответные меры на глобальном, региональном и страновом уровне для профилактики новых ВИЧ-инфекций, расширения доступа к услугам по уходу за здоровьем и смягчения воздействия эпидемии. Несмотря на то что Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом была принята правительствами, данный документ простирается далеко за пределы государственного сектора – он охватывает частные предприятия и профсоюзные объединения, конфессиональные организации, неправительственные организации и другие структуры гражданского общества, включая организации людей, живущих с ВИЧ.

Согласно положениям Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, успех в осуществлении мер в ответ на СПИД определяется достижением конкретных целевых задач с оговоренным сроком их реализации. Данная Декларация призывает обеспечить тщательный мониторинг хода выполнения согласованных обязательств и предусматривает представление Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций ежегодного доклада о ходе работы. Такие доклады предназначены для того, чтобы определить проблемы и ограничивающие факторы и представить рекомендации по ускорению реализации этих целевых задач.

В соответствии с такими полномочиями в 2002 году Секретариат ЮНЭЙДС в сотрудничестве с кооператорами ЮНЭЙДС и другими партнерами разработал ряд ключевых показателей для измерения хода реализации Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Эти ключевые показатели были сгруппированы в четыре широкие категории: (i) приверженность и действия на национальном уровне; (ii) знания и поведение на национальном уровне; (iii) воздействие на национальном уровне; и (iv) приверженность и действия на глобальном уровне. После разработки показателей Департамент ЮНЭЙДС по оценке представил четкие определения для каждого показателя и механизмы для постоянного сбора информации.

В 2003 году 103 государства-члена (55%) представили в ЮНЭЙДС национальные доклады о ходе работы, подготовленные на основе ключевых показателей. В большинстве случаев национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные им структуры осуществляли общий надзор за процессом составления национального доклада, при этом более трех четвертых докладов были составлены с участием трех или более правительственных министерств. Гражданское общество участвовало в подготовке примерно двух третьих докладов, в то время как люди, живущие с ВИЧ и СПИДом, принимали участие в составлении более половины докладов.

В 2005 году национальные доклады о ходе работы представили 137 государств-членов (72%) или на 33% больше, чем за предыдущий период. Из них 40 докладов представили страны Африки к югу от Сахары, 21 – страны Азии и Тихоокеанского региона, 32 – страны Латинской Америки и Карибского бассейна, 21 – страны Восточной Европы и Центральной Азии, 5 – страны Северной Африки и Ближнего Востока и 18 – страны с высоким уровнем доходов.

Информация, включенная в национальные доклады, представляет собой наиболее полные за всю историю стандартизированные данные о состоянии эпидемии и прогрессе в осуществлении ответных мер. В то же время можно отметить значительные ограничения в отношении данных, представленных как в 2003, так и в 2005 году для Доклада ЮНЭЙДС о ходе выполнения глобальных мер в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа (далее по тексту Глобальный доклад о ходе работы за 2003 и 2006 гг.). Например, в 2005 году почти все страны заполнили анкету, касающуюся Национального комбинированного индекса политики, тем не менее лишь 40% стран, представивших свои доклады, указали информацию для других национальных показателей. Кроме того, менее 20% данных на национальном уровне были должным образом разбиты по категориям, т.е. по полу и возрасту, что не позволило сделать более широкие и достоверные выводы на основании представленных данных (Глобальный доклад о ходе работы за 2006 г.).

В июне 2006 года на Генеральной Ассамблее Организации Объединенных Наций государства-члены на основе выводов Глобального доклада о ходе работы за 2006 год рассмотрели ход выполнения и подтвердили свои обязательства, взятые на ССГАООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году. После этих обсуждений и обзора процесса представления докладов и выполнения показателей для следующего раунда представления отчетности в показатели ССГАООН были внесены некоторые уточнения и дополнения.

## **Изменения после разработки руководящих принципов ССГАООН 2005 года**

В целях более полного охвата и повышения качества данных, которые должны быть представлены для Глобального доклада о ходе работы за 2008 год, в показатели ССГАООН 2005 года и прилагаемые руководящие принципы были внесены уточнения, описанные в настоящем пособии. Эти уточнения были основаны на (i) информации, полученной от разнообразных партнеров в результате широкого процесса консультаций; (ii) анализе выполнения показателей в рамках раунда представления отчетности за 2005 год; и (iii) изменениях в программах. Настоящие изменения суммированы ниже и подробно перечислены в Приложении 1.

Во всех случаях было сделано все возможное, для того чтобы свести эти изменения к минимуму, поскольку совершенно очевидно, что именно последовательность показателей во времени позволяет оценить тенденции и прогресс. Кроме того, были предприняты дополнительные усилия, с тем чтобы большинство стран имели возможность собрать данные, необходимые для показателя, или получить их из существующих источников.

### **Показатели, которые были исключены**

Из набора показателей ССГАООН был исключен показатель, касающийся качества лечения, предоставляемого пациентам с инфекциями, передающимися половым путем. Цель этого решения состояла не в том, чтобы отразить программное значение ведения пациентов с инфекциями, передающимися половым путем, при осуществлении национальных мер в ответ на ВИЧ. По мнению ЮНЭЙДС, профилактика и обнаружение инфекций, передающихся половым путем, и эффективное лечение пациентов с такими инфекциями имеют большое значение для снижения уязвимости к передаче ВИЧ. Это решение скорее отражает методические аспекты построения этого показателя. В настоящее время в рамках глобального сектора здравоохранения уточняются показатели, касающиеся мониторинга забо-

леваний, передающихся половым путем, и ведения пациентов. После разработки достаточно точного показателя, с помощью которого можно будет получить достоверные данные, такой показатель будет включен в набор показателей, необходимых для отчетности ССГАООН.

Показатель, касающийся осуществления программ в связи с ВИЧ на рабочем месте, был исключен, и вместо него начал использоваться элемент Национального комбинированного индекса политики (НКИП). Это отражает трудности, с которыми сталкивались страны при сборе таких данных, в результате чего лишь небольшое число стран представляли данные для этого показателя. Включение этого вопроса в НКИП позволит странам представлять качественные данные о мероприятиях в связи с ВИЧ, проводимых на крупных рабочих местах, при этом не будут исключаться те страны, которые не могут проводить обследования рабочих мест с большим числом занятых, как это предусматривалось принятой ранее методикой.

### Показатели, которые были добавлены

В набор показателей ССГАООН были добавлены два новых показателя. Эти показатели касаются тестирования на ВИЧ взрослого населения, определяемого путем проведения общих обследований среди населения, таких как обследования для получения показателей в связи со СПИДом, а также противотуберкулезного лечения больных СПИДом, получающих антиретровирусную терапию, когда данные берут из карточек пациентов. Включение таких показателей отражает (i) программное значение адекватного охвата услугами по тестированию и консультированию при генерализованных эпидемиях; и (ii) программное значение адекватного обнаружения ВИЧ среди больных туберкулезом и лечения таких больных.

Эти два показателя в настоящее время использует ряд партнеров по процессу развития и национальных правительств. Практика показала, что они обеспечивают надежное получение важной информации для мониторинга мер в ответ на ВИЧ.

### Показатели, которые были пересмотрены

Были пересмотрены следующие показатели:

- Объем национальных средств, расходуемых на осуществление мер в ответ на СПИД
- Национальный комбинированный индекс политики
- Обучение жизненным навыкам в школах
- Безопасность крови
- Секс с повышенным уровнем риска (наличие нескольких партнеров, одновременно или последовательно)
- Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска
- Охват профилактикой передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)
- Охват программами профилактики ВИЧ групп населения, которым грозит самый высокий риск
- Инъекционная практика и использование презервативов потребителями инъекционных наркотиков

В некоторых случаях в целях большей ясности в формулировку рекомендаций были внесены относительно незначительные изменения. В других случаях, по итогам консультативного процесса под руководством Референс-группы ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке, показатели были полностью пересмотрены на основе оценки новых элементов программы, доли ответивших респондентов для такого показателя и качества представленных данных. Во всех случаях было сделано все возможное для согласования всех внесенных изменений с теми показателями, которые в настоящее время используются национальными правительствами и другими партнерами по процессу развития. Последовательность показателей во времени позволяет оценивать тенденции и прогресс.

В предыдущем раунде представления отчетности воздействие профилактики передачи от матери ребенку (ППМР) являлось национальным показателем, моделируемым на основе показателя охвата ППМР. Для учета ряда переменных величин, которые влияют на эффективность услуг для ППМР, таких как различия между протоколами лечения, сейчас этот показатель будет моделироваться на глобальном уровне с использованием методик и программного обеспечения ЮНЭЙДС на основе данных об охвате ППМР, включаемых в национальные доклады.

## **Использование дополнительных рекомендуемых показателей для мониторинга прогресса в странах**

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует, чтобы показатели ССГАООН использовались в качестве основы для национальной системы мониторинга и оценки. В соответствии со своими конкретными потребностями, и при наличии ресурсов, страны, возможно, захотят включить дополнительные показатели в свои национальные планы мониторинга.

На глобальном уровне доноры, многосторонние организации и система Организации Объединенных Наций тесно сотрудничают с национальными правительствами для согласования требуемых показателей по мониторингу и снижения нагрузки на страны в связи с представлением отчетности. С этой целью Референс-группа ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке создала рабочую группу для согласования большого числа показателей, рекомендуемых в настоящее время для программного мониторинга или требуемых для представления отчетности донорам. Итогом этой работы будет создание набора стандартизированных дополнительных показателей, которые будут дополнять показатели ССГАООН и поддерживаться рядом партнеров.

Как основной набор показателей ССГАООН, так и рекомендуемый набор дополнительных показателей будут включены в онлайн-реестр показателей, который в ближайшее время пройдет бета-тестирование. Позднее в 2007 году ЮНЭЙДС представит дополнительные технические рекомендации национальным правительствам по этим показателям.

## **Формат национального доклада о ходе работы**

С учетом полученных ответов мы упорядочили структуру формата национального доклада о ходе работы, с тем чтобы обеспечить получение от каждой страны аналогичной информации и стимулировать страны к более широкому использованию данных ССГАООН. Настоящий формат и руководящие принципы имеют целью способствовать более углубленному и целенаправленному анализу страновых данных для ССГАООН на страновом уровне, прежде чем они будут переданы на глобальный уровень. Данные для показателей ССГАООН рассматриваются как неотъемлемая часть процесса представления каждой страной национального доклада о выполнении показателей ССГАООН. Следовательно, как текстовую часть национального доклада о ходе работы, так и данные для показателей ССГАООН следует учитывать в рамках процесса консультаций и подготовки докладов, как изложено в разделе "Отчетность" на странице 21 настоящих руководящих принципов.

В Приложение 2 включена полная модель национального доклада о ходе работы и подробные инструкции о заполнении различных разделов этого доклада. Настоятельно рекомендуется, чтобы данные для показателей ССГАООН направлялись через Информационную систему мониторинга ответных мер в странах (КРИС) для обеспечения полноты и качества данных, а также для облегчения обработки и анализа как на страновом, так и на глобальном уровне.

КРИС обеспечивает национальную инфраструктуру для мониторинга, поскольку эта система разработана для устранения различных препятствий на пути сбора и представления данных для показателей. Например, обмен данными, соответствующие технологии и аналитические потребности национальных и международных сотрудников, проводящих мониторинг и оценку, встроены в систему, которая является экономически эффективной по сравнению со специальными или патентованными системами. При представлении отчетности за 2005 год 62% стран, направивших свои данные в указанный срок, использовали КРИС; в настоящее время по крайней мере семнадцать стран используют КРИС для сбора данных на субнациональном уровне и проведения анализа на местном уровне, что в свою очередь позволяет улучшить качество данных и процесс принятия решений в рамках программ. Кроме того, проводится работа для включения КРИС в системы антиретровирусного лечения с целью организации единого потока данных из учреждений на национальный и международный уровень, обеспечивая более полную и точную картину охвата.

Использование КРИС при представлении отчетности по показателям ССГАООН значительно облегчает процедуру передачи данных из стран на глобальный уровень. КРИС поддерживает все шесть языков Организации Объединенных Наций, что устраняет потребность в переводе. Кроме того, данные для показателей, направляемые через КРИС, целиком и полностью интегрируются в глобальную базу данных, устраняя необходимость ввода данных вручную. Эти две отличительные особенности обеспечивают такое положение, при котором данные, включаемые в глобальную базу, точно отражают

данные, представляемые странами, и это уменьшает время, необходимое для обработки данных в штаб-квартире ЮНЭЙДС.

Просьба направлять национальные доклады о ходе работы по электронной почте на адрес [ungassindicators@unaid.org](mailto:ungassindicators@unaid.org), включая два приложения: файл в формате Microsoft Word для текстовой части и файл с данными для КРИС (или файл в формате Microsoft Excel, используя для этого прилагаемые модели) до 31 января 2008 года.

Если для представления отчетности система КРИС не используется, доклады необходимо представить до 15 января 2008 года, с тем чтобы было время для ввода данных вручную в Глобальную информационную систему мониторинга ответных мер.

## Национальные показатели: общий обзор

Основное внимание в настоящем документе уделяется показателям ССГАООН на национальном уровне, в то же время он включает основную информацию и о глобальных показателях ССГАООН.

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

Показатели ССГАООН на национальном уровне подразделяются на три категории:

- **Приверженность и действия на национальном уровне.** Эти показатели отражают в первую очередь политику, стратегический и финансовый вклад в целях профилактики распространения ВИЧ-инфекции, обеспечения ухода и поддержки инфицированным лицам и ослабления социально-экономических последствий, обусловленных высокой заболеваемостью и смертностью в результате СПИДа. Они также характеризуют программные мероприятия, охват и конечные результаты, например, в области профилактики передачи инфекции от матери ребенку, лечения с использованием антиретровирусной терапии для нуждающихся и услуг для сирот и уязвимых детей.
- **Знания и поведение на национальном уровне.** Эти показатели характеризуют диапазон конкретных знаний и результатов изменения поведения, включая точные знания о передаче ВИЧ, возрасте начала половой жизни, сексуальном поведении и посещаемости школы детьми-сиротами.
- **Воздействие программ на национальном уровне.** Эти показатели, такие как процент молодых людей, инфицированных ВИЧ, используются в основном для измерения того, в какой степени программные мероприятия на национальном уровне позволили снизить темпы инфицирования ВИЧ и ассоциируемые с этим заболеваемость и смертность.

Большинство национальных показателей применимы ко **всем** странам. Например, новые показатели, характеризующие знания и поведение и касающиеся групп населения, которым грозит самый высокий риск, применимы к странам с концентрированной эпидемией, а также к странам с генерализованной эпидемией, если им известно, что в определенной группе населения развивается концентрированная субэпидемия. Точно так же странам с концентрированной эпидемией следует собирать данные о мероприятиях общего характера, таких как обучение жизненным навыкам и сексуальное поведение среди молодежи, в качестве средства для отслеживания тенденций, которые могут влиять на характер национальных ответных мер в будущем.

Четыре национальных показателя также являются показателями целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Эти показатели используются для измерения прогресса в реализации указанных целей в области развития, которые являются составной частью Декларации тысячелетия, принятой всеми 189 государствами-членами Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций в 2000 году. Эти четыре показателя касаются знаний молодых людей о ВИЧ, использования презервативов, посещения школы детьми-сиротами и процента молодых людей, инфицированных ВИЧ.

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

Подписав Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, страны с высоким уровнем доходов также обязаны представлять отчетность о ходе осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ в стране (а не на международном уровне через программы развития или программы помощи). Признается тот факт, что страны с высоким уровнем доходов зачастую имеют несколько сложных информационных систем и различные источники данных, что усложняет задачу расчета единого национального показателя. Тем не менее это не исключает потребность в получении данных из стран с высоким уровнем доходов для мониторинга глобального выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Странам с высоким уровнем доходов следует обращаться в Департамент по оценке ЮНЭЙДС ([ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)), если им требуются дополнительные технические консультации по вопросам отчетности о выполнении своих национальных программ.

## **Национальные показатели для генерализированных и концентрированных эпидемий/эпидемий с низким показателем распространенности**

В предыдущем раунде отчетности ССГАООН показатели были сгруппированы в две категории в соответствии с природой эпидемии. В данном раунде отчетности не проводится различия между набором показателей для генерализированной эпидемии и набором показателей для концентрированной эпидемии/эпидемии с низким показателем распространенности. Это обусловлено тем, что эпидемии четко не вписываются в простые дихотомические классификации.

В 2006 году, например, некоторые страны с генерализованной эпидемией и относительно высоким показателем распространенности признали, что в развитии их эпидемий важную роль играли подэпидемии среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, и что программы профилактики для таких групп населения являлись важнейшим элементом национальных ответных мер. Справедливо, что эти страны решили представить показатели для таких групп населения в дополнение к набору показателей для генерализованной эпидемии.

Для настоящего раунда отчетности странам следует рассмотреть каждый показатель в свете индивидуальной динамики развития своей эпидемии. Когда страны принимают решение не представлять данные для определенного показателя, им предлагается дать пояснения, почему они приняли такое решение. Это позволит выполнить анализ с дифференциацией между ситуацией, когда данные отсутствуют, и ситуацией, когда определенные показатели невозможно применить к конкретным условиям в стране.

## **Глобальные показатели**

Глобальные показатели предназначены для того, чтобы получить информацию об уровнях международной поддержки ключевых элементов глобальных ответных мер, а также определить тенденции в оказании такой поддержки. Эти показатели позволяют измерить финансовую помощь со стороны доноров для борьбы со СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов, объем государственных средств, выделяемых на исследования и разработку вакцин и микробицидов, а также процент транснациональных компаний и международных организаций, осуществляющих политику/программы в связи с ВИЧ на рабочем месте. В свете международных требований к процессу сбора данных ЮНЭЙДС и ее партнеры несут ответственность за расчет глобальных показателей.

Несмотря на то что национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные органы не играют непосредственной роли в предоставлении отчетности по ключевым глобальным показателям, существует аналогичный процесс сбора, анализа и представления данных, осуществляемый под прямым руководством ЮНЭЙДС и ее партнеров. В рамках этого процесса организации гражданского общества на национальном уровне могут внести свой прямой вклад в работу ЮНЭЙДС, включая предоставление данных, непосредственно касающихся ключевых показателей, и комментариев к проекту доклада.



## Определение целей в отношении обеспечения всеобщего доступа

Инициатива по обеспечению всеобщего доступа дополняет Декларацию о приверженности ССГАООН. По мере возможности ЮНЭЙДС поощряет применение показателей ССГАООН в рамках процесса определения целей по обеспечению всеобщего доступа. Поэтому национальные доклады о ходе работы, направляемые в рамках процесса мониторинга показателей ССГАООН, также могут быть полезными для отслеживания прогресса на пути к обеспечению всеобщего доступа. Дополнительные рекомендации по вопросам обеспечения всеобщего доступа, в том числе дополнительные показатели, используемые для определения целей, включены в документы “Определение национальных целевых задач для обеспечения всеобщего доступа к 2010 году: рабочая инструкция” (*Setting National Targets for Moving Towards Universal Access by 2010: Operational Guidance*) (ЮНЭЙДС, 2006 г.) и “Расширение масштабов в направлении обеспечения всеобщего доступа: рекомендации для стран при установлении своих национальных целевых задач по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ” (*Scaling Up Towards Universal Access: Considerations for Countries to Set their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment and Care*) (ЮНЭЙДС, 2006 г.). Оба документа можно найти на веб-сайте ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org/en/Coordination/Initiatives/Setting+national+targets.asp>.

## Реализация на национальном уровне

В настоящем разделе пособия рассматриваются вопросы, касающиеся сбора, анализа, интерпретации и представления данных для ключевых показателей на национальном уровне. Странам, которым требуется дополнительная информация о реализации, следует обращаться за технической помощью к консультантам ЮНЭЙДС по вопросам мониторинга и оценки и в рабочие группы по мониторингу и оценке, работающие в стране. За помощью также можно обратиться в Департамент по оценке Секретариата ЮНЭЙДС по электронной почте [ungassindicators@unaid.org](mailto:ungassindicators@unaid.org).

### Построение показателей

В настоящее пособие включены подробные руководящие принципы разработки каждого национального показателя. Эти руководящие принципы включают назначение показателя, возможность его применения в определенной стране, периодичность сбора релевантной информации, рекомендуемые инструменты измерения, рекомендуемые методы измерения и краткое описание процедуры интерпретации показателя.

### Инструменты измерения и источники данных

Основными инструментами измерения являются: (i) репрезентативные обследования, проводимые по методу выборки среди различных групп населения в национальном масштабе, такие как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ и ОДЗ+), кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода (КМИО) и обследование в области демографии и здравоохранения/ обследование для показателей в области СПИДа; (ii) обследования в школах, (iii) надзорные обследования поведения; (iv) специальные целевые обследования и анкетирования, включая обследования определенных групп населения (напр., обследования для анализа охвата определенными видами услуг); (v) системы отслеживания пациентов; (vi) информационные системы в сфере здравоохранения; и (vii) анкета для определения Национального комбинированного индекса политики, включенная в настоящее пособие.

Основные инструменты измерения должны дополняться за счет использования имеющихся источников данных, включая документацию и аналитические обзоры программ, предоставляемые учреждениями здравоохранения и школами, а также специфическую информацию, получаемую в результате проведения эпиднадзора за распространением ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем. Ценным источником данных для многих показателей являются организации гражданского общества, особенно это касается показателей, характеризующих меры вмешательства, где активную роль играют неправительственные, профессиональные организации и организации на уровне общин, включая работу среди молодежи, групп населения, которым грозит самый высокий риск, и беременных женщин.

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

В том случае, когда системы мониторинга не обеспечивают получение репрезентативных данных об охвате услугами на национальном уровне, страны могут использовать данные, получаемые в результате опроса ключевых информантов. Несмотря на то что данные, собираемые с использованием такого подхода, являются менее точными по сравнению с данными, получаемыми с помощью систем мониторинга, этот подход удобен в применении и относительно недорог (информацию об одной альтернативной методике сбора данных по охвату см. в Приложении 3).

В странах с концентрированными эпидемиями или подэпидемиями в группах населения, которым грозит самый высокий риск, – напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков и мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, – необходимы целенаправленные действия для сбора данных по каждой группе риска. Поскольку группы населения, которым грозит самый высокий риск, как правило, являются маргинализированными и зачастую мобильными группами, мониторинг тенденций в поведении и распространенности ВИЧ является трудным делом, и потребуются значительные усилия для получения критических данных. Во многих случаях наиболее эффективным методом сбора данных будет сотрудничество с организациями гражданского общества, которые тесно работают с таким населением. Следует отметить, что группы населения, которым грозит самый высокий риск, могут быть скрытыми или труднодоступными; следовательно, странам, возможно, потребуются другие методики и расчеты для оценки общей численности определенной группы населения.

## Числители и знаменатели

Настоящие руководящие принципы включают подробные инструкции для измерения национальных ответных мер по каждому ключевому показателю. Большинство ключевых показателей на национальном уровне включают числители и знаменатели для расчета процентных величин, которые определяют нынешнее состояние национальных ответных мер.

Для определенного показателя важно, чтобы период сбора данных был соответствующим для всей информации, касающейся числителей и знаменателей этого показателя. Если данные собраны в различное время для числителей и знаменателей, это скажется на точности и достоверности такой информации. При расчете показателя странам настоятельно рекомендуется обращать особое внимание на даты получения конкретных данных.

Описанные здесь методы были разработаны для того, чтобы содействовать процессу построения глобальных оценок с использованием данных, полученных на национальном уровне. Эти методы можно использовать на субнациональном уровне, однако для принятия решений на уровне ниже национального более подходящими могут быть более простые, быстрые и гибкие подходы, приспособленные к местным условиям. Важным исключением являются страны с большой численностью населения, такие как Китай, Индия, Индонезия и Нигерия, где сбор данных на национальном уровне является трудной задачей. В таких случаях соответствующим будет субнациональный подход с использованием методик, изложенных в настоящем пособии.

## Данные с разбивкой по позициям: существенно важная разбивка по полу и возрасту

Одним из основных уроков, полученных в ходе предыдущих раундов отчетности, является важность получения данных с разбивкой по позициям, например, данных с разбивкой по полу и возрасту. Как указано выше, менее 20% данных, представленных для доклада за 2005 год, были разбиты по позициям, что затрудняет получение достоверных выводов на основе такой информации. В дальнейшем жизненно важно, чтобы страны собирали данные для отдельных составляющих, а не в суммарном виде. Без данных с разбивкой по позициям трудно проследить широту и глубину мер, осуществляемых в ответ на эпидемию на национальном или глобальном уровне. В такой же мере трудно проследить доступ к мероприятиям, определить справедливость такого доступа, целесообразность уделения особого внимания определенным группам населения и значимые изменения во времени.

Основная проблема получения данных с разбивкой по позициям – это проблема самого сбора информации. Безусловно, сбор данных для каждой составляющей требует больше усилий. В то же время важно отметить, что большая часть данных, собираемых на субнациональном уровне, уже имеет разбивку при их первичном получении. Например, известно, получена ли информация от мужчин или женщин. К сожалению, при передаче информации на национальный уровень более детальные данные зачастую утрачиваются. Задача, стоящая перед национальными комитетами по СПИДу или эквивалентными им структурами, состоит в том, чтобы получаемые данные сохраняли разбивку по позициям по мере их передачи с местного на национальный и глобальный уровень. Если имеются данные только с частичной разбивкой по позициям, то для определения общего значения для представления отчетности по такому показателю необходимо проанализировать их репрезентативность. Например, представление отчетности на основе только данных, полученных среди мужчин, может не отражать общего значения для всего населения по некоторому показателю, такому как процент лиц, прошедших тестирование на ВИЧ или получающих антиретровирусное лечение.

Странам настоятельно рекомендуется обеспечить, чтобы сбор данных с разбивкой по позициям, особенно по полу и возрасту, стал одним из краеугольных камней в их усилиях по мониторингу и оценке. Основные министерства должны пересмотреть собственные системы информации, обследования и другие инструменты для сбора данных, с тем чтобы они могли собирать данные с разбивкой по позициям на субнациональном уровне, в том числе на уровне отдельных учреждений и проектов. Особое внимание следует уделять процедуре отслеживания данных, представляемых с разбивкой, до национального уровня. Помимо этого, организации частного сектора и/или гражданского общества, участвующие в мерах в ответ на СПИД в стране, должны понимать значение данных с разбивкой по позициям, и сбор и распространение таких данных должны стать приоритетом в их текущей деятельности.

Разбивка по полу и возрасту позволит более эффективно отслеживать ресурсы и программные ответные меры. Это в свою очередь позволит усилить возможности национальных программ по СПИДу и глобальных усилий по мониторингу в плане определения результативности мер в ответ на ВИЧ для таких специальных групп населения, как женщины и молодые люди, которые все чаще оказываются двумя наиболее пострадавшими группами в этой пандемии.

В настоящее пособие включены формы, которые страны используют для представления отчетности по каждому национальному показателю. В этих формах четко определены данные с разбивкой по позициям, которые необходимы для представления точных отчетных данных для числителя и знаменателя по каждому показателю (дополнительную информацию по этим показателям см. в предыдущем подразделе “Числители и знаменатели”). В целом, по возможности все данные должны разбиваться по полу и возрасту. Признание трудностей, с которыми приходится сталкиваться при сборе данных с разбивкой по позициям, стало причиной внесения изменений в систему КРИС для облегчения ввода частичных данных, если это необходимо. Это дает время для наращивания потенциала по обеспечению качества данных и для создания систем сбора данных с разбивкой по позициям.

Если национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам трудно получить данные с разбивкой по позициям, необходимую информацию для ключевых показателей иногда можно получить на основе более крупных совокупностей данных. Несмотря на то что источники данных в каждой стране будут различными, обсуждение этого вопроса в странах, которые участвовали в подготовке Глобального доклада о ходе работы за 2006 год, позволило определить ряд ценных ресурсов для получения данных, касающихся ключевых показателей, которые могут быть применимы в других странах.

Странам следует обращаться за технической помощью в ЮНЭЙДС и к ее партнерам на страновом уровне, если они не уверены в том, как можно получить доступ к данным с разбивкой по позициям, необходимым для правильного выполнения измерений ключевых показателей. Для сбора и подтверждения данных правительствам рекомендуется использовать не только свои внутренние информационные ресурсы. Во многих случаях ценные первичные и вторичные данные могут предоставить организации гражданского общества.

## **Новизна и репрезентативность данных обследований**

Что касается показателей, основанных на результатах обследований населения в целом, необходимо использовать самые последние данные обследований, репрезентативных на национальном уровне. Признается тот факт, что в некоторых случаях это может означать, что данные, представленные в рамках данного раунда, будут такими же, как и данные, представленные в 2005 году, поскольку обычно такие обследования проводятся раз в пять лет.

Обеспечение репрезентативности выборок при проведении обследований среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, представляет собой сложную техническую задачу. В настоящее время разрабатываются методы, направленные на обеспечение репрезентативности выборок таких групп населения (напр., выборки, составленные на основе ответов самих респондентов). Пока эти методы уточняются, разработчики считают, что странам, возможно, не удастся подтвердить репрезентативность выборок, используемых для проведения обследований среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Таким образом, странам рекомендуется представлять данные для таких показателей, используя самые последние результаты обследований групп населения, которым грозит самый высокий риск, проверенные и одобренные техническими экспертами в стране, например членами технических рабочих групп по мониторингу и оценке или членами национальных советов по исследованиям.

## Интерпретация и анализ

Руководящие принципы в настоящем пособии включают раздел об интерпретации каждого из ключевых показателей на национальном уровне. Прежде чем начинать сбор и анализ информации, странам следует внимательно проанализировать этот раздел. Данный раздел включает дополнительные пояснения, которые помогут интерпретировать каждый показатель и решать возможные связанные с ним вопросы. Странам также следует проанализировать вопросы, поднятые в разделе, касающемся интерпретации, до того, как они закончат работу над своим национальным докладом о ходе работы, с тем чтобы удостовериться в точности своих выводов по каждому показателю.

Многие вопросы, поднятые в разделе об интерпретации настоящих руководящих принципов, имеют целью повысить точность и последовательность данных, предоставляемых в ЮНЭЙДС в национальных докладах о ходе работы. В настоящем разделе содержится также дополнительная информация относительно ценности конкретного показателя. В данном разделе отмечается, что в разных странах могут иметь место расхождения по таким разнообразным проблемам, как зависимость между затратами и местными доходами, стандарты качества и различия в схемах лечения.

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

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

## Выбор показателей

Как отмечено ранее, по сравнению с раундом отчетности за 2005 год, изменение заключается в том, что уже более не используются два различных набора показателей для различных типов эпидемий. Национальные доклады о ходе работы, полученные ЮНЭЙДС, показали, что показатели выбирались как из перечня для генерализованной эпидемии, так и из перечня для концентрированной эпидемии/эпидемии с низким показателем распространенности в соответствии с актуальностью показателей для положения в каждой отдельной стране. Таким образом, сейчас используется один сводный набор показателей.

Страны, как предполагается, “знают свою эпидемию” и анализируют все показатели в свете такого знания с целью определить, какие показатели применимы к их ситуации. Например, стране с концентрированной эпидемией только среди работников секс-бизнеса не требуется предоставлять данные по ключевым показателям, касающимся потребителей инъекционных наркотиков. Этой же стране, однако, следует рассчитывать конкретные показатели для работников секс-бизнеса, а также более широкие показатели (напр., знания молодых людей о ВИЧ, секс с повышенным уровнем риска среди женщин и мужчин, пользование презервативами во время секса с повышенным уровнем риска), которые важны для прослеживания распространения ВИЧ среди населения в целом.

Аналогичным образом странам с генерализованной эпидемией следует проанализировать показатели, касающиеся только групп населения, которым грозит самый высокий риск, для того чтобы определить, применимы ли какие-либо из таких показателей в их ситуации. Например, страна с эпидемией с более высоким показателем распространенности ВИЧ также может иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди потребителей инъекционных наркотиков. По этой причине для такой

страны будет полезно рассчитать и представить показатели, касающиеся групп населения, которым грозит самый высокий риск.

По каждому показателю, для которого страны не представляют данных, им необходимо указать: (i) отсутствуют ли данные для характеристики такого показателя и (ii) считается ли, что такой показатель неприменим к эпидемиологической ситуации в стране.

## **Роль гражданского общества**

Гражданское общество играет ключевую роль в осуществлении мер в ответ на эпидемию СПИДа во всех странах мира. Наличие широкого стратегического и тактического опыта и знаний в организациях гражданского общества превращает их в идеальных партнеров в процессе подготовки национальных докладов о ходе работы. В частности, организации гражданского общества имеют хорошие возможности для предоставления количественной и качественной информации с целью дополнить данные, собираемые правительством. Они способны предоставить ценное видение по вопросам, включаемым в Национальный комбинированный индекс политики. Помимо этого, они имеют такие же хорошие возможности для участия в процессе анализа и проверки докладов о ходе работы.

Национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует стремиться к тому, чтобы использовать вклад всех организаций гражданского общества, включая неправительственные организации, конфессиональные организации, профсоюзы и организации на уровне общин, при составлении докладов по ключевым показателям на национальном уровне, отражающим выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой ССГАООН. Невозможно переоценить важность обеспечения вклада всех организаций гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ и СПИДом; гражданское общество представляет самые различные организации и точки зрения, все из которых могут оказаться ценными в процессе мониторинга и оценки мер по борьбе со СПИДом в стране.

Для того чтобы обеспечить продуктивные отношения с гражданским обществом в процессе подготовки своих докладов по ключевым показателям, национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует предоставлять организациям гражданского общества удобный доступ к своим планам по сбору данных, а также простой механизм подачи и оценки информации для ее включения в национальный доклад о ходе работы. В рамках таких усилий эти организации следует также приглашать к участию в семинарах на национальном уровне для определения того, каким образом они смогут оказать оптимальную поддержку процессу подготовки страновой отчетности. Кроме того, в каждой стране гражданскому обществу необходимо обеспечить достаточные возможности для анализа национального доклада о ходе работы и внесения своих замечаний по докладу до того, как он будет окончательно утвержден и представлен. Необходимо обеспечить широкое распространение доклада, направляемого в ЮНЭЙДС, для того чтобы гражданское общество в целом имело к нему открытый доступ.

Сотрудники ЮНЭЙДС на страновом уровне готовы помочь в организации участия гражданского общества на всех этапах этого процесса. В частности, сотрудники ЮНЭЙДС на страновом уровне могут проинформировать организации гражданского общества относительно показателей и процесса представления отчетности; оказать техническую помощь при сборе, анализе и представлении отчетных данных, включая целевую поддержку людям, живущим с ВИЧ; а также обеспечить распространение докладов, в том числе – по мере возможности – докладов на национальных языках.

Как и в 2003 и 2005 годах, в рамках отчетности за 2007 год ЮНЭЙДС будет принимать неофициальные (“теневые”) доклады от организаций гражданского общества. ЮНЭЙДС проведет консультации с организациями гражданского общества по вопросам их участия в представлении отчетности для ССГАООН, где будут рассмотрены вопросы участия гражданского общества в подготовке и представлении официальных национальных докладов о ходе работы и неофициальных докладов.

Необходимо отметить, что неофициальные доклады не имеют целью обеспечить параллельный процесс представления отчетности для гражданского общества. По мере возможности ЮНЭЙДС поощряет включение организаций гражданского общества в национальные процессы отчетности, как описано выше. Неофициальные доклады призваны представить альтернативную точку зрения там, где есть большая убежденность в том, что гражданское общество не должным образом включено в национальный процесс представления отчетности, или там, где правительства не представляют национальный доклад о ходе работы.

## Отчетность

Национальные правительства отвечают за представление показателей на национальном уровне через национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные им органы при поддержке со стороны ЮНЭЙДС и ее партнеров. Процедуры, изложенные в настоящем пособии, следует использовать для сбора и расчета необходимых данных для каждого показателя. Для составления доклада, передаваемого в ЮНЭЙДС, следует использовать предлагаемый формат доклада (Приложение 2). Национальный доклад о ходе работы следует направить в Департамент по оценке ЮНЭЙДС к 31 января 2008 года. Национальные доклады о ходе работы следует направлять электронной почтой по адресу [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org) в виде одного сообщения с приложением двух файлов: описательного доклада в формате Microsoft Word и файла, содержащего данные для показателей. По мере возможности данные следует направлять в виде файла КРИС. Если файл КРИС использовать невозможно, просьба использовать прилагаемые формы отчетности в формате Microsoft Excel. Нет необходимости использовать оба вида файлов – КРИС и Excel. Обращаем внимание на то, что страны, которые не используют КРИС для подачи своих данных для показателей, должны направить свои доклады до 15 января 2008 года; этот запас времени необходим для ввода данных вручную в Глобальную информационную систему мониторинга ответных мер в штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.

Для облегчения возможных последующих действий странам необходимо указать имя/фамилию и контактные данные лица, ответственного за представление национального доклада о ходе работы. Для этого необходимо использовать форму, включенную в Приложение 4. Просьба обратить внимание на то, что эту форму или национальный доклад о ходе работы необязательно официально подписывать.

Печатные экземпляры докладов можно выслать по адресу:

Dr. Paul De Lay, Director, Evaluation Department  
UNAIDS, 20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27, Switzerland

В докладе следует отметить достижения, а также ограничивающие факторы и будущие национальные планы, направленные на повышение качества выполнения, особенно в областях, где имеющиеся данные свидетельствуют о слабых местах в национальных ответных мерах. Такой доклад также должен включать краткое пояснение по каждому показателю с указанием процедуры расчета числителей и знаменателей и степени точности комбинированных данных и данных с разбивкой по позициям. Как указано выше, если страны не направляют данных для определенного показателя, им необходимо указать, чем это обусловлено: отсутствием соответствующих данных или тем, что они не считают этот показатель актуальным для характеристики эпидемии в стране. Следовательно, национальные доклады должны иметь ссылки на все показатели в настоящих руководящих принципах независимо от того, представлены данные для какого-либо показателя или нет.

В Приложение 5 включен полный график представления отчетности ССГА ООН по всем показателям на несколько лет. В 2008 году странам необходимо представить всеобъемлющий доклад по всем национальным показателям, применимым к их ответным мерам. При появлении вопросов странам рекомендуется консультироваться в местном отделении ЮНЭЙДС или в Женеве по адресу [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org). Последняя информация о порядке представления отчетности для ССГА ООН будет размещена на сайте ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org>.

Как указано выше, а также в соответствии с Декларацией о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ, следует вовлекать в процесс подготовки национального доклада о ходе работы. Все организации частного сектора должны иметь такие же возможности для участия в процессе представления отчетности. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует национальным правительствам организовать семинар или форум для широкого представления и обсуждения данных, включаемых в национальный доклад о ходе работы, до его передачи в ЮНЭЙДС. По мере возможности окончательный вариант доклада должен отражать итоги обсуждения в ходе этого мероприятия. В большинстве стран имеются объединенные группы ООН по СПИДу, готовые содействовать такому процессу обсуждений. После представления все национальные доклады о ходе работы будут помещены на веб-сайте ЮНЭЙДС. По этой причине важно, чтобы доклад был всесторонним образом проанализирован в стране и одобрен официально, прежде чем он будет передан в ЮНЭЙДС. Данные, подаваемые через систему КРИС, должны быть подтверждены в описательном докладе, а качество всех данных проверено до передачи доклада. У ЮНЭЙДС не будет времени на проверку качества данных после их направления в штаб-квартиру ЮНЭЙДС в Женеве для их глобального обобщения и анализа.

В странах, где существует система КРИС, эта база данных будет служить в качестве основной информационной системы для национальных ответных мер и должна включать все данные, полученные по ключевым и дополнительным показателям, которые поддерживают выполнение Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Эта система обеспечивает структуру для информации на национальном уровне, касающейся эпидемии, ответных мер и воздействия, включая эпидемиологические данные; осуществления стратегического планирования, определения затрат и координации; распределения бюджетных средств для программ по СПИДу и других потоков ресурсов; а также показателей, отражающих реализацию проектов.

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

Для того чтобы национальный доклад о ходе работы за 2008 год способствовал осуществлению глобальных мер в ответ на эпидемию, важнейшее значение имеет представление полной отчетности по ключевым показателям. Странам настоятельно рекомендуется разрабатывать графики и намечать ключевые вехи для выполнения необходимых задач. Ниже представлены действия, необходимые для выполнения полного цикла отчетности. Под руководством национальных комитетов по СПИДу или эквивалентных им структур странам необходимо:

- определить потребности в данных в соответствии с требованиями национального стратегического плана и настоящими руководящими принципами ССГАООН;
- разработать и распространить план для сбора и анализа данных и составления доклада, включая графики и роли национального комитета по СПИДу или эквивалентного органа, других правительственных учреждений и гражданского общества;
- определить соответствующие инструменты для сбора данных;
- обеспечить необходимое финансирование для всего процесса сбора, анализа и представления данных;
- обеспечить сбор и проверку данных в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
- проанализировать данные в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
- заполнить соответствующие формы подачи данных и подготовить проект прилагаемого национального доклада о ходе работы;
- предоставить основным участникам, включая правительственные учреждения и гражданское общество, возможность высказать замечания по проекту доклада;
- ввести данные в систему КРИС или в эквивалентные системы управления данными и согласовать их с текстом доклада; и
- представить (i) текстовую часть доклада и (ii) данные для показателей в ЮНЭЙДС в Женеве по электронной почте ([ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)) до **31 января 2008 года** или до **15 января 2008 года** для стран, которые подают данные не через систему КРИС.

В Приложение 8 включен контрольный перечень, который можно использовать при подготовке и представлении национального доклада о ходе работы.

### Роль мониторинга показателей для адвокации на основе подтвержденных данных

Представление отчетных данных по ключевым показателям позволяет оценить усилия страны по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Это также позволяет странам оценить предпринимаемые ими усилия в сфере адвокации и, что важнее, определить повестку дня для будущих усилий по адвокации на национальном и глобальном уровне. Центральная роль адвокации в разработке политики, выделении ресурсов и реализации программ на обоих уровнях усиливает значение всеобъемлющего представления отчетности на национальном уровне, в том числе данных с разбивкой по позициям и вклада организаций государственного и частного сектора, участвующих в осуществлении мер в ответ на СПИД.



Адвокация представляет собой стратегический процесс, направленный на то, чтобы повлиять на политические, социальные, экономические и культурные перемены, необходимые для повышения эффективности мер в ответ на СПИД. Успешная адвокация базируется на использовании достоверных данных, что позволяет влиять на лиц, принимающих решения и формирующих общественное мнение, и изменять существующее положение вещей. Страны, которые будут заниматься сбором, анализом и представлением отчетных данных по ключевым показателям, включенным в настоящее пособие, будут иметь огромное количество данных, которые они смогут использовать для адвокации как на национальном, так и на глобальном уровне, а также будут иметь ответы на следующие вопросы:

- Каково состояние развития эпидемии в стране?
- Каковы основные тенденции в передаче ВИЧ и охвате услугами?
- Каковы основные препятствия на пути получения доступа к услугам по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ?
- Каково качество оказываемых услуг?
- Предоставляются ли услуги справедливо и эффективно?
- Что усугубляет эти проблемы (напр., стратегия, законодательство, ресурсы, политика, обычаи, организации, отдельные лица)?
- Кто способен изменить ситуацию (напр., выборные руководители, бюрократы, религиозные руководители, руководители на уровне общины, доноры, международные организации, неправительственные организации)?
- Что эти люди делают сейчас для решения проблем?

Если данные, необходимые для ключевых показателей, отсутствуют, это подчеркивает потребность в адвокации для решения вопроса об усилении потенциала самих систем для мониторинга и оценки.

# Ключевые показатели для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

## Отчетность за 2008 год

Показатели Частота сбора данных Инструмент для измерения

### Национальные показатели

#### Приверженность и действия на национальном уровне

1. Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования	Зависят от запроса страны и финансирования, на календарный или финансовый год	Оценки национальных расходов в связи со СПИДом или анализ потоков финансовых средств
2. Национальный комбинированный индекс политики (включает следующие сферы: гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, профилактика, уход и поддержка, права человека, участие гражданского общества, мониторинг и оценка)	Раз в два года	Кабинетный анализ и интервью с ключевыми информантами

**Национальные программы** (безопасность крови, охват антиретровирусной терапией, профилактика передачи от матери ребенку, ведение больных с туберкулезом (ТБ) и ВИЧ, тестирование на ВИЧ, программы профилактики, услуги для сирот и уязвимых детей, просвещение)

3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества	Ежегодно	Программный мониторинг
4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию	Ежегодно	Программный мониторинг и оценки
5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	Ежегодно	Программный мониторинг и оценки
6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	Ежегодно	Программный мониторинг
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
8. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Раз в два года	Обследования поведения
9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ	Раз в два года	Обследования поведения
10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	Раз в два года	Обследования в школах

#### Знания и поведение

12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения

14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Раз в два года	Обследования поведения
15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	Раз в два года	Обследования поведения
19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Раз в два года	Обследования поведения
20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	Раз в два года	Обследования поведения
21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	Раз в два года	Обследования поведения

**Воздействие**

22. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ*	Ежегодно	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ и обследование среди населения
23. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ	Ежегодно	Дозорный эпиднадзор за ВИЧ
24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	Раз в два года	Программный мониторинг
25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	(Моделируется в штаб-квартире ЮНЭЙДС на основе охвата программами)	Протоколы лечения и анализ эффективности

**Глобальные показатели**

1. Объем двусторонних и многосторонних финансовых потоков (обязательств и выплат) для стран с низким и средним уровнем доходов	Ежегодно	Отчеты доноров
2. Объем государственных средств на исследования и разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ	Ежегодно	Отчеты доноров
3. Процент транснациональных компаний, присутствующих в развивающихся странах и реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте	Ежегодно	Кабинетный анализ
4. Процент международных организаций, реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте	Ежегодно	Кабинетный анализ

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



---

## ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

1. Расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования

2. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП)

Часть А (для государственных служащих):

- Стратегический план
- Политическая поддержка
- Профилактика
- Лечение, уход и поддержка
- Мониторинг и оценка

Часть В (для представителей неправительственных организаций, двусторонних учреждений и организаций ООН):

- Права человека
- Участие гражданского общества
- Профилактика
- Лечение, уход и поддержка

## 1. Расходы в связи со СПИДом

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

Поскольку страны могут выбрать различные методики и инструменты для мониторинга потоков финансирования в связи со СПИДом, – т.е. национальные оценки расходования средств в связи со СПИДом (НОСС), субсчет по СПИДу в рамках национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и специальный анализ ресурсных потоков – национальная матрица финансирования включает электронную таблицу, которая позволяет легко вводить, анализировать и представлять финансовые данные при использовании любой из указанных трех методик. Для анализа расходов здравоохранения в связи со СПИДом был создан “мостик” между НОСС и НСЗ, по этой причине в настоящее время нет никакого различия между этими инструментами для отслеживания расходов здравоохранения в связи со СПИДом. НОСС просто дает более детальную характеристику расходов на мероприятия вне системы здравоохранения, например, на смягчение социальных последствий, образование, правосудие и другие мероприятия. Аналогичный процесс согласования был использован в рамках проекта по анализу потоков ресурсов, осуществленному ЮНФПА/ЮНЭЙДС/Институтом междисциплинарных демографических исследований Нидерландов.

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Сбор точных и согласованных данных о расходовании средств на национальном уровне и источниках поступления средств
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Данные за 2005, 2006 и 2007 календарный или финансовый год (по мере получения)
<b>ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Основной инструмент/метод: Национальные оценки расходования средств в связи со СПИДом (НОСС)</p> <p>Альтернативные инструменты/методы:</p> <p>1) Национальные счета здравоохранения – субсчета по СПИДу. Руководящие принципы НОСС включают раздел с представлением кодов НСЗ и НОСС для расходов на здравоохранение в связи со СПИДом и для некоторых мероприятий, осуществляемых вне системы здравоохранения. Таким образом, не должно быть никакого различия между расходами на здравоохранение в связи со СПИДом, определяемыми с помощью НОСС или по субсчетам НСЗ. Тем не менее некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут не включаться в национальные счета здравоохранения.</p>

- 2) Анализ ресурсных потоков (РП). Был предпринят процесс согласования, т.е. страны, включенные в выборку для такого анализа и заполнившие анкеты, могут вводить информацию в матрицу финансирования на совокупном уровне по основным мероприятиям. Некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут оказаться не включенными в такой анализ РП. Кроме того, некоторые мероприятия, связанные с населением, следует исключить из общей суммы расходов в связи со СПИДом.

Результаты, полученные с помощью любого из этих инструментов измерения, необходимо использовать для заполнения национальной матрицы финансирования, которая должна представляться в рамках национального доклада о ходе работы (см. Приложение 6).

## МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ

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

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

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

Три основных группы источников финансирования:

1. Национальные государственные;
2. Международные;
3. Национальные частные (необязательные для отчетности в рамках ССГАООН).

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

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

Исторически информация об использовании финансовых средств в связи со СПИДом на национальном уровне, а также информация об источниках поступления таких средств была очень ограниченной. Для заполнения национальной матрицы финансирования потребуется более полная характеристика ситуации на страновом уровне, что полезно для процесса принятия решений как на национальном, так и на глобальном уровне.

<sup>1</sup> В контексте оценки потребностей в средствах и оценок расходов в связи со СПИДом уязвимые дети определяются как дети, у которых хотя бы один родитель жив, но серьезно болен (в основном по причине ВИЧ) и не может заботиться о них.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОТЧЕТНОСТИ

Показатель, характеризующий национальные и международные расходы в связи со СПИДом, представляется путем заполнения национальной матрицы финансирования. В Приложении 6 содержатся дополнительные инструкции о порядке представления информации для данного показателя через заполнение национальной матрицы финансирования. Титульный лист и информация, указанная в Приложении 6, должны представляться вместе с национальным докладом о ходе работы.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

- Partners for Health Reform Plus/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Настоящую публикацию можно найти на сайте: [http://www.phrplus.org/Pubs/Tech044\\_fin.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/Tech044_fin.pdf)
- UNAIDS (2007). *Handbook to Produce National AIDS Spending Assessment*. Настоящую публикацию можно найти на сайте: [www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp)
- UNAIDS (2007). *NASA-NHA Crosswalk*. Настоящую публикацию можно найти на сайте: [www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp)
- ЮНФПА/ ЮНЭЙДС/НИДИ. Подробную информацию о результатах обследований потоков ресурсов, инструментах обследований, странах, включенных в выборки, и другие сведения об этом инструменте можно найти на сайте: [www.resourceflows.org](http://www.resourceflows.org)
- World Bank/WHO/USAID (2003). *Guide to Producing National Health Accounts*. Настоящую публикацию и другие инструменты для национальных счетов здравоохранения и субсчетов по СПИДу можно найти на сайте: [www.who.int/nha](http://www.who.int/nha)



## 2. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

### Национальный комбинированный индекс политики

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в разработке и применении политики и стратегий в связи с ВИЧ и СПИДом на национальном уровне
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Анкета для определения Национального комбинированного индекса политики (НКИП) (см. Приложение 7)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Комбинированный индекс включает следующие широкие области реализации политики, стратегий и программ: Часть А 1. Стратегический план. 2. Политическая поддержка. 3. Профилактика. 4. Лечение, уход и поддержка. 5. Мониторинг и оценка. Часть В 1. Права человека. 2. Участие гражданского общества. 3. Профилактика. 4. Лечение, уход и поддержка.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

- Важно проанализировать данные для каждого раздела НКИП и включить описание в национальный доклад о ходе работы с указанием достигнутого прогресса (а) в области разработки политики и стратегий и (b) в области реализации политики и стратегий для борьбы с эпидемией ВИЧ в стране. Также необходимо включить комментарии по поводу согласованности и противоречивости между частично совпадающими вопросами в частях А и В, а также анализ тенденций в изменении основных данных для НКИП после 2003 года, если таковые имеются<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> См. "Руководящие принципы по разработке ключевых показателей", ЮНЭЙДС 2002 и 2005 гг., где изложены основные вопросы, включенные ранее в анкету для определения НКИП.



## ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Программные области: безопасность крови, охват антиретровирусным лечением, профилактика передачи от матери ребенку, ведение больных с ТБ и ВИЧ, тестирование на ВИЧ, программы профилактики, услуги для детей-сирот и уязвимых детей и просвещение

3. Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества
4. Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию
5. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку
6. Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получающих лечение в связи с ТБ и ВИЧ
7. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
8. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ
10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком
11. Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года

### 3. Безопасность крови

Программы безопасности крови направлены на то, чтобы все единицы крови были проверены на инфекции, передающиеся при переливании/трансфузии, в том числе на ВИЧ, а также чтобы обеспечить использование в клинической практике только тех единиц крови, которые не дают положительной реакции при проведении проверочных тестов. Во многих странах скрининг единиц крови на все основные инфекции, передающиеся при переливании/трансфузии, не проводится. Зачастую, когда такой скрининг все же проводится, безопасность крови не обеспечивается вследствие получения неточных результатов тестов, обусловленных плохим качеством или несоблюдением правил хранения тест-систем. Кроме того, неадекватная подготовка персонала или отсутствие стандартных рабочих процедур может привести к лабораторным ошибкам. Это в свою очередь может привести к тому, что единицы крови будут классифицироваться как безопасные, даже когда они заражены инфекциями, что несет в себе серьезный риск передачи ВИЧ через кровь.

Всеобщий (100%) скрининг донорской крови на ВИЧ и другие инфекции, передающиеся при переливании/трансфузии, невозможен без механизмов обеспечения качества и непрерывности такого скрининга. В некоторых странах перерывы в поставках тест-систем и реагентов или чрезвычайные ситуации могут привести к использованию крови для переливания без ее скрининга на инфекции, передающиеся при переливании/трансфузии. Поэтому разработка систем для надежного обеспечения регулярных поставок недорогих и качественных тест-систем и реагентов и эффективного управления запасами имеет важнейшее значение для обеспечения всеобщей проверки качества единиц крови.

Таким образом, критически важно, чтобы все единицы донорской крови проверялись на ВИЧ с обеспечением качества контроля. Обеспечение качества скрининга включает два ключевых компонента:

- 1) Использование документированных и стандартизированных процедур (стандартных рабочих процедур) для скрининга всех единиц крови.
- 2) Участие лабораторий в проекте внешней оценки качества для скрининга на ВИЧ, когда внешняя оценка работы лаборатории проводится с использованием образцов известного, но не указанного, содержания для оценки ее системы контроля качества и улучшения уровня исполнения.

#### Процент единиц донорской крови, проверенных на ВИЧ с обеспечением качества

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в обеспечении поставок безопасной крови
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в год
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Инструмент FRAME (рамки для анализа, мониторинга и оценки услуг по переливанию крови): инструмент для быстрой оценки, используемый в Глобальной базе данных по безопасности крови ВОЗ
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Настоящая информация касается данных за предыдущие 12 месяцев (январь-декабрь). Эту информацию следует получать из национальной службы переливания крови или у руководителя национальной программы по крови министерства здравоохранения.</p> <p>Для измерения данного показателя требуется следующая информация:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Какое было общее число единиц донорской крови в стране?</li> </ol> <p>Для каждого центра переливания крови и лаборатории скрининга крови, которые проводят проверку донорской крови на ВИЧ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Какое число единиц донорской крови получено в каждом центре переливания крови/лаборатории скрининга крови?</li> </ol>

3. Какое число единиц донорской крови было проверено в центре переливания крови/лаборатории скрининга крови?
4. Выполняет ли центр переливания крови/лаборатория скрининга крови документированные стандартные рабочие процедуры для скрининга на ВИЧ?
5. Участвует ли центр переливания крови/лаборатория скрининга крови в проекте внешней оценки качества для скрининга на ВИЧ?

Показатель можно рассчитать на основе указанной информации.

**Числитель:**

Число единиц донорской крови, проверенных на ВИЧ в центрах переливания крови/лабораториях скрининга крови, которые одновременно: (1) выполняли документированные стандартные рабочие процедуры и (2) участвовали в проекте внешней оценки качества.

**Знаменатель:**

Общее число единиц донорской крови.

В этом контексте под донорской кровью понимается любая кровь, собранная для использования в медицинских целях. Сюда включаются все лица, сдающие кровь, независимо от того, получают ли они вознаграждение или нет. Примеры категорий доноров крови включают:

- Доброволец, сдающий кровь без вознаграждения: донор, сдающий кровь бесплатно и добровольно, не получая денег или иного вознаграждения.
- Донор из членов семьи/для замещения крови: донор, сдающий кровь, если она требуется члену семьи пациента или его общины. Это может включать систему скрытой оплаты за донорскую кровь, когда донор получает вознаграждение от семьи пациента.
- Платный донор: донор, сдающий кровь за деньги или иное вознаграждение.
- Аутологичный донор: пациент, сдающий собственную кровь, которая хранится и, при необходимости, вводится ему же во время операции.

Ниже приведены примеры данных, необходимых для расчета этого показателя:

Название центра переливания крови или лаборатории скрининга крови	Обеспечение качества при скрининге на ВИЧ		Единицы крови		
	Стандартные рабочие процедуры	Проект внешней оценки качества	Донорская кровь	Проверенная кровь	Кровь проверена в условиях обеспечения качества
A	Да	Да	1000	1000	1000
B	Да	Нет	800	450	0
C	Нет	Да	150	50	0
D	Нет	Нет	50	0	0
Всего	2	2	2000	1500	1000
	[число учреждений]		[число единиц крови]		

Таким образом, процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества за последние 12 месяцев, составляет:  $1000 / 2000 = 50\%$ .

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Если лаборатория скрининга крови следует документированным и стандартизированным процедурам для скрининга крови, это подразумевает определенный уровень согласованности, надежности и последовательности выполняемой работы сотрудниками, обученными правилам применения стандартных рабочих процедур. Если лаборатория скрининга крови участвует в проекте внешнего обеспечения качества, это подразумевает, что качество скрининга на ВИЧ оценивается регулярно. Важно, чтобы процент единиц проверенной крови анализировался относительно указанных двух основных компонентов качества, поскольку оба эти компонента обеспечивают качество процедур.

Страны ежегодно направляют данные по этому показателю в Глобальную базу данных ВОЗ о безопасности крови. На местном уровне эти данные можно получить через национальную службу по переливанию крови, национальную программу по крови и/или национальную программу по СПИДу.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

- [www.who.int/bloodsafety](http://www.who.int/bloodsafety)
- [www.who.int/diagnostics\\_laboratory](http://www.who.int/diagnostics_laboratory)
- [www.who.int/worldblooddonorday](http://www.who.int/worldblooddonorday)

## 4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия

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

### Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в предоставлении комбинированной антиретровирусной терапии всем людям, имеющим продвинутой стадию ВИЧ-инфекции
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Данные необходимо собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или в квартал. Для ежегодной отчетности необходимо использовать самые последние данные за месяц или квартал.
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Для числителя: регистры АРТ учреждений и формы отчетности для когортного анализа АРТ или же программные инструменты для мониторинга. Для знаменателя: данные клинического эпиднадзора в дородовых учреждениях или оценочные модели
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Регистры АРТ, системы эпиднадзора за ВИЧ
<b>Числитель:</b>	Число взрослых и детей, имеющих продвинутой стадию ВИЧ-инфекции, которые получают антиретровирусное лечение в соответствии с утвержденным общенациональным протоколом лечения (или в соответствии со стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) на конец отчетного периода.
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число взрослых и детей, имеющих продвинутой стадию ВИЧ-инфекции.  Этот показатель следует разбивать по полу и возрасту (< 15, 15+), и давать процентные значения за 2006 и 2007 годы, чтобы отследить годовые тенденции в изменении охвата.
<b>Пояснения к числителю:</b>	Числитель можно получить путем подсчета числа взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.  Числитель должен равняться числу взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые когда-либо начинали антиретровирусное лечение, минус число лиц, которые не получают в данный момент лечения по состоянию до завершения отчетного периода. Пациенты, не получающие на данный момент лечения по состоянию на конец отчетного периода, или иными словами лица, исключенные из числителя, это пациенты, которые умерли, прекратили лечение или за кем был утрачен контроль.  Некоторые пациенты получают антиретровирусные препараты на несколько месяцев лечения во время одного посещения, то есть сюда может включаться антиретровирусное лечение, полученное за последние месяцы отчетного периода, но они не фиксируются как посещения за последний месяц в журнале учета пациентов.

Необходимо обеспечить учет таких пациентов, поскольку их следует включать в числитель.

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

Число взрослых и детей, имеющих продвинутую стадию ВИЧ-инфекции, которые в настоящее время получают комбинированную антиретровирусную терапию, можно получить из данных, собранных системами управления закупками и поставками лекарственных препаратов, или из регистров учета пациентов, получающих антиретровирусное лечение. Эти данные затем подсчитываются и переносятся в межведомственные ежемесячные или ежеквартальные отчеты, которые можно агрегировать для получения общенациональных итоговых данных.

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

**Пояснения к знаменателю:** Для получения знаменателя необходимо определить число людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, нуждающихся в антиретровирусной терапии или имеющих право на ее получение.

Оценки в знаменателе чаще всего основываются на последних имеющихся данных в системе дозорного эпиднадзора и определяются в соответствии с методикой Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам.<sup>3</sup>

Потребность в антиретровирусной терапии или соответствие критериям ее получения должны определяться на основании определений ВОЗ для диагностики продвинутой стадии ВИЧ (включая СПИД) среди взрослых и детей.<sup>4</sup>

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

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

Степень применения АРТ будет зависеть от таких факторов, как ее стоимость относительно местных доходов, инфраструктура и качество оказываемых услуг, наличие и спрос на услуги по добровольному консультированию и тестированию и представления об эффективности и возможных побочных действиях лечения.

<sup>3</sup> [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

<sup>4</sup> <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging.pdf>



## 5. Профилактика передачи от матери ребенку

При отсутствии каких-либо профилактических мер вмешательства доля вероятности заражения младенцев, рожденных и вскормленных грудью ВИЧ-инфицированными матерями, составляет приблизительно один к трем. Это может произойти во время беременности, при родах и родоразрешении или после родоразрешения в результате грудного вскармливания. Риск передачи от матери ребенку можно значительно снизить с помощью таких дополняющих подходов, как назначение антиретровирусной профилактики матери с назначением или без назначения такой профилактики младенцу, применение безопасной практики родоразрешения и использование безопасных альтернатив грудному вскармливанию. Антиретровирусная профилактика с последующим применением исключительно грудного вскармливания также может снижать риск вертикальной передачи, если грудное вскармливание применяется только в первые шесть месяцев жизни младенца.

### Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в предупреждении вертикальной передачи ВИЧ
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Данные следует собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует периодически обобщать, предпочтительно ежемесячно или ежеквартально.
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Для числителя: инструменты программного мониторинга. Для знаменателя: данные эпиднадзора в дородовых клиниках или оценочные модели.
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты (АРВ) в целях снижения риска передачи от матери ребенку за последние 12 месяцев, получают из документов по мониторингу программ, составляемых на основе медицинских карточек и регистров.
<b>Числитель:</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты за последние 12 месяцев в целях снижения риска передачи от матери ребенку.
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев.  Данные для этого показателя необходимо представить за 2006 и 2007 годы, чтобы можно было отследить ежегодные тренды в изменении охвата.
<b>Пояснения к числителю:</b>	Имеется четыре общих схемы антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированных женщин с целью профилактики передачи от матери ребенку (ППМР): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Разовая доза невирапина;</li> <li>2. Профилактические схемы с использованием комбинации из 2 АРВ;</li> <li>3. Профилактические схемы с использованием комбинации из 3 АРВ;</li> <li>4. АРТ для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, соответствующих критериям для лечения.</li> </ol> <p>ВИЧ-инфицированные женщины, получающие любую из четырех схем лечения, соответствуют определению для числителя. Страны должны включать в числитель общее число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих любую из указанных четырех схем антиретровирусного лечения.</p>

При использовании схемы номер четыре ВИЧ-инфицированные беременные женщины, имеющие основания для получения антиретровирусного лечения и получающие лечение, будут также получать профилактику для предупреждения передачи от матери ребенку, и поэтому их следует включать в числитель.

Антиретровирусные препараты могут назначаться ВИЧ-инфицированной беременной женщине во время беременности, при родах и сразу же после родов, причем такие препараты могут назначаться в различных местах. Странам следует уделить особое внимание получению данных для числителя из регистров пациентов в дородовых клиниках, в родильных домах и учреждениях, где обеспечивается уход, а также услуги по уходу после родов.

Женщин, получающих антиретровирусные препараты как в частном, так и в государственном секторе, следует включить в числитель, если данные для обоих секторов имеются.

**Пояснения к знаменателю:** Знаменатель получают путем оценки числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев. Эти данные основаны на данных эпиднадзора в дородовых клиниках.

Для получения оценок для знаменателя можно использовать два метода:

1. Оценки, получаемые с помощью модели прогнозирования<sup>5</sup>, такой как программа “Спектр”<sup>6</sup>, или
2. Умножения:
  - (а) общего числа женщин, родивших в последние 12 месяцев, которое можно получить в центральном статистическом бюро по данным регистрации рождения, на
  - (б) самые последние национальные оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин, которые можно получить на основе оценок дозорного эпиднадзора за ВИЧ в дородовых клиниках.

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Странам рекомендуется отслеживать и указывать фактическое или оценочное процентное распределение различных схем лечения, с тем чтобы моделировать воздействие антиретровирусных препаратов на передачу от матери ребенку, исходя из эффективности соответствующих схем лечения. В 2006 году международные руководящие принципы были пересмотрены для того, чтобы рекомендовать более эффективные схемы лечения для профилактики передачи от матери ребенку; и страны могут находиться на различных стадиях принятия новых рекомендаций. Хотя страны могут еще не иметь системы для сбора и представления отчетности об охвате антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку при использовании различных имеющихся схем лечения, им необходимо стремиться к созданию такой системы.

Этот показатель позволяет осуществлять мониторинг за тенденциями в области обеспечения антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку. Тем не менее, поскольку страны могут использовать различные схемы лечения антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку, результаты сравнения совокупных оценок для разных стран следует интерпретировать осторожно и с учетом используемых схем лечения.

Помимо антиретровирусных препаратов, назначаемых матери, схемы АРВ для снижения передачи от матери ребенку следует дополнять соответствующими схемами лечения для младенца, и поэтому, по мере возможности, странам следует отслеживать и указывать, была ли назначена доза для младенца.

<sup>5</sup> Методика, описанная Референс-группой ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам: [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

<sup>6</sup> [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Epidemiology/episofware.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Epidemiology/episofware.asp)

В некоторых странах большое число беременных женщин не имеют доступа к дородовым клиникам или же предпочитают не пользоваться их услугами. ВИЧ-инфицированные беременные женщины с большей или меньшей степенью вероятности могут пользоваться услугами дородовых клиник (или государственными, а не частными дородовыми клиниками) по сравнению с неинфицированными женщинами, особенно там, где антиретровирусные препараты можно получить через такие услуги или где уровень стигмы особенно высокий. Национальные оценки числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин следует получать путем внесения поправок в данные эпиднадзора, полученные на участках, где проводится дозорный эпиднадзор через дородовые клиники, или из других источников, с учетом таких характеристик как распространенность ВИЧ в сельских/городских районах, которые могут влиять на репрезентативность участков эпиднадзора.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Профилактика передачи от матери ребенку является быстро развивающейся программной областью. Поэтому методы мониторинга охвата такими услугами также развиваются. Для получения последней имеющейся информации вы можете обратиться на сайт:

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

## 6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценить прогресс в идентификации и лечении ТБ среди людей, живущих с ВИЧ
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Данные следует собирать постоянно на уровне учреждений. Данные следует агрегировать периодически, предпочтительно ежемесячно или ежеквартально, и представлять ежегодно. Здесь следует указывать самый последний год, за который были получены данные и оценки.
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Регистры АРТ и отчеты об АРТ для учреждений; инструменты и оценки программного мониторинга
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Программные данные и оценки случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ
<b>Числитель:</b>	Число взрослых с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, которые получают в настоящее время антиретровирусное лечение в соответствии с национальными протоколами лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и начали лечение в связи с ТБ (в соответствии с национальными программными принципами лечения в связи с ТБ) в течение отчетного года
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число случаев заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ  Страновое годовое оценочное число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, подсчитывается ВОЗ; эти данные можно найти на сайте: <a href="http://www.who.int/tb/country/en">http://www.who.int/tb/country/en</a>  Данные для этого показателя следует разбивать по полу.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Адекватное обнаружение и лечение больных ТБ продляет жизнь людей, живущих с ВИЧ, и снижает нагрузку на сообщество в связи с ТБ. ВОЗ предоставляет ежегодные оценки, характеризующие нагрузку в связи с ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, используя наиболее оптимальные имеющиеся страновые оценки о распространенности ВИЧ и заболеваемости ТБ. Всем больным ТБ, зарегистрированным среди людей, живущих с ВИЧ, следует назначать лечение по поводу ТБ с учетом критериев назначения лечения в конкретной стране. Всем или большинству людей, живущих с ВИЧ и имеющих ТБ, следует назначать антиретровирусное лечение в зависимости от местных критериев. Лечение по поводу ТБ следует начинать исключительно в соответствии с национальными принципами лечения больных ТБ.

Этот показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами по ТБ и ВИЧ обеспечивает доступ людям, живущим с ВИЧ и имеющим ТБ, к соответствующему лечению в связи с этими двумя заболеваниями. В то же время этот показатель также будет зависеть

от уровня проведения тестирования на ВИЧ, доступа к услугам по уходу в связи с ВИЧ и антиретровирусному лечению, а также от доступа к диагностике ТБ и лечению. Существуют отдельные показатели для каждого из перечисленных факторов, которые следует указывать при интерпретации данного показателя.

Важно, чтобы те, кто оказывает уход в связи с ВИЧ и антиретровирусное лечение, фиксировали результаты диагностики и лечения в связи с ТБ, поскольку эта информация может иметь важные последствия для назначения антиретровирусного лечения и выбора схемы лечения. По этой причине рекомендуется фиксировать дату начала лечения в связи с ТБ в регистре ведения больных, получающих антиретровирусное лечение.

По мере возможности также следует указывать число пациентов, начавших лечение в связи с ТБ, среди пациентов, получающих уход в связи с ВИЧ, но пока что не получающих антиретровирусное лечение. Это позволит определить дополнительные случаи заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, когда таким больным назначается лечение.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

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

- World Health Organization (2007). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2007*. (WHO/HTM/TB/2007.376) Geneva: World Health Organization.  
<http://www.who.int/tb/country/en>

## 7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Я не хочу знать результаты, но проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев?</li> <li>2. Если “да”: Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста.
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет.</p> <p>Показатель должен представляться в виде процента для мужчин и женщин, и его следует разбивать по возрастным группам 15–19, 20–24 и 25–49 лет.</p> <p>В знаменатель включаются респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ или СПИДе.</p>

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

Начальная фраза “Я не хочу знать результаты, но...” обеспечивает лучшую отчетность и снижает риск занижения отчетности о тестировании на ВИЧ среди людей, которые не хотят раскрывать свой серологический статус.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- <http://www.measuredhs.com/aboutsurveys/ais.cfm>

## 8. Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, тем, кто входит в группы населения, которым грозит самый высокий риск, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения. Данный показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в определенной стране, например, работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

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

### Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди групп населения, которым грозит самый высокий риск
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Эпиднадзор за поведением или другие специальные обследования
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев? Если “да”:</li> <li>2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, которым грозит самый высокий риск и которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число лиц, которым грозит самый высокий риск, включенных в выборку.</p> <p>Данные для этого показателя следует разбить по полу и возрасту (&lt;25/25+).</p> <p>По мере возможности данные для групп населения, которым грозит самый высокий риск, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны быть конфиденциальными.</p>

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Получение доступа к группам населения, которым грозит самый высокий риск, и/или проведение обследования среди этих групп может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей группы населения, которой грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В доклад по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

Отслеживание групп населения, которым грозит самый высокий риск, во времени может представлять собой проблему ввиду мобильности и труднодоступности таких групп населения, при этом многие группы относятся к скрытым группам населения. Таким образом, информацию о природе выборки следует указывать в описательной части доклада для облегчения интерпретации и анализа во времени.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- WHO (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.



## 9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: программы профилактики

Группы населения, которым грозит самый высокий риск, зачастую трудно охватить программами по профилактике ВИЧ. Однако для того чтобы предупредить распространение ВИЧ среди этих групп населения, а также среди широких слоев населения, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам. Этот показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в данной стране, например, работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

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

### Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые охвачены программами профилактики ВИЧ

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации программ профилактики ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Эпиднадзор за поведением или другие специальные обследования
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тесты на ВИЧ?</li> <li>2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев? (напр., через информационно-просветительские услуги на местах, центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)</li> </ol> <p>Потребителям инъекционных наркотиков (ПИН) следует задать дополнительный вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. В последние 12 месяцев выдавали ли вам стерильные иглы и шприцы? (напр., через работника программы оказания информационно-просветительских услуг на местах, лицо, занимающееся просвещением среди лиц одного круга, или через программу обмена игл)</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, представляющих группы населения, которым грозит самый высокий риск, и ответивших “да” на оба вопроса (все три вопроса для ПИН).

**Знаменатель:**

Общее число опрошенных респондентов

Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значения по каждому отдельному вопросу – используя тот же знаменатель.

Данные, полученные для этого показателя, необходимо указать отдельно для каждой группы населения, которой грозит самый высокий риск, с разбивкой по полу и возрасту (<25/25+).

По мере возможности данные для групп населения, которым грозит самый высокий риск, необходимо получать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой на местах.

Доступ к обследуемым респондентам и данные, получаемые от них, должны оставаться конфиденциальными.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Получение доступа к группам населения, которым грозит самый высокий риск, и/или проведение обследования среди этих групп может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей группы населения, которой грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В доклад по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

Включение этих показателей в целях отчетности не следует интерпретировать в том смысле, что только такие услуги являются достаточными для программ профилактики ВИЧ среди этих групп населения. Набор описанных выше ключевых мер вмешательства должен составлять часть комплексной программы профилактики ВИЧ, которая также включает такие элементы как предоставление информации о профилактике ВИЧ (напр., через программы информационно-просветительской работы на местах и просвещения среди лиц одного круга) и заместительное лечение опиоидной зависимости для потребителей инъекционных наркотиков.

После представления Глобального доклада о ходе работы за 2006 год было рекомендовано более четко подходить к вопросу качества и интенсивности предоставления услуг для групп населения, которым грозит самый высокий риск, с точки зрения критериев для измерения компонентов предоставляемых услуг. Учитывая сложность такого элемента измерения, особенно в контексте групп населения, которым грозит самый высокий риск, разработка таких критериев требует интенсивного процесса сбора и синтеза информации и разработки рекомендаций. Этот вопрос было трудно рассмотреть между процессами отчетности за 2005 и 2007 годы. Однако этот процесс был инициирован, и ожидается, что рекомендации появятся к следующему раунду отчетности. В ожидании появления этих рекомендаций необходимо делать ссылку на указанные ниже руководящие принципы – этот документ позволяет интерпретировать собранные данные с точки зрения качества и интенсивности.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- WHO (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

## 10. Поддержка детей, пострадавших в результате ВИЧ и СПИДа

Поскольку число сирот и уязвимых детей продолжает расти, требуется обеспечить адекватную поддержку семей и общин. На практике уход и поддержка детей-сирот обеспечивается семьями и общинами. Важнейшим фактором для обеспечения такой поддержки является получение домохозяйствами дополнительной помощи из внешних источников.

### Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получают бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в оказании поддержки домохозяйствам, обеспечивающим уход за сиротами и уязвимыми детьми в возрасте 0–17 лет
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с высоким показателем распространенности ВИЧ
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>После определения всех сирот и уязвимых детей в домохозяйстве в возрасте 0–17 лет главам домохозяйств задают следующие четыре вопроса о видах и периодичности получаемой поддержки и об основном источнике помощи для каждого ребенка-сироты и уязвимого ребенка. Этот вопрос задают всем детям.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Получало ли данное домохозяйство медицинскую помощь, включая медицинский уход и/или предметы, необходимые для оказания медицинского ухода, за последние 12 месяцев?</li> <li>2. Получало ли данное домохозяйство помощь, связанную с посещением школы, включая оплату за школьное обучение, за последние 12 месяцев? (Этот вопрос задают только в отношении детей в возрасте 5–17 лет.)</li> <li>3. Получало ли данное домохозяйство эмоциональную/психологическую поддержку, включая консультации, предоставляемые подготовленным специалистом, и/или эмоциональную/духовную поддержку или товарищеское общение, за последние три месяца?</li> <li>4. Получало ли данное домохозяйство иную социальную помощь, включая социально-экономическую поддержку (напр., одежду, дополнительные продукты питания, финансовую помощь, кров) и/или вспомогательную помощь (напр., помощь в проведении работ по хозяйству, обучение правилам по уходу, уход за детьми, юридические услуги), за последние три месяца?</li> </ol> <p>Внешняя поддержка определяется как бесплатная помощь, поступающая не от друзей, семьи или соседей, если только они не представляют группу или организацию на основе общины.</p>
<b>Числитель:</b>	Число сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, живущих в домохозяйствах, которые получили по крайней мере один из четырех видов помощи на каждого ребенка (дали утвердительный ответ (“Да”) по крайней мере на один из вопросов 1, 2, 3 или 4).

**Знаменатель:**

Общее число сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет.

Для данного показателя сирота определяется как ребенок моложе 18 лет, потерявший обоих родителей.

Ребенок, ставший уязвимым вследствие ВИЧ, это ребенок моложе 18 лет и:

- i.) потерявший одного или обоих родителей; или
- ii.) имеющий хронически больного родителя (независимо от того, живет ли родитель в том же домохозяйстве, что и ребенок); или
- iii.) живущий в домохозяйстве, где за последние 12 месяцев умер по крайней мере один взрослый, который болел три из четырех месяцев до своей смерти; или
- iv.) живущий в домохозяйстве, где серьезно болел по крайней мере один взрослый не менее трех из 12 последних месяцев.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Мониторинг такого показателя следует проводить только в условиях высокого показателя распространенности ВИЧ (5% или выше). Данный показатель не служит для измерения потребностей домохозяйства или сирот и уязвимых детей. Для измерения выраженных потребностей семей, обеспечивающих уход за сиротами, можно включить дополнительные вопросы. Этот показатель подразумевает, что все домохозяйства, в которых проживают сироты и уязвимые дети, нуждаются во внешней поддержке: некоторые сироты и уязвимые дети имеют большую потребность во внешней поддержке по сравнению с другими. По этой причине информацию важно разбить по другим показателям уязвимости, таким как социально-экономическое положение домохозяйства, коэффициент зависимости, глава домохозяйства и т.д.

Если это позволяет размер выборки, в программных целях может быть полезным выполнить анализ различий между значениями данного показателя для сирот и отдельно для других уязвимых детей. Также может оказаться полезным разбить эти данные по возрасту и длительности статуса сиротства, поскольку оба этих фактора играют ведущую роль при определении вида требуемой поддержки. Например, потребность в поддержке для ребенка, родитель/родители которого умерли 10 лет назад, будет отличаться от потребности в поддержке для ребенка, родитель/родители которого умерли в прошлом году.

При рассмотрении четырех видов помощи раздельно данные в отношении помощи в связи со школой следует ограничить детьми в возрасте 5-17 лет.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

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

## 11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах

Жизненные навыки представляют собой эффективную методику обучения с использованием проактивных упражнений для обучения молодежи моделям поведения, которые помогают им справиться с проблемами и требованиями повседневной жизни. Они могут включать навыки, необходимые для принятия решений и решения проблем, навыки для развития творческого и критического мышления, самосознания, коммуникации и межличностных отношений. Они помогают молодым людям справиться со своими эмоциями и устранить причины стресса. Подход на основе жизненных навыков, применяемый в школах для просвещения по вопросам ВИЧ, помогает молодым людям понимать и оценивать индивидуальные, социальные и относящиеся к окружающей среде факторы, повышающие и снижающие риск передачи ВИЧ. При правильном применении такой подход может оказать положительное воздействие на поведение, включая более позднее начало половой жизни и уменьшение числа сексуальных партнеров.

### Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации программ просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков во всех школах
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований в школах или анализ учебной программы
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Руководители/директора школ, включенных в репрезентативную национальную выборку (включая частные и государственные школы), получают краткую информацию о значении просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков, после чего их просят ответить на следующий вопрос:  В течение последнего учебного года существовала ли в вашей школе программа обучения жизненным навыкам не менее 30 часов для каждого класса?
<b>Числитель:</b>	Число школ, проводивших просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года
<b>Знаменатель:</b>	Число обследованных школ.  Цифровые значения показателей необходимо получить для всех школ вместе, а также для начальной и средней школы отдельно. Если школа включает начальную и среднюю школу, информацию следует собирать и представлять отдельно для каждого уровня обучения.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Важно, чтобы просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков начиналось с первых классов начальной школы и продолжалось в течение всего срока школьного обучения, при этом содержание и методы должны выбираться в зависимости от возраста и опыта учащихся.

Данный показатель позволяет получить полезную информацию, характеризующую тренды охвата учащихся программами просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков. В то же время при интерпретации (или межстрановом сравнении) данного показателя необходимо учитывать существенное различие в уровнях охвата детей школьным обучением. Следовательно, во вспомогательную

информацию для данного показателя необходимо включить количество учащихся в начальной и средней школе за самый последний учебный год.

В странах с низким уровнем охвата детей школьным обучением особо важную роль будут играть дополняющие стратегии, направленные на удовлетворение потребностей молодежи, не посещающей школу.

Этот показатель является критерием измерения уровня охвата. Качество такого обучения может отличаться по странам и во времени.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти на следующих веб-сайтах:

- [http://www.unicef.org/lifeskills/index\\_hiv\\_aids.html](http://www.unicef.org/lifeskills/index_hiv_aids.html)
- [http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)

## ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ

12. Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей; возраст 10–14 лет\*
13. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ\*
14. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ
15. Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет
16. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
17. Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта\*
18. Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом
19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной
20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта
21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков

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

## 12. Дети-сироты: посещаемость школ

СПИД уносит жизни все большего числа взрослых в период, когда они создают семью и воспитывают детей. В результате во многих странах наблюдается постоянный рост числа детей-сирот; в то же время уменьшение числа родственников в их лучшие взрослые годы означает, что будущее детей-сирот становится все более неопределенным. Сиротство зачастую сопровождается предрассудками и ведет к усилению нищеты – эти факторы еще более уменьшают возможности детей для получения полного школьного образования и могут приводить к тому, что эти дети начинают использовать стратегии для выживания, которые повышают их уязвимость к ВИЧ. По этой причине важно осуществлять постоянный контроль за тем, в какой мере программы помощи в связи со СПИДом обеспечивают возможности для получения образования детьми-сиротами.

### Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей; возраст 10–14 лет

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в предупреждении относительно более низкой посещаемости школы детьми-сиротами по сравнению с детьми, имеющими родителей
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Предпочтительно: раз в два года Минимум: каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>По каждому ребенку в возрасте 10–14 лет, живущему в домохозяйстве, у одного из членов домохозяйства спрашивают:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Жива ли еще биологическая мать этого ребенка? Если да, живет ли она в домохозяйстве?</li> <li>2. Жив ли биологический отец этого ребенка? Если да, живет ли он в домохозяйстве?</li> <li>3. Посещал ли этот ребенок когда-либо школу в течение учебного года?</li> </ol> <p><b>Часть А: Текущий показатель посещения школы для детей-сирот в возрасте 10-14 лет</b></p>
<b>Числитель:</b>	Число детей, потерявших обоих родителей и посещающих школу
<b>Знаменатель:</b>	Число детей, потерявших обоих родителей
	<b>Часть В: Текущий показатель посещения школы для детей в возрасте 10-14 лет, у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем</b>
<b>Числитель:</b>	Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем и посещают школу.
<b>Знаменатель:</b>	Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем.
	Этот показатель следует показывать с разбивкой по полу.



## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Цель данного показателя заключается в том, чтобы сравнить посещение школы наиболее уязвимыми детьми (потерявшими обоих родителей) и наименее уязвимыми детьми (у которых оба родителя живы и которые живут по крайней мере с одним родителем).

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

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

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

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

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

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

## 13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в обеспечении всеобщих знаний основных фактов о передаче ВИЧ
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Предпочтительно: раз в два года; Минимум: каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Данный показатель рассчитывается на основе ответов на следующий ряд вопросов с подсказками:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?</li> <li>2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы?</li> <li>3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?</li> <li>4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?</li> <li>5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые дали правильные ответы на все пять вопросов.
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет.</p> <p>Первые три вопроса нельзя изменять. Вопросы 4 и 5 касаются местных неверных представлений, и вместо них можно задавать вопросы, касающиеся неправильных представлений, наиболее распространенных в вашей стране. Например: “Может ли человек заразиться ВИЧ через объятия и пожатие рук инфицированного человека?” или “Может ли человек заразиться ВИЧ в результате действия сверхъестественных сил?”</p> <p>Тех, кто никогда не слышал и ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Ответ “не знаю” следует регистрировать как неправильный.</p> <p>Этот показатель следует представить в виде отдельного процента для мужчин и женщин и с разбивкой по возрастным группам 15–19 и 20–24 лет.</p> <p>Помимо значения для сводного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).</p>

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

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

## 14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике ВИЧ

Концентрированные эпидемии чаще всего обусловлены передачей инфекции в результате половых контактов или использованием зараженного инъекционного инструментария. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшей предпосылкой для того, чтобы люди приняли для себя поведение, снижающее риск заражения. Этот показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в данной стране, напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

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

**Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ**

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в повышении уровня знаний об основных фактах, касающихся передачи ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение специальных обследований поведения среди населения, таких как обследования поведения среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, проводимые “Фэмили хелс интернэшнл”
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие пять вопросов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером?</li> <li>2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы?</li> <li>3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?</li> <li>4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?</li> <li>5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов из групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые дали правильные ответы на все пять вопросов
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число респондентов из групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые дали ответы, в том числе “не знаю”, на все пять вопросов.</p> <p>Значения показателя необходимо получить для всех респондентов с разбивкой по полу и возрасту (&lt;25; 25+).</p>

Первые три вопроса изменять не следует. В вопросах 4 и 5 можно сделать замену на неверные представления, которые наиболее распространены в стране.

Респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ и СПИДе, должны быть исключены из числителя, но включены в знаменатель.

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

По мере возможности данные для групп населения, которым грозит самый высокий риск, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны оставаться конфиденциальными.

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Мнение о том, что здоровый на вид человек не может быть инфицирован ВИЧ, является широко распространенным неправильным понятием, что может привести к незащищенным половым контактам с инфицированными партнерами. В равной мере важно знать как истинные пути передачи ВИЧ, так и понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными. Например, понятие о том, что ВИЧ может якобы передаваться через укусы комара, может снизить мотивацию для принятия безопасного сексуального поведения, в то время как представление, что ВИЧ якобы может передаваться, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным, усиливает стигматизацию людей, живущих со СПИДом.

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

Проведение обследования среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей группы населения, которой грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- WHO (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

## 15. Секс в возрасте до 15 лет

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в увеличении возраста начала половой жизни среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половой акт и, если да, им задают вопрос: В каком возрасте у вас был первый половой контакт?
<b>Числитель:</b>	Число респондентов (в возрасте 15–24 лет), которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет.
<b>Знаменатель:</b>	Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет.  Данный показатель необходимо представить в процентах отдельно для мужчин и женщин с разбивкой по возрастным группам 15–19 лет и 20–24 лет.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

В странах с очень малым числом молодых людей, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет, возможно, следует использовать альтернативный показатель: “Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 20–24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 18 лет”. Преимущество использования сообщенного возраста начала половой жизни (по сравнению с медианным возрастом) заключается в том, что расчет является простым и позволяет проводить сравнения во времени. Знаменатель определяется легко, поскольку в эту оценку включаются все члены обследуемой выборки.

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

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

## 16. Секс с повышенным уровнем риска

Распространение ВИЧ во многом зависит от распространенности незащищенного секса среди людей, у которых имеется большое число партнеров. Лица, у которых много партнеров (в один и тот же период или в разное время), имеют более высокий риск заражения ВИЧ по сравнению с теми, кто не связан с более широкой сетью половых контактов.

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в снижении процентного показателя людей, которые занимаются сексом с повышенным уровнем риска
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половые контакты, и, если да, им задают вопрос:</p> <p>Сколько разных людей были вашими сексуальными партнерами за последние 12 месяцев?</p>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет</p> <p>Данный показатель необходимо представить в процентах отдельно для мужчин и женщин с разбивкой по возрастным группам 15–19, 20–24 и 25–49 лет.</p>

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Данный показатель позволяет получить данные об уровнях распространения сексуальной практики с повышенным фактором риска. Если у людей имеется только один сексуальный партнер, это изменение будет отражено в изменениях данного показателя. Однако если люди просто уменьшат число своих сексуальных партнеров, данный показатель не отразит изменения, даже если потенциально это может оказывать значительное воздействие на распространение эпидемии ВИЧ и может рассматриваться как успех программы. Для отражения снижения числа сексуальных партнеров в целом, возможно, понадобятся дополнительные показатели.

## 17. Использование презервативов во время секса с повышенным уровнем риска

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Предпочтительно: раз в два года Минимум: каждые 4–5 лет
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половые контакты, и, если да, им задают вопрос: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сколько разных людей были вашими сексуальными партнерами за последние 12 месяцев?</li> </ol> <p>Если более одного, респондентам задают вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Использовали ли вы или ваш партнер презерватив при последнем половом контакте?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего контакта с этим партнером они использовали презерватив
<b>Знаменатель:</b>	Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев  Данный показатель необходимо представить в процентах отдельно для мужчин и женщин с разбивкой по возрастным группам 15–19, 20–24 и 25–49 лет

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

Максимальный защитный эффект от использования презервативов обеспечивается, когда презервативы применяют постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель не указывает уровень постоянного использования презервативов. В то же время применение альтернативного метода опроса – пользовались ли вы презервативами постоянно/иногда/никогда не пользовались во время контактов с нерегулярными партнерами за некий оговоренный период – чревато ошибкой. Кроме того, тренд в использовании презервативов во время самого последнего полового контакта обычно будет отражать тренд в постоянном использовании презервативов.



## 18. Работники секс-бизнеса: использование презерватива

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

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

### Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контакта со своим последним клиентом

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое “Фэмили хелс интернэшнл” среди работников секс-бизнеса
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Респондентам задают следующий вопрос:  Пользовались ли вы презервативом при половом контакте с вашим последним клиентом за последние 12 месяцев?
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом за последние 12 месяцев.
<b>Знаменатель:</b>	Число респондентов, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев  Данные для этого показателя следует разбить по полу и возрасту (<25; 25+).  По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.  Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны оставаться конфиденциальными.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Максимальный защитный эффект от использования презервативов обеспечивается, когда презервативы применяют постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель будет завывать уровень постоянного использования презервативов. В то же время применение альтернативного метода опроса – пользовались ли вы презервативами постоянно/иногда/никогда не пользовались во время контактов с клиентами за некий оговоренный период – чревато ошибкой. Кроме того, тренд в использовании презервативов во время самого последнего полового контакта обычно будет отражать тренд в постоянном применении презервативов.

Проведение обследования среди работников секс-бизнеса может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей группы населения, которой грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.

## 19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива

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

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

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

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое “Фэмили хелс интернэшнл” среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	При проведении обследования поведения в группе, включающей мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, респондентам задают вопросы о сексуальных партнерских отношениях за последние шесть месяцев, о наличии анального секса в рамках таких отношений и об использовании презерватива во время последнего анального секса.
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса
<b>Знаменатель:</b>	Число респондентов, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной за последние шесть месяцев  Данные для этого показателя следует разбить по возрасту (<25/25+).  По мере возможности данные для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.  Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны оставаться конфиденциальными.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

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

Проведение обследования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей группы населения, которой грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.

## 20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива

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

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

### Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование презервативом во время последнего полового контакта

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ половым путем
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны, где употребление инъекционных наркотиков является одним из устоявшихся способов передачи ВИЧ
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое “Фэмили хелс интернэшнл” среди потребителей инъекционных наркотиков
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?</li> <li>2. Если “да”: Были ли у вас половые контакты за последний месяц?</li> <li>3. Если “да” на вопрос 1 и 2: Пользовались ли вы презервативом во время последнего полового контакта?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, указавших на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число респондентов, указавших на то, что они имели половые контакты за последний месяц.</p> <p>Цифровые значения показателей необходимо получить для всех респондентов с разбивкой по полу и возрасту (&lt;25/25+).</p> <p>По мере возможности данные для потребителей инъекционных наркотиков следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны оставаться конфиденциальными.</p>

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Проведение обследования среди потребителей инъекционных наркотиков может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из потребителей инъекционных наркотиков и обследуемой на национальном уровне. В случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существ-

вуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

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

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- WHO (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.

## 21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика

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

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

### Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны, где употребление инъекционных наркотиков является одним из установленных способов передачи ВИЧ
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Раз в два года
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое “Фэмили хелс интернэшнл” среди потребителей инъекционных наркотиков
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?</li> <li>2. Если “да”: Пользовались ли вы стерильной иглой и шприцем во время последнего употребления инъекционных наркотиков?</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число респондентов, указавших на то, что они пользовались стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число респондентов, указавших на то, что они употребляли инъекционные наркотики за последний месяц.</p> <p>Цифровые значения показателя необходимо получить для всех респондентов с разбивкой по полу и возрасту (&lt;25/25+).</p> <p>По мере возможности данные для потребителей инъекционных наркотиков следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Доступ к респондентам, включенным в обследование, а также данные, полученные от них, должны оставаться конфиденциальными.</p>

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Проведение обследования среди потребителей инъекционных наркотиков может представлять собой проблему. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из потребителей инъекционных наркотиков и обследуемой на национальном уровне. В

случае появления сомнений относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, эти сомнения следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и все другие релевантные вопросы.

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

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

- UNAIDS (2006). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*.
- UNAIDS (2006). *Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards Universal Access*.
- WHO (2006). *Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*.



---

## ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

22. Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ\*
23. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ
24. Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения продолжают жить и, по имеющейся информации, проходят курс лечения
25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

---

\* Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

## 22. Снижение распространенности ВИЧ

Целью мер в ответ на ВИЧ является снижение распространенности ВИЧ-инфекции. Поскольку самые высокие показатели распространения новых ВИЧ-инфекций обычно регистрируются среди молодых взрослых, более 180 стран взяли обязательство обеспечить существенное снижение показателя распространенности ВИЧ среди молодых людей – на 25% в наиболее пострадавших странах к 2005 году и на 25% в глобальном масштабе к 2010 году.

### Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в снижении распространенности ВИЧ
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с генерализованными эпидемиями
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Руководящие принципы ВОЗ по проведению дозорного эпиднадзора за ВИЧ
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Данный показатель рассчитывают с использованием данных, полученных для беременных женщин, посещающих родовые клиники на участках дозорного эпиднадзора за ВИЧ в столичном городе и в других городских и сельских районах.
<b>Числитель:</b>	Число посетителей родовых клиник (в возрасте 15–24 лет), имеющих положительные результаты тестирования на ВИЧ
<b>Знаменатель:</b>	Число посетителей родовых клиник (в возрасте 15–24 лет), прошедших тестирование на определение ВИЧ-статуса
	Значения показателя следует указать для всей возрастной группы (15–24 лет) и с разбивкой по возрастным группам с интервалом в 5 лет (т.е. 15–19 лет и 20–24 лет).
	Следует указать пропорцию всего женского населения в возрасте 15–24 лет, живущего в столичном городе и в других городских и сельских районах, для расчета национальных оценок – по мере возможности.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

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

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

Для дополнения данных, полученных дородовыми клиниками, все большее число стран проводит тестирование на ВИЧ в рамках обследования среди населения. Если результаты такого обследования имеются, их следует включать в отчетные данные по этому показателю.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

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

## 23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ

Группы населения, которым грозит самый высокий риск, обычно имеют самый высокий показатель распространенности ВИЧ в странах с концентрированными или генерализованными эпидемиями. Во многих случаях показатель распространенности ВИЧ среди таких групп может более чем в два раза превышать аналогичный показатель среди населения в целом. Снижение показателя распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, является критически важной мерой при осуществлении мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне. Этот показатель следует рассчитывать отдельно для каждой группы населения, которая относится к группам высокого риска в данной стране, напр., работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

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

### Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, где не рекомендуется проведение постоянного эпиднадзора среди беременных женщин; включая также страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Руководящие принципы ЮНЭЙДС/ВОЗ по проведению эпиднадзора за ВИЧ второго поколения; руководящие принципы “Фэмили хелс интернэшнл” по составлению выборок в группах населения
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди членов групп населения, которым грозит самый высокий риск, в столице страны
<b>Числитель:</b>	Число членов группы населения, которой грозит самый высокий риск, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ
<b>Знаменатель:</b>	Число членов группы населения, которой грозит самый высокий риск, прошедших тестирование на ВИЧ
	Оценочные показатели распространенности следует разбить по полу и возрасту (<25/25+).
	Этот показатель следует указывать только для столичного города, чтобы избежать систематической ошибки при определении временных трендов. В последние годы многие страны увеличили число участков дозорного эпиднадзора, включив также сельские участки, что привело к появлению систематической ошибки в трендах в результате объединения данных, полученных для этих участков.

Теоретически оценку прогресса в снижении числа новых инфекций лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости во времени. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости. При анализе данных о распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые начали употреблять инъекционные наркотики за последний год, или участвуют в секс-бизнесе менее одного года, и т.д.). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и тем самым увеличения показателя распространенности. В страновом докладе о ходе работы очень важно указать, используется ли такой тип анализа, что позволит правильно выполнить глобальный анализ.

## **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ**

Ввиду трудности получения доступа к группам населения, которым грозит самый высокий риск, систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих дородовые консультации. В случае появления сомнений относительно этих данных, это следует отразить в интерпретации данных

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

Тренды изменения распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

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

## 24. Лечение при ВИЧ: выживание спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии

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

**Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения продолжают жить и, по имеющейся информации, проходят курс лечения**

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в увеличении продолжительности жизни инфицированных взрослых и детей за счет применения антиретровирусного лечения
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	После начала АРТ когортные данные обычно следует собирать постоянно для таких пациентов. Данные для ежемесячных когорт, которые закончили по крайней мере 12-месячный курс лечения, следует затем объединить.
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Инструменты программного мониторинга; формы когортного/ группового анализа
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Регистры АРТ
<b>Числитель:</b>	Число выживших взрослых и детей, продолжающих непрерывный курс АРТ спустя 12 месяцев после его начала
<b>Знаменатель:</b>	Общее число взрослых и детей, начавших курс АРТ в течение 12 месяцев до начала отчетного периода, включая тех, которые умерли после начала АРТ, которые прекратили АРТ, и тех, за кем был утрачен контроль через 12 месяцев.
<b>Definitions:</b>	Этот показатель следует разбить по полу и возрасту (<15, 15+). Отчетный период определяется как любой непрерывный период в 12 месяцев, закончившийся в пределах заранее определенного числа месяцев от даты представления доклада. Заранее определенное число месяцев может устанавливаться согласно национальным требованиям к отчетности. Если отчетным периодом является период с 1 января по 31 декабря 2007 года, страны будут рассчитывать этот показатель для всех пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в любой момент в течение 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2006 года. Если отчетный период установлен с 1 июля 2006 года по 30 июня 2007 года, страны будут включать пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в период с 1 июля 2005 года по 30 июня 2006 года.

12-месячный результат определяется как конечный результат (т.е. выжил ли пациент, получающий антиретровирусное лечение, умер ли такой пациент или за ним был утрачен контроль) через 12 месяцев после начала лечения. Например, пациенты, которые начали антиретровирусное лечение в течение 12 месяцев с 1 января по 31 декабря 2006 года, достигнут своих 12-месячных результатов для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2007 года.

**Пояснения к числителю:**

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

- [http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp) Число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение, которые начали такое лечение по крайней мере за 12 месяцев до завершения отчетного периода;
- Число взрослых и детей, продолжающих жить и получающих антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после начала лечения.

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

Например, для пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в мае 2005 года, если в какой-то момент времени с мая 2005 года по май 2006 года эти пациенты умерли или за ними утрачен контроль (и они не вернулись в программу лечения) или прекратили лечение (и не возобновили его), то на 12-й месяц (в мае 2006 года) они не получают антиретровирусное лечение и не включаются в числитель. И наоборот, пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2005 года и пропустил прием в июне 2005 года, но был на учете как получающий АРТ в мае 2006 года (на 12-й месяц), считается получающим лечение и включается в числитель. Важно, что пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2005 года, учитывается как живой и получающий АРТ через 12 месяцев, независимо от того, что могло произойти с мая 2005 года по май 2006 года.

**Пояснения к знаменателю:**

Знаменатель представляет собой общее число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение в группах, которые начали такое лечение в какой-то момент в течение 12 месяцев до начала отчетного периода, независимо от их 12-месячного результата. Например, для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2007 года сюда будут включены все пациенты, которые начали антиретровирусное лечение во время 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2006 года. Сюда включаются все пациенты, как получающие антиретровирусное лечение, так и умершие, прекратившие лечение или те, за которыми был утрачен контроль на 12-й месяц.

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

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

Приоритетная отчетность предназначена для представления совокупных данных о выживших пациентах. Если имеются всеобъемлющие регистры когортных пациентов, в таком случае странам рекомендуется отслеживать показатели, характеризующие выживание пациентов через 24, 26 и 48 месяцев. Это позволит проводить сравнение во времени числа лиц, выживших и получающих антиретровирусное лечение. При этом можно определить, увеличился или уменьшился показатель, характеризующий выживание пациентов через 12 месяцев. Однако мы не можем объяснить причину таких изменений. Например, если показатель, характеризующий выживание пациентов через 12 месяцев, со временем увеличивается, это может отражать улучшение ухода и лечения или более раннее начало антиретровирусного лечения. По этой причине сбор и представление данных о выживании пациентов за более длительные периоды лечения могут дать более точную картину успешного проведения антиретровирусного лечения в долгосрочном плане.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/narparv.pdf>



## 25. Уменьшение уровня передачи инфекции от матери ребенку

В странах с высоким уровнем доходов применение таких стратегий, как антиретровирусное лечение во время беременности и после родов и использование заменителей грудного молока, позволило в значительной мере снизить уровень передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. В странах с низким уровнем доходов в реализации таких стратегий существуют значительные трудности, обусловленные ограничениями в плане получения доступа, наличия финансовых возможностей и использования услуг в области добровольного консультирования и тестирования, охраны репродуктивного здоровья и здоровья матери и ребенка, которые включают профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), в том числе использование заменителей грудного молока (там, где это является частью политики страны в области ППМР). Тем не менее через применение таких подходов, как назначение краткого курса антиретровирусной профилактики, значительное снижение уровня передачи ВИЧ от матери ребенку возможно.

### Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

От стран не требуется представлять какие-либо данные для этого показателя. Этот показатель будет смоделирован в штаб-квартире ЮНЭЙДС, используя данные, включенные в национальные доклады о ходе работы для показателя охвата услугами по профилактике передачи от матери ребенку (с. 39).

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в устранении передачи ВИЧ от матери ребенку
<b>ПРИМЕНЕНИЕ</b>	Все страны
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Статистическое моделирование на основе результатов анализа эффективности и охвата программ
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Данный показатель можно рассчитать по средневзвешенным значениям вероятности передачи ВИЧ от матери ребенку для беременных женщин, получающих и не получающих профилактику ВИЧ; в качестве веса используется соответственно процент женщин, получающих и не получающих различные режимы профилактики

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Данный показатель главным образом определяет эффективность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку через расширение охвата антиретровирусными препаратами. Таким образом, влияние грудного вскармливания на передачу ВИЧ от матери ребенку не учитывается, и данный показатель может занижать подлинные показатели передачи ВИЧ от матери ребенку в странах, где длительные сроки грудного вскармливания являются обычным делом. Аналогичным образом в странах, где широко практикуются другие формы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (напр., кесарево сечение), этот показатель в целом будет завышать значения, характеризующие передачу ВИЧ от матери ребенку. По этой причине тренды изменения данного показателя могут не отражать общие тренды в отношении передачи ВИЧ от матери ребенку.



---

## ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НА ГЛОБАЛЬНОМ УРОВНЕ

1. Объем двусторонних и многосторонних финансовых потоков (обязательства и платежи) для стран с низким и средним уровнем доходов
2. Объем государственных средств, выделяемых на исследования и разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ
3. Процент транснациональных компаний, присутствующих в развивающихся странах и реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте
4. Процент международных организаций, реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте

# 1. Двусторонние и многосторонние финансовые потоки

## Объем двусторонних и многосторонних финансовых потоков (обязательства и платежи) для стран с низким и средним уровнем доходов

<b>ЦЕЛЬ</b>	Мониторинг финансовых потоков (обязательства и платежи) от стран-членов Комитета содействия развитию (КСР) и многосторонних организаций (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, система ООН и отдельные банки развития) странам с низким и средним уровнем доходов. <sup>7</sup>
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Ежегодная анкета Директората по вопросам сотрудничества в области развития (ДСР) Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР); непосредственные обследования для стран-доноров для получения оценок в реальном времени.
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Официальная помощь в целях развития/ОЭСР:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Все мероприятия, связанные с профилактикой, лечением и уходом в связи с инфекциями, передающимися половым путем, включая ВИЧ (код 13040 системы отчетности кредиторов ОЭСР/КСР).</li> <li>2. Смягчение социальных последствий ВИЧ – оказание социальной и правовой помощи людям, живущим с ВИЧ: специальные программы для устранения социальных последствий ВИЧ (код 16064 системы отчетности кредиторов ОЭСР/КСР).</li> <li>3. Оценки, включая некоторые коды многоцелевой помощи.<sup>8</sup></li> </ol> <p>Оценки в реальном времени, полученные в ходе непосредственного анализа для стран-доноров, включая официальную помощь в целях развития и официальную помощь странам с низким и средним уровнем доходов, как прямую двустороннюю помощь, или помощь через различные многосторонние каналы, или через финансовые потоки в частном секторе (напр., через международные неправительственные организации, фонды и корпоративные фонды).</p>

## ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Данный показатель позволяет проводить сравнение данных между донорами. Этот показатель также отражает статистические данные об оказании донорской помощи для борьбы с ВИЧ.

В настоящее время коды системы отчетности кредиторов ОЭСР/КСР ограничиваются мерами вмешательства в рамках сектора здравоохранения. Сейчас принимаются меры для введения одного дополнительного кода для обозначения донорской помощи в связи с ВИЧ, не касающейся здравоохранения, и для обозначения компонентов по ВИЧ в рамках более широких программ (см. сноску 7). По этим причинам этот показатель может занижать общий объем донорской помощи в связи со СПИДом, причем колебания этого показателя будут отражать различия в ответах в ходе обследования ввиду уточнения нынешней методики.<sup>9</sup>

<sup>7</sup> Для поддержки программ по СПИДу используются четыре потока финансовых средств: двусторонние, многосторонние, частные и внутренние потоки. Двусторонние, многосторонние и частные потоки называют международными потоками.

<sup>8</sup> ОЭСР, Директорат сотрудничества в целях развития (ДСР), КСР – Рабочая группа по статистике обсуждает системы многоцелевых кодов. Это позволит определить мероприятия в связи с ВИЧ/СПИДом в рамках широких программ в области здравоохранения и других сферах. В настоящее время имеется опция текстового поиска для идентификации проектов, которые включают компоненты в связи с ВИЧ или СПИДом.

<sup>9</sup> Имеется предложение провести апробирование ежеквартальных отчетов стран-доноров для ОЭСР/КСР, что позволит составлять официальные отчеты в реальном времени.

Показатель в реальном времени для всех обязательств и платежей на цели мероприятий в связи со СПИДом может давать завышенную оценку ввиду включения более широкого содержания. Данные обычно появляются к июню каждого года после завершения финансового года в странах-донорах, что может быть намного раньше, чем официальные отчеты. Эти данные не разбиваются по виду мероприятий или цели выделения средств для оказания помощи.

## 2. Государственные средства на исследования и разработки

### Объем государственных средств, выделяемых на исследования и разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ

<b>ЦЕЛЬ</b>	Отслеживание государственных средств, выделяемых на исследования и разработки с целью получения вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Анализ потоков финансовых ресурсов <sup>10</sup> , выделяемых соответствующим органам управления (государственным органам управления по научно-исследовательским работам, органам управления помощью в целях развития, многосторонним организациям), финансирующим научные исследования и разработки вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ.
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Сбор информации об уровне ежегодного финансирования среди определенных национальных/федеральных департаментов, которые предоставляют финансирование на исследования и разработки с целью получения вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ. Собираемая информация касается объемов средств, выделяемых ежегодно на проведение ряда мероприятий, включая: базовые научные исследования в связи с получением вакцин; доклинические исследования; клинические испытания; помощь для подготовки клинических испытаний; а также мероприятия в сфере пропаганды и политики, направленные на ускорение разработки таких технологий и их будущее применение. В то же время эти оценки не включают расходы/инвестиции на исследования и разработку вакцин, предназначенных в первую очередь для терапевтических целей; или исследования, которые не направлены непосредственно на получение вакцин и/или микробицидов для профилактики ВИЧ, но которые могут принести выгоду или могут быть связаны с любым таким продуктом (напр., базовые технологии).

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Данный показатель дает данные об объеме средств ежегодного государственного финансирования исследований и разработок с целью получения вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ, которые можно использовать для мониторинга текущих уровней усилий и тенденций в связи с инвестированием, расходами и предметом исследований во времени. Данный показатель дает только частичную картину глобального финансирования с целью получения вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ, поскольку он не включает финансирование со стороны благотворительных и частных организаций.

<sup>10</sup> Реализация и анализ проводится Рабочей группой по отслеживанию ресурсов, выделяемых на разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ, которая включает Коалицию по пропаганде вакцины против СПИДа, Альянс за разработку микробицидов, Международную инициативу по разработке вакцины против СПИДа и ЮНЭЙДС.

### 3. Борьба с ВИЧ на рабочем месте: транснациональные компании

**Процент транснациональных компаний, присутствующих в развивающихся странах и реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте**

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации политики и программ по борьбе с ВИЧ на рабочем месте в транснациональных компаниях
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Кабинетный анализ и интервью с ключевыми информантами
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>100 крупнейшим транснациональным компаниям, включенным в перечень Конференции Организации Объединенных Наций по торговле и развитию (ЮНКТАД) на основании объема иностранных активов, а также дополнительно 10 транснациональным горнорудным и туристическим компаниям предлагают ответить, осуществляют ли они в настоящее время кадровую политику и процедуры, которые включают как минимум все указанные ниже аспекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предупреждение стигматизации и дискриминации на основе ВИЧ-статуса: (а) при найме и продвижении по службе; и (b) при получении пособий по работе, по болезни и при увольнении.</li> <li>2. Мероприятия по профилактике ВИЧ на рабочем месте, включая: (а) основные факты о ВИЧ/СПИДе; (b) специфические факторы риска и меры безопасности по предупреждению передачи ВИЧ в связи с работой; (c) пропаганду презервативов; (d) конфиденциальное добровольное консультирование и тестирование; (e) диагностирование инфекций, передающихся половым путем, и лечение в связи с ними; и (f) предоставление лекарственных препаратов, применяемых в связи со СПИДом.</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число работодателей, реализующих политику и положения, которые отвечают всем указанным выше критериям
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число обследованных работодателей (110)</p> <p>По мере возможности рекомендуется получить в письменном виде документы с изложением политики и программ, касающихся персонала, и провести их оценку</p>

## 4. Борьба с ВИЧ на рабочем месте: международные организации

### Процент международных организаций, реализующих политику и программы на рабочем месте

<b>ЦЕЛЬ</b>	Оценка прогресса в реализации политики и программ по борьбе с ВИЧ на рабочем месте в международных организациях
<b>ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ</b>	Ежегодно
<b>ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ</b>	Кабинетный анализ и интервью с ключевыми информантами
<b>МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ</b>	<p>Крупным международным организациям – ООН, ЕС, двусторонним и другим международным организациям, работающим в глобальном масштабе и имеющим мандат в сфере развития, оказания гуманитарной или чрезвычайной помощи – предлагают ответить, осуществляют ли они в настоящее время кадровую политику и процедуры, которые включают как минимум все указанные ниже аспекты:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Предупреждение стигматизации и дискриминации на основе ВИЧ-статуса: (а) при найме и продвижении по службе; и (б) при получении пособий по работе, по болезни и при увольнении.</li> <li>2. Мероприятия по профилактике ВИЧ на рабочем месте, включая: (а) основные факты о ВИЧ/СПИДе; (б) специфические факторы риска и меры безопасности по предупреждению передачи ВИЧ в связи с работой; (с) пропаганду презервативов; (d) конфиденциальное добровольное консультирование и тестирование; (е) диагностирование инфекций, передающихся половым путем, и лечение в связи с ними; и (f) предоставление лекарственных препаратов, применяемых в связи со СПИДом.</li> <li>3. Обучение мерам борьбы с ВИЧ/СПИДом в условиях конфликта, чрезвычайной ситуации и стихийного бедствия<sup>11</sup>.</li> </ol>
<b>Числитель:</b>	Число крупных международных организаций, реализующих политику и положения по ВИЧ, которые отвечают всем указанным выше критериям (кроме номера 3, который касается только определенных организаций).
<b>Знаменатель:</b>	<p>Число крупных международных организаций.</p> <p>Для расчета данного показателя ЮНЭЙДС будет вести перечень крупных международных организаций, которые отвечают необходимым критериям в отношении глобального охвата и наличия мандата в сфере развития, оказания гуманитарной или чрезвычайной помощи.</p> <p>По мере возможности рекомендуется получить в письменном виде документы с изложением кадровой политики и программ, и провести их оценку.</p>

### ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Настоящий показатель не касается конкретно международных сил по поддержанию мира. Предполагается, что национальные правительства будут проводить обучение персонала своих миротворческих сил в рамках своей национальной стратегии, направленной на решение проблемы ВИЧ в национальных силовых структурах, включая вооруженные силы и силы гражданской обороны.

<sup>11</sup> Данный аспект касается только организаций, персонал которых работает в условиях конфликтов, чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий.



# ПРИЛОЖЕНИЯ

## Приложение 1. Изменения ключевых показателей для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

2005 г.	2007 г.	Примечания к изменениям
<b>Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне</b>		
Объем национальных средств, выделяемых правительствами в странах с низким и средним уровнем доходов	Расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования	Изменено определение
Национальный комбинированный индекс политики	Национальный комбинированный индекс политики	Добавлены вопросы
<b>Показатели для национальных программ</b>		
Процент единиц переливаемой крови, проверенной на ВИЧ	Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества	Вместо крови для переливания используется термин “донорская кровь”. Для данного показателя добавлена вторая часть – пропорция крови, проверенной согласно стандартным рабочим процедурам и с обеспечением качества.
Процент женщин и мужчин с продвинутой стадией ВИЧ, получающих комбинированное антиретровирусное лечение	Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию	Включены дети
Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих полный курс антиретровирусной профилактики для снижения риска передачи от матери ребенку	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи от матери ребенку	Изменено определение
	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ	Показатель добавлен в ключевой перечень
	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Показатель добавлен в ключевой перечень
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты ВИЧ	Без изменений
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые охвачены программами профилактики	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ	Изменено определение
Процент сирот и уязвимых детей, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0–17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	Без изменений

Процент школ, учителя которых прошли подготовку в области просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков и вели такую просветительскую работу в течение последнего учебного года	Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года	Изменено определение
Процент крупных предприятий/компаний, имеющих программы и политику по борьбе с ВИЧ на рабочем месте		Удалено из перечня ключевых показателей; включено в НКИП
Процент женщин и мужчин с инфекциями, передающимися половым путем, в учреждениях системы здравоохранения, получивших необходимые услуги по диагностике, лечению и консультированию		Удалено из перечня ключевых показателей; пересматривается для представления отчетности за 2010 г.
<b>Показатели, характеризующие знания и поведение</b>		
Отношение числа сирот, посещающих школу, к числу детей, посещающих школу и имеющих родителей; возраст 10–14 лет	Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет	Не требуется рассчитывать отношение
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Предлагается заменить два вопроса, касающихся неверных представлений, используя местные варианты, где необходимо
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ	Предлагается заменить два вопроса, касающихся неверных представлений, используя местные варианты, где необходимо
Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Расширен возрастной диапазон
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты с партнером вне брака или вне постоянного сожительства за последние 12 месяцев	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	Расширен возрастной диапазон, изменено определение
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта с партнером вне брака или вне постоянного сожительства	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта	Расширен возрастной диапазон, изменено определение
Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом	Без изменений

Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Без изменений
Процент потребителей инъекционных наркотиков, принявших поведение, снижающее передачу ВИЧ, т.е. избегающих пользоваться общим инструментарием и одновременно использующих презерватив, за последние 12 месяцев (для стран, где потребление инъекционных наркотиков является одним из устоявшихся способов передачи ВИЧ)	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта	Комбинированный показатель разделен на составляющие показатели (часть 1)
	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	Комбинированный показатель разделен на составляющие показатели (часть 2)
<b>Показатели, характеризующие воздействие</b>		
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ	Без изменений
Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск и которые инфицированы ВИЧ	Без изменений
Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые остаются в живых спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения	Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала	Изменено определение
Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Остается в наборе ключевых показателей, но рассчитывается в ЮНЭЙДС/Женева

<b>Показатели, характеризующие приверженность и действия на глобальном уровне</b>		
Объем двусторонних и многосторонних финансовых потоков (обязательств и выплат) для стран с низким и средним уровнем доходов	Объем двусторонних и многосторонних финансовых потоков (обязательств и выплат) для стран с низким и средним уровнем доходов	Без изменений
Объем государственных средств на исследования и разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ	Объем государственных средств на исследования и разработку вакцин и микробицидов для профилактики ВИЧ	Без изменений
Процент транснациональных компаний, присутствующих в развивающихся странах и реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте	Процент транснациональных компаний, присутствующих в развивающихся странах и реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте	Без изменений
Процент международных организаций, реализующих политику и программы на рабочем месте	Процент международных организаций, реализующих политику и программы по ВИЧ на рабочем месте	Без изменений

## Приложение 2. Формат национального доклада о ходе работы

Ниже представлен полный формат описательной части национального доклада о ходе работы и подробные инструкции заполнения различных его разделов. Настоятельно рекомендуется подавать данные для показателей ССГАООН через Информационную систему мониторинга ответных мер в странах (КРИС) для обеспечения полноты и качества данных и облегчения анализа тенденций. Вместе с файлом, содержащим описательную часть национального доклада о ходе работы, необходимо направить файл, содержащий данные.

### НАЦИОНАЛЬНЫЙ ДОКЛАД О ХОДЕ РАБОТЫ ДЛЯ ССГАООН

[Название страны]

*Отчетный период: январь 2006 г. – декабрь 2007 г.*

*Дата представления:* [указать дату формального представления национального доклада в ЮНЭЙДС по электронной почте]

#### **I. Содержание**

[Инструкции: заполнить]

#### **II. Краткий обзор**

[Инструкции: в настоящем разделе необходимо кратко представить:

- (a) полноту состава участников процесса написания доклада;
- (b) состояние эпидемии;
- (c) политику и программные ответные меры; и
- (d) данные для показателей ССГАООН в виде обзорной таблицы.]

#### **III. Обзор эпидемии СПИДа**

[Инструкции: В настоящем разделе необходимо дать детальное описание распространенности ВИЧ в стране за период с января 2006 года по декабрь 2007 года на основе данных дозорного эпиднадзора и результатов конкретных исследований (если таковые проводились) для показателей воздействия ССГАООН. Следует включить источник получения всех данных.]

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

[Инструкции: В настоящем разделе необходимо отразить изменения в плане приверженности на национальном уровне и изменения в реализации программ с разбивкой по аспектам: профилактика, уход, лечение и поддержка, знания и изменение поведения и смягчение последствий – за период с января 2006 года по декабрь 2007 года.

Странам необходимо, в частности, проанализировать взаимосвязь между существующими условиями в области политики, реализацией программ по ВИЧ, поддающимися проверке изменениями в поведении и распространенностью ВИЧ, которые включены в данные для показателей ССГАООН. При необходимости эти данные следует указать с разбивкой по полу и следующим возрастным группам: 15–19, 20–24, 25–49 лет. Странам также следует использовать данные для Национального комбинированного индекса политики (см. Приложение 7) для описания прогресса в области разработки и реализации

политики/стратегий, а также включить анализ тенденций на основе ключевых данных для НКИП с 2003 года, если таковые имеются. Странам рекомендуется предоставлять дополнительные отчетные данные для подтверждения результатов своего анализа и интерпретации данных для ССГАООН.]

## V. Наилучшая практика

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

## VI. Основные проблемы и меры для их устранения

[Инструкции: В настоящем разделе основное внимание следует уделить:

- (a) прогрессу, достигнутому для решения основных проблем, указанных в национальном докладе о выполнении показателей ССГАООН за 2005 год, если таковой имеется;
- (b) проблемам, с которыми приходилось сталкиваться в течение всего отчетного периода (2006-2007) и которые сдерживали реализацию национальных ответных мер в целом и прогресс в реализации целевых показателей ССГАООН в частности; и
- (c) конкретным мерам для устранения проблем, которые должны обеспечить достижение согласованных целевых показателей ССГАООН.]

## VII. Поддержка со стороны партнеров по процессу развития в стране

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

## VIII. Условия для мониторинга и оценки

[Инструкции: В настоящем разделе необходимо изложить (a) общий анализ действующей системы мониторинга и оценки (МиО); (b) проблемы, имевшие место в процессе реализации комплексной системы МиО; (c) меры, запланированные для преодоления этих проблем, и (d) подчеркнуть, при необходимости, потребность в оказании технической помощи для МиО и усиления потенциала. Странам следует строить этот раздел на Национальном комбинированном индексе политики (см. Приложение 5).]

## ПРИЛОЖЕНИЯ

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Анкета “Национальный комбинированный индекс политики”

*Просьба представить полный национальный доклад о ходе работы для ССГАООН до 31 января 2008 года в Департамент по оценке ЮНЭЙДС по электронному адресу: [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org).*

*Если для представления данных по показателям Информационная система мониторинга ответных мер в странах (КРИС) не используется, просьба представить доклады до 15 января 2008 года для того, чтобы было время ввода данных вручную в Глобальную информационную систему мониторинга ответных мер в Женеве.*

Печатные экземпляры направлять по почтовому адресу:

Dr. Paul De Lay, Director, Evaluation Department  
UNAIDS 20 Avenue Appia  
CH-1211 Geneva 27 Switzerland

## Приложение 3. Методика, используемая для анализа охвата определенными услугами по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ

В ситуациях, где репрезентативные национальные данные об охвате получить невозможно, странам, возможно, придется полагаться на данные, собираемые в результате интервью с ключевыми информантами. Одним из примеров успешного применения данной методики является исследование, предпринятое ЮНЭЙДС, ВОЗ, ЮНИСЕФ, АМР США и проектом “Полиси”: “Охват определенными услугами по профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ/СПИДом в странах с низким и средним уровнем доходов в 2003 году” (*Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003*). В ходе этого исследования были получены данные из 73 стран с низким и средним уровнем доходов, где на момент проведения исследования проживало 88% всех людей, живущих с ВИЧ/СПИДом в развивающемся мире. В этом отчете основополагающая методика описана следующим образом:

“В каждой стране информация была получена через национальных консультантов. Консультанты определяли знающих респондентов по каждому виду услуг. Респондентов просили предоставить статистику о численности людей, получивших данную услугу за последний год, если такая информация была в наличии. Мы также просили респондентов оценить процент населения, нуждающегося в услуге и имеющего доступ к такой услуге. Респонденты оценивали доступ отдельно для столичного города, других городских районов и сельских районов. Эти оценки используются только для проверки расчетов относительно охвата и не включены в представленные здесь оценочные показатели охвата. Консультанты использовали стандартную анкету, которую можно получить у авторов по запросу.

После того как консультанты собрали всю необходимую информацию, результаты были представлены и проанализированы в ходе семинара по выработке национального консенсуса. Такие семинары позволили собрать вместе 15-30 национальных экспертов для того, чтобы проанализировать результаты, предложить дополнительные источники информации и договориться о том, какие конечные цифры должны быть включены в настоящий отчет. Такие семинары по выработке национального консенсуса были проведены в 60 из 73 стран, приславших отчетные данные.

Использованный здесь подход является относительно недорогим и оперативным. Поскольку он основывается на статистике по оказанию услуги и оценках экспертов, собираемая информация показывает охват с меньшей степенью точности, если сравнивать с общенациональными обследованиями; при этом трудно оценить степень неопределенности для каждой оценки. Предыдущие попытки использовать мнение экспертов для оценки охвата программы дали различные результаты. Индекс эффективности программ планирования семьи, в определении которого участвует малое количество национальных и международных экспертов, оказался последовательным во времени и дал хорошую сопоставимость между странами. Проведенный в 2003 году раунд определения индекса эффективности программ по СПИДу, который был получен на основе данных, предоставленных ключевыми респондентами по каждому компоненту программных действий, позволил получить полезную характеристику усилий в обследованных странах и обеспечивает возможность для проведения сравнения между странами – однако при этом оценка уровня усилий основывается на суждении экспертов. При проведении настоящего исследования была сделана попытка избежать таких проблем – для этого опрос проводился среди наиболее информированных людей в каждой стране, с уделением основного внимания количественной информации, когда не требуется выполнять оценку качества или эффективности услуг. Респондентов просили предоставить ограниченные по объему данные – в отношении большинства мер вмешательства эти данные включали только число людей, получивших услугу, и число участков, предлагающих каждую услугу”.

Это обследование было повторено в 2005 году, и были вновь получены полезные данные. Некоторые из этих данных были включены в Глобальный доклад о ходе работы за 2006 год.

Дополнительную информацию можно получить в указанных ниже публикациях на сайте:  
<http://www.constellafutures.com/publications>:

- USAID/PEPFAR/UNAIDS/WHO/UNICEF (2006). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-income Countries in 2005*.
- USAID/PEPFAR/UNAIDS/WHO/UNICEF (2004). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-income Countries in 2003*.

## Приложение 4. Консультационный процесс/подготовка национального доклада о ходе работы по мониторингу выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

- 1) Какие учреждения/структуры отвечали за заполнение форм по различным показателям?
- |                                |    |     |
|--------------------------------|----|-----|
| а) НКС или его эквивалент      | Да | Нет |
| б) НПС                         | Да | Нет |
| в) Другие<br>(просьба указать) | Да | Нет |
- 2) Вклад со стороны Министерств:
- |                             |    |     |
|-----------------------------|----|-----|
| образования                 | Да | Нет |
| здравоохранения             | Да | Нет |
| труда                       | Да | Нет |
| иностранных дел             | Да | Нет |
| других<br>(просьба указать) | Да | Нет |
- |                                   |    |     |
|-----------------------------------|----|-----|
| Организаций гражданского общества | Да | Нет |
| Людей, живущих с ВИЧ              | Да | Нет |
| Частного сектора                  | Да | Нет |
| Организаций ООН                   | Да | Нет |
| Двухсторонних организаций         | Да | Нет |
| Международных НПО                 | Да | Нет |
| других<br>(просьба указать)       | Да | Нет |
- 3) Обсуждался ли отчет на широком форуме? Да Нет
- 4) Хранятся ли результаты обследований в центральной организации? Да Нет
- 5) Доступны ли данные для проведения открытых консультаций? Да Нет
- 6) Кто отвечает за представление доклада и последующие действия в случае появления вопросов относительно национального доклада о ходе работы?

Имя, фамилия / должность: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Просьба указать полную контактную информацию:

Адрес: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_



## Приложение 5. График представления ключевых показателей для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом

	Приверженность и действия на глобальном уровне	Приверженность и действия на национальном уровне	Знания и поведение на национальном уровне	Воздействие
2003	√	√	√	√
2004	<i>Доклада нет</i>			
2005	<i>Промежуточный доклад на основе подмножества показателей</i>			
2006	√	√	√	√
2007	<i>Доклада нет</i>			
2008	√	√	√	√
2009	<i>Доклада нет</i>			
2010	√	√	√	√

## Приложение 6. Матрица национального финансирования — 2007 г.

### Обложка

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

Страна: \_\_\_\_\_

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

Имя, фамилия: \_\_\_\_\_ Должность: \_\_\_\_\_

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

Адрес: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Цикл отчетности: 2006 календарный год \_\_\_\_\_ или финансовый год \_\_\_\_\_

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

Местная валюта: \_\_\_\_\_

Средний обменный курс относительно доллара США в течение отчетного цикла: \_\_\_\_\_

Методика:

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

Неучтенные расходы:

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

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

\_\_\_\_ Да \_\_\_\_ Нет

## Матрица национального финансирования — 2008

### Предпосылки

Матрица национального финансирования используется для измерения первого показателя ССГАООН “Приверженность и действия на национальном уровне: расходы в связи со СПИДом с разбивкой по источникам финансирования”. Эта матрица представляет собой электронную таблицу, которая позволяет странам записывать расходы в связи со СПИДом в рамках восьми категорий по трем источникам финансирования. Данный показатель включает критическую информацию, получаемую как на национальном, так и глобальном уровне осуществления мер в ответ на СПИД. Матрица национального финансирования разработана таким образом, чтобы она была совместима с различными системами сбора и отслеживания данных, т.е. оценками национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), национальными счетами здравоохранения<sup>12</sup> и результатами анализа потоков ресурсов, с тем чтобы переносить информацию из этих документов в данную матрицу. Для стран, использующих ОНРС, эта матрица является одним из результатов применения этого инструмента. (Странам, заинтересованным в реализации ОНРС, рекомендуется обратиться в ЮНЭЙДС для получения дополнительной информации об этом инструменте.)

### Структура матрицы

Матрица национального финансирования включает два основных компонента:

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

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

Каждая категория расходов включает несколько подкатегорий. Восемь категорий расходов всего включают 77 подкатегорий. Важно отметить, что все категории и подкатегории расходов касаются СПИДа; например, расходы, указанные в категории “благоприятная среда и развитие общин”, должны включать только те расходы, которые непосредственно связаны с осуществлением мер в ответ на СПИД.

Самая большая категория касается профилактики и содержит 22 подкатегории – от добровольного консультирования и тестирования до социального маркетинга презервативов и обеспечения безопасности крови; семь остальных категорий расходов включают менее 10 подкатегорий каждая. Цель категорий и подкатегорий заключается в том, чтобы помочь национальным правительствам сделать разбивку своих расходов наиболее рациональным и последовательным образом. Как указано выше, матрица была разработана таким образом, чтобы она была совместимой с обычными системами сбора и отслеживания данных, с тем чтобы уменьшить нагрузку на национальные правительства при составлении отчетности.

Существует три основных группы источников финансирования: государственные национальные; международные и частные национальные (можно использовать для отчетности ССГАООН).

Аналогично категориям расходов каждый источник финансирования включает несколько подкатегорий. Государственные источники включают четыре подкатегории: центральные/национальные, субнациональные, возмещаемые банкам развития (займы) и все другие государственные источники. Международные источники включают пять подкатегорий: двусторонние организации, учреждения ООН, Глобальный фонд, гранты банков развития (невозмещаемые) и все другие международные источники. Частные источники включают две подкатегории: корпоративные источники и средства

<sup>12</sup> Если в стране имеется программа национальных счетов здравоохранения, ей следует пользоваться комплексным руководством ЮНЭЙДС по ОНРС, где содержатся указания по составлению матриц НСЗ для согласования выходных данных этой программы с матрицей национального финансирования. Дополнительная техническая помощь по согласованию этих программ может быть получена через консультантов ЮНЭЙДС по МиО из странового офиса ЮНЭЙДС или из Подразделения по отслеживанию ресурсов в штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.

потребителей/личные средства. (Примечание: Данные о частных источниках необязательны для включения в отчетность ССГАООН. В то же время странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, поскольку они могут быть полезными для управления национальными мерами в ответ на эпидемию.)

## Инструкции

- Национальный орган/комитет по СПИДу или эквивалентная структура должны назначить технического координатора для управления процессом сбора и включения релевантных данных в матрицу национального финансирования. Рекомендуется, чтобы этот координатор хорошо знал документы и методики, используемые в стране для сбора этого вида финансовых данных (т.е. оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), национальные счета здравоохранения и анализ потоков ресурсов). Кроме того, координатору необходимо поддерживать контакты с другими лицами, координирующими процесс отслеживания национальных ресурсов, например с координаторами в министерстве здравоохранения, которые участвовали в представлении отчетности о расходах в связи с ВИЧ. Их участие обеспечит согласование национальных оценок расходов в связи с ВИЧ и позволит избежать дублирования инициатив.
- Странам рекомендуется включать максимально подробные данные в матрицу национального финансирования, в том числе данные с разбивкой по всем применимым категориям и подкатегориям расходов и источников финансирования в связи со СПИДом. Необходимо четко указать любые категории или подкатегории, которые не применимы в стране; пояснение для категорий и подкатегорий, которые не включают оценки по какой-либо иной причине, необходимо представить на обложке к матрице.
- Финансовые данные в матрице должны включать фактические расходы. Они не должны включать бюджетные цифры, которые в действительности не стали фактическими расходами, как и не должны они отражать суммы намеченных ассигнований или обязательств.
- Общая сумма по каждой строке расходов должна включать финансирование из всех источников, перечисленных для такой позиции. Кроме того, для каждой из восьми категорий расходов в связи со СПИДом необходимо указать общую сумму, которая должна включать все финансирование по всем источникам для всех подкатегорий в данной категории.
- Суммы по каждой категории или подкатегории должны указываться в местной валюте. В то же время важно указать средний обменный курс к доллару США за 2006 календарный или финансовый год; см. обложку матрицы национального финансирования на странице 96.
- Категории или подкатегории расходов составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые четким образом не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории “Другие/не указанные в других позициях”, которая включается в каждую из восьми категорий расходов в связи со СПИДом. (Подробное описание категорий и подкатегорий можно найти в документе ЮНЭЙДС “Пособие для получения оценок национальных расходов” (*Notebook to Produce National Spending Assessments*, см. ссылку ниже.)
- Расходы необходимо учитывать только в одной категории или подкатегории; расходы нельзя учитывать дважды. Например, расходы на мероприятия для сирот и уязвимых детей не должны повторно указываться в категории “Социальная защита и социальные услуги”.
- Категории или подкатегории источников финансирования составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые четким образом не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории “Все другие”, которая включается как в категорию государственных, так и в категорию международных источников. Обращаем внимание на то, что перечень категорий и подкатегорий “Источники финансирования” не является исчерпывающим; однако он является индикативным в отношении основных источников финансирования.
- Финансирование в подкатегориях “Центральное/национальное и субнациональное” в категории “Государственные источники” должно включать только доходы, получаемые правительством и выделяемые на меры в ответ на СПИД. Сюда не следует включать какую-либо помощь в целях развития, получаемую из международных источников; единственным возможным исключением является бюджетная поддержка со стороны организаций-доноров, которую невозможно дифференцировать от внутренних доходов страны. Если общий объем бюджетной поддержки можно определить, его следует включить в соответствующую подкатегорию категории “Международные источники” (напр., двусторонние организации). Если какая-либо бюджетная поддержка включа-

- ется в подкатегории “Центральное/национальное и/или субнациональное” необходимо указать это на обложке (см. выше).
- Финансирование, предоставляемое каким-либо банком развития следует обозначать либо как “Возмещаемое” (напр., займы) в разделе “Государственные источники”, либо как “Невозмещаемое” (напр., гранты) в разделе “Международные источники”. Странам, получающим и займы, и гранты из банков развития, следует внимательно распределять эти средства по правильным категориям.
  - Финансирование, предоставляемое отдельными двусторонними донорами, необязательно разбивать по донорам в матрице финансирования.
  - Финансирование, предоставляемое международными фондами, следует указывать в подкатегории “Все другие” в категории “Международные”. Средства, получаемые от национальных фондов, следует указывать в подкатегории “Все другие” в категории “Государственные”.
  - Информация о финансировании из частных источников предоставляется по усмотрению. Тем не менее странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, с тем чтобы дать более полную картину наличия средств для осуществления мер в ответ на СПИД.
  - Колонка корпоративных источников в категории “Частные источники” должна включать средства, потраченные в стране компаниями в различных категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом; соседняя колонка “Средства потребителей/личные средства” должна включать средства, расходуемые отдельными гражданами и/или семьями в категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом. (Примечание: вероятно, что большая часть данных в колонке “Средства потребителей/личные средства” будет касаться категорий и подкатегорий по уходу и лечению и отдельных категорий и подкатегорий по профилактике.)
  - Если в стране имеется программа национальных счетов здравоохранения, ей необходимо запросить в ЮНЭЙДС документ о ОНРС и НСЗ, в котором показана процедура согласования итоговых результатов такой программы с матрицей национального финансирования. Страны могут обратиться к сотруднику по мониторингу и оценке в страновом офисе ЮНЭЙДС или в Подразделении по отслеживанию ресурсов в штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.
  - Если страна использует анализ потоков ресурсов, она, возможно, сможет увязать информацию, характеризующую итоговые суммы в этом анализе с восемью категориями расходов средств в связи со СПИДом в матрице национального финансирования.
  - Электронные версии пособия по оценкам национальных расходов *Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments* и документ *NASANHA Crosswalk* (см. выше) можно загрузить со следующей страницы веб-сайта ЮНЭЙДС: [www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp](http://www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/track-monitor-evaluate.asp). Электронную версию матрицы национального финансирования можно загрузить в формате Excel с того же веб-сайта.
  - Секретариат ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует НКС или эквивалентной организации провести однодневный семинар для заинтересованных участников с целью обзорного анализа матрицы национального финансирования до ее представления в рамках процесса отчетности ССГАООН. Заинтересованные участники должны включать федеральные и провинциальные/региональные правительственные министерства и департаменты и соответствующие структуры на уровне штата, а также местные и международные организации гражданского общества, многосторонние учреждения, двусторонних доноров, фонды и коммерческие структуры и представителей других релевантных инициатив по отслеживанию ресурсов.

Данную матрицу можно получить в виде электронной таблицы в формате Excel на CD-ROM, прилагаемом к на бумажному носителю.

Если у вас нет CD-ROM, просьба обратиться по электронной почте в Департамент по оценке ЮНЭЙДС ([ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)) для получения файла Excel.

**Матрица национального финансирования  
Категории расходов в связи со СПИДом с разбивкой по источникам финансирования**

ГОД  
Календарный год: ДА \_\_\_\_\_ НЕТ \_\_\_\_\_  
(указать начало/конец года)

Средний обменный курс за год \_\_\_\_\_

Категории расходов в связи со СПИДом	Источники финансирования													
	Всего (местная валюта)	Государственные источники					Международные источники				Частные источники (включается в отчетность СС/АООН по усмотрению)			
		Государственные Итого	Центральные/национальные	Субнациональные	Банк развития (возмещаемые)	Все другие государственные	Международные Итого	Двусторонние	Учреждения ООН	Глобальный фонд	Банк развития (невозмещаемые)	Все другие международные	Частные Итого	Корпорации
<b>ИТОГО (местная валюта)</b>														
<b>1. Профилактика (итого)</b>														
1.1 Средства массовой информации														
1.2 Мобилизация общины														
1.3 Добровольное консультирование и тестирование														
1.4 Программы для уязвимых и особых групп населения														
1.5 Молодежь в школе														
1.6 Молодежь вне школы														
1.7 Программы профилактики для ЛЖВС														
1.8 Программы для работников секс-бизнеса и их клиентов														
1.9 Программы для MSM														
1.10 Программы снижения вреда для ПИН														
1.11 Мероприятия на рабочем месте														
1.12 Социальный маркетинг презервативов														
1.13 Предоставление презервативов через государственный и коммерческий сектор														
1.14 Женские презервативы														
1.15 Минибишды														
1.16 Улучшение ведения больных при ИПП														
1.17 Профилактика передачи от матери ребенку														
1.18 Безопасность крови														
1.19 Профилактика после контакта														
1.20 Безопасность медицинских инъекций														
1.21 Мужское обрезание														
1.22 Универсальные меры предосторожности														
1.99 Другие/ неучтенные														
<b>2. Уход и лечение (итого)</b>														
2.1 Амбулаторный уход														
2.2 Тестирование по инициативе учреждения														
2.3 Профилактика оппортунистических инфекций (ОИ)														
2.4 Антиретровирусная терапия														
2.5 Диетологическая помощь														
2.6 Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ														
2.7 Стоматологическая помощь														
2.8 Психологическая помощь														
2.9 Паллиативный уход														
2.10 Уход на дому														
2.11 Дополнительные/неформальные структуры оказания помощи														
2.12 Стационарный уход														
2.13 Лечение при оппортунистических инфекциях (ОИ)														
2.99 Другие/ неучтенные														
<b>3. Сироты и уязвимые дети* (итого)</b>														
3.1 Просвещение														
3.2 Базовая медицинская помощь														
3.3 Помощь в семье/на дому														
3.4 Помощь в общинах														
3.5 Административные расходы														
3.9 Другие/ неучтенные														
<b>4. Усиление систем управления программами (итого)</b>														
4.1 Управление программами														
4.2 Планирование и координация														
4.3 Мониторинг и оценка														
4.4 Оперативные исследования														
4.5 Серологический эпиднадзор														
4.6 Эпиднадзор за лекарственной устойчивостью ВИЧ														
4.7 Системы поставок препаратов														
4.8 Информационные технологии														
4.9 Управление персоналом														
4.10 Улучшение лабораторной инфраструктуры														
4.11 Создание новых медицинских центров														
4.99 Другие/ неучтенные														
<b>5. Стимулы для людских ресурсов** (итого)</b>														
5.1 Денежные стимулы для врачей														
5.2 Денежные стимулы для медсестер														
5.3 Денежные стимулы для другого персонала														
5.4 Формативное обучение и укрепление кадров для работы в связи со СПИДом														
5.5 Обучение														
5.9 Другие/ неучтенные														
<b>6. Социальная защита и социальные услуги, не включая сирот и уязвимых детей (итого)</b>														
6.1 Денежные выплаты														
6.2 Помощь натурой														
6.3 Социальные услуги														
6.4 Получение доходов														
6.9 Другие/ неучтенные														
<b>7. Благоприятная среда и развитие общин (итого)</b>														
7.1 Пропаганда и стратегическая коммуникация														
7.2 Права человека														
7.3 Институциональное развитие в связи со СПИДом														
7.4 Программы по СПИДу для женщин														
7.9 Другие/ неучтенные														
<b>8. Исследования, не включая оперативные исследования (итого)</b>														
8.1 Биомедицинские исследования														
8.2 Клинические исследования														
8.3 Эпидемиологические исследования														
8.4 Социологические исследования														
8.5 Поведенческие исследования														
8.6 Экономические исследования														
8.7 Усиление исследовательского потенциала														
8.8 Исследования для получения вакцин														
8.9 Другие/ неучтенные														

\* Термин «Уязвимые дети» в данном контексте означает детей, чьи родители слишком больны, чтобы ухаживать за ними, но которые не соответствуют критериям для получения социальной помощи в качестве сирот.  
 \*\* Позицию «Стимулы для людских ресурсов» необходимо показать отдельно от расходов в связи с оказанием других услуг, напр., амбулаторных или стационарных услуг для больных. Необходимо исключить двойной учет.

## Приложение 7. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2007 г.

### СТРАНА:

Имя/фамилия ответственного сотрудника национального комитета по СПИДу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес: \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

Факс: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Дата представления: \_\_\_\_\_

# Инструкции

## Исходная информация

Описанный ниже инструмент используется для измерения одного из показателей приверженности и действий на национальном уровне, а именно: Национального комбинированного индекса политики (НКИП), используемого для оценки прогресса в разработке и реализации политики и стратегий по СПИДу на национальном уровне. **Он является составной частью перечня ключевых показателей ССГАООН, который должен быть заполнен и представлен в рамках национального доклада о ходе работы за 2007 год для ССГАООН.**

Настоящая третья версия НКИП была пересмотрена, чтобы отразить новое программное руководство по СПИДу и соответствовать новой и согласованной политике и инструментам измерения показателей реализации программ.<sup>13</sup>

Данные для НКИП также представлялись в рамках предыдущих раундов отчетности ССГАООН в 2003 и 2005 годах. Странам настоятельно рекомендуется выполнять анализ трендов по ключевым вопросам и включать описание полученных результатов в национальный доклад о ходе работы за 2007 год.<sup>14</sup>

## СТРУКТУРА АНКЕТЫ

НКИП делится на две части.

**Часть А предназначена для официальных представителей правительства.**

Часть А включает пять областей:

1. Стратегический план
2. Политическая поддержка
3. Профилактика
4. Лечение, уход и поддержка
5. Мониторинг и оценка

**Часть В предназначена для представителей неправительственных организаций, двусторонних учреждений и организаций системы ООН.**

Часть В включает четыре области:

1. Права человека
2. Участие гражданского общества
3. Профилактика
4. Лечение, уход и поддержка

**Общая ответственность за сбор и представление информации, касающейся НКИП, возложена на национальное правительство** через национальные комитеты по СПИДу (НКС) (или эквивалентные структуры) при поддержке со стороны ЮНЭЙДС и других партнеров.

## ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ШАГИ ПО СБОРУ ДАННЫХ

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

Технические координаторы должны иметь полномочия для проведения кабинетного анализа и конкретных интервью для ответа на конкретные вопросы. Предпочтительно, чтобы технический координатор для части А представлял НКС (или эквивалентную структуру), а технический коор-

<sup>13</sup> Policy and Planning Effort Index or children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS, ЮНИСЕФ 2005; Расширение действий для обеспечения всеобщего доступа (Scaling up Towards Universal Access), ЮНЭЙДС 2006; Установление национальных целей для обеспечения всеобщего доступа (Setting National Targets for Moving Towards Universal Access), ЮНЭЙДС 2006; Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ (Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention); ЮНЭЙДС 2007.

<sup>14</sup> См. "Руководящие принципы по разработке ключевых показателей", ЮНЭЙДС 2002 и ЮНЭЙДС 2005, где изложены основные вопросы, включенные в предшествующие анкеты НКИП.



динатор для части В не представлял правительство. В идеальном случае такие лица должны знать рассматриваемые вопросы и иметь навыки по мониторингу и оценке и могли обращаться за помощью к консультантам, имеющим такую же подготовку.

## 2. Сбор данных

Для получения данных по каждому разделу необходим (а) кабинетный анализ и (б) интервью с двумя или тремя представителями, наиболее компетентными по данной теме.

- *Стратегический план и политическая поддержка:* директор или заместитель директора национальной программы по СПИДу или национального совета по СПИДу, руководители программ по СПИДу на уровне провинций и регионов и ЮНЭЙДС.
- *Мониторинг и оценка:* сотрудники национального комитета по СПИДу или эквивалентной структуры, министерства здравоохранения, координаторы по ВИЧ других министерств.
- *Права человека:* должностные лица министерства юстиции, сотрудники комиссий по правам человека, представители неправительственных организаций по правам человека и других релевантных неправительственных организаций и юридических центров/учреждений, людей, живущих с ВИЧ.
- *Участие гражданского общества:* ключевые представители ведущих организаций гражданского общества, работающих в области ВИЧ, люди, живущие с ВИЧ.
- *Профилактика, лечение, уход и поддержка:* министерства и основные учреждения/организации-исполнители в этих областях, включая неправительственные организации и людей, живущих с ВИЧ.

## 3. Ввод, анализ и интерпретация данных

После заполнения НКИП технические координаторы должны тщательно проанализировать все ответы и установить, требуются ли дополнительные консультации или обзорный анализ других документов. Важно проанализировать данные для каждого раздела НКИП и включить описание в национальный доклад о ходе работы с изложением прогресса в области разработки политики/стратегии и выполнения программ по борьбе с эпидемией СПИДа в стране. Необходимо включать комментарии по поводу согласованности/расхождений между совпадающими вопросами, включенными в части А и В, а также анализ тенденций в изменении основных данных для НКИП с 2003 года, если таковые имеются. Данные для НКИП следует представить, обсудить и согласовать в ходе национального консультационного семинара для ССГАООН (см. пункт 4). Мы настоятельно рекомендуем внести итоговые согласованные данные в Информационную систему мониторинга ответных мер в странах (КРИС). Если это сделать невозможно, к национальному докладу о ходе работы необходимо приложить электронную версию заполненной анкеты.

## 4. Консультационный семинар с целью выработки консенсуса, проводимый НКС (или эквивалентной структурой)

Мы настоятельно рекомендуем, чтобы НКС (или эквивалентная структура) провел широкий однодневный консультационный форум для обсуждения и утверждения основных данных, включаемых в национальный доклад о ходе работы для ССГАООН, в том числе данных для НКИП. Ожидается, что для участия будут приглашены организации гражданского общества, включая профессиональные организации, людей, живущих с ВИЧ, группы за гендерное равенство, группы за права женщин, организации по пропаганде прав человека/юридические организации и другие неправительственные организации.

## Респонденты НКИП

[Указать всех респондентов, ответы которых были использованы для заполнения (частей) НКИП в таблице ниже; добавить необходимое количество строк]

### НКИП - ЧАСТЬ А [предназначена для официальных представителей правительства]

Организация	Имя, фамилия/ должность	Респонденты для Части А [указать по каким частям был опрошен каждый респондент]				
		A.I	A.II	A.III	A.IV	A.V

### НКИП - ЧАСТЬ В [предназначена для представителей неправительственных организаций, двусторонних учреждений и организаций системы ООН]

Организация	Имя, фамилия/ должность	Респонденты для Части В [указать по каким частям был опрошен каждый респондент]			
		B.I	B.II	B.III	B.IV

**Примечание:** в ответах для НКИП сокращение н/п означает “не применимо”.

# Анкета Национального комбинированного индекса политики

## Часть А

[предназначена для официальных представителей правительства]

### I. Стратегический план

#### 1. Разработаны ли в вашей стране национальная межсекторальная стратегия/рамки действий по борьбе со СПИДом?

(Межсекторальные стратегии должны включать стратегии, разработанные министерствами, указанными в пункте 1.2, но не ограничиваться ими).

Да	Охваченный период: <i>[вписать]</i>	Не применимо (н/п)	Нет
----	-------------------------------------	--------------------	-----

*Если НЕТ или н/п, кратко пояснить*

**ЕСЛИ “ДА”, ответить на вопросы 1.1 – 1.10; в противном случае перейти к вопросу 2.**

1.1 Как давно в стране существуют межсекторальная стратегия/рамки действий?

Указать, сколько лет:

1.2 Какие секторы включены в межсекторальную стратегию/рамки действий, с указанием конкретного бюджета в связи с ВИЧ для их мероприятий?

Включенные секторы	Стратегия/рамки действий		Намеченный бюджет	
	Да	Нет	Да	Нет
Здравоохранение	Да	Нет	Да	Нет
Образование	Да	Нет	Да	Нет
Труд	Да	Нет	Да	Нет
Транспорт	Да	Нет	Да	Нет
Военный сектор/полиция	Да	Нет	Да	Нет
Женщины	Да	Нет	Да	Нет
Молодежь	Да	Нет	Да	Нет
Другие*: <i>[вписать]</i>	Да	Нет	Да	Нет

\* Любые из следующих секторов: сельское хозяйство, финансы, людские ресурсы, полезные ископаемые и энергетика, планирование, гражданские сооружения, туризм, торговля и промышленность.

*Если НЕТ намеченного бюджета, как выделяются деньги?*

1.3 Включены ли в национальную стратегию/рамки действий следующие целевые группы населения, условия и сквозные вопросы?

<b>Целевые группы населения</b>		
a. Женщины и девочки	a. Да	Нет
b. Молодые женщины/молодые мужчины	b. Да	Нет
c. Особые уязвимые группы населения <sup>15</sup>	c. Да	Нет
d. Сироты и другие уязвимые дети?	d. Да	Нет
<b>Условия</b>		
e. Рабочее место	e. Да	Нет
f. Школы	f. Да	Нет
g. Тюремь	g. Да	Нет
<b>Сквозные вопросы</b>		
h. ВИЧ, СПИД и бедность	h. Да	Нет
i. Защита прав человека	i. Да	Нет
j. Участие ЛЖВ	j. Да	Нет
k. Устранение стигмы и дискриминации	k. Да	Нет
l. Расширение возможностей полов и/или гендерное равенство	l. Да	Нет

1.4 Были ли целевые группы определены в рамках процесса оценки потребностей или анализа потребностей?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”, когда была проведена эта оценка/анализ потребностей? Год:*

*ЕСЛИ “НЕТ”, как были определены целевые группы?*

<sup>15</sup> Группы, которые были определены на местном уровне как группы с повышенным риском передачи ВИЧ (потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, работники секс-бизнеса и их клиенты, трансграничные мигранты, рабочие-мигранты, перемещенные лица, беженцы, заключенные и т.д.).

1.5 Какие целевые группы существуют в стране? *[вписать]*

1.6 Включают ли межсекторальная стратегия/рамки действий рабочий план?

Да	Нет
----	-----

1.7 Включают ли межсекторальная стратегия/рамки действий или рабочий план:

a. Формальные программные цели?	Да	Нет
b. Четкие целевые задачи и/или промежуточные цели?	Да	Нет
c. Детальный бюджет расходов на каждую программную сферу?	Да	Нет
d. Указание на источники финансирования?	Да	Нет
e. Рамки для мониторинга и оценки?	Да	Нет

1.8 Обеспечила ли страна “полное вовлечение и участие” гражданского общества<sup>16</sup> в разработке межсекторальной стратегии/рамок действий?

Активное участие	Умеренное участие	Без участия
------------------	-------------------	-------------

***ЕСЛИ активное участие***, кратко пояснить, как это обеспечивается:

***ЕСЛИ “НЕТ” или умеренное участие***, кратко пояснить:

1.9 Были ли межсекторальная стратегия/рамки действий одобрены основными внешними партнерами по процессу развития (двусторонними, многосторонними)?

Да	Нет
----	-----

<sup>16</sup>Гражданское общество включает среди прочего: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; конфессиональные организации; СПИД-сервисные организации; общинные организации; организации уязвимых групп населения (включая МСМ, РСБ, ПИН, мигрантов, беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профсоюзные организации; организации по правам человека; и т.д. Для НКИП частный сектор учитывается отдельно.

1.10 Обеспечили ли внешние партнеры по процессу развития (двусторонние, многосторонние) согласование и гармонизацию своих программ по ВИЧ и СПИДу с национальной межсекторальной стратегией/рамками действий?

Да, все партнеры	Да, некоторые партнеры	Нет
------------------	------------------------	-----

**ЕСЛИ НЕКОТОРЫЕ или НЕТ**, кратко пояснить

2. Включены ли в вашей стране вопросы ВИЧ и СПИДа в общие планы развития, такие как: а) национальные планы развития, б) общестрановые оценки/Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития, с) документы по сокращению стратегии масштабов нищеты и d) секторальные подходы?

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

2.1 **ЕСЛИ “ДА”**, в какие планы в области развития включена поддержка для реализации политики в связи с ВИЧ и СПИДом?

a) \_\_\_ b) \_\_\_ c) \_\_\_ d) \_\_\_ e) другие

2.2 **ЕСЛИ “ДА”**, какие из указанных ниже областей политики включены в такие планы в области развития?

✓ Отметить соответствующую политику/стратегию

Область политики	Планы в области развития				
	a)	b)	c)	d)	e)
Профилактика ВИЧ					
Лечение при оппортунистических инфекциях					
Антиретровирусное лечение					
Уход и поддержка (включая планы социального страхования и другие)					
Ослабление воздействия СПИДа					
Уменьшение гендерного неравенства в связи с профилактикой/лечением, уходом и/или поддержкой в связи с ВИЧ					
Уменьшение неравенства в доходах в связи с профилактикой/лечением, уходом и/или поддержкой в связи с ВИЧ					
Снижение стигмы и дискриминации					
Расширение экономических возможностей женщин (напр., доступ к кредитам, земле, обучению)					
Другие: [вписать]					

**3. Проводилась ли в стране оценка последствий ВИЧ и СПИДа для ее социально-экономического развития в целях планирования?**

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

3.1 *ЕСЛИ “ДА”*, в какой степени эта информация используется для принятия решений, связанных с выделением средств?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

**4. Существует ли в стране стратегия/рамки действий, направленные на решение проблем ВИЧ и СПИДа среди национальных силовых структур, таких как вооруженные силы, полиция, миротворческие силы, сотрудники тюрем и т.д.?**

Да	Нет
----	-----

4.1 *ЕСЛИ “ДА”*, какие из перечисленных ниже программ были реализованы далее, чем пилотная стадия для обеспечения охвата значительной части одной или нескольких силовых структур?

Коммуникация для изменения поведения	Да	Нет
Предоставление презервативов	Да	Нет
Тестирование на ВИЧ и консультирование*	Да	Нет
Услуги в связи с ИППП	Да	Нет
Лечение	Да	Нет
Уход и поддержка	Да	Нет
Другие: [вписать]	Да	Нет

**\*Какой подход используется к тестированию и консультированию в связи с ВИЧ?** Является ли тестирование на ВИЧ добровольным или обязательным (напр., при приеме на службу)? Кратко пояснить:

**5. Выполняет ли страна обязательства в связи с обеспечением всеобщего доступа, взятые во время встречи на высоком уровне по СПИДу в июне 2006 года?**

Да	Нет
----	-----

5.1 Были ли соответствующим образом пересмотрены национальный стратегический план/рабочий план и национальный бюджет по СПИДу?

Да	Нет
----	-----

5.2 Были ли пересмотрены оценки численности основных целевых подгрупп населения?

Да	Нет
----	-----

5.3 Существуют ли надежные оценки и прогнозы будущих потребностей в отношении числа взрослых и детей, нуждающихся в антиретровирусной терапии?

Оценки и прогнозные потребности	Только оценки	Нет
---------------------------------	---------------	-----

5.4 Отслеживается ли охват программами по ВИЧ и СПИДу?

Да	Нет
----	-----

(a) *ЕСЛИ “ДА”*, отслеживается ли охват с разбивкой по полу (мужчины, женщины)?

Да	Нет
----	-----

(b) *ЕСЛИ “ДА”*, отслеживается ли охват с разбивкой по подгруппам населения?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”*, какие подгруппы населения?

--

(c) *ЕСЛИ “ДА”*, отслеживается ли охват с разбивкой по географическим территориям?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”*, на каком уровне (провинция, район, другие)?

--



5.5 Разработала ли страна план усиления систем здравоохранения, включая инфраструктуру, кадровые ресурсы и потенциал, и системы логистики для снабжения препаратами?

Да	Нет
----	-----

<b>В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на планирование стратегии в рамках программ по ВИЧ и СПИДу в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

## II. Политическая поддержка

Сильная политическая поддержка включает поддержку со стороны руководителей правительства и политических лидеров, которые часто высказываются по вопросу СПИДа и регулярно председательствуют на важных заседаниях, выделение национальных бюджетных средств для поддержки программ по СПИДу и эффективное использование правительственных организаций и организаций гражданского общества и процессов в целях поддержки эффективных программ по СПИДу.

### 1. Выступают ли официальные лица открыто в защиту мер по борьбе со СПИДом в рамках крупных национальных форумов не менее двух раз в год?

Президент/глава правительства

Да	Нет
----	-----

Другие высокие официальные лица

Да	Нет
----	-----

Другие должностные лица в регионах и/или районах

Да	Нет
----	-----

### 2. Существует ли в вашей стране официально признанный национальный межсекторальный руководящий/координационный орган по СПИДу? (Национальный совет по СПИДу или эквивалентный орган)?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "НЕТ", кратко пояснить:*

2.1 *ЕСЛИ "ДА",* когда он был создан? Год:

2.2 *ЕСЛИ "ДА",* кто является председателем?

[вписать имя, фамилию, должность/функцию]

2.3 **ЕСЛИ “ДА”**, то:

Есть ли круг полномочий?	Да	Нет
Активно ли руководит и участвует правительство?	Да	Нет
Определен ли членский состав?	Да	Нет
Включает ли представителей гражданского общества? <i>ЕСЛИ “ДА”, каков их процент? [вписать]</i>	Да	Нет
Включает ли людей, живущих с ВИЧ?	Да	Нет
Включает ли частный сектор?	Да	Нет
Есть ли план действий?	Да	Нет
Функционирует ли секретариат?	Да	Нет
Заседает ли не реже одного раза в квартал?	Да	Нет
Регулярно ли рассматривает действия в связи с принятием решений в области политики?	Да	Нет
Активно ли пропагандирует решения в области политики?	Да	Нет
Предоставляет ли гражданскому обществу возможность влиять на процесс принятия решений?	Да	Нет
Усиливает ли координацию между донорами, с тем чтобы избежать параллельного финансирования и дублирования действий в осуществлении программ и представлении отчетности?	Да	Нет

**3. Существует ли в стране общенациональный орган по СПИДу или другой механизм, который содействует процессу взаимодействия между правительством, людьми, живущими с ВИЧ, гражданским обществом и частным сектором для реализации стратегий/программ по ВИЧ и СПИДу?**

Да	Нет
----	-----

3.1 **ЕСЛИ “ДА”**, имеет ли он:

Определенные полномочия	Да	Нет
Определенный состав	Да	Нет
План действий	Да	Нет
Рабочий секретариат	Да	Нет
Регулярные заседания	Да	Нет
	Частота проведения заседаний	

*ЕСЛИ “ДА”, каковы основные достижения?*

*ЕСЛИ “ДА”, каковы основные проблемы для работы этого органа?*

4. Какой процент национального бюджета по ВИЧ и СПИДу был израсходован на мероприятия, реализованные гражданским обществом в прошлом году?

Процент:

5. Какую помощь оказывает НКС (или эквивалентная структура) партнерам-исполнителям национальной программы, в частности организациям гражданского общества?

Информирование о приоритетных потребностях и услугах	Да	Нет
Техническое руководство/материалы	Да	Нет
Закупка и распределение препаратов/поставок	Да	Нет
Координация с другими партнерами-исполнителями	Да	Нет
Усиление потенциала	Да	Нет
Другие: <i>[вписать]</i>		

6. Пересматривались ли в стране национальная политика и законодательство для определения того, какая политика и законодательство не соответствуют национальной политике борьбы со СПИДом, если это вообще имеет место?

Да	Нет
----	-----

- 6.1 *ЕСЛИ “ДА”,* были ли внесены изменения в политику и законодательство, с тем чтобы они соответствовали национальной политике борьбы со СПИДом?

Да	Нет
----	-----

- 6.2 *ЕСЛИ “ДА”,* какие политика и законодательство были изменены и когда?

Политика/закон:	Год:
-----------------	------

Политика/закон:	Год:
-----------------	------

[Указать столько, сколько необходимо]

<b>В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на планирование стратегии в рамках программ по ВИЧ и СПИДу в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

### III. Профилактика

#### 1. Существует ли в стране политика или стратегия, способствующие распространению информации, образования и коммуникации (ИОК) по вопросам ВИЧ среди широких слоев населения?

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

1.1 **ЕСЛИ “ДА”**, какая ключевая информация открыто пропагандируется?

✓ Отметить ключевую открыто пропагандируемую информацию

Половое воздержание	
Более позднее начало половой жизни	
Верность	
Уменьшение числа половых партнеров	
Постоянное пользование презервативами	
Более безопасный секс	
Избегание коммерческого секса	
Воздержание от употребления инъекционных наркотиков	
Использование стерильных игл и шприцев	
Борьба против насилия в отношении женщин	
Более толерантное отношение к людям, живущим с ВИЧ, и расширение их участия	
Расширение участия мужчин в программах репродуктивного здоровья	
Другие: <i>[вписать]</i>	

1.2 Осуществляла ли страна в прошлом году действия или программу с целью обеспечения точного информирования о проблеме ВИЧ в средствах информации?

Да	Нет
----	-----

#### 2. Существует ли в стране политика или стратегия, пропагандирующие просвещение молодежи по вопросам охраны репродуктивного и сексуального здоровья в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

2.1 Является ли просвещение по вопросам ВИЧ частью учебной программы

В начальных школах?

Да	Нет
----	-----

В средних школах?

Да	Нет
----	-----

В рамках подготовки учителей?

Да	Нет
----	-----

2.2 Предоставляет ли эта стратегия/учебная программа одинаковое просвещение по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья для молодых мужчин и для молодых женщин?

Да	Нет
----	-----

2.3 Существует ли в стране стратегия просвещения молодежи по вопросам ВИЧ вне школы?

Да	Нет
----	-----

**3. Существует ли в стране политика или стратегия, направленные на распространение информации, образования и коммуникации и других мер вмешательства по профилактике здоровья для уязвимых подгрупп населения?**

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "НЕТ", кратко пояснить:*

--

3.1 *ЕСЛИ "ДА", на какие подгруппы населения направлена эта политика/стратегия и какие элементы профилактики ВИЧ она включает?*

✓ Отметить соответствующую политику/стратегию

	ПИН	МСМ	Работники секс-бизнеса	Клиенты работников секс-бизнеса	Заклученные	Другие подгруппы населения* [вписать]
Целевая информация о снижении риска и просвещении по вопросам ВИЧ						
Снижение стигмы и дискриминации						
Пропаганда использования презервативов						
Тестирование на ВИЧ и консультирование						
Репродуктивное здоровье, включая профилактику ИППП и лечение						
Снижение уровня уязвимости (напр., за счет получения доходов)	н/п	н/п		н/п	н/п	
Заместительное лечение при наркомании		н/п	н/п	н/п	н/п	
Обмен игл и шприцев		н/п	н/п	н/п	н/п	

В целом, как бы вы оценили усилия в области политики в поддержку профилактики ВИЧ в 2007 и 2005 годах?											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Комментарии о прогрессе после 2005 года:											

**4. Определены ли в стране районы (или эквивалентные географические/ децентрализованные уровни), где необходимы программы по профилактике ВИЧ?**

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "НЕТ", как расширяются программы профилактики ВИЧ?:*

*ЕСЛИ "ДА", в какой мере следующие программы профилактики ВИЧ были выполнены в идентифицированных районах\*, где такие программы необходимы*

✓ Отметить соответствующий уровень реализации для каждого вида деятельности или указать н/п, если не применимо.

Программы профилактики ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Безопасность крови			
Универсальные меры предосторожности в медицинских учреждениях			
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку			
ИОК для снижения вреда			
ИОК для снижения стигмы и дискриминации			
Пропаганда использования презервативов			

\* Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности



Тестирование на ВИЧ и консультирование			
Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков			
Снижение вреда для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами			
Снижение вреда для работников секс-бизнеса			
Программы для других уязвимых подгрупп населения			
Услуги по репродуктивному здоровью, включая профилактику ИППП и лечение			
Просвещение по вопросам СПИДа в школах среди молодежи			
Программы для молодых людей, не посещающих школу			
Профилактика ВИЧ на рабочем месте			
Другие <i>[вписать]</i>			

<b>В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на реализацию программ по профилактике ВИЧ в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

#### IV. Лечение, уход и поддержка

1. Существует ли в стране политика или стратегия, направленные на обеспечение комплексного лечения, ухода и поддержки при ВИЧ? (Комплексный уход включает лечение, тестирование на ВИЧ и консультирование, социально-психологическую помощь, а также уход на дому и в условиях общины, но не ограничивается только этими мерами).

Да	Нет
----	-----

- 1.1 *ЕСЛИ “ДА”*, уделяется ли в них достаточное внимание барьерам, с которыми сталкиваются женщины, дети и группы населения, которым грозит самый высокий риск?

Да	Нет
----	-----

2. Определены ли в вашей стране районы (или эквивалентные географические/децентрализованные уровни), где необходимы услуги для лечения, ухода и поддержки в связи ВИЧ?

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

*ЕСЛИ “НЕТ”*, каким образом расширяются услуги для лечения, ухода и поддержки в связи ВИЧ и СПИДом?

**ЕСЛИ “ДА”**, в какой мере следующие услуги для лечения, ухода и поддержки в связи ВИЧ и СПИДом предоставлялись в идентифицированных районах\*, где такие услуги необходимы?

✓ Отметить соответствующий уровень реализации для каждого вида деятельности или указать н/п, если не применимо.

Услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Антиретровирусная терапия			
Обеспечение правильного питания			
Лечение детей при СПИДе			
Лечение при инфекциях, передающихся половым путем			
Психосоциальная поддержка людей, живущих с ВИЧ, и их семей			
Уход на дому			
Паллиативный уход и лечение при обычных инфекциях, связанных с ВИЧ			
Тестирование на ВИЧ и консультирование для больных ТБ			
Скрининг на ТБ среди ВИЧ-инфицированных			
Профилактическое противотуберкулезное лечение для ВИЧ-инфицированных			
Контроль инфекции ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ			
Профилактика котримоксазолом среди ВИЧ-инфицированных			
Профилактика после контакта (напр., риск заражения ВИЧ, связанный с характером работы, изнасилование)			
Услуги для лечения в связи с ВИЧ на рабочем месте или системы направления на лечение по месту работы			
Уход и поддержка при ВИЧ на рабочем месте (включая предоставление других условий для работы)			
Другие программы: <i>[вписать]</i>			

\*Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности

**3. Имеется ли в стране политика для разработки/использования препаратов-генериков или параллельного ввоза препаратов, используемых при ВИЧ?**

Да	Нет
----	-----

**4. Имеет ли страна доступ к региональным механизмам управления закупками и поставками необходимых товаров, таких как антиретровирусные препараты, презервативы и препараты для заместительного лечения?**

Да	Нет
----	-----

4.1 *ЕСЛИ “ДА”, для каких товаров?: [вписать]*

**5. Существует ли в стране политика или стратегия для удовлетворения дополнительных потребностей сирот и других уязвимых детей (СУД) в связи с ВИЧ или СПИДом?**

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

5.1 *ЕСЛИ “ДА”, существует ли рабочее определение СУД в стране?*

Да	Нет
----	-----

5.2 *ЕСЛИ “ДА”, имеется ли в стране национальный план действий специально для СУД?*

Да	Нет
----	-----

5.3 *ЕСЛИ “ДА”, имеется ли в стране оценочное число СУД, охваченных действующими мерами вмешательства?*

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”, какой процент СУД охвачен?*

*% [вписать]*

В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на удовлетворение потребностей сирот и других уязвимых детей?												
2007	Плохо										Хорошо	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Плохо										Хорошо	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>												

## V. Мониторинг и оценка

### 1. Существует ли в стране единый национальный план по мониторингу и оценке (МиО)?

Да	Период охвата (годы): <i>[вписать]</i>	Разрабатывается	Нет
----	--	-----------------	-----

1.1. **ЕСЛИ “ДА”**, был ли он утвержден ключевыми партнерами, участвующими в МиО?

Да	Нет
----	-----

1.2. **ЕСЛИ “ДА”**, был ли план по МиО разработан с участием гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

1.3. **ЕСЛИ “ДА”**, согласовали ли ключевые партнеры свои требования в отношении МиО (в том числе показатели) с национальным планом МиО?

Да, все партнеры	Да, большинство партнеров	Да, но лишь некоторые партнеры	Нет
------------------	---------------------------	--------------------------------	-----

### 2. Включает ли план по мониторингу и оценке:

стратегию по сбору и анализу данных	Да	Нет
эпиднадзор за поведением	Да	Нет
эпиднадзор за ВИЧ	Да	Нет
четко определенный стандартный набор показателей	Да	Нет
руководящие принципы по использованию инструментов для сбора данных	Да	Нет
стратегию для оценки качества и точности данных	Да	Нет
стратегию распространения и использования данных	Да	Нет

### 3. Существует ли бюджет для плана по МиО?

Да	Период охвата (годы): <i>[вписать]</i>	Разрабатывается	Нет
----	--	-----------------	-----

3.1 **ЕСЛИ “ДА”**, обеспечено ли финансирование?

Да	Нет
----	-----

#### 4. Существует ли функционирующее подразделение или отдел по МиО?

Да	Создается	Нет
----	-----------	-----

**ЕСЛИ “НЕТ”**, каковы основные препятствия на пути создания функционирующего подразделения или отдела по МиО?

##### 4.1 **ЕСЛИ “ДА”**, где находится подразделение или отдел по МиО:

В НКС или эквивалентной структуре?	Да	Нет
В министерстве здравоохранения?	Да	Нет
В других местах? <i>[вписать]</i>		

##### 4.2 **ЕСЛИ “ДА”**, сколько и какого постоянного и временного персонала категории специалистов работает в подразделении или отделе по МиО?

Численность постоянных работников		
Должность: <i>[вписать]</i>	На полную/ неполную ставку?	С какого времени?
Должность: <i>[вписать]</i>	На полную/ неполную ставку?	С какого времени?
Должность: <i>[вписать]</i>	На полную/ неполную ставку?	С какого времени?
Должность: <i>[вписать]</i>	На полную/ неполную ставку?	С какого времени?

И т.д.

Численность временных работников	
----------------------------------	--

- 4.3 **ЕСЛИ “ДА”**, существуют ли механизмы, которые обеспечивают передачу всеми основными партнерами-исполнителями их данных/отчетов в это подразделение или отдел по МиО для анализа и учета в национальных докладах страны?

Да	Нет
----	-----

**ЕСЛИ “ДА”**, работает ли этот механизм? Каковы основные проблемы?

- 4.4 **ЕСЛИ “ДА”**, в какой степени их результатами по МиО пользуются ООН, двусторонние организации и другие учреждения?

Низкая						Высокая
0	1	2	3	4	5	

5. **Существует ли комитет или рабочая группа по МиО, которые проводят регулярные заседания для координации мероприятий по МиО?**

Нет	Да, но заседает нерегулярно	Да, заседает регулярно
-----	-----------------------------	------------------------

**ЕСЛИ “ДА”**, укажите дату последнего заседания: [вписать]

5.1 Входят ли в него представители гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

**ЕСЛИ “ДА”,** описать роль представителей гражданского общества и людей, живущих с ВИЧ, в этой рабочей группе?

6. Ведет ли подразделение/отдел по МиО центральную национальную базу данных?

Да	Нет	н/п
----	-----	-----

6.1 **ЕСЛИ “ДА”,** то какого типа? *[вписать]*

6.2 **ЕСЛИ “ДА”,** включает ли она информацию о содержании, целевых группах и географическом охвате программных мероприятий, а также об организациях-исполнителях?

Да	Нет
----	-----

6.3 Существует ли функционирующая\* информационная система по здравоохранению?

На национальном уровне	Да	Нет
На субнациональном уровне <b>ЕСЛИ “ДА”,</b> на каком уровне (уровнях)? <i>[вписать]</i>	Да	Нет

*(\*обеспечивающая регулярное представление данных, собираемых в учреждениях здравоохранения на районном уровне, далее на национальный уровень, а также анализ и использование данных на различных уровнях)*

6.4 Публикует ли страна по крайней мере раз в год отчет о МиО мероприятий по ВИЧ, включая отчеты об эпиднадзоре за ВИЧ?

Да	Нет
----	-----



## 7. В какой мере информация о МиО используется в планировании и реализации?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Примеры использования данных?

Основные проблемы при использовании данных?

## 8. Проводилось ли в прошлом году обучение по вопросам МиО

На национальном уровне?	Да	Нет
<i>ЕСЛИ "ДА", число обученных: [вписать]</i>		
На субнациональном уровне?	Да	Нет
<i>ЕСЛИ "ДА", число обученных: [вписать]</i>		
С участием гражданского общества?	Да	Нет
<i>ЕСЛИ "ДА", число обученных: [вписать]</i>		

В целом, как бы вы оценили усилия по МиО программ по СПИДу в 2005 и 2007 годах?											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Комментарии о прогрессе после 2005 года:											

## Часть В

[предназначена для представителей неправительственных организаций, двусторонних организаций и организаций системы ООН]

### I. Права человека

1. Существуют ли в стране законы и положения, защищающие людей, живущих с ВИЧ, от дискриминации (например, общие положения, направленные против дискриминации, или положения, касающиеся конкретно ВИЧ, направленные на школьное образование, предоставление жилищных условий, трудоустройство, медицинскую помощь и т.д.)?

Да	Нет
----	-----

1.1 **ЕСЛИ “ДА”**, указать: *[вписать]*

2. Существуют ли в стране законы и положения, направленные против дискриминации, которые оговаривают защиту уязвимых подгрупп населения?

Да	Нет
----	-----

2.1 **ЕСЛИ “ДА”**, для каких подгрупп населения?

Женщины	Да	Нет
Молодые люди	Да	Нет
ПИН	Да	Нет
МСМ	Да	Нет
Работники секс-бизнеса	Да	Нет
Заключенные	Да	Нет
Мигранты/мобильное население	Да	Нет
Другие: <i>[вписать]</i>		

**ЕСЛИ “ДА”**, кратко пояснить, какие имеются механизмы для обеспечения реализации таких законов и положений:

**ЕСЛИ “ДА”**, описать имеющиеся системы судебной защиты для обеспечения того, чтобы законы достигали своей цели:

3. Существуют ли в стране законы и положения, которые представляют собой препятствия для проведения эффективной профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ для уязвимых подгрупп населения?

Да	Нет
----	-----

3.1 **ЕСЛИ “ДА”**, для каких подгрупп населения?

Женщины	Да	Нет
Молодые люди	Да	Нет
ПИН	Да	Нет
МСМ	Да	Нет
Работники секс-бизнеса	Да	Нет
Заклученные	Да	Нет
Мигранты/мобильное население	Да	Нет
Другие: [вписать]		

**ЕСЛИ “ДА”**, кратко описать содержание этих законов, положений и политики и какие барьеры они создают:

4. Указаны ли четко вопросы пропаганды и защиты прав человека в какой-либо политике или стратегии по ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

5. Существует ли механизм для учета и рассмотрения случаев дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, и/или групп населения, которым грозит самый высокий риск?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "ДА", кратко описать этот механизм*

6. Вовлекает ли правительство – за счет политической и финансовой поддержки – группы населения, которым грозит самый высокий риск, в процесс разработки правительственной политики по ВИЧ и реализации программ?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "ДА", описать несколько примеров*

**7. Существует ли в стране политика, обеспечивающая бесплатный доступ к следующим услугам:**

Услуги по профилактике ВИЧ	Да	Нет
Антиретровирусное лечение	Да	Нет
Меры вмешательства для ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Да	Нет

*ЕСЛИ “ДА”,* учитывая ограниченность ресурсов, кратко описать действия по реализации этой политики:

**8. Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для мужчин и женщин к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке? В частности для обеспечения доступа женщинам помимо услуг, которые оказываются во время беременности и деторождения?**

Да	Нет
----	-----

**9. Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для групп населения, которым грозит самый высокий риск, к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке?**

Да	Нет
----	-----

9.1 Существуют ли различия в подходах к различным группам населения, которым грозит самый высокий риск?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”,* кратко пояснить различия:

**10. Существует ли в стране политика, запрещающая скрининг на ВИЧ в связи с трудоустройством вообще (наем на работу, назначение на должность/ перемещение по службе, продвижение по службе, обучение, прекращение контракта)?**

Да	Нет
----	-----

**11. Существует ли в стране политика, обеспечивающая анализ протоколов проведения научных исследований в связи со СПИДом с участием людей и утверждение этих протоколов национальным/местным советом по этике?**

Да	Нет
----	-----

11.1 **ЕСЛИ “ДА”**, то входят ли в комитет по этике представители гражданского общества и люди, живущие с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ “ДА”*, опишите эффективность работы такого комитета

**12. Существуют ли в стране следующие механизмы мониторинга и правоприменения в области прав человека?**

- Наличие независимых национальных учреждений для пропаганды и защиты прав человека, включая комиссии по правам человека, комиссии по реформе законодательства, независимых наблюдателей и омбудсменов, которые занимаются вопросами, связанными с ВИЧ, в рамках своей работы

Да	Нет
----	-----

- Координационные центры в государственных департаментах по здравоохранению и в других департаментах для мониторинга за нарушениями прав человека и дискриминацией в связи с ВИЧ в таких сферах, как жилье и трудоустройство

Да	Нет
----	-----

- Показатели исполнения или контрольные показатели для проверки

a) соответствия стандартам в области прав человека в контексте действий в связи с ВИЧ

Да	Нет
----	-----

b) снижения уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ

Да	Нет
----	-----

**ЕСЛИ “ДА”** (на любой из приведенных выше вопросов), описать несколько примеров:

- 13. Была ли проведена учеба/информационная работа среди работников судебной системы (включая суды по трудовым спорам/трудоустройству) по вопросам прав человека в связи с ВИЧ и СПИДом, которые могут иметь место в контексте их работы?**

Да	Нет
----	-----

- 14. Существуют ли в стране следующие службы по оказанию правовой защиты?**

- Системы правовой защиты в рамках работы по изучению материалов судебных дел, связанных с ВИЧ и СПИДом

Да	Нет
----	-----

- Частные юридические фирмы или университетские центры для предоставления бесплатных юридических услуг людям, живущим с ВИЧ, или услуг по сниженным ценам

Да	Нет
----	-----

- Программы для просвещения и повышения уровня информированности людей, живущих с ВИЧ, в отношении их прав

Да	Нет
----	-----

- 15. Существуют ли программы, направленные на изменение отношения общества, которое обуславливает дискриминацию и стигматизацию в связи со СПИДом, с целью обеспечения понимания и принятия?**

Да	Нет
----	-----

**ЕСЛИ “ДА”**, какие виды программ?

Средства информации	Да	Нет
Школьное образование	Да	Нет
Постоянные выступления известных людей	Да	Нет
Другие: <i>[вписать]</i>		

<b>В целом, как бы вы оценили существующие политику, законы и положения, направленные на пропаганду и защиту прав человека в связи с ВИЧ и СПИДом в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

<b>В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на применение существующей политики, законов и положений в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											



## II. Участие гражданского общества<sup>17</sup>

1. В какой мере гражданское общество внесло свой вклад в усиление политической приверженности ведущих руководителей и выработку национальной политики?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

2. В какой мере представители гражданского общества были вовлечены в процесс планирования и составления бюджетов для национального стратегического плана по СПИДу или для текущего плана мероприятий (напр., участие в собраниях по вопросам планирования и в анализе проектов документов)?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

3. В какой мере услуги, оказываемые гражданским обществом по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, включены

- a. В национальные стратегические планы и национальные отчеты?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- b. В национальный бюджет?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

4. Проводила ли страна национальный обзорный анализ национального стратегического плана с участием гражданского общества?

Да	Нет
----	-----

ЕСЛИ "ДА", когда был проведен обзорный анализ? Год: [вписать]

5. В какой мере представительство гражданского общества в усилиях в связи с ВИЧ является широким и отражает все его многообразие?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Перечислить типы организаций, представляющих гражданское общество в мероприятиях в связи с ВИЧ и СПИДом:

<sup>17</sup> Гражданское общество включает среди прочего: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; конфессиональные организации; СПИД-сервисные организации; общинные организации; организации уязвимых групп населения (включая МСМ, РСБ, ПИН, мигрантов, беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профсоюзные организации; организации по правам человека; и т.д. Для НКИП частный сектор учитывается отдельно.

**6. В какой мере гражданское общество имеет доступ к:**

- a. Адекватной финансовой помощи, необходимой для осуществления мероприятий в связи с ВИЧ?

<b>Низкая</b>			<b>Высокая</b>		
0	1	2	3	4	5

- b. Адекватной технической помощи, необходимой для осуществления мероприятий в связи с ВИЧ?

<b>Низкая</b>			<b>Высокая</b>		
0	1	2	3	4	5

<b>В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на усиление участия гражданского общества в 2007 и 2005 годах?</b>											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

### III. Профилактика

1. Определены ли в стране районы (или эквивалентные географические/ децентрализованные уровни), где необходимы программы по профилактике ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

*ЕСЛИ "НЕТ"*, как расширяются программы по профилактике ВИЧ?:

*ЕСЛИ "ДА"*, в какой мере следующие программы профилактики ВИЧ были выполнены в идентифицированных районах\*, где такие программы необходимы

✓ Отметить соответствующий уровень реализации для каждого вида деятельности или указать н/п, если не применимо.

Программы профилактики ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Безопасность крови			
Универсальные меры предосторожности в медицинских учреждениях			
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку			
ИОК для снижения вреда			
ИОК для снижения стигмы и дискриминации			
Пропаганда использования презервативов			
Тестирование на ВИЧ и консультирование			
Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков			
Снижение вреда для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами			
Снижение вреда для работников секс-бизнеса			
Программы для других групп населения, которым грозит самый высокий риск			

\*Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности

Программы профилактики ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Услуги по репродуктивному здоровью, включая профилактику ИППП и лечение			
Программы для молодых людей, не посещающих школу			
Профилактика ВИЧ на рабочем месте			
Другие: <i>[вписать]</i>			

В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на реализацию программ по профилактике ВИЧ в 2007 и 2005 годах?												
2007	Плохо										Хорошо	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2005	Плохо										Хорошо	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>												

*\*Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности*

#### IV. Лечение, уход и поддержка

1. Определены ли в стране районы (или эквивалентные географические/ децентрализованные уровни), где необходимы услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и СПИДом?

Да	Нет
----	-----

**ЕСЛИ “НЕТ”**, как расширяются услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и СПИДом?:

**ЕСЛИ “ДА”**, в какой мере следующие услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ и СПИДом предоставлялись в идентифицированных районах\*, где такие услуги необходимы?

✓ Отметить соответствующий уровень реализации для каждого вида деятельности или указать н/п, если не применимо.

Услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Антиретровирусная терапия			
Обеспечение правильного питания			
Лечение детей при СПИДе			
Лечение при инфекциях, передающихся половым путем			
Психосоциальная поддержка людей, живущих с ВИЧ, и их семей			
Уход на дому			
Паллиативный уход и лечение при обычных инфекциях, связанных с ВИЧ			
Тестирование на ВИЧ и консультирование для больных ТБ			
Скрининг на ТБ среди ВИЧ-инфицированных			
Профилактическое противотуберкулезное лечение для ВИЧ-инфицированных			

\*Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности

Услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Мероприятие проводится		
	во всех районах*, где они необходимы	в большинстве районов*, где они необходимы	в некоторых районах*, где они необходимы
Контроль инфекции ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ			
Профилактика котримоксазолом среди ВИЧ-инфицированных			
Профилактика после контакта (напр., риск заражения ВИЧ, связанный с характером работы, изнашивание)			
Услуги для лечения в связи с ВИЧ на рабочем месте или системы направления на лечение по месту работы			
Уход и поддержка при ВИЧ на рабочем месте (включая предоставление других условий для работы)			
Другие программы: <i>[вписать]</i>			

В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на реализацию программ лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в 2007 и 2005 годах?											
2007	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2005	Плохо										Хорошо
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Комментарии о прогрессе после 2005 года:</i>											

*\*Районы или эквивалентные географические/децентрализованные уровни в городской и сельской местности*

**2. Какой процент следующих программ или услуг в связи с ВИЧ обеспечивается гражданским обществом?**

<b>Профилактика для молодежи</b>	<25%	25-50%	50-75%	>75%
<b>Профилактика для уязвимых подгрупп населения</b>				
- ПИН	<25%	25-50%	50-75%	>75%
- МСМ	<25%	25-50%	50-75%	>75%
- Работники секс-бизнеса	<25%	25-50%	50-75%	>75%
<b>Консультирование и тестирование</b>	<25%	25-50%	50-75%	>75%
<b>Клинические услуги (ОИ/АРТ)*</b>	<25%	25-50%	50-75%	>75%
<b>Уход на дому</b>	<25%	25-50%	50-75%	>75%
<b>Программы для СУД**</b>	<25%	25-50%	50-75%	>75%

\*ОИ = оппортунистические инфекции

\*\*СУД = сироты и другие уязвимые дети

**3. Существует ли в стране политика или стратегия, направленные на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей (СУД) в связи с ВИЧ и СПИДом?**

<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>н/п</b>
-----------	------------	------------

5.1 **ЕСЛИ “ДА”**, есть ли в стране рабочее определение СУД?

<b>Да</b>	<b>Нет</b>
-----------	------------

5.2 **ЕСЛИ “ДА”**, имеется ли в стране национальный план действий специально для СУД?

<b>Да</b>	<b>Нет</b>
-----------	------------

5.3 **ЕСЛИ “ДА”**, имеется ли в стране оценка численности СУД, охваченных действующими мерами вмешательства?

<b>Да</b>	<b>Нет</b>
-----------	------------

**ЕСЛИ “ДА”**, какой процент СУД охвачен?

% [вписать]

## Приложение 8. Образец контрольного перечня для национального доклада о ходе работы

- Выполнена оценка потребностей в данных для определения отсутствующих данных на основе последнего раунда отчетности ССГАООН.
- Определен процесс написания доклада, включая временные сроки и промежуточные цели, роли НКС, правительственных учреждений, учреждений ООН, гражданского общества и других релевантных партнеров.
- Финансирование обеспечено по всем аспектам процесса представления отчетности.
- Создан процесс сбора, проверки и анализа данных, включая:
  - Идентификацию релевантных инструментов и источников данных для каждого показателя.
  - Временные рамки сбора данных в соответствии с другими действиями по сбору данных, включая действия через посредство финансирующих учреждений, таких как Глобальный фонд, ПЕПФАР и учреждения ООН.
  - Временные рамки для представления отчетности по показателям, рассчитываемым для учреждений, с целью получения совокупного национального показателя.
  - Семинары по проверке и триангуляции данных с целью обеспечения консенсуса относительно правильности каждого показателя.
- Разработаны протоколы для обработки и управления данными, включая:
  - Основные процедуры уточнения и валидации данных.
  - Единую базу данных для анализа и отчетности.
- Релевантные данные анализируются совместно с организациями-партнерами, представляющими правительство, гражданское общество и международное сообщество.
- Написан проект доклада.
- Данные для показателей введены в КРИС (рекомендуется) или в эквивалентные системы управления данными (только если КРИС отсутствует).
- Проводится проверка согласованности данных, включаемых в описательный отчет, и данных, вводимых в КРИС/электронные формы.
- Написан окончательный вариант проекта доклада.
- Достигнут консенсус с заинтересованными участниками, включая правительственные учреждения и гражданское общество, относительно окончательного доклада для представления.
- Доклад и требуемые формы с данными представлены ЮНЭЙДС в Женеве ([ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org)) до **31 января 2008 года**, или до 15 января, если для представления данных не используется система КРИС.
- В стране определен координатор для коммуникации с Секретариатом ЮНЭЙДС в случае появления вопросов, связанных с докладом и/или датой его представления.



## Приложение 9. Избранная библиография

Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington: Family Health International.

Rugg, D., Peersman, G. and M. Carael, editors (2004). *Global Advances in HIV/AIDS Monitoring and Evaluation*. New Directions for Evaluation, No. 103. Hoboken: Jossey-Bass  
UNAIDS (2006). *Scaling Up Towards Universal Access: Considerations for Countries to Set Their Own National Targets for HIV Prevention, Treatment and Care*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS (2006). *Setting National Targets for Moving Towards Universal Access by 2010: Operational Guidance*. Geneva: UNAIDS.

ЮНЭЙДС (2005). *Руководящие принципы по разработке ключевых показателей ССГАООН*. Женева: ЮНЭЙДС.

UNAIDS (2000). *Protocol for the Identification of Discrimination Against People Living with AIDS*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS/MEASURE (2000). *Национальные программы по СПИДу: руководство по мониторингу и оценке*. Женева, ЮНЭЙДС: UNAIDS. <http://www.cpc.unc.edu/measure/guide.html>

UNAIDS/WHO (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Geneva: World Health Organization.

UNAIDS/WHO (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. Geneva: UNAIDS.

UNAIDS/WHO (1999). *Evaluation of a National AIDS Programme: A Methods Package – Prevention of HIV Infection*. Geneva: UNAIDS.

UNICEF (2007). *The State of the World's Children Report*. New York: UNICEF.

UNICEF/UNAIDS (2005). *Guide to Monitoring and Evaluation of the National Response for Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV/AIDS*. New York: UNICEF.

USAID/PEPFAR/UNAIDS/WHO/UNICEF (2006). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- and Middle-income Countries in 2005*. <http://www.constellafutures.com/Publications>

USAID/UNAIDS/WHO/UNICEF/Policy Project (2004). *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low- And Middle-income Countries in 2003*. <http://www.constellafutures.com/Publications>

WHO/UNAIDS (2005). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating Antiretroviral Programmes*. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNAIDS (2005). *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: An Update on 3x5*. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNAIDS (2004). *Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People*. Geneva: World Health Organization.

WHO/UNAIDS (2004). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support*. Geneva: World Health Organization.



Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) объединяет десять учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Всемирная продовольственная программа (ВПП), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (ЮНОДК), Международную организацию труда (МОТ), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк (ВБ).

ЮНЭЙДС, в качестве программы кооперации, объединяет меры, принимаемые десятками организациями-кооператорами в ответ на эпидемию, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять международные меры в ответ на ВИЧ/СПИД по всем направлениям и способствовать их расширению. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнеров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.



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

УВКБ ООН  
ЮНИСЕФ  
ВПП  
ПРООН  
ЮНФПА  
ЮНЮДК  
МОТ  
ЮНЕСКО  
ВОЗ  
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Настоящие руководящие принципы должны использоваться национальными советами по СПИДу (или эквивалентными структурами) в качестве технического руководства для измерения показателей, включенных в пересмотренный перечень ключевых показателей для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой государствами-членами Организации Объединенных Наций в ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года. Настоящие руководящие принципы содержат технические указания в отношении подробного описания ключевых показателей, требуемой информации и основы для их построения, а также в отношении их интерпретации. Эти руководящие принципы призваны также обеспечить максимальную достоверность, внутреннюю согласованность и сопоставимость полученных оценочных данных по показателям между странами и во времени. В частности, эти руководящие принципы должны обеспечить последовательность в используемых типах данных и методах расчета.

UNAIDS  
20 AVENUE APPIA  
CH-1211 GENEVA 27  
SWITZERLAND

Tel.: (+41) 22 791 36 66  
Fax: (+41) 22 791 48 35  
e-mail: [distribution@unaids.org](mailto:distribution@unaids.org)

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

Объединим мир против СПИДа