

09

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 2010 год



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

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



UNAIDS/09.10R / JC1676R
(перевод на русский язык, июнь 2009 г.)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS/09.10E / JC1676E, март 2009 г.:
*Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS : guidelines on construction
of core indicators : 2010 reporting.*

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2009.

Все права охраняются. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Группу управления информационным содержанием (ГУИС) ЮНЭЙДС. За разрешением воспроизводить либо переводить публикации ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого распространения – следует также обращаться в ГУИС по указанному ниже адресу, либо по факсу +41 22 791 48 35, либо по электронной почте: 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 приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. ЮНЭЙДС ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

“ЮНЭЙДС/09.10R / JC1676R”.

Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом :
руководящие принципы разработки ключевых показателей: Отчетность за 2010 год.

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

ISBN 978 92 9 173 767 3

(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 2010 год

*Март 2009 г.
Женева, Швейцария*

Просьба представить свой заполненный страной отчет о достигнутом прогрессе для ССГАООН до 31 марта 2010 года, используя КРИС-3 или специальный сайт ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010).

Если для представления данных по показателям специальный сайт ССГАООН или КРИС-3 не используются, просьба представить отчеты до 15 марта 2010 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Женеве.

Все документы следует представлять в электронном формате. Если вы хотите направить нам печатную версию вашего отчета, ее следует направить почтой по адресу:

Dr Deborah Rugg
Chief, Monitoring and Evaluation Division
UNAIDS
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Содержание

Выражение благодарности	5
Предисловие	7
Список сокращений	8
Введение	9
Цель	9
Предпосылки	9
Текущий отчетный период: 2008-2009 гг.	10
Формат странового отчета о достигнутом прогрессе	11
Показатели: общий обзор	11
Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов	12
Определение целей в отношении обеспечения всеобщего доступа	12
Реализация на национальном уровне	13
Построение показателей	13
Инструменты измерения и источники данных	13
Числители и знаменатели	14
Данные с разбивкой по позициям: существенно важная разбивка по полу и возрасту	14
Новизна и репрезентативность данных обследований	15
Интерпретация и анализ	16
Выбор показателей	16
Роль гражданского общества	17
Рекомендации о направлении отчетности	18
Роль мониторинга показателей для адвокации на основе подтвержденных данных	20
Роль мониторинга показателей для комплексной системы мониторинга и оценки на национальном уровне	20
Ключевые показатели для выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом	22
Показатели, характеризующие приверженность и действия на национальном уровне	25
1. Расходы в связи со СПИДом	26
2. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом	29
Показатели для национальных программ	31
3. Безопасность крови	32
4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	34
5. Профилактика передачи от матери ребенку	36
6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ	39
7. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом	41
8. Тестирование на ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск	42
9. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: программы профилактики	44
10. Поддержка детей, затронутых проблемой ВИЧ и СПИДа	46
11. Просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в школах	48
Показатели, характеризующие знания и поведение	51
12. Дети-сироты: посещаемость школ	52
13. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ	54
14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике передачи ВИЧ	56

15. Половые контакты в возрасте до 15 лет	58
16. Половые контакты с повышенным уровнем риска	59
17. Использование презервативов во время половых контактов с повышенным уровнем риска	60
18. Работники секс-бизнеса: использование презерватива	61
19. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива	63
20. Потребители инъекционных наркотиков: использование презерватива	65
21. Потребители инъекционных наркотиков: безопасная инъекционная практика	67
Показатели, характеризующие воздействие	69
22. Снижение распространенности ВИЧ	70
23. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: снижение распространенности ВИЧ	72
24. Лечение при ВИЧ: выживаемость спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии	74
25. Уменьшение передачи инфекции от матери ребенку	77
Приложения	79
Приложение 1. Формат странового отчета о ходе работы	81
Приложение 2. Консультационный процесс/подготовка странового отчета о ходе работы по мониторингу выполнения <i>Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом</i>	83
Приложение 3. Матрица национального финансирования	84
Приложение 4. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2010 г.	89
Приложение 5. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе	136
Приложение 6. Избранная библиография	137

Выражение благодарности

Разработка настоящих пересмотренных 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 национальные комитеты по СПИДу, 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 и организациям за бесценную помощь в подготовке пересмотренных руководящих принципов для отчетности за 2010 год:

- Грит Пирсман, университет Тулейна, Новый Орлеан
- София Граскин, Гарвардская школа общественного здравоохранения, Бостон
- Лора Фергюсон, Гарвардская школа общественного здоровья, Бостон
- Сэлли Смит, ЮНЭЙДС, Женева
- Рабочая группа по мониторингу и оценке, Украина
- Чика Хаяши, Группа ВОЗ по ВИЧ, Женева
- Кристиан Гуннеберг, «Остановить ТБ», ВОЗ, Женева
- Карен Станеки, ЮНЭЙДС, Женева
- Питер Гис, ЮНЭЙДС, Женева
- Аласдейр Рейд, ЮНЭЙДС, Женева
- Кристиан Аран, ЮНЭЙДС, Женева

Общую проверку и редактирование выполнили следующие сотрудники Департамента по мониторингу и оценке Секретариата ЮНЭЙДС: Эва Киванго, Тейджи Такеи, Игорь Тоскин, Таави Эрккола, Джу Ян, Али Сафарнежад, Люси Браун и Луиза Фрескура.

Общее управление процессом осуществлял Мэтью Уорнер-Смит под руководством Деборы Рагг, руководителя Департамента по мониторингу и оценке Секретариата ЮНЭЙДС в Женеве, и Пола Де Лея, Директора Департамента по научным данным, мониторингу и политике.

Замечания и запросы просьба присылать по электронной почте: ungassindicators@unaids.org

Предисловие

Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года и Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2006 года, принятые Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций, представляют собой основное руководство для осуществления глобальных мер в ответ на СПИД. Нам необходимо приложить все усилия для того, чтобы обеспечить всеобщий доступ к комплексным услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году, а также чтобы остановить и обратить вспять эпидемию к 2015 году.

Настоящий документ содержит руководящие принципы мониторинга прогресса в достижении указанных целей и написания страновых отчетов о прогрессе, которые должны быть представлены Генеральной Ассамблее ООН в 2010 году.

Процесс подготовки страновых отчетов о достигнутом прогрессе должен проходить с участием всех партнеров, вовлеченных в осуществление мер в ответ на СПИД, и обеспечивать возможность для анализа национальных ответных мер, достижений и препятствий на пути реализации целей, касающихся всеобщего доступа.

Мониторинг мер в ответ на эпидемию СПИДа имеет огромное значение, для того чтобы инвестиции, вкладываемые в связи со СПИДом, обеспечивали достижение результатов.

Г-н Мишель Сидибэ
Исполнительный директор
ЮНЭЙДС

Список сокращений

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГРД	Глобальная база данных об ответных мерах
ЕС	Европейский союз
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
КРИС	Информационная система мониторинга ответных мер в странах
НКИП	Национальный комбинированный индекс политики
НКС	национальный комитет по СПИДу
НПС	национальная программа по СПИДу
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ОНРС	оценка национальных расходов в связи со СПИДом
ООН	Организация Объединенных Наций
Н/К	не касается
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССГАООН	специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций
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 достигнутом прогрессе в выполнении *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 мероприятия по мониторингу и оценке. Настоящие показатели предназначены для того, чтобы помочь странам в оценке состояния национальных ответных мер и прогресса в реализации национальных целевых показателей обеспечения всеобщего доступа и в то же время повысить уровень понимания глобальных мер по борьбе с пандемией СПИДа, включая ход выполнения глобальных 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.

Предпосылки

При закрытии исторической ССГАООН по ВИЧ/СПИДу в июне 2001 года 189 государств-членов приняли *Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*. Эта *Декларация* 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 предупреждения новых ВИЧ-инфекций, расширения доступа к услугам здравоохранения и смягчения воздействия эпидемии. Несмотря на то что эта *Декларация* была принята правительствами, данный документ простирается далеко за пределы государственного сектора – он охватывает частные предприятия и профсоюзные объединения, профессиональные организации, неправительственные организации и другие структуры гражданского общества, включая организации людей, живущих с ВИЧ. В 2006 году государства-члены Организации Объединенных Наций подтвердили эти обязательства в *Политической декларации по ВИЧ/СПИДу* с целью обеспечения всеобщего доступа к лечению, профилактике, уходу и поддержке в связи с ВИЧ к 2010 году.

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 достигнутом прогрессе. 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 национальными комитетами по СПИДу, коспонсорами 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 мониторингу и оценке представил четкие определения для каждого показателя и механизмы для постоянного сбора информации.

За отчетный период 2002-2003 годов 103 государства-члена (55%) представили в ЮНЭЙДС страновые отчеты о достигнутом прогрессе, подготовленные на основе ключевых показателей. В большинстве случаев национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные им структуры осуществляли общий надзор за процессом составления странового отчета, при этом более трех четвертых отчетов были составлены с участием трех или более правительственных министерств. Гражданское общество участвовало в подготовке примерно двух третьих отчетов, в то время как люди, живущие с ВИЧ и СПИДом, принимали участие в составлении более половины отчетов.

За отчетный период 2004-2005 годов страновые отчеты о достигнутом прогрессе представили 137 государств-членов (72%), или на 33% больше, чем за предыдущий период. Из них 40 отчетов 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 дохода.

В 2008 году страновые отчеты о прогрессе, достигнутом за отчетный период 2006-2007 годов, представили 153 государства-члена (80%), или на 12% больше, чем за предыдущий период. Из них 45 отчетов представили страны Африки к югу от Сахары, 20 – страны Азии и Тихоокеанского региона, 32 – страны Латинской Америки и Карибского бассейна, 18 – страны Восточной Европы и Центральной Азии, 9 – страны Северной Африки и Ближнего Востока и 29 – страны с высоким уровнем дохода.

Информация, включенная в страновые отчеты, 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 за три предыдущих раунда отчетности. Например, в 2008 году большинство стран заполнило анкету, касающуюся национального комбинированного индекса политики, однако менее половины стран, представивших свои показатели для групп населения, которым грозит самый высокий риск, смогли представить релевантные данные по этим показателям. Кроме того, неадекватная разбивка данных не позволила сделать более широкие и достоверные выводы (*Глобальный доклад о достигнутом прогрессе за 2008 г.*).

Текущий отчетный период: 2008-2009 гг.

В целях минимизации нагрузки в связи с предоставлением отчетов государствами-членами и сохранения данных, характеризующих тенденции, в показатели, которые должны быть представлены для Глобального доклада о достигнутом прогрессе за 2010 год, были внесены лишь небольшие изменения¹. В отношении этих показателей представлены дополнительные инструкции и более четкие разъяснения, исходя из вклада, внесенного различными партнерами, а также включен анализ достижения показателей за отчетный период 2006-2007 годов.

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

Использование дополнительных рекомендуемых показателей для мониторинга прогресса в странах

На глобальном уровне доноры, многосторонние организации и система Организации Объединенных Наций тесно сотрудничают с национальными правительствами для согласования требуемых показателей для мониторинга и снижения нагрузки на страны в связи с представлением отчетности. С этой целью Референс-группа ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке проанализировала показатели, рекомендованные международными партнерами для страновой отчетности, и получила согласие всех партнеров ограничить набор дополнительных показателей 15 стандартными показателями, которые будут дополнять показатели ССГАООН. Эти показатели дополняют настоящие и предыдущие руководящие принципы ССГАООН, и их можно загрузить с веб-сайта ЮНЭЙДС. Эти показатели предназначены для использования на национальном уровне, и их не требуется включать в отчеты для ССГАООН. Однако если данные по этим показателям имеются, страны по своему усмотрению могут включить их в описательную часть своих страновых отчетов о достигнутом прогрессе.

¹ Из данной публикации были удалены четыре глобальных показателя, поскольку эта публикация является руководством для предоставления национальной отчетности. Глобальные показатели не предназначены для включения в национальные отчеты о достигнутом прогрессе, а ссылки на них в настоящих руководящих принципах предоставления национальной отчетности вносили некоторую путаницу в ходе предыдущих раундов отчетности.

Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

С учетом полученных ответов мы представили модель странового отчета о достигнутом прогрессе, 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 странового отчета о выполнении показателей ССГАООН. Следовательно, как текстовую часть странового отчета о достигнутом прогрессе, так и данные для показателей ССГАООН следует учитывать в рамках процесса консультаций и подготовки отчетов, как изложено в разделе «Отчетность» на странице 17 настоящих руководящих принципов.

В Приложение 1 включена полная модель странового отчета о достигнутом прогрессе и подробные инструкции о заполнении различных разделов этого отчета. Настоятельно рекомендуется, чтобы данные для показателей ССГАООН направлялись через веб-сайт для отчетности ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) для обеспечения полноты и качества данных, а также для облегчения обработки и анализа как на страновом, так и на глобальном уровне. Крайний срок подачи отчетов через веб-сайт для отчетности ССГАООН – 31 марта 2010 года. Если отчетность подается не через веб-сайт или систему КРИСЗ, отчеты должны быть представлены до 15 марта 2010 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Глобальную базу данных об ответных мерах (ГРД).

Показатели: общий обзор

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.

Странам следует проанализировать каждый показатель в свете индивидуальной динамики своей эпидемии. Если страны решают не представлять данные по конкретному показателю, им необходимо дать соответствующие пояснения. Это позволит выполнить анализ с дифференцированием между отсутствием данных и неприменимостью конкретных показателей в конкретных национальных ситуациях.

Показатели ССГАООН на национальном уровне подразделяются на три категории.

- 1. Приверженность и действия на национальном уровне.** Эти показатели отражают в первую очередь политику и 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.
- 2. Знания и поведение на национальном уровне.** Эти показатели характеризуют диапазон конкретных знаний и результатов изменения поведения, включая точные знания о передаче ВИЧ, сексуальном поведении и посещаемости школы детьми-сиротами.
- 3. 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 применимо ко всем странам. Например, 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 подэпидемия. 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.

Пять национальных показателей 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 пять показателей касаются охвата антиретровирусным лечением, 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

Приняв *Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом*, страны с высоким уровнем доходов также обязались представлять отчетность о ходе осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ в самой 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 может усложнить 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 мониторингу и оценке ЮНЭЙДС (ungassindicators@unaidso.org), если им требуются дополнительные технические консультации по вопросам отчетности о выполнении своих внутренних программ.

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

В период председательства Ирландии в Совете Европейского союза (первое полугодие 2004 года) государства-члены ЕС и соседние страны Восточной Европы и Центральной Азии подтвердили обязательства, взятые на себя во время специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Признавая противоречия между снижением нагрузки в связи с отчетностью и согласованием процесса отчетности с необходимостью признания отличительных особенностей Европейского региона, предполагается, что мониторинг выполнения *Дублинской декларации* будет в первую очередь основываться на использовании определенного набора показателей ССГАООН. Отчетность в рамках этой *Декларации* координирует Европейский центр по контролю за заболеваниями и профилактике (ЕЦКЗ). Сбор соответствующих данных будет проводиться в 2009 году. Для получения дополнительной информации о мониторинге *Дублинской декларации* обращайтесь к г-ну Теймуру Ноори в ЕЦКЗ по электронному адресу: teymur.noori@ecdc.europa.eu.

Определение целей в отношении обеспечения всеобщего доступа

Инициатива по обеспечению всеобщего доступа дополняет *Декларацию о приверженности* ССГАООН. По мере возможности ЮНЭЙДС поддерживает применение показателей ССГАООН в рамках процесса определения целей по обеспечению всеобщего доступа. Поэтому страновые отчеты о достигнутом прогрессе, 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 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 вопросов ВИЧ, работающие в стране. За помощью также можно обратиться в Департамент по мониторингу и оценке Секретариата ЮНЭЙДС по электронной почте ungassindicators@unaids.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 (ОПС); (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, конфессиональные 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 странах с концентрированными эпидемиями или подэпидемиями в группах населения, которым грозит самый высокий риск, – напр., работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, – необходимы целенаправленные действия для сбора данных по каждой группе риска. Признается тот факт, что мониторинг тенденций в поведении и распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, может оказаться трудным делом и потребует значительных усилий для получения критических данных. Во многих случаях наиболее эффективным методом сбора данных будет сотрудничество с организациями гражданского общества, которые тесно работают с таким населением.

Поскольку некоторые модели поведения в группах населения, которым грозит самый высокий риск, могут быть незаконными или подвергаться сильной стигматизации, такие группы обычно являются маргинализованными и зачастую мобильными группами. Следовательно, определить численность таких групп населения с какой-либо степенью точности зачастую очень сложно. По этой причине разработка показателей ССГАООН для групп населения, которым грозит самый высокий риск, не требует оценки численности таких групп населения. Кроме того, те, кто оказывает услуги для групп населения, которым грозит самый высокий риск, часто стремятся защитить анонимность своих клиентов и не собирают персональные

данные. Таким образом, данные, используемые в рамках программ, часто включают двойной учет клиентов. Это две причины, по которым показатели разрабатываются, используя перекрестные обследования таких групп 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 последовательным для всей информации, касающейся числителей и знаменателей этого показателя. Если данные собраны в различное время для числителей и знаменателей, это отрицательно 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 правильным будет применение субнационального подхода 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. В 2008 году почти 80% стран представили данные для показателей по крайней мере с некоторой долей разбивки. В то время как это представляет собой значительное улучшение по сравнению с предыдущими раундами отчетности, тем не менее ряд стран все еще не способен правильно проследить различия в ключевых показателях с разбивкой по возрасту и полу. По-прежнему жизненно важно, чтобы страны собирали данные для отдельных составляющих, а не в суммарном виде. Без данных с разбивкой по позициям трудно проследить широту и глубину мер, осуществляемых в ответ на эпидемию 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 оценить 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 являются двумя наиболее затронутыми группами в этой пандемии.

Веб-сайт для направления отчетности ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) четко определяет данные с разбивкой по позициям, которые необходимы для представления точных отчетных данных для числителя и знаменателя по каждому показателю (дополнительную информацию по этим показателям см. в предыдущем подразделе «Числители и знаменатели»). В целом, по возможности все данные должны разбиваться по полу и возрасту. В подтверждение трудностей, с которыми приходится сталкиваться при сборе данных с разбивкой по позициям, при необходимости можно вводить частичные данные. Это дает время для наращивания потенциала по обеспечению качества данных и подчеркивает значение регистрации информации с разбивкой по полу и возрасту в точке сбора данных.

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. Странам следует обращаться за технической помощью в систему Организации Объединенных Наций, включая страновые отделения ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также к партнерам ООН, 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 ходе предыдущего раунда, поскольку обычно такие обследования проводятся раз в пять лет. **Тем не менее важно, чтобы эти данные были вновь представлены в рамках нынешнего раунда отчетности, поскольку это подтверждает, что эти данные по-прежнему являются наиболее точными.**

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; причем они должны быть проверены и одобрены 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 страновым отчетом о достигнутом прогрессе, 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 страновых отчетах о достигнутом прогрессе. В настоящем разделе содержится также дополнительная информация относительно ценности конкретного показателя. В данном разделе отмечается, что между странами могут иметь место расхождения по таким разнообразным проблемам, как зависимость между затратами и местными доходами, стандарты качества и различия в схемах лечения.

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

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

Выбор показателей

Страны, как предполагается, «знают свою эпидемию» и анализируют все показатели в свете такого знания с целью определения, 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, половые контакты с повышенным уровнем риска среди женщин и мужчин, пользование презервативами во время половых контактов с повышенным уровнем риска), которые важны для прослеживания распространения ВИЧ среди населения в целом.

Аналогичным образом странам с генерализованной эпидемией следует проанализировать показатели, касающиеся только 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.

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

Роль гражданского общества

Гражданское общество играет ключевую роль в осуществлении мер в ответ на эпидемию СПИДа во всех странах мира. Наличие широкого стратегического и тактического опыта и знаний в организациях гражданского общества превращает их в идеальных партнеров в процессе подготовки страновых отчетов о

достигнутом прогрессе. В частности, организации гражданского общества имеют хорошие возможности для предоставления количественной и качественной информации с целью дополнить данные, собираемые правительством. Они способны предоставить ценные точки зрения по вопросам, включаемым в национальный комбинированный индекс политики, и имеют такие же хорошие возможности для участия в процессе анализа и проверки отчетов о достигнутом прогрессе.

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 отчетов 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 отчетов по ключевым показателям, национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует предоставлять организациям гражданского общества удобный доступ к своим планам по сбору данных и к данным для включения в знаменатели, а также простой механизм подачи и оценки информации для ее включения в страновой отчет о достигнутом прогрессе. В страновые отчеты о достигнутом прогрессе следует включать данные, предоставляемые организациями гражданского общества (в том числе конфессиональными организациями), а также отмечать вклад гражданского общества в осуществление национальных мер в ответ на ВИЧ, в количественном и качественном выражении. В рамках таких усилий организации гражданского общества следует также приглашать к участию в семинарах на национальном уровне для определения того, каким образом они смогут оказать оптимальную поддержку процессу подготовки страновой отчетности. Помимо этого в каждой стране гражданскому обществу необходимо обеспечить достаточные возможности для анализа странового отчета о достигнутом прогрессе и внесения своих замечаний по отчету *до того*, как он будет окончательно утвержден и представлен. Необходимо обеспечить широкое распространение отчета, направляемого в ЮНЭЙДС, для того чтобы гражданское общество 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 отчетов, в том числе – по мере возможности – на национальных языках.

Как и в 2003, 2005 и 2007 годах, в рамках отчетности за 2009 год ЮНЭЙДС будет принимать неофициальные отчеты 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 страновых отчетов о достигнутом прогрессе и неофициальных отчетов.

Необходимо отметить, что неофициальные отчеты не имеют целью обеспечить параллельный процесс представления отчетности для гражданского общества. По мере возможности ЮНЭЙДС поддерживает включение организаций гражданского общества в национальные процессы отчетности, как описано выше. Неофициальные отчеты призваны представить альтернативную точку зрения там, где есть большая убежденность в том, что гражданское общество *не* включено должным образом в национальный процесс представления отчетности, где правительства не направляют страновой отчет о достигнутом прогрессе или где данные, предоставляемые правительством, значительно отличаются от данных, собираемых гражданским обществом, отслеживающим прогресс, достигнутый правительством в оказании услуг. Принимая неофициальные отчеты, ЮНЭЙДС подтверждает «контролирующую» функцию, которую могут играть организации гражданского общества в своих странах.

Рекомендации о направлении отчетности

Национальные правительства отвечают за представление показателей на национальном уровне через национальные комитеты по СПИДу или эквивалентные им органы при поддержке со стороны гражданского общества и партнеров по процессу развития. Процедуры, изложенные в настоящем пособии, следует

использовать для сбора и расчета необходимых данных для каждого показателя. Для составления отчета, передаваемого в ЮНЭЙДС, следует использовать предлагаемый формат отчета (Приложение 1).

Отчеты о достигнутом прогрессе следует направить в Департамент по мониторингу и оценке ЮНЭЙДС до 31 марта 2010 года. Страновые отчеты о достигнутом прогрессе должны включать описательный раздел (в формате Microsoft Word или PDF) и файлы, содержание 25 показателей ССГАООН.

Описательный отчет в формате Word или PDF следует загрузить непосредственно на веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010), что обеспечит быструю публикацию отчетов на веб-сайте ЮНЭЙДС.

По мере возможности данные следует вводить непосредственно через веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010). Это будет значительно способствовать процессу обработки данных и сведет до минимума ошибки, связанные с вводом данных в Женеве. Дополнительные инструкции о порядке использования этой системы отчетности будут представлены в свое время.

Если страны планируют использовать версию 3 Информационной системы мониторинга ответных мер в странах (КРИС3), данные можно экспортировать из КРИС3 в формат excel. Отчет в формате excel следует загрузить на веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010). Просьба обратить внимание на то, что КРИС3 не является компьютерной программой ввода данных отчетности для ССГАООН, которая была распространена для раунда отчетности за 2008 год. Программу ввода данных отчетности за 2008 год нельзя использовать для предоставления отчетности за 2010 год.

Необязательно использовать одновременно КРИС3 и систему прямого ввода данных в режиме онлайн через веб-сайт ССГАООН.

Просьба обратить внимание на то, что странам, которые не направляют свои данные через веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) или КРИС3, следует направить свои отчеты до 15 марта 2010 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Глобальную базу данных об ответных мерах в ЮНЭЙДС в Женеве.

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

Печатные экземпляры отчетов можно выслать по адресу:

Dr Deborah Rugg
Chief, Monitoring and Evaluation Division
UNAIDS
20 Avenue Appia
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

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

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 странового отчета о достигнутом прогрессе. Все организации частного сектора должны иметь аналогичные возможности для участия в процессе представления отчетности. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует национальным правительствам организовать семинар или форум для широкого представления и обсуждения данных, включаемых в страновой отчет о достигнутом прогрессе, до его передачи в ЮНЭЙДС. По

мере возможности окончательный вариант отчета должен отражать итоги обсуждения в ходе этого мероприятия. В большинстве стран имеются объединенные группы ООН по СПИДу, готовые содействовать такому процессу обсуждения. После представления все страновые отчеты о достигнутом прогрессе будут помещены на веб-сайте ЮНЭЙДС. Предоставление страновых отчетов о достигнутом прогрессе через веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) гарантирует автоматическое размещение описательных отчетов на веб-сайте в течение 48 часов после их подачи. По этой причине важно, чтобы отчет был всесторонним образом проанализирован в стране и одобрен официально, прежде чем он будет передан в ЮНЭЙДС. Данные должны быть подтверждены и сопоставлены с описательным отчетом, а качество всех данных проверено до передачи отчета. Помимо страновых отчетов о достигнутом прогрессе, размещаемых на веб-сайте ЮНЭЙДС, данные для показателей, включенные в отчеты, также будут доступны после завершения процесса уточнения, подтверждения и согласования данных.

Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия

Для того чтобы страновой отчет о достигнутом прогрессе способствовал осуществлению глобальных мер в ответ на эпидемию, важнейшее значение имеет представление полной отчетности по ключевым показателям. Странам настоятельно рекомендуется разрабатывать графики и намечать ключевые вехи для выполнения необходимых задач. Ниже представлены действия, необходимые для выполнения полного цикла отчетности. Под руководством национальных комитетов по СПИДу или эквивалентных им структур странам необходимо выполнить следующие задачи:

- 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 отчета, 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.
- Подготовить проект описательного странового отчета о достигнутом прогрессе.
- Предоставить заинтересованным участникам, включая правительственные учреждения и гражданское общество, возможность высказать замечания по проекту отчета.
- Сверить данные с описательной частью отчета и ввести данные на веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010).
- Представить (i) описательную часть отчета и (ii) данные для показателей в ЮНЭЙДС в Женеве до **31 марта 2010 года**, или до **15 марта 2010 года** для стран, которые не подают данные через веб-сайт отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) или систему КРИСЗ.

Важно, чтобы представляемые данные были подтверждены и согласованы всеми партнерами в стране. В предыдущие годы отмечались случаи, когда в рамках различных международных процессов отчетности для одного и того же показателя представляли различные значения. После этого требовались значительные усилия на национальном и глобальном уровне для идентификации и корректировки противоречивых данных.

В Приложение 5 включен суммарный контрольный перечень, который можно использовать при подготовке и представлении странового отчета о достигнутом прогрессе.

Роль мониторинга показателей для адвокации на основе подтвержденных данных

Представление отчетных данных по ключевым показателям позволяет проследить прогресс, достигнутый страной при выполнении *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 создающих 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?
- Что усиливает препятствия на пути получения доступа к таким услугам (напр., политика, законодательство, ресурсы, обычаи, организации, отдельные лица)?
- Каково качество оказываемых услуг?
- Предоставляются ли услуги справедливо и эффективно?
- Кто способен изменить ситуацию (напр., выборные руководители, чиновники, религиозные лидеры, лидеры 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 проведении адвокации для решения вопроса об усилении потенциала самих систем для мониторинга и оценки.

Роль мониторинга показателей для комплексной системы мониторинга и оценки на национальном уровне

В конечном итоге роль национальной системы МиО заключается в том, чтобы дать ответ на три вопроса, касающихся осуществления ответных мер на национальном уровне:

- Делаем ли мы то, что нужно?
- Делаем ли мы это правильно?
- Делаем ли мы это в масштабе, достаточном для обеспечения перемен?

Систематическое отслеживание стандартных показателей является одним из основных элементов национальной системы мониторинга, поскольку это позволяет проводить сравнения во времени и между различными географическими районами. Тем не менее показатели дают лишь небольшую часть информации о потенциально очень сложных вопросах. Сами по себе показатели могут использоваться только как несущественные основные показатели осуществления ответных мер и никогда не дают всей информации, необходимой для всестороннего анализа каждого из указанных трех вопросов. Для эффективного управления программами требуются дополнительные источники информации с использованием различных методик. Для обеспечения эффективности мер в ответ на эпидемию ВИЧ необходима подлинно функциональная национальная система МиО, обеспечивающая получение совокупных данных по показателям из ведомственных систем информации и интерпретацию таких данных в свете дополнительной информации, получаемой при проведении оценки, оперативных и других специальных исследований.

Дополнительную информацию о критических элементах подлинно функциональной национальной системы мониторинга и оценки мер в ответ на ВИЧ можно найти в документе «Организационные рамки для функциональной национальной системы мониторинга и оценки мер в ответ на ВИЧ» (*Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*) (ЮНЭЙДС, 2008).

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

СПИД признается одной из критически важных проблем в области развития, которая влияет на жизни миллионов людей. По этой причине борьба со СПИДом является одной из целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия. Декларация *о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом* 2001 года и *Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу* 2006 года отражают политическую поддержку на самом высоком уровне осуществлению совместных усилий, направленных на то чтобы обратить вспять развитие пандемии СПИДа.

Мониторинг и отчетность об осуществлении усилий для расширения всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ позволяет государствам-членам выполнить свои обязательства, указанные в *Декларации о приверженности*. Более важным является то, что именно такие усилия позволяют определить, можем ли мы решить трудные проблемы, которые таит в себе эта пандемия, и совместными действиями обеспечить достижение этой далеко идущей цели.

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

Показатели	Частота сбора данных	Метод сбора данных
------------	----------------------	--------------------

Приверженность и действия на национальном уровне

Расходы

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
---	---	--

Разработка и реализация политики

2. Национальный комбинированный индекс политики (включает следующие сферы: профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, участие гражданского общества, гендер, программы на рабочем месте, стигма и дискриминация, мониторинг и оценка)	Раз в 2 года	Кабинетный анализ и интервью с ключевыми информантами
---	--------------	---

Национальные программы (безопасность крови, охват антиретровирусной терапией, профилактика передачи от матери ребенку, ведение больных с 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/специальные обследования
4. Процент взрослых и детей с поздней 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 2 года	Обследования поведения
9. Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск, охваченных программами профилактики ВИЧ	Раз в 2 года	Обследования поведения
10. Процент сирот и уязвимых детей в возрасте, 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 2 года	Обследования в школах

Показатели**Частота сбора данных****Метод сбора данных****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 2 года	Обследования поведения
15. Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет	Каждые 4–5 лет	Обследования среди населения
16. Процент взрослых 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 взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*	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 2 года	Обследования поведения
19. Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной	Раз в 2 года	Обследования поведения
20. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта	Раз в 2 года	Специальные обследования
21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков	Раз в 2 года	Специальные обследования

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 2 года	Программный мониторинг
25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	Ежегодно	Протоколы лечения и анализ эффективности

* 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; и
 - мониторинг и оценка.

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

- права человека;
- участие гражданского общества;
- профилактика; и
- лечение, уход и поддержка.

1. Расходы в связи со СПИДом

По мере расширения национальных и международных мер в ответ на СПИД все более важным становится правильное и детальное отслеживание: i) каким образом средства расходуются на национальном уровне и ii) откуда поступают средства. Эти данные используются для измерения 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.

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

ЦЕЛЬ	Сбор точных и согласованных данных о расходовании средств на национальном уровне и источниках поступления средств
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Данные за 2007, 2008 и 2009 календарный или финансовый год (по мере получения)
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Основной инструмент/метод: Национальные оценки расходования средств в связи со СПИДом (НОСС):</p> <p>Альтернативные инструменты/методы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Национальные счета здравоохранения – субсчета по СПИДу. 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. 2. Анализ ресурсных потоков. 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 ресурсных потоков. Кроме того, некоторые мероприятия, связанные с населением, следует исключить из общей суммы расходов в связи со СПИДом. <p>Результаты, полученные с помощью любого из этих инструментов измерения, необходимо использовать для заполнения национальной матрицы финансирования, которая должна представляться в рамках странового отчета о достигнутом прогрессе (см. Приложение 3).</p>

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 дети²
4. Усиление администрирования и управления программами
5. Стимулы для кадровых ресурсов
6. Социальная защита и социальные услуги (исключая сирот и уязвимых детей)
7. Создание благоприятных условий и развитие сообщества
8. Исследования (исключая оперативные исследования в рамках управления программами).

(В каждой категории расходов в связи со СПИДом имеется несколько подкатегорий; см. Приложение 3)

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 3)

Национальную матрицу финансирования можно найти на веб-сайте отчетности ССГАООН за 2010 год: www.unaids.org/UNGASS2010.

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 соответствующего лечения потребуется специальная смета расходов для отслеживания конкретных ресурсов, выделяемых на диагностику и лечение в связи со СПИДом. Точно так же для мероприятий по профилактике в школах можно использовать результаты подробной оценки для расчета фактических затрат на мероприятия в связи со СПИДом. Учитывая природу расширенных мер в ответ на СПИД, расходы в связи со СПИДом могут иметь место вне системы здравоохранения.

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

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ОТЧЕТНОСТИ

Показатель, характеризующий национальные и международные расходы в связи со СПИДом, представляется путем заполнения национальной матрицы финансирования. В Приложении 3 содержатся дополнительные инструкции о порядке представления информации для данного показателя через заполнение национальной матрицы финансирования. Титульный лист и информация, указанная в Приложении 6, должны представляться вместе со страновым отчетом о достигнутом прогрессе.

² 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.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

- UNAIDS (2009). National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions. Настоящую публикацию можно найти на сайте: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Tracking/Nasa.asp>
- ЮНФПА/ ЮНЭЙДС/Институт междисциплинарных демографических исследований Нидерландов. 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
- World Bank/WHO/USAID (2003). Guide to Producing National Health Accounts. Настоящую публикацию и другие инструменты для национальных счетов здравоохранения и субсчетов по СПИДу можно найти на сайте: <http://www.who.int/nha>
- Health Systems 20/20/USAID (2004). Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS. Настоящую публикацию можно найти на сайте: www.healthsystems.org

2. Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

Национальный комбинированный индекс политики (НКИП)

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в разработке и применении политики и стратегий в связи с ВИЧ и СПИДом на национальном уровне
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года. В идеальном случае национальный комбинированный индекс политики лучше всего составлять в последние 6 месяцев отчетного периода (т.е. с июня по декабрь 2009 года для раунда отчетности 2010 года). Поскольку консультации должны быть проведены с различными заинтересованными сторонами, важно предоставить адекватное время на сбор и консолидацию данных.
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Анкета для определения национального комбинированного индекса политики (см. Приложение 4)
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Анкета для определения национального комбинированного индекса политики делится на две части, которые включают следующие области.</p> <p>Часть А – для государственных должностных лиц</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Стратегический план II. Политическая поддержка III. Профилактика IV. Лечение, уход и поддержка V. Мониторинг и оценка <p>Часть В – для представителей организаций гражданского общества, двусторонних учреждений и организаций ООН</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Права человека II. Участие гражданского общества III. Профилактика IV. Лечение, уход и поддержка <p>Некоторые вопросы включены в обе части - А и В для получения точек зрения правительственных и неправительственных респондентов, независимо от того, совпадают эти точки зрения или не совпадают.</p>

Для заполнения каждого раздела необходимо (а) выполнить кабинетный анализ соответствующих документов и (б) опросить ключевых респондентов, которые лучше всего знают данную тематику. Важно представить полный национальный комбинированный индекс политики: для этого необходимо проверить релевантные стандартные ответы и указать дополнительную информацию в открытых текстовых окнах, если требуется. Это позволит лучше понять нынешнюю ситуацию в стране, дать примеры хорошей практики для других и особо отметить некоторые вопросы, где требуется улучшение положения. Ответы для составления национального комбинированного индекса политики отражают в целом политику, стратегию, а также правовые и программные возможности для осуществления мер в ответ на ВИЧ. Открытые текстовые окна позволяют включить комментарии по проблемам, которые считаются важными, но недостаточно охваченными в поставленных вопросах, напр., важные вариации на субнациональном уровне; уровень реализации стратегий, политики, законов и нормативных положений; пояснительные замечания; комментарии относительно источников данных и т.д. В целом считается, что *предварительные* стратегии, политика или законы *не* «существуют» (т.е. нельзя ожидать, что они уже могут влиять на процесс реализации программ), следовательно, вопросы о существовании такого документа должны иметь ответ «нет». В то же время было бы полезно указать, что такие документы указаны в предварительном виде в соответствующих открытых текстовых окнах.

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

Если этого еще не сделано, полезно расположить все основные документы (т.е. политику, стратегии, законы, руководящие принципы, отчеты и т.д.), касающиеся мер в ответ на ВИЧ в одном и том же месте, которое обеспечит удобный доступ для всех заинтересованных сторон (например, на веб-сайте). Это не только упростит процесс подтверждения ответов для составления национального комбинированного индекса политики, но – что еще важнее – повысит уровень понимания таких важных документов для дальнейшего осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ и будет способствовать использованию этих документов.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

- Национальный комбинированный индекс политики представляет собой наиболее широкую стандартную анкету для оценки осуществления мер в ответ на ВИЧ с точки зрения политики, стратегии, а также правовых и программных условий. Несмотря на то что на национальный комбинированный индекс политики в целом ссылаются как на «показатель» или «индекс», он не используется в этом смысле. В то время как мы можем подсчитать общий балл путем присвоения некоего значения каждому ответу, значение этого индекса заключается в процессе сбора данных и согласования данных между различными заинтересованными сторонами, детальном анализе ответов и использовании этого индекса для усиления национальных мер в ответ на ВИЧ. Процесс составления национального комбинированного индекса политики дает различным заинтересованным сторонам уникальную возможность для учета достигнутого прогресса и обсуждения дальнейших действий, необходимых для поддержки эффективных мер в ответ на ВИЧ. Если процесс составления национального комбинированного индекса политики осуществляется в условиях подлинного сотрудничества с участием соответствующих представителей, отражающих различные точки зрения, этот процесс может сыграть важную роль в усилении сотрудничества в стране и повышении уровня совместной ответственности за осуществление мер в ответ на ВИЧ.
- Важно проанализировать данные для каждого раздела национального комбинированного индекса политики и включить описание в страновой отчет с указанием достигнутого прогресса (а) в области разработки политики, стратегий и нормативных положений и (б) в области реализации политики, стратегий и нормативных положений для осуществления мер в ответ на ВИЧ. Также необходимо включить комментарии по поводу согласования и противоречия между вопросами, совпадающими в частях А и В, а также анализ тенденций в изменении основных данных для национального комбинированного индекса политики после 2003 года, если таковые имеются³.

³ Сравните НКИП в документе «Руководящие принципы по разработке ключевых показателей», ЮНЭЙДС 2002, 2005 и 2007 гг., и выберите вопросы, для которых можно просчитать тенденции.

ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Программные области: безопасность крови, охват антиретровирусным лечением, профилактика передачи от матери ребенку, одновременное 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 женщин и мужчин с поздней 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, получивших 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, 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

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

3. Безопасность крови

Программы безопасности крови направлены на то, чтобы все единицы крови были проверены на инфекции, передающиеся при переливании, 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, 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, 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. 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. Следующие методики представляют собой два ключевых компонента обеспечения качества.

1. Использование документированных и стандартизированных процедур (стандартных рабочих процедур) для скрининга всех единиц крови
2. Участие лабораторий в системе 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в скрининге донорской крови с обеспечением качества
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Ежегодно
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	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
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<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"> 1. Общее число единиц донорской крови, полученной в стране. 2. Для каждого центра переливания крови и лаборатории скрининга крови, которые проводят проверку донорской крови на ВИЧ: <ol style="list-style-type: none"> i. Число единиц донорской крови, полученных в каждом центре переливания крови/лаборатории скрининга крови; ii. Число единиц донорской крови, проверенных в центре переливания крови/лаборатории скрининга крови.

- iii. Выполняет ли центр переливания крови/лаборатория скрининга крови документированные стандартные рабочие процедуры для скрининга на ВИЧ;
- iv. Участвует ли центр переливания крови/лаборатория скрининга крови в системе внешней оценки качества для скрининга на ВИЧ.

Показатель можно рассчитать на основе указанной информации.

Числитель:

Число единиц донорской крови, проверенных на ВИЧ с обеспечением качества. В целях сбора данных проверка с обеспечением качества определяется как проверка (скрининг) в центрах переливания крови/лабораториях скрининга крови, которые: (i) выполняют документированные стандартные рабочие процедуры и (ii) участвуют в системе внешнего обеспечения качества (ВОК).

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.

Ниже приведены примеры данных, необходимых для расчета этого показателя:

Название центра переливания крови или лаборатории для скрининга крови	Обеспечение качества при скрининге на ВИЧ		Единицы крови		
	Стандартные рабочие процедуры	Система 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 для 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 системе 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
- www.who.int/diagnostics_laboratory
- www.who.int/worldblooddonorday

4. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в предоставлении комбинированной антиретровирусной терапии всем людям, имеющим позднюю стадию ВИЧ-инфекции
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	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.
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Для числителя: регистры учреждений для назначения антиретровирусной терапии или системы управления поставками препаратов. Для знаменателя: модели для оценки распространенности ВИЧ, такие как «Спектр».
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Программный мониторинг и эпиднадзор за ВИЧ
Числитель:	Число взрослых и детей, имеющих позднюю 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.
Знаменатель:	Оценочное число взрослых и детей, имеющих позднюю стадию ВИЧ-инфекции. Этот показатель следует разбивать по полу и возрасту (< 15, 15+)⁴, и давать процентные значения за 2008 и 2009 годы, чтобы отследить годовые тенденции в изменении охвата.
Пояснения к числителю:	Числитель можно получить путем подсчета числа взрослых и детей, получивших антиретровирусную терапию на конец отчетного периода. Числитель должен равняться числу взрослых и детей с поздней стадией ВИЧ-инфекции, которые когда-либо начинали антиретровирусное лечение, минус число лиц, которые не получают в данный момент лечения – до завершения отчетного периода. Пациенты, не получающие на данный момент лечения – на конец отчетного периода, или иными словами лица, исключенные из числителя, это пациенты, которые умерли, прекратили лечение или за кем был утрачен контроль. Некоторые пациенты получают антиретровирусные препараты на несколько месяцев лечения во время одного посещения, то есть сюда могут включаться антиретровирусные препараты, полученные на последние месяцы отчетного периода, но они не фиксируются как посещения в последние месяцы в журнале учета пациентов. Необходимо обеспечить учет таких пациентов, поскольку их следует включать в числитель.

⁴ Там, где это возможно, показатель для детей должен разбиваться по возрастным группам <1, 1-4, 5-14 лет.

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 позднюю 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.

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

Пояснения к знаменателю: Для получения знаменателя необходимо определить число людей с поздней стадией ВИЧ-инфекции, нуждающихся в антиретровирусной терапии или имеющих право на ее получение. При этом необходимо учитывать различные факторы, включая среди прочего текущее число пациентов, получающих антиретровирусную терапию, и естественное развитие ВИЧ от момента заражения до момента включения в программу антиретровирусной терапии.

Оценки в знаменателе чаще всего основываются на последних имеющихся данных в системе дозорного эпиднадзора, которые используются с программой моделирования ВИЧ, например, «Спектр». Другую информацию об оценках потребностей в связи с ВИЧ и использовании программы «Спектр» можно получить в Референс-группе ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам.⁵

Потребность в антиретровирусной терапии или соответствие критериям ее получения должны определяться на основании определений ВОЗ для диагностики поздней стадии ВИЧ (включая СПИД) среди взрослых и детей.⁶

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

⁵ http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

⁶ <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging.pdf>

5. Профилактика передачи от матери ребенку

В 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 взаимодополняющих подходов, как назначение антиретровирусной профилактики матери с назначением или без ее назначения такой профилактики младенцу, применение безопасной практики родоразрешения и использование безопасных альтернатив грудному вскармливанию.

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Данные следует собирать постоянно на уровне учреждений и периодически обобщать.
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Для числителя: инструменты программного мониторинга, такие как регистры пациентов и обобщенные формы отчетности. Для знаменателя: данные эпиднадзора в дородовых клиниках в сочетании с демографическими данными или оценочные модели, такие как «Спектр».
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Программный мониторинг и эпиднадзор за ВИЧ.
Числитель:	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших антиретровирусные препараты в целях снижения риска передачи от матери ребенку за последние 12 месяцев.
Знаменатель:	Оценочное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев. Данные для этого показателя необходимо представить за 2008 и 2009 годы, чтобы можно было отследить ежегодные тренды в изменении охвата. По мере возможности знаменатель для данного показателя следует разбить по схемам антиретровирусного лечения.
Пояснения к числителю:	Имеется четыре общих категории антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированных женщин с целью профилактики передачи от матери ребенку.

Категории	Уточнения	Примеры
1) Разовая доза, только невирапин	Одна доза невирапина для матери во время родов или в перинатальный период	Разовая доза (РД) NVP
2) Профилактические схемы с использованием комбинации из двух антиретровирусных препаратов	Профилактическая схема с назначением нескольких антиретровирусных препаратов матери для профилактики передачи ВИЧ; начинается перед родами и продолжается во время родоразрешения	- AZT + РД NVP - AZT + РД NVP + 7 дней после родов AZT/3ТС - AZT + 3ТС - AZT + 3ТС + РД NVP

Категории	Уточнения	Примеры
3) Профилактические схемы с использованием комбинации из трех антиретровирусных препаратов	Высокоактивная схема для профилактики передачи от матери ребенку для полного подавления репликации вируса до и во время родоразрешения, а также после родов (срок назначения различный)	- AZT + 3ТС + ННИОТ или - AZT + 3ТС + ИП или - AZT + 3ТС + НИОТ
4) Антиретровирусное лечение для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, соответствующих критериям для назначения лечения	Антиретровирусное лечение для ВИЧ-инфицированных беременных женщин, соответствующих критериям для назначения лечения	Стандартная национальная схема лечения - AZT + 3ТС + ННИОТ или - AZT + 3ТС + ИП или - AZT + 3ТС + НИОТ

ВИЧ-инфицированные женщины, получающие любую схему антиретровирусного лечения, в том числе для профилактики, отвечают определению для числителя. Страны должны включать в числитель общее число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих любую схему антиретровирусного лечения. Их следует разбить по схемам лечения. Для разбивки следует использовать четыре указанные выше категории (если используются другие схемы, необходимо представить информацию о таких схемах лечения).

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

Антиретровирусные препараты могут назначаться ВИЧ-инфицированным женщинам 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 предоставляются уход и услуги в связи с ВИЧ после родов.

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

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 прогнозирования⁷, такой как программа «Спектр»⁸, или
2. Умножение:
 - (а) общего числа женщин, родивших в последние 12 месяцев, которое можно получить в центральном статистическом бюро по данным регистрации рождения, или оценки, получаемые из Отдела народонаселения ООН, на
 - (б) самые последние национальные оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин, которые можно получить на основе оценок дозорного эпиднадзора за ВИЧ в дородовых клиниках.

**Пояснения к
знаменателю:**

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Странам рекомендуется отслеживать и указывать фактическое или оценочное процентное распределение различных схем лечения, с тем чтобы отслеживать тенденции в назначении схем лечения и 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; страны могут находиться на различных стадиях внедрения новых рекомендаций. Некоторые страны могут еще не иметь системы для сбора и представления отчетности об охвате антиретровирусными препаратами для профилактики передачи от матери ребенку с разбивкой по различным имеющимся схемам лечения, однако 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, с учетом используемых схем лечения.

Помимо антиретровирусных препаратов, назначаемых матери, схемы антиретровирусного лечения 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.

В некоторых странах большое число беременных женщин не имеют доступа к дородовым клиникам или же предпочитают не пользоваться их услугами. Беременные женщины, живущие с ВИЧ, 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>

⁷ Методика, описанная Референс-группой ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам: http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

⁸ <http://www.unaids.org/ru/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/episofware.asp>

6. Ведение больных с туберкулезом и ВИЧ

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

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

ЦЕЛЬ	Оценить прогресс в идентификации и лечении ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	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.
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Регистры антиретровирусного лечения и отчеты об антиретровирусном лечении в учреждениях; инструменты программного мониторинга.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Программные данные и оценки заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
Числитель:	Число взрослых с поздней стадией ВИЧ-инфекции, которые получали комбинированное антиретровирусное лечение в соответствии с национальным протоколом лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и начали лечение в связи с ТБ (в соответствии с национальными программными принципами лечения в связи с ТБ) в течение отчетного года.
Знаменатель:	Оценочное число случаев заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ. Годовое оценочное число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ в странах с высокой нагрузкой ТБ, подсчитывается ВОЗ; эти данные можно найти на сайте: http://www.who.int/tb/country/en Данные для этого показателя следует разбивать по полу, а также по возрастным группам: взрослые (старше 15 лет) и дети (моложе 15 лет).

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

Этот показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами по ТБ и ВИЧ обеспечивает доступ людям, живущим с ВИЧ и 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 предоставляет уход в связи с ВИЧ и антиретровирусное лечение, фиксировали результаты диагностики и лечения в связи с ТБ, поскольку эта информация может иметь важные последствия для назначения антиретровирусного лечения и выбора схемы лечения. По этой причине рекомендуется фиксировать дату начала лечения в связи с ТБ в 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 следующем источнике и на веб-сайте:

- WHO (2009). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> Я не хочу знать результаты, но проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев? Если «да»: Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?
Числитель:	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста.
Знаменатель:	<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/start.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 также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения, которым грозит самый высокий риск. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди групп населения, которым грозит самый высокий риск.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Эпиднадзор за поведением или другие специальные обследования.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев? <p>Если «да»:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?
Числитель:	Число респондентов, которым грозит самый высокий риск и которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
Знаменатель:	<p>Число лиц, которым грозит самый высокий риск, включенных в выборку.</p> <p>Данные для этого показателя следует разбить по полу и возрасту (<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 отчет 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 отчета для облегчения интерпретации и анализа во времени.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в реализации основных элементов программ профилактики ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск ⁹ .
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Эпиднадзор за поведением или другие специальные обследования
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тесты на ВИЧ? 2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев (напр., через услуги по методу «аутрич», центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)? <p>Потребителям инъекционных наркотиков следует задать дополнительный вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. В последние 12 месяцев выдавали ли вам стерильные иглы и шприцы (напр., через работника программы «аутрич», лицо, занимающееся просвещением среди лиц одного круга, или через программу обмена игл)?
Числитель:	Число респондентов, представляющих группы населения, которым грозит самый высокий риск, и ответивших «да» на оба вопроса (все три вопроса для потребителей инъекционных наркотиков).
Знаменатель:	<p>Общее число опрошенных респондентов.</p> <p>Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значения по каждому отдельному вопросу – используя тот же знаменатель.</p>

⁹ Этот показатель охватывает только два основных элемента программ профилактики для групп населения, которым грозит самый высокий риск. Общепринято, что этот показатель не показывает частоту получения доступа к услугам среди этих групп населения или качество таких услуг. Эти ограничения указывают на то, что этот показатель может завышать уровень охвата услугами по профилактике ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. В то время как постоянный мониторинг этого показателя рекомендуется для определения тенденций в изменении охвата минимальными услугами, необходимы дополнительные меры для точного определения того, предоставляются ли адекватные услуги по профилактике ВИЧ указанным группам населения.

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 отчет 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), лечение при инфекциях, передающихся половым путем, опиоидная заместительная терапия для потребителей инъекционных наркотиков и др. Другую информацию об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, можно найти в документе «*Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа*».

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

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 процесс был инициирован в 2008 году, и ожидается, что он будет использоваться при пересмотре системы отчетности для ССГАООН, намеченном для отчетности за 2010 год. 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.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

10. Поддержка детей, затронутых проблемой 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в оказании поддержки домохозяйствам, обеспечивающим уход за сиротами и уязвимыми детьми в возрасте 0–17 лет.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с высоким показателем распространенности ВИЧ
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<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"> 1. Получало ли данное домохозяйство медицинскую помощь, включая медицинский уход и/или предметы, необходимые для оказания медицинского ухода, за последние 12 месяцев? 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.) 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 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? <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>
Числитель:	Число сирот и уязвимых детей, 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, в соответствии с определениями ЮНИСЕФ (см. ссылку ниже), сирота определяется как ребенок моложе 18 лет, потерявший одного или 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

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 экологические факторы, повышающие и снижающие риск передачи ВИЧ. При эффективном 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в реализации программ просвещения по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков во всех школах
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований в школах или анализ учебной программы
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	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?
Числитель:	Число школ, проводивших просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года
Знаменатель:	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 взаимодополняющие 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/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 пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
21. Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового контакта

* 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

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

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

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

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

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в обеспечении широких знаний основных фактов о передаче ВИЧ
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Предпочтительно: Раз в два года; Минимум: Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования)
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Данный показатель рассчитывается на основе ответов на следующий ряд вопросов с подсказками.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы? 3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? 4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?
Числитель:	Число респондентов в возрасте 15–24 лет, которые дали правильные ответы на все пять вопросов.
Знаменатель:	<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 слышали и ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Ответ «не знаю» следует показывать 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.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ можно найти на следующем веб-сайте:

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

14. Группы населения, которым грозит самый высокий риск: знания о профилактике передачи 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, и 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в повышении уровня знаний об основных фактах, касающихся передачи ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение специальных обследований поведения среди населения, таких как обследования поведения среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, проводимые «Фэмели хелс интернэшнл».
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие пять вопросов.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером? 2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если использовать презервативы? 3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ? 4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара? 5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?
Числитель:	Число респондентов из групп населения, которым грозит самый высокий риск, которые дали правильные ответы на все пять вопросов.
Знаменатель:	<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 (<25; 25+).</p> <p>Первые три вопроса изменять не следует. В вопросах 4 и 5 можно сделать замену на неверные представления, которые наиболее распространены в стране.</p>

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 представлением, 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, представление 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.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

15. Половые контакты 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в увеличении возраста начала половой жизни среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половой акт и, если да, им задают вопрос: В каком возрасте у вас был первый половой контакт?
Числитель:	Число респондентов (в возрасте 15–24 лет), которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет.
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет. 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 данных о возрасте начала половой жизни (по сравнению с медианным возрастом) заключается в том, что расчет является простым и позволяет проводить сравнения во времени. Знаменатель определяется легко, поскольку в него включаются все члены обследуемой выборки.

Сложность заключается в том, чтобы проследить изменения данного показателя за короткий период времени, поскольку на значение знаменателя могут влиять только члены данной группы, т.е. те, кому было меньше 15 лет в начале периода, 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 поощряют более позднее начало половой жизни или девственность, ответы молодых людей на данный вопрос могут быть неточными, включая намеренное неправильное указание возраста начала половой жизни.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ можно найти на следующем веб-сайте:

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

16. Половые контакты 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 (параллельно или последовательно), 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в снижении процентного показателя людей, которые имеют половые контакты с повышенным уровнем риска.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половые контакты, и, если да, им задают вопрос: Сколько половых партнеров было у вас за последние 12 месяцев?
Числитель:	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет. 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 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, понадобятся дополнительные показатели.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ можно найти на следующем веб-сайте:

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

17. Использование презервативов во время половых контактов 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Каждые 4–5 лет
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода или другие репрезентативные обследования).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половые контакты, и, если да, им задают вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> Сколько половых партнеров было у вас за последние 12 месяцев? <p>Если более одного, респондентам задают вопрос:</p> <ol style="list-style-type: none"> Использовали ли вы или ваш партнер презерватив при последнем половом контакте?
Числитель:	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.
Знаменатель:	<p>Число респондентов (15–49 лет), которые указали на наличие у них более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев.</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 показывает, в какой степени люди, которые склонны иметь половые контакты с повышенным уровнем риска (т.е. регулярно менять партнеров), пользуются презервативами. В то же время более широкое значение любого данного показателя будет зависеть от степени, в какой люди вступают в такие контакты. Таким образом, используя данные, показывающие процент людей, у которых было более одного 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 отражает 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 – может привести к ошибке. Кроме того, тренд, характеризующий использование презервативов во время самого последнего полового контакта, обычно будет отражать тренд, характеризующий постоянное использование презервативов.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ можно найти на следующем веб-сайте:

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое «Фэмили хелс интернэшнл» среди работников секс-бизнеса.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Респондентам задают следующий вопрос: Пользовались ли вы презервативом при половом контакте с вашим последним клиентом?
Числитель:	Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом.
Знаменатель:	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 – может привести к ошибке. Кроме того, тенденция в использовании презервативов во время самого последнего полового контакта обычно будет отражать тенденцию в постоянном применении презервативов.

Данный показатель характеризует коммерческую половую практику за последние двенадцать месяцев. Если у вас имеются данные за другой временной период, например за последние 3 или 6 месяцев, эти дополнительные данные следует включить в замечания в разделе «инструмент отчетности».

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.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, включая страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое «Фэмили хелс интернэшнл» среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	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.
Числитель:	Число респондентов, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса.
Знаменатель:	Число респондентов, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной ¹⁰ 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.

¹⁰ Сюда включаются как регулярные, так и нерегулярные партнеры, а также платные и бесплатные половые контакты. Как в случае других показателей, настоящий показатель позволяет получить лишь ограниченную информацию. Для всесторонней оценки моделей риска, связанного с наличием половых контактов между мужчинами, необходима дополнительная информация, включая информацию о типах и числе партнеров, а также о том, являются ли партнеры рецептивными или инсертивными.

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 половых контактов с женщинами среди мужчин, имеющих половые контакты как с мужчинами, так и женщинами. В странах, где мужчины, включаемые в данную обследуемую подгруппу, могут иметь партнеров обоего пола, следует проанализировать практику использования презервативов во время контактов как с женщинами, так и с мужчинами. В этих случаях данные об использовании презервативов всегда следует показывать отдельно для партнеров-мужчин и партнеров-женщин.

Данный показатель характеризует практику половых контактов между мужчинами за последние шесть месяцев. Если у вас имеются данные за другой временной период, например за последние 3 или 12 месяцев, эти дополнительные данные следует включить в замечания в разделе «инструмент отчетности».

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.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ половым путем.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны, где употребление инъекционных наркотиков является одним из распространенных способов передачи ВИЧ.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое «Фэмели хелс интернэшнл» среди потребителей инъекционных наркотиков.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц? 2. Если «да»: Были ли у вас половые контакты за последний месяц? 3. Если «да» на вопрос 1 и 2: Пользовались ли вы презервативом во время последнего полового контакта?
Числитель:	Число респондентов, указавших на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив ¹¹
Знаменатель:	<p>Число респондентов, указавших на то, что они употребляли инъекционные наркотики и имели половые контакты за последний месяц.</p> <p>Цифровые значения показателей необходимо получить для всех респондентов с разбивкой по полу и возрасту (<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>

¹¹ Сюда включаются как регулярные, так и нерегулярные партнеры, а также платные и бесплатные половые контакты. Как в случае других показателей, настоящий показатель позволяет получить лишь ограниченную информацию. Для всесторонней оценки моделей риска, связанного с наличием половых контактов и употреблением инъекционных наркотиков, необходима дополнительная информация, включая информацию о типах и числе партнеров.

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 частичную информацию о четвертом факторе.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в профилактике передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков.
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны, где употребление инъекционных наркотиков является одним из распространенных способов передачи ВИЧ.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Раз в два года
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Специальные обследования, включая надзорное обследование поведения, проводимое «Фэмил хелс интернэшнл» среди потребителей инъекционных наркотиков.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	<p>Респондентам задают следующие вопросы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц? 2. Если «да»: Пользовались ли вы стерильной иглой и шприцем во время последнего употребления инъекционных наркотиков¹²?
Числитель:	Число респондентов, указавших на то, что они пользовались стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.
Знаменатель:	<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 (<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>

¹² Этот вопрос может видоизменяться в зависимости от местного контекста. Например, в некоторых культурах употребления инъекционных наркотиков иглы и шприцы могут оказаться зараженными ВИЧ даже без их общего использования потребителями наркотиков (напр., в результате общего пользования растворами наркотиков). Задаваемые вопросы должны быть направлены на то, чтобы подтвердить, что используемые иглы и шприцы действительно были стерильными.

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.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти в следующих источниках:

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

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 остаются в живых и, по имеющейся информации, проходят курс лечения
25. Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

* Показатель, включенный в 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

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в снижении распространенности ВИЧ
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с генерализованными эпидемиями
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Ежегодно
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Руководящие принципы проведения дозорного эпиднадзора за ВИЧ, ВОЗ
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Данный показатель рассчитывают с использованием данных, полученных для беременных женщин, посещающих дородовые клиники на участках дозорного эпиднадзора за ВИЧ в столичном городе и в других городских и сельских районах.
Числитель:	Число посетителей дородовых клиник (в возрасте 15–24 лет), имеющих положительные результаты тестирования на ВИЧ.
Знаменатель:	Число посетителей дородовых клиник (в возрасте 15–24 лет), прошедших тестирование на определение ВИЧ-статуса Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета настоящего показателя, должны оставаться неизменными, с тем чтобы иметь возможность отслеживать изменения во времени. Для расчета национальных оценок, по мере возможности, следует указать пропорцию всего женского населения в возрасте 15–24 лет, живущего в столичном городе и в других городских и сельских районах.

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 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 в стране получены оценки для распространенности ВИЧ на основании обследований, такие оценки следует включать в замечания для данного показателя, чтобы выполнить сравнения между различными обследованиями. При наличии оценок на основе обследований их следует разбить по полу.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- 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 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 и которые инфицированы ВИЧ

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск
ПРИМЕНЕНИЕ	Страны с концентрированными эпидемиями/эпидемиями с низким показателем распространенности ВИЧ, где не рекомендуется проведение постоянного эпиднадзора среди беременных женщин; сюда включаются также страны с концентрированными подэпидемиями, развивающимися в рамках генерализованной эпидемии.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Ежегодно
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Руководящие принципы ЮНЭЙДС/ВОЗ по проведению эпиднадзора за ВИЧ второго поколения; руководящие принципы «Фэмили хелс интернэшнл» по составлению выборок в группах населения.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди членов групп населения, которым грозит самый высокий риск, на основном участке (участках) эпиднадзора.
Числитель:	Число членов группы населения, которой грозит самый высокий риск, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ.
Знаменатель:	Число членов группы населения, которой грозит самый высокий риск, прошедших тестирование на ВИЧ. Оценочные показатели распространенности следует разбить по полу и возрасту (<25/25+). Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета настоящего показателя, должны оставаться неизменными, с тем чтобы иметь возможность отслеживать изменения во времени.

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 отчете о достигнутом прогрессе 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 родовые 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.

Тенденции 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.

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

В настоящее время Глобальная рабочая группа ВОЗ/ЮНЭЙДС по эпиднадзору за ИППП/ВИЧ готовит новую версию руководящих принципов эпиднадзора за ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск. Дополнительную информацию можно найти на веб-сайте:
<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/Epidemiology/default.asp>.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

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

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

Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые спустя 12 месяцев после начала антиретровирусного лечения остаются в живых и, по имеющейся информации, проходят курс лечения

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в увеличении выживаемости инфицированных взрослых и детей за счет применения антиретровирусного лечения.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	После начала антиретровирусного лечения когортные данные для таких пациентов обычно следует собирать ежемесячно. После этого данные для ежемесячных когорт, которые закончили по крайней мере 12-месячный курс лечения, следует объединить.
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Инструменты программного мониторинга; формы для когортного/ группового анализа.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	Регистры антиретровирусного лечения и формы для когортного анализа антиретровирусного лечения.
Числитель:	Число выживших взрослых и детей, продолжающих непрерывный курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала.
Знаменатель:	Общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения, и которые, как предполагалось, должны были добиться результатов за 12 месяцев в рамках отчетного периода, включая тех, которые умерли после начала антиретровирусного лечения, которые прекратили лечение, и тех, за кем был утрачен контроль через 12 месяцев.
Определения:	<p>Этот показатель следует разбить по полу и возрасту (<15, 15+).</p> <p>Отчетный период определяется как любой непрерывный период в 12 месяцев, закончившийся в пределах заранее определенного числа месяцев от даты представления отчета. Заранее определенное число месяцев может устанавливаться согласно национальным требованиям к отчетности. Если отчетным периодом является период с 1 января по 31 декабря 2009 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 2008 года. Если отчетный период установлен с 1 июля 2008 года по 30 июня 2009 года, страны будут включать пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в период с 1 июля 2007 года по 30 июня 2008 года.</p> <p>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 2007 года, достигнут своих 12-месячных результатов для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2008 года.</p>

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 выживаемости необходимо собрать следующие данные:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp
Число взрослых и детей в начальных группах, получающих антиретровирусное лечение, которые начали такое лечение по крайней мере за 12 месяцев до завершения отчетного периода.
- Число взрослых и детей, остающихся в живых 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 антиретровирусное лечение 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 антиретровирусное лечение спустя 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.

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 обязано учитывать учреждение – число пациентов в начальной группе плюс все переведенные в программу и минус все выбывшие пациенты) спустя 12 месяцев должна равняться числу пациентов в начальной когортной группе 12 месяцами ранее.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

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

Приоритетная отчетность предназначена для представления совокупных данных о выживших пациентах. Если имеются всеобъемлющие регистры когортных пациентов, в таком случае странам рекомендуется отслеживать показатели, характеризующие показатель участия в программе антиретровирусного лечения через 24, 26 и 48 месяцев и в дальнейшем через каждый год. Это позволит проводить сравнение во времени числа лиц, выживших и получающих антиретровирусное лечение. При этом можно определить, увеличился или уменьшился показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев. Однако мы не можем объяснить причину таких изменений. Например, если показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев, со временем увеличивается, это может отражать улучшение ухода и лечения или более раннее начало антиретровирусного лечения. Следовательно, показатель, характеризующий участие в программе антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев, следует интерпретировать с учетом исходных характеристик когорты пациентов на момент начала антиретровирусного лечения: смертность будет выше на участках, где пациенты получили доступ к антиретровирусному лечению на более поздней стадии развития инфекции. По этой причине сбор и представление данных о выживаемости пациентов за более длительные периоды лечения могут дать более точную картину эффективности антиретровирусного лечения в долгосрочном плане.

25. Уменьшение передачи инфекции от матери ребенку

В странах с высоким уровнем дохода 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 дохода 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, в том числе использование заменителей грудного молока (там, где это является частью политики страны в области профилактики передачи от матери ребенку). Тем не менее применение таких подходов, как назначение краткого курса антиретровирусной профилактики, позволяет значительно снизить уровень передачи ВИЧ от матери ребенку.

Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

ЦЕЛЬ	Оценка прогресса в устранении передачи ВИЧ от матери ребенку.
ПРИМЕНЕНИЕ	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ	Ежегодно
ИНСТРУМЕНТ ИЗМЕРЕНИЯ	Программа «Спектр» или другое статистическое моделирование на основе результатов анализа эффективности и охвата программ.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ	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. Программа моделирования оценок «Спектр» учитывает схему антиретровирусного лечения, а также дополнительные факторы, влияющие на уровень передачи ВИЧ, такие как практика вскармливания младенцев. Дополнительную информацию о программе «Спектр» можно найти на указанном ниже веб-сайте Референс-группы ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам и прогнозированию.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дополнительную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

- http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Приложения

Приложение 1. Формат странового отчета о ходе работы

Ниже представлена полная модель описательной части странового отчета о достигнутом прогрессе и подробные инструкции заполнения различных его разделов.

СТРАНОВОЙ ОТЧЕТ О ХОДЕ РАБОТЫ ДЛЯ ССГАООН [Название страны]

Отчетный период: январь 2008 г. – декабрь 2009 г.

Дата представления: указать дату формального представления странового отчета в ЮНЭЙДС по электронной почте

I. Содержание

Инструкции: заполнить

II. Краткий обзор

Инструкции: в настоящем разделе необходимо кратко представить:

- (a) всех участников процесса написания отчета;
- (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 2008 года по декабрь 2009 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 2008 года по декабрь 2009 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 4) для описания прогресса в области разработки и реализации политики/стратегий, а также включить анализ трендов 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:

- (а) прогрессу, достигнутому для решения основных проблем, указанных в страновом отчете о выполнении показателей ССГАООН за 2007 год, если таковые имеются;
- (б) проблемам, с которыми приходилось сталкиваться в течение всего отчетного периода (2008-2009) и которые сдерживали реализацию национальных ответных мер в целом и прогресс в реализации целевых показателей ССГАООН в частности; и
- (в) 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 (а) ключевую помощь полученную от партнеров по процессу развития и (б) действия, которые необходимо им осуществить для обеспечения достижения целевых показателей ССГАООН.

VIII. Условия для мониторинга и оценки

Инструкции: В настоящем разделе необходимо изложить (а) общий анализ действующей системы мониторинга и оценки (МиО); (б) проблемы, имевшие место в процессе реализации комплексной системы МиО; (в) меры, запланированные для преодоления этих проблем, и (г) 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 4).

ПРИЛОЖЕНИЯ

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

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Анкета «Национальный комбинированный индекс политики»

Просьба представить полный страновой отчет о прогрессе для ССГАООН до 31 марта 2010 года, используя для этого веб-сайт для отчетности ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010).

Просьба направлять все запросы, касающиеся отчетности ССГАООН, в Департамент ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке по адресу: ungassindicators@unaids.org.

Если для представления данных по показателям Информационная система мониторинга ответных мер в странах, версия 3 (КРИС3), или веб-сайт для отчетности ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010) не используются, просьба представить отчеты до 15 марта 2010 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Глобальную информационную систему мониторинга ответных мер в Женеве.

Приложение 2. Консультационный процесс/подготовка странового отчета 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
(просьба указать) | Да | Нет |
- 2) Вклад со стороны Министерств:
- | | | |
|-----------------------------|----|-----|
| образования | Да | Нет |
| здравоохранения | Да | Нет |
| труда | Да | Нет |
| иностраннных дел | Да | Нет |
| других
(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
(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 отчета 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 3. Матрица национального финансирования – 2010 год

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: _____ Эл.почта: _____

Телефон: _____ Факс: _____

Цикл отчетности: 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 – 2010 год

Исходная информация

Матрица национального финансирования имеется на веб-сайте отчетности ССГАООН: www.unaids.org/UNGASS2010. 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 здравоохранения¹³ 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 данного инструмента. (Странам, заинтересованным в реализации ОНРС, рекомендуется обратиться в ЮНЭЙДС для получения дополнительной информации об этом инструменте.)

Структура матрицы

Матрица национального финансирования включает два основных компонента:

- категории расходов в связи со СПИДом (порядок расходования средств, выделенных для осуществления национальных ответных мер), 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 кадровых ресурсов; социальная защита и социальные услуги (кроме сирот и уязвимых детей); благоприятная среда и развитие общин; и научные 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 других категорий расходов включают менее 10 подкатегорий каждая. Цель категорий и подкатегорий заключается в том, чтобы помочь национальным правительствам сделать разбивку своих расходов наиболее рациональным и последовательным образом. Как указано выше, матрица была разработана таким образом, чтобы 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

¹³ 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.

включают две подкатегории: корпоративные источники и средства 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, 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, а также не должны 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 отчетный календарный или финансовый год; см. обложку матрицы национального финансирования на странице 83.
- Категории или подкатегории расходов составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегию, 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. литературу ниже.)
- Расходы необходимо учитывать только в одной категории или подкатегории; расходы *нельзя* учитывать дважды. Например, расходы на мероприятия для сирот и уязвимых детей не должны повторно указываться в категории «Социальная защита и социальные услуги».
- Категории или подкатегории источников финансирования составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегию, 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 подкатегию категории «Международные источники» (напр., двусторонние организации). Если какая-либо бюджетная поддержка включается в подкатегории «Центральное/национальное и/или субнациональное», это необходимо указать на обложке (см. выше).

- Финансирование, предоставляемое банком развития, следует обозначать либо как «Возмещаемое» (напр., займы) в разделе «Государственные источники», либо как «Невозмещаемое» (напр., гранты) в разделе «Международные источники». Странам, получающим и займы, и гранты из банков развития, следует правильно распределять эти средства по категориям.
- Финансирование, предоставляемое отдельными двусторонними донорами, *необязательно* разбивать по донорам в матрице финансирования.
- Финансирование, предоставляемое международными фондами, следует указывать в подкатегории «Все другие» в категории «Международные». Средства, получаемые от национальных фондов, следует указывать в подкатегории «Все другие» в категории «Государственные».
- Информация о финансировании из частных источников предоставляется по усмотрению. Тем не менее странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, 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 включена в категории и подкатегории по уходу и лечению и отдельные категории и подкатегории по профилактике.)
- Если в стране имеется программа национальных счетов здравоохранения, ей необходимо запросить в ЮНЭЙДС документ о ОНПС 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 документа *Оценка национальных расходов на борьбу со СПИДом (ОНПС): Классификация и определения* можно загрузить со следующей страницы веб-сайта ЮНЭЙДС: www.unaids.org/en/Coordination/FocusAreas/trackmonitor-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.

Матрицу национального финансирования можно найти на веб-сайте для отчетности ССГАООН за 2010 г.: www.unaids.org/UNGASS2010.

Если у вас нет доступа к инструменту отчетности в режиме онлайн для ССГАООН 2010 года, просьба направить матрицу национального финансирования в Департамент ЮНЭЙДС по финансовым и экономическим вопросам в связи со СПИДом (nfm@unaids.org).

Матрицу национального финансирования необходимо представить через веб-сайт для отчетности ССГАООН.

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

год _____
 Календарный год: Да _____ Нет _____
 Финансовый год: _____ (указать начало/конец)
 Денежная единица, используемая в матрице: _____
 Средний обменный курс за год _____

Категории расходов в связи со СПИДом	Источники финансирования																
	ВСЕГО	Государственные источники						Международные источники					Частные источники (могут использоваться для отчетности ССГАООН)				
		Государственные Итого	Центральные/национальные	Субнациональные	Банки развития: возмещаемые средства (напр., займы)	Социальное обеспечение	Все другие государственные	Международные Итого	Двусторонние	Многосторонние			Все другие международные	Частные Итого	Коммерческие учреждения / корпорации	Средства домохозяйств	Все другие частные
Учреждения ООН	Глобальный фонд	Банки развития: невозмещаемые средства (напр., гранты)	Все другие многосторонние														
ВСЕГО																	
1. Профилактика (итого)																	
1.01 Коммуникация для социальных перемен и изменения																	
1.02 Мобилизация общин																	
1.03 Добровольное консультирование и тестирование																	
1.04 Снижение риска для уязвимых и доступных групп																	
1.05 Профилактика – молодежь в школе																	
1.06 Профилактика – молодежь вне школы																	
1.07 Профилактика передачи ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ																	
1.08 Программы профилактики для работников секс-бизнеса																	
1.09 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с																	
1.10 Программы снижения вреда для потребителей																	
1.11 Программы профилактики на рабочем месте																	
1.12 Социальный маркетинг презервативов																	
1.13 Предоставление мужских презервативов через																	
1.14 Предоставление женских презервативов через																	
1.15 Микрофинансы																	
1.16 Профилактика, диагностика и лечение при инфекциях, передающихся половым путем																	
1.17 Профилактика передачи от матери ребенку																	
1.18 Обрезание мужчин																	
1.19 Безопасность крови																	
1.20 Безопасность медицинских инъекций																	
1.21 Универсальные меры предосторожности																	
1.22 Профилактика после контакта																	
1.98 Профилактические мероприятия без разбивки на меры																	
1.99 Профилактические мероприятия, не классифицированные																	
2. Уход и лечение (итого)																	
2.01 Амбулаторный уход																	
2.01.01 Тестирование и консультирование по инициативе																	
2.01.02 Амбулаторная профилактика и лечение при оппортунистических инфекциях																	
2.01.03 Антиретровирусная терапия																	
2.01.04 Диетологическая помощь в связи с АРВ-терапией																	
2.01.05 Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ																	
2.01.06 Стоматологические программы для людей, живущих с																	
2.01.07 Психологическое лечение и поддержка																	
2.01.08 Амбулаторный паллиативный уход																	
2.01.09 Уход на дому																	
2.01.10 Народная медицина и неформальные услуги для ухода																	
2.01.98 Амбулаторный уход без разбивки на меры																	
2.01.99 Амбулаторный уход, не классифицированный в других																	
2.02 Больничный уход (итого)																	
2.02.01 Больничное лечение при оппортунистических																	
2.02.02 Больничный паллиативный уход																	
2.02.98 Больничный уход без разбивки на меры вмешательства																	
2.02.99 Больничный уход, не классифицированный в других																	
2.03 Транспортировка и оказание экстренной помощи																	
2.98 Уход и лечение без разбивки на меры вмешательства																	
2.99 Уход и лечение, не классифицированные в других документах																	
3. Сироты и уязвимые дети (итого)																	
3.01 СУД – образование																	
3.02 СУД – базовая медицинская помощь																	
3.03 СУД – поддержка в семье/на дому																	
3.04 СУД – поддержка в общине																	
3.05 СУД – социальные услуги и административные затраты																	
3.06 СУД – уход в учреждениях																	
3.98 СУД – услуги без разбивки на меры вмешательства																	
3.99 СУД – услуги, не классифицированные в других																	
4. Усиление систем управления программами																	
4.01 Планирование, координация и управление программами																	
4.02 Административные и операционные затраты, связанные с управлением и выделением средств																	
4.03 Мониторинг и оценка																	
4.04 Операционные исследования																	
4.05 Серологический эпиднадзор																	
4.06 Эпиднадзор за лекарственной устойчивостью ВИЧ																	
4.07 Системы поставки препаратов																	
4.08 Информационные технологии																	
4.09 Отслеживание пациентов																	
4.10 Улучшение и создание инфраструктуры																	
4.11 Обязательное тестирование на ВИЧ (недобровольное консультирование и тестирование)																	
4.98 Усиление систем управления программами без разбивки на типы																	
4.99 Усиление систем управления программами, не классифицированное в других документах																	
5. Кадровые ресурсы (итого)																	
5.01 Материальные стимулы для кадровых ресурсов																	
5.02 Формативное обучение для усиления мер в ответ на ВИЧ																	
5.03 Подготовка																	
5.98 Стимулы для кадровых ресурсов без разбивки на типы																	
5.99 Стимулы для кадровых ресурсов, не классифицированные																	
6. Социальная защита и социальные услуги, не																	
6.01 Социальная защита через предоставление денежных																	
6.02 Социальная защита через предоставление помощи в																	
6.03 Социальная защита через предоставление социальных																	
6.04 Проекты получения доходов в связи с ВИЧ																	
6.98 Социальная защита и социальные услуги без разбивки на типы																	
6.99 Социальная защита и социальные услуги, не классифицированные в других документах																	
7. Благоприятная среда (итого)																	
7.01 Адвокация																	
7.02 Программы защиты прав человека																	
7.03 Институциональное развитие в связи со СПИДом																	
7.04 Программы по СПИДУ для женщин																	
7.05 Программы против гендерного насилия																	
7.98 Благоприятная среда и развитие общин без разбивки на типы																	
7.99 Благоприятная среда и развитие общин, не классифицированные в других документах																	
8. Исследования, не включая операционные																	
8.01 Биомедицинские исследования																	
8.02 Клинические исследования																	
8.03 Эпидемиологические исследования																	
8.04 Социологические исследования																	
8.05 Исследования для получения вакцин																	
8.98 Исследования без разбивки на типы																	
8.99 Исследования, не классифицированные в других																	

* Термин "уязвимые дети" в данном контексте используется для обозначения детей, у которых родитель серьезно болен, чтобы заботиться о них, но которые не попадают в категорию сирот для получения помощи.
 ** Пункт "Стимулы для кадровых ресурсов" следует показывать отдельно от затрат в связи с оказанием других услуг, напр., больничных и амбулаторных услуг. Необходимо избегать двойного учета затрат.

Приложение 4. Национальный комбинированный индекс политики (НКИП), 2010 г.

СТРАНА:

Имя/фамилия сотрудника Национального совета по СПИДу, ответственного за предоставление НКИП, к которому можно обратиться с вопросами:

Почтовый адрес: _____

Тел: _____

Факс: _____

E-mail: _____

Дата подачи: _____

Инструкции

Описанный ниже инструмент используется для измерения прогресса в разработке и реализации национальной политики, стратегий и законодательства в связи с ВИЧ. **Он является составной частью перечня ключевых показателей ССГАООН, который должен быть завершен и представлен в рамках отчетов о прогрессе, составляемых странами в 2010 году для ССГАООН.**

Настоящая четвертая версия национального комбинированного индекса политики (НКИП) была переработана с целью отражения нового программного руководства по ВИЧ в соответствии с новыми согласованными инструментами для измерения результатов реализации политики.¹⁴ Для повышения уровня адекватности ответных мер и их сопоставимости между различными странами в эту версию были внесены дополнительные рекомендации. Большинство вопросов идентично вопросам, использованным для определения НКИП в 2005 и 2007 годах, то есть страны имеют возможность и им настоятельно рекомендуется выполнить анализ трендов и включить описание прогресса, достигнутого (а) в области разработки политики, стратегии и законодательства и (б) в области их реализации в поддержку мер в ответ на ВИЧ в стране. Необходимо также включить комментарии относительно согласования или расхождения между вопросами, совпадающими в части А и В, а также результаты анализа трендов в изменении основных данных для определения НКИП с 2003 года, если таковые имеются.¹⁵

СТРУКТУРА АНКЕТЫ

НКИП делится на две части.

Часть А предназначена для официальных представителей правительства.

В часть А включены:

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

Часть В предназначена для организаций гражданского общества, двусторонних организаций и организаций системы ООН.

В часть В включены:

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

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

Важно представить НКИП со всеми данными. При этом необходимо проверить релевантные стандартные ответы и представить другую требуемую информацию в открытых тестовых окнах. Это поможет лучше понять ситуацию в стране, позволит привести примеры хорошей практики для других стран и отметить некоторые моменты для улучшения в будущем. Ответы для определения НКИП отражают общие аспекты политики, стратегии, а также правовые и программные условия осуществления мер в ответ на ВИЧ. Открытые текстовые окна позволяют включить замечания по любым вопросам, которые считаются важными, но недостаточно широко представлены в стандартных вопросах (напр., важные различия на субнациональном

¹⁴ Policy and Planning Effort Index or children orphaned and made vulnerable by HIV/AIDS, UNICEF 2005; Scaling up Towards Universal Access, UNAIDS 2006; Setting National Targets for Moving Towards Universal Access, UNAIDS 2006; *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ*. Женева: ЮНЭЙДС, 2007.

¹⁵ Сравните НКИП в документе «*Руководящие принципы разработки ключевых показателей*», ЮНЭЙДС 2002, 2005 и 2007 гг., где можно выбрать вопросы, для которых были рассчитаны тренды.

уровне; уровень реализации законов, политики и нормативных положений; примечания; комментарии в отношении источников данных и т.д.). В целом проекты стратегий, политики или законодательства не рассматриваются как «существующие» (т.е. пока что нет оснований ожидать, что они окажут влияние на реализацию программ), следовательно, ответы на вопросы о том, существуют ли такие документы, отмечаются как «нет». В то же время в соответствующем открытом текстовом окне было бы полезным указать, что такие документы имеются в виде проектов.

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

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ШАГИ ПО СБОРУ И ПОДТВЕРЖДЕНИЮ ДАННЫХ

НКИП рекомендуется составлять в последние 6 месяцев отчетного периода (т.е. с июня по декабрь 2009 года для раунда отчетности за 2010 год). Поскольку при этом необходимо консультироваться с различными заинтересованными сторонами, важно выделить достаточное время для сбора и консолидации данных.

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

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

2. Согласование с заинтересованными сторонами процедур сбора и валидации данных для НКИП

Точное заполнение НКИП требует участия различных заинтересованных сторон, включая представителей организаций гражданского общества. Настоятельно рекомендуется провести вводный семинар с участием заинтересованных сторон для согласования процедур сбора данных для НКИП, включая релевантные документы для кабинетного анализа, представителей организаций, с которыми будут проводиться интервью, и процедур для определения окончательных ответов.

3. Получение данных

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

Для заполнения каждого раздела необходимо выполнить следующие задания:

(i). Кабинетный анализ релевантных документов

Если такой анализ не был выполнен, он окажется полезным для сравнения всех основных документов (т.е. политики, стратегий, законов, руководящих принципов, отчетов и т.д.), касающихся осуществления мер в ответ на ВИЧ в одном месте, что обеспечит быстрый доступ для всех заинтересованных сторон (например, через веб-сайт). Это не только облегчит процесс подтверждения ответов на вопросы, касающиеся НКИП, но, что еще важнее, повысит уровень понимания этих важных документов и будет способствовать их более активному использованию при осуществлении национальных мер в ответ на ВИЧ.

(ii). Интервью (или другие эффективные способы получения информации) с ключевыми лицами, которые лучше всего знают конкретную тему, включая среди прочего:

- *Разделы «Стратегический план» и «Политическая поддержка»:* директор или заместитель директора национальной программы по СПИДу или национального комитета по СПИДу (или эквивалентной структуры), руководители программ по СПИДу на уровне провинций и районов (или эквивалентных децентрализованных уровнях).
- *Раздел «Мониторинг и оценка»:* сотрудники национального комитета по СПИДу (или эквивалентной структуры), министерства здравоохранения, координаторы других министерств, члены национальной технической рабочей группы по мониторингу и оценке.

- *Вопросы «Права человека»:* должностные лица министерства юстиции и руководители комиссий по правам человека для ответа на вопросы в части А; представители организаций по правам человека и других организаций гражданского общества и центров/учреждений правовой помощи в связи с ВИЧ для ответа на вопросы в части В.
- *Раздел «Участие гражданского общества»:* ключевые представители ведущих организаций гражданского общества, работающих в области ВИЧ. Сюда в частности входят представители сетей людей, живущих с ВИЧ, а также представители групп, которым грозит самый высокий риск, и других уязвимых групп населения.
- *Разделы «Профилактика и лечение, уход и поддержка»:* министерства и ведущие организации-исполнители в этих областях, включая неправительственные организации и сети людей, живущих с ВИЧ.

Обратить внимание на то, что опрашиваемых просят ответить на вопросы от имени своих учреждений или групп, но не высказывать свою точку зрения.

4. Подтверждение, анализ и интерпретация данных

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

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

До официальной передачи отчетов настоятельно рекомендуется провести итоговый семинар с участием ключевых заинтересованных сторон для представления, обсуждения и утверждения ответов на вопросы, касающиеся НКИП, и изложения результатов. Для участия в семинаре следует пригласить представителей организаций гражданского общества, работающих в области ВИЧ. Сюда должны входить представители сетей людей, живущих с ВИЧ, а также групп, которым грозит самый высокий риск, и других уязвимых групп населения. Участникам семинара следует проанализировать результаты последнего раунда отчетности, подчеркнув произошедшие изменения, и уделить особое внимание валидации данных для НКИП. Согласование окончательных данных для НКИП не требует обязательного устранения расхождений между вопросами, включенными в части А и В; это просто означает, что при наличии различных точек зрения респондентам в части А следует согласовать свои ответы, а респондентам в части В согласовать свои ответы и направить варианты ответов для обеих частей анкеты. При отсутствии утвержденных механизмов семинар также дает возможность для обсуждения вопросов дальнейшего сотрудничества между соответствующими заинтересованными сторонами для устранения основных пробелов, которые будут обнаружены в процессе составления НКИП.

5. Ввод и представление данных

Итоговые данные для НКИП необходимо представить до 31 марта 2010 года, используя специальную программу, которую можно найти на веб-сайте отчетности для ССГАООН (www.unaids.org/UNGASS2010). Если это невозможно, электронная версия заполненной анкеты должна быть представлена в виде приложения к страновому отчету о прогрессе до 15 марта 2010 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Женеве.

Процесс сбора и подтверждения данных для НКИП

Опишите процесс, используемый для сбора и валидации данных для НКИП:

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

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

Респонденты, дающие ответы на вопросы для НКИП

[Укажите информацию для **всех**, чьи ответы были собраны для составления (частей) НКИП в таблице ниже; добавьте необходимое количество строк]

НКИП – ЧАСТЬ А [для должностных лиц правительства]

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

Укажите подробные сведения для **всех** респондентов.

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

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

Укажите подробные сведения для **всех** респондентов.

Анкета для определения национального комбинированного индекса политики (НКИП)

Часть А

[для должностных лиц правительства]

I. СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН

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

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

Да	Нет	Не касается (Н/К)
----	-----	-------------------

Рассматриваемый период:

[впишите]

Если НЕТ или НЕ КАСАЕТСЯ, кратко поясните причину.

Если ДА, заполните ответы на вопросы 1.1 - 1.10; *Если НЕТ*, переходите к вопросу 2.

1.1 Как давно в стране существует межведомственная стратегия?

Кол-во лет:

[впишите]

1.2 Какие секторы включены в межведомственную стратегию и имеют конкретный бюджет для осуществления мер в ответ на ВИЧ?

Секторы	Включены в стратегию		Имеют специальный бюджет	
	Да	Нет	Да	Нет
Здравоохранение	Да	Нет	Да	Нет
Образование	Да	Нет	Да	Нет
Труд	Да	Нет	Да	Нет
Транспорт	Да	Нет	Да	Нет
Военные/полиция	Да	Нет	Да	Нет
Женщины	Да	Нет	Да	Нет
Молодежь	Да	Нет	Да	Нет
Другие*: [впишите]	Да	Нет	Да	Нет

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

Если НЕТ специального бюджета для некоторых или для всех перечисленных секторов, какое финансирование используется для осуществления ими конкретных мероприятий в ответ на ВИЧ?

1.3 Включены ли в межведомственную стратегию следующие целевые группы населения, условия и сквозные вопросы?

Целевые группы		
a. Женщины и девочки	a. Да	Нет
b. Молодые женщины/молодые мужчины	b. Да	Нет
c. Потребители инъекционных наркотиков	c. Да	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	d. Да	Нет
e. Работники секс-бизнеса	e. Да	Нет
f. Сироты и другие уязвимые дети	f. Да	Нет
g. Другие конкретные уязвимые подгруппы населения *	g. Да	Нет
Условия		
h. Рабочее место	h. Да	Нет
i. Школы	i. Да	Нет
j. Тюрьмы	j. Да	Нет
Сквозные вопросы		
k. ВИЧ/СПИД и бедность	k. Да	Нет
l. Защита прав человека	l. Да	Нет
m. Участие людей, живущих с ВИЧ	m. Да	Нет
n. Решение проблем стигмы и дискриминации	n. Да	Нет
o. Возможности полов и/или гендерное равенство	o. Да	Нет

1.4 Были ли целевые группы определены в результате оценки потребностей?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, когда проводилась оценка потребностей?

Год:

[впишите]

* Подгруппы, которым грозит повышенный риск заражения ВИЧ по имеющимся местным данным, кроме потребителей инъекционных наркотиков, мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и работников секс-бизнеса, (напр., клиенты работников секс-бизнеса, приграничные мигранты, работники-мигранты, внутренне перемещенные лица, беженцы, заключенные).

Если НЕТ, как были определены целевые группы?

1.5 Какие целевые группы определены для программ по ВИЧ в стране?

[впишите]

1.6 Включает ли межведомственная стратегия рабочий план?

Да	Нет
----	-----

1.7 Включает ли межведомственная стратегия или рабочий план:

a. Формальные программные цели?	Да	Нет
b. Четкие целевые задачи или промежуточные вехи?	Да	Нет
c. Детальные затраты для всех программных областей?	Да	Нет
d. Указание на источники финансирования для поддержки реализации программ?	Да	Нет
e. Рамки для мониторинга и оценки?	Да	Нет

1.8 Обеспечено ли в стране «полное участие» гражданского общества* в разработке межведомственной стратегии?

Активное участие	Умеренное участие	Участия нет
------------------	-------------------	-------------

Если активное участие, кратко поясните, как оно было организовано:

* Гражданское общество среди прочего включает: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; конфессиональные организации; СПИД-сервисные организации; организации на уровне общин; организации для основных затронутых групп (включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков, мигрантов беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профсоюзные организации; организации по правам человека; и т.д. В целях настоящего НКИП частный сектор рассматривается отдельно.

Если НЕТ или УМЕРЕННОЕ участие, кратко поясните причины:

- 1.9 Была ли утверждена национальная стратегия основными внешними партнерами по процессу развития (двусторонними и многосторонними)?

Да	Нет
----	-----

- 1.10 Согласовали и гармонизировали ли внешние партнеры по процессу развития свои программы в связи с ВИЧ с национальной межведомственной стратегией?

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

Если НЕКОТОРЫЕ или НЕТ, кратко поясните, в каких областях отсутствует согласование/гармонизация и почему

2. Включены ли в стране вопросы ВИЧ в общие планы развития, такие как: (а) национальный план развития, (б) общая страновая оценка/Рамочная программа ООН по оказанию помощи в целях развития, (с) стратегия по сокращению масштабов нищеты и d) секторальный подход?

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

- 2.1 Если ДА, в какой конкретный план(ы) развития включена поддержка в связи с ВИЧ?

a. Национальный план развития	Да	Нет	Н/К
b. Общая страновая оценка / Рамочная программа ООН по оказанию помощи в целях развития	Да	Нет	Н/К
c. Стратегия по сокращению масштабов нищеты	Да	Нет	Н/К
d. Секторальный подход	Да	Нет	Н/К
e. Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет	Н/К

- 2.2 Если ДА, какие конкретные области действий в связи с ВИЧ включены в один или несколько планов развития?

Область действий в связи с ВИЧ, включенная в план(ы) развития		
Профилактика ВИЧ	Да	Нет
Лечение при оппортунистических инфекциях	Да	Нет
Антиретровирусное лечение	Да	Нет
Уход и поддержка (включая социальное обеспечение и другие схемы)	Да	Нет
Ослабление воздействия ВИЧ	Да	Нет
Уменьшение <i>гендерного</i> неравенства в связи с профилактикой/лечением, уходом и/или поддержкой при ВИЧ	Да	Нет
Уменьшение неравенства в <i>доходах</i> в связи с профилактикой/лечением, уходом и/или поддержкой при ВИЧ	Да	Нет
Снижение уровня стигмы и дискриминации	Да	Нет
Экономические возможности женщин (напр., доступ к кредитам, земле, обучению)	Да	Нет
Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

3.1 *Если Да*, в какой мере она была использована для принятия решений, связанных с выделением средств?

Низкая							Высокая	
0	1	2	3	4	5			

4. Существует ли в стране стратегия для решения проблем ВИЧ среди национальных силовых структур (таких как вооруженные силы, полиция, миротворческие силы, сотрудники тюрем и т.д.)?

Да	Нет
----	-----

4.1 *Если Да*, какие из перечисленных ниже программ были реализованы помимо пилотной стадии и обеспечили охват значительной части силовых структур?

Коммуникация для изменения поведения	Да	Нет
Распространение презервативов	Да	Нет
Тестирование на ВИЧ и консультирование	Да	Нет
Услуги в связи с инфекциями, передающимися половым путем	Да	Нет
Лечение	Да	Нет
Уход и поддержка	Да	Нет
Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

Если тестирование на ВИЧ и консультирование *проводится* среди силовых структур, кратко опишите подход, используемый для тестирования на ВИЧ и консультирования (напр., укажите, является ли тестирование на ВИЧ добровольным или обязательным, и т.д.):

5. Есть ли в стране законы или положения против дискриминации, которые оговаривают меры защиты для групп населения, которым грозит самый высокий риск, или других уязвимых групп населения?

Да	Нет
----	-----

5.1 Если *ДА*, для каких подгрупп населения?

a. Женщины	Да	Нет
b. Молодежь	Да	Нет
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет
f. Заключенные	Да	Нет
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет
h. Другие:	<i>[впишите]</i>	Да

Если *ДА*, кратко поясните, какие существуют механизмы для обеспечения применения этих законов:

Кратко поясните, в какой мере эти законы применяются в настоящее время:

- 6. Есть ли в стране законы, положения или политика, которые препятствуют эффективному осуществлению профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ среди групп населения, которым грозит самый высокий риск, или других уязвимых подгрупп населения?**

Да	Нет
----	-----

6.1 *Если ДА*, для каких подгрупп населения?

a. Женщины	Да	Нет
b. Молодежь	Да	Нет
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет
f. Заключенные	Да	Нет
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет
h. Другие:	<i>[впишите]</i>	Да

Если ДА, кратко опишите содержание таких законов, положений и политики:

Кратко прокомментируйте, каким образом они препятствуют осуществлению этих мер:

- 7. Отслеживается ли в стране ход выполнения обязательств в отношении обеспечения всеобщего доступа, взятых во время проведения обзорного анализа на высоком уровне в июне 2006 года?**

Да	Нет
----	-----

7.1 Были ли пересмотрены национальная стратегия и национальный бюджет по ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

7.2 Были ли получены новые оценочные данные о численности основных целевых групп населения?

Да	Нет
----	-----

7.3 Существуют ли надежные оценки нынешних и будущих потребностей взрослых и детей, нуждающихся в антиретровирусном лечении?

Оценки нынешних и будущих потребностей	Оценки только нынешних потребностей	Нет
--	-------------------------------------	-----

7.4 Проводится ли мониторинг охвата программами по ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

(a) *Если ДА*, проводится ли мониторинг охвата с разбивкой по полу (мужчины, женщины)?

Да	Нет
----	-----

(b) *Если ДА*, проводится ли мониторинг охвата с разбивкой по группам населения?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, по каким группам населения?

Кратко поясните, как используется эта информация:

(c) Проводится ли мониторинг охвата по географическим районам?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, на каком географическом уровне (провинция, район, другое)?

Кратко поясните, как используется эта информация:

7.5 Разработан ли в стране план усиления систем здравоохранения, включая инфраструктуру, кадровые ресурсы и потенциал, а также системы логистики для обеспечения лекарственными препаратами?

Да	Нет
----	-----

В целом, как бы вы оценили усилия по планированию стратегии в рамках программ по ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</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 ВИЧ; и эффективное использование правительственных организаций и организаций гражданского общества для поддержки эффективных программ по ВИЧ.

1. Выступают ли высокие официальные лица открыто в защиту мер в ответ на ВИЧ не менее двух раз в год?

Президент/глава правительства	Да	Нет
Другие высокие официальные лица	Да	Нет
Другие официальные лица в регионах и/или районах	Да	Нет

2. Существует ли в стране официально признанный общенациональный межведомственный координационный орган по ВИЧ (т.е. Национальный совет по ВИЧ/СПИДу или эквивалентная структура)?

Да	Нет
----	-----

Если НЕТ, кратко поясните причины и как осуществляется управление программами по СПИДу:

2.1 *Если ДА*, когда он был создан?

Год:

[впишите]

2.2 *Если ДА*, кто является председателем?

Имя / фамилия:

Должность:

[впишите]

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

Процент:

[впишите]

5. Какую поддержку оказывает Национальная комиссия по СПИДу (или эквивалентная структура) организациям гражданского общества для осуществления мероприятий в связи с ВИЧ?

Информирование о приоритетных потребностях	Да	Нет
Техническое руководство	Да	Нет
Закупки и распределение лекарственных препаратов или других поставок	Да	Нет
Координация действий с другими партнерами-исполнителями	Да	Нет
Усиление потенциала	Да	Нет
Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

6. Проводился ли в стране пересмотр национальной политики и законов для определения тех из них, которые не соответствуют национальной политике по борьбе со СПИДом?

Да	Нет
----	-----

6.1 *Если ДА*, были ли внесены поправки в политику и законы в соответствии с национальной политикой по борьбе со СПИДом?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, укажите эту политику/законы и опишите внесенные изменения:

Укажите и опишите любые остающиеся несоответствия между политикой/законами и национальной политикой по борьбе со СПИДом:

В целом, как бы вы оценили политическую поддержку программ по ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо									Отлично	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

III. ПРОФИЛАКТИКА

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

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

1.1 Если **ДА**, какая основная информация доводится до населения?

✓ Отметьте основную информацию, которая доводится до населения

a. Воздержание от половых контактов	
b. Более позднее начало половой жизни	
c. Верность партнеру	
d. Уменьшение числа половых партнеров	
e. Постоянное пользование презервативами	
f. (Более) безопасная половая практика	
g. Избегание коммерческого секса	
h. Воздержание от употребления инъекционных наркотиков	
i. Пользование стерильными иглами и шприцами	
j. Борьба с насилием в отношении женщин	
k. Большая терпимость к людям, живущим с ВИЧ, и расширение их участия	
l. Более широкое вовлечение мужчин в программы по охране репродуктивного здоровья	
m. Обрезание мужчин под медицинским контролем	
n. Знание своего ВИЧ-статуса	
o. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	
Другое:	<i>[впишите]</i>

1.2 Осуществлялись ли в прошлом году действия или программа с целью обеспечения точного информирования о проблеме ВИЧ в средствах информации?

Да	Нет
----	-----

2. Существует ли в стране политика или стратегия в области просвещения молодежи по вопросам охраны репродуктивного и полового здоровья в связи с ВИЧ?

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

2.1 Является ли просвещение по вопросам ВИЧ частью учебной программы в:

начальных школах?	Да	Нет
средних школах?	Да	Нет
заведениях для подготовки учителей?	Да	Нет

2.2 Предоставляет ли стратегия/учебная программа одинаковые условия для просвещения молодых мужчин и женщин по вопросам репродуктивного и полового здоровья?

Да	Нет
----	-----

2.3 Существует ли в стране стратегия просвещения по вопросам ВИЧ для молодежи, не посещающей школу?

Да	Нет
----	-----

3. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на обеспечение информации, образования и коммуникации и осуществление других мер вмешательства для защиты здоровья групп населения, которым грозит самый высокий риск, или других уязвимых подгрупп?

Да	Нет
----	-----

Если НЕТ, кратко поясните:

3.1 *Если ДА*, на какие группы населения направлена политика/стратегия и какие элементы профилактики ВИЧ включены в эту политику/стратегию?

✓ Отметьте конкретные группы населения и элементы, включаемые в эту политику/стратегию

	ПИН*	МСМ**	Работники секс-бизнеса	Клиенты работников секс-бизнеса	Заключенные	Другие группы* [впишите]
Целевая информация по вопросам снижения риска и просвещение по вопросам ВИЧ						
Снижение уровня стигмы и дискриминации						
Пропаганда презервативов						
Тестирование на ВИЧ и консультирование						
Охрана репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение						
Снижение уровня уязвимости (напр., через получение доходов)	Н/К	Н/К		Н/К	Н/К	
Заместительная лекарственная терапия		Н/К	Н/К	Н/К	Н/К	
Обмен игл и шприцев		Н/К	Н/К	Н/К	Н/К	

* ПИН = потребители инъекционных наркотиков

** МСМ = мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

В целом, как бы вы оценили усилия в сфере <i>политики</i> для поддержки программ профилактики ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

4. Определены ли в стране конкретные потребности программ по профилактике ВИЧ?

 Да

 Нет

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

Если НЕТ, как расширяются масштабы программ по профилактике ВИЧ?

4.1 В какой мере осуществлены программы профилактики ВИЧ?

Компонент профилактики ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ		
	Согласен	Не согласен	Н/К
Безопасность крови	Согласен	Не согласен	Н/К
Универсальные меры предосторожности при оказании медицинской помощи	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	Согласен	Не согласен	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня риска	Согласен	Не согласен	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации	Согласен	Не согласен	Н/К
Пропаганда презервативов	Согласен	Не согласен	Н/К
Тестирование на ВИЧ и консультирование	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение уровня риска для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение уровня риска для работников секс-бизнеса	Согласен	Не согласен	Н/К
Услуги по охране репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение	Согласен	Не согласен	Н/К
Просвещение в школах по вопросам ВИЧ для молодежи	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика ВИЧ на рабочем месте	Согласен	Не согласен	Н/К
Другие: <i>[впишите]</i>	Согласен	Не согласен	Н/К

В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ профилактики ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

* ИОК = информация, образование, коммуникация

IV. ЛЕЧЕНИЕ, УХОД И ПОДДЕРЖКА

1. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на обеспечение комплексного лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ? (Комплексный уход включает среди прочего лечение, консультирование и тестирование на ВИЧ, социально-психологическую помощь, а также уход на дому и в общине).

Да	Нет
----	-----

- 1.1 Если ДА, направлена ли она на устранение препятствий для женщин?

Да	Нет
----	-----

- 1.2 Если ДА, направлена ли она на устранение препятствий для групп населения, которым грозит самый высокий риск?

Да	Нет
----	-----

2. Определены ли в стране конкретные потребности в услугах для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, как они были определены?

Если НЕТ, как расширяются масштабы услуг для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

2.1 В какой мере были реализованы следующие услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ		
	Согласен	Не согласен	Н/К
Антиретровирусная терапия	Согласен	Не согласен	Н/К
Диетологическая помощь	Согласен	Не согласен	Н/К
Педиатрическое лечение при СПИДе	Согласен	Не согласен	Н/К
Ведение больных с инфекциями, передающимися половым путем	Согласен	Не согласен	Н/К
Социально-психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей	Согласен	Не согласен	Н/К
Уход на дому	Согласен	Не согласен	Н/К
Паллиативный уход и лечение при обычных инфекциях, связанных с ВИЧ	Согласен	Не согласен	Н/К
Тестирование на ВИЧ и консультирование больных ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К
Скрининг ВИЧ-инфицированных на ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактическая терапия среди ВИЧ-инфицированных для предупреждения ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К
Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика котримоксазолом среди ВИЧ-инфицированных	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика после контакта (напр., контакт с ВИЧ при выполнении профессиональных обязанностей, изнасилование)	Согласен	Не согласен	Н/К
Услуги для лечения при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы	Согласен	Не согласен	Н/К
Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)	Согласен	Не согласен	Н/К
Другие: <i>[впишите]</i>	Согласен	Не согласен	Н/К

3. Существует ли в стране политика для разработки/применения препаратов-генериков или параллельного импорта препаратов, используемых при ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

4. Имеет ли страна доступ к региональным механизмам управления закупками и поставками критически важных товаров, таких как антиретровирусные препараты, презервативы и препараты для заместительной терапии?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, то каких товаров?:

[впишите]

В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

5. Существует ли в стране политика или стратегия, направленная на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ?

Да	Нет	Н/К
----	-----	-----

5.1 *Если ДА*, существует ли в стране рабочее определение сирот и других уязвимых детей?

Да	Нет
----	-----

5.2 *Если ДА*, существует ли в стране национальный план действий, направленный на сирот и уязвимых детей?

Да	Нет
----	-----

5.3 *Если ДА*, определено ли в стране оценочное число сирот и уязвимых детей, охваченных существующими программами?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, какой процент сирот и уязвимых детей охвачен?

_____%
[впишите]

В целом, как бы вы оценили усилия по обеспечению потребностей сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

V. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА

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

Да	Разрабатывается	Нет
----	-----------------	-----

Если НЕТ, кратко опишите проблемы:

1.1 *Если ДА*, на какой период (годы): *[впишите]*

1.2 *Если ДА*, был ли он утвержден ключевыми партнерами, участвующими в оценке МиО?

Да	Нет
----	-----

1.3 *Если ДА*, был ли план по МиО разработан с участием гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

1.4 *Если ДА*, согласовали и гармонизировали ли основные партнеры свои требования к МиО (включая показатели) с национальным планом по МиО?

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

Если ДА, но только некоторые партнеры, или если НЕТ, кратко опишите основные вопросы:

2. Включает ли национальный план по мониторингу и оценке?

стратегию по сбору и анализу данных	Да	Нет
<i>Если ДА</i> , включает ли она вопросы:		
стандартного программного мониторинга	Да	Нет
обследования поведения	Да	Нет
эпиднадзора за ВИЧ	Да	Нет
оценки/ исследования	Да	Нет
четко определенный стандартный набор показателей	Да	Нет
руководящие принципы использования инструментов для сбора данных	Да	Нет
стратегию для оценки качества данных (т.е. валидности и надежности)	Да	Нет
стратегию анализа данных	Да	Нет
стратегию распространения и использования данных	Да	Нет

3. Существует ли бюджет для реализации плана по МиО?

Да	Разрабатывается	Нет
----	-----------------	-----

3.1 *Если ДА*, какой процент общего финансирования в связи с ВИЧ выделяется для МиО? %
[впишите]

3.2 *Если ДА*, обеспечено ли *полное* финансирование?

Да	Нет
----	-----

Если НЕТ, кратко опишите проблемы:

3.3 *Если ДА*, существует ли контроль за расходами в связи с МиО?

Да	Нет
----	-----

4. Определены ли приоритеты для МиО через проведение оценки национальной системы по МиО?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, кратко опишите, как часто проводится оценка национальной системы МиО и что она включает:

Если НЕТ, кратко опишите, как определяются приоритеты для МиО:

5. Существует ли национальное подразделение по МиО?

Да	В процессе создания	Нет
----	---------------------	-----

Если НЕТ, какие остаются препятствия на пути создания рабочего подразделения по МиО?

5.1 Если ДА, где находится подразделение по МиО

в Национальной комиссии по СПИДу (или эквивалентной структуре)?	Да	Нет
в Министерстве здравоохранения?	Да	Нет
в другом месте? <i>[впишите]</i>	Да	Нет

Если ДА, кратко опишите, кто в него входит от гражданского общества и какова их роль:

7. Существует ли центральная национальная база данных включающая данные по ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

7.1 *Если ДА*, кратко опишите национальную базу данных и кто ею управляет *[впишите]*

7.2 *Если ДА*, включает ли она информацию о содержании, целевых группах и географическом охвате услугами в связи с ВИЧ, а также организациях-исполнителях?

- a. Да, все перечисленное
- b. Да, но лишь некоторые из перечисленных: *[впишите]*
- c. Нет, не включает ничего из перечисленного

7.3 Существует ли рабочая* информационная система по здравоохранению?

На национальном уровне	Да	Нет
На субнациональном уровне <i>Если ДА</i> , на каком уровне? <i>[впишите]</i>	Да	Нет

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

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

Да	Нет
----	-----

9. В какой мере используются данные МиО

9.1 при разработке / пересмотре национальной стратегии по ВИЧ:

Низкая						Высокая
	0	1	2	3	4	5

Приведите конкретный пример:

Каковы основные проблемы, если таковые существуют?

9.2 при выделении средств:

Низкая						Высокая
0	1	2	3	4	5	

Приведите конкретный пример:

Каковы основные проблемы, если таковые существуют?

9.3 при усовершенствовании программ:

Низкая						Высокая
0	1	2	3	4	5	

Приведите конкретный пример:

Каковы основные проблемы, если таковые существуют?

10. Существует ли план развития кадрового потенциала для МиО на национальном и субнациональном уровне и на уровне оказания услуг?

- a. Да, на всех уровнях
- b. Да, но лишь на некоторых уровнях: [впишите]
- c. Нет

10.1 Приводилось ли обучение по МиО в прошлом году

На национальном уровне?	Да	Нет
<i>Если ДА</i> , кол-во прошедших обучение:		[впишите]
На субнациональном уровне?	Да	Нет
<i>Если ДА</i> , кол-во прошедших обучение:		[впишите]
На уровне оказания услуг, включая гражданское общество?	Да	Нет
<i>Если ДА</i> , кол-во прошедших обучение:		[впишите]

10.2 Проводились ли другие мероприятия для усиления потенциала МиО помимо обучения?

Да	Нет
-----------	------------

Если ДА, какие мероприятия: [впишите]

В целом, как бы вы оценили усилия по МиО программ по ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

Часть В

[для представителей организаций гражданского общества,
двусторонних учреждений и организаций ООН]

I. ПРАВА ЧЕЛОВЕКА

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

Да	Нет
----	-----

- 1.1 *Если ДА*, отметьте, указан ли конкретно ВИЧ и каким образом, или же это общее положение о недопущении дискриминации: *[впишите]*

2. Существуют ли в стране законы и положения, защищающие от дискриминации группы населения, которым грозит самый высокий риск, и другие уязвимые подгруппы населения?

Да	Нет
----	-----

- 2.1 *Если ДА*, какие группы населения?

a. Женщины	Да	Нет
b. Молодежь	Да	Нет
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет
f. Заключенные	Да	Нет
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет
h. Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

Если ДА, кратко поясните, какие существуют механизмы, обеспечивающие практическое применение этих законов:

Кратко опишите содержание этих законов:

Кратко прокомментируйте, в какой мере они применяются в настоящее время:

3. Существуют ли в стране законы, положения или политика, которые представляют собой препятствия на пути получения эффективной профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ группами населения, которым грозит самый высокий риск, и другими уязвимыми подгруппами населения?

Да	Нет
----	-----

3.1 *Если ДА*, какие подгруппы населения?

a. Женщины	Да	Нет
b. Молодежь	Да	Нет
c. Потребители инъекционных наркотиков	Да	Нет
d. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	Да	Нет
e. Работники секс-бизнеса	Да	Нет
f. Заключенные	Да	Нет
g. Мигранты/мобильные группы населения	Да	Нет
h. Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

Если ДА, кратко опишите содержание этих законов, положений или политики:

Кратко прокомментируйте, какие препятствия они создают:

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

Да	Нет
----	-----

Если ДА, кратко опишите, каким образом в этой политике или стратегии по ВИЧ упоминаются права человека:

5. Существует ли механизм для учета, документирования и рассмотрения случаев дискриминации, направленной на людей, живущих с ВИЧ, группы населения, которым грозит самый высокий риск, и другие уязвимые подгруппы населения?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, кратко опишите этот механизм:

6. **Вовлекает ли правительство – за счет политической и финансовой поддержки – людей, живущих с ВИЧ, группы, которым грозит самый высокий риск, и/или другие уязвимые подгруппы населения в процесс разработки государственной политики по ВИЧ и реализации государственных программ?**

Да	Нет
----	-----

Если ДА, опишите несколько примеров:

7. **Существует ли в стране политика предоставления следующих бесплатных услуг:**

a. Услуги по профилактике ВИЧ	Да	Нет
b. Антиретровирусное лечение	Да	Нет
c. Уход и поддержка в связи с ВИЧ	Да	Нет

Если ДА, то, учитывая ограниченность ресурсов, кратко опишите, какие шаги предпринимаются для реализации такой политики, и включите информацию о любых ограничениях и препятствиях на пути получения доступа различными группами населения:

8. **Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для мужчин и женщин к профилактике, лечению, уходу и поддержке?**

Да	Нет
----	-----

- 8.1 В частности существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ к профилактике, лечению, уходу и поддержке для женщин вне зависимости от беременности и рождения ребенка?

Да	Нет
----	-----

9. Существует ли в стране политика, обеспечивающая равноправный доступ для групп населения, которым грозит самый высокий риск, и/или других уязвимых подгрупп населения к профилактике, лечению, уходу и поддержке?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, кратко опишите содержание этой политики:

- 9.1 *Если ДА*, включает ли эта политика различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных групп населения, которым грозит самый высокий риск, и других уязвимых подгрупп населения?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, кратко поясните различные подходы для обеспечения равноправного доступа для различных групп населения:

10. Существует ли в стране политика, запрещающая скрининг на ВИЧ при найме на работу в целом (при приеме на работу, перемещении по службе, назначении, продвижении по службе, прекращении трудового договора)?

Да	Нет
----	-----

11. Существует ли в стране политика, обеспечивающая анализ протоколов проведения научных исследований на ВИЧ/СПИД с участием субъектов исследований и утверждение этих протоколов национальным/местным советом по этике?

Да	Нет
----	-----

- 11.1 *Если ДА*, входят ли в комитет по этике представители гражданского общества и люди, живущие с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, опишите подход и эффективность работы такого комитета:

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

- Независимые национальные учреждения для пропаганды и защиты прав человека, включая комиссии по правам человека, комиссии по реформе законодательства, наблюдателей и омбудсменов, которые занимаются вопросами, связанными с ВИЧ/СПИДом, в рамках своей работы

Да	Нет
----	-----

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

Да	Нет
----	-----

- Показатели или критерии для проверки выполнения стандартов по правам человека в контексте мероприятий в связи с ВИЧ

Да	Нет
----	-----

Если ДА на любой из приведенных выше вопросов, опишите несколько примеров:

13. Проводилась ли в последние 2 года учебная/информационная работа среди работников судебной системы по вопросам защиты прав человека в связи с ВИЧ, которые могут возникать в контексте их служебных обязанностей?

Да	Нет
----	-----

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

- Системы правовой защиты в рамках изучения материалов судебных дел, связанных с ВИЧ

Да	Нет
----	-----

- Поддержка со стороны частных юридических фирм или университетских центров для предоставления людям, живущим с ВИЧ, бесплатных юридических услуг или услуг по сниженным расценкам

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 снижение уровня стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, какие программы?

Через средства информации	Да	Нет
В рамках школьного образования	Да	Нет
Регулярные выступления известных лиц	Да	Нет
Другие: <i>[впишите]</i>	Да	Нет

В целом, как бы вы оценили политику, законодательство и положения по пропаганде и защите прав человека в связи с ВИЧ в 2009 году?

2009 Очень плохо Отлично

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:

Какие проблемы остаются в этой области:

В целом, как бы вы оценили действия по практическому применению существующей политики, законодательства и положений в 2009 году?

2009 Очень плохо Отлично

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:

Какие проблемы остаются в этой области:

II. УЧАСТИЕ ГРАЖДАНСКОГО ОБЩЕСТВА*

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

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

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

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

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

- a. национальную стратегию?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- b. национальный бюджет?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- c. национальные отчеты по СПИДу?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

* Гражданское общество среди прочего включает: сети людей, живущих с ВИЧ; женские организации; молодежные организации; конфессиональные организации; СПИД-сервисные организации; организации на уровне общин; организации для основных затронутых групп (включая мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, работников секс-бизнеса, потребителей инъекционных наркотиков, мигрантов беженцев/перемещенных лиц, заключенных); профсоюзные организации; организации по правам человека; и т.д. В целях настоящего НКИП частный сектор рассматривается отдельно.

Комментарии и примеры:

4. В какой мере представители гражданского общества вовлечены в мониторинг и оценку (МиО) мер в ответ на ВИЧ?

- a. разработка национального плана по МиО?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- b. участие в работе национального комитета/рабочей группы по МиО, ответственных за координацию мероприятий по МиО?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- c. усилия по МиО на местном уровне?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

5. В какой мере представительство гражданского общества в мероприятиях в ответ на ВИЧ отражает участие различных организаций (напр., сетей людей, живущих с ВИЧ, организаций работников секс-бизнеса, профессиональных организаций)?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

6. В какой мере представители гражданского общества получают доступ к:

- a. адекватной финансовой помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

- b. адекватной технической помощи для осуществления своих мероприятий в связи с ВИЧ?

Низкая			Высокая		
0	1	2	3	4	5

Комментарии и примеры:

7. Какой процент следующих программ/услуг в связи с ВИЧ, по оценкам, оказывают организации гражданского общества?

Профилактика для молодежи	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Профилактика для групп населения, которым грозит самый высокий риск				
- Потребители инъекционных наркотиков	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	<25%	25-50%	51-75%	>75%
- Работники секс-бизнеса	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Тестирование и консультирование	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Снижение уровня стигмы и дискриминации	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Клинические услуги (АРТ/ОИ)*	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Уход на дому	<25%	25-50%	51-75%	>75%
Программы для СУД**	<25%	25-50%	51-75%	>75%

*АРТ = антиретровирусная терапия; ОИ = оппортунистические инфекции

**СУД = сироты и другие уязвимые дети

В целом, как бы вы оценили усилия, направленные на повышение уровня участия гражданского общества, в 2009 году?

2009	Очень плохо									Отлично	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:

Какие проблемы остаются в этой области:

III. ПРОФИЛАКТИКА

1. Определены ли в стране конкретные потребности в программах по профилактике ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

Если НЕТ, как расширяются масштабы программ по профилактике ВИЧ?

1.1 В какой мере были реализованы программы по профилактике ВИЧ?

Компонент профилактики ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ		
	Согласен	Не согласен	Н/К
Безопасность крови	Согласен	Не согласен	Н/К
Универсальные меры предосторожности при оказании медицинской помощи	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	Согласен	Не согласен	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня риска	Согласен	Не согласен	Н/К
ИОК* по вопросам снижения уровня стигмы и дискриминации	Согласен	Не согласен	Н/К
Пропаганда презервативов	Согласен	Не согласен	Н/К
Тестирование на ВИЧ и консультирование	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение вреда для потребителей инъекционных наркотиков	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение уровня риска для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами	Согласен	Не согласен	Н/К
Снижение уровня риска для работников секс-бизнеса	Согласен	Не согласен	Н/К
Услуги по охране репродуктивного здоровья, включая профилактику инфекций, передающихся половым путем, и соответствующее лечение	Согласен	Не согласен	Н/К
Просвещение в школах по вопросам СПИДа для молодежи	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика ВИЧ среди молодежи, не посещающей школу	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика ВИЧ на рабочем месте	Согласен	Не согласен	Н/К
Другие: <i>[впишите]</i>	Согласен	Не согласен	Н/К

* ИОК = информация, образование, коммуникация

В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ профилактики ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

IV. ЛЕЧЕНИЕ. УХОД И ПОДДЕРЖКА

1. Определены ли в стране конкретные потребности в услугах для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Да	Нет
----	-----

Если ДА, как были определены эти конкретные потребности?

Если НЕТ, как расширяются масштабы услуг для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

1.1 В какой мере были реализованы следующие услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ?

Услуги для лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ	Большинство нуждающихся имеют доступ		
	Согласен	Не согласен	Н/К
Антиретровирусная терапия	Согласен	Не согласен	Н/К
Диетологическая помощь	Согласен	Не согласен	Н/К
Педиатрическое лечение при СПИДе	Согласен	Не согласен	Н/К
Ведение больных с инфекциями, передающимися половым путем	Согласен	Не согласен	Н/К
Социально-психологическая поддержка людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей	Согласен	Не согласен	Н/К
Уход на дому	Согласен	Не согласен	Н/К
Паллиативный уход и лечение при обычных инфекциям, связанных с ВИЧ	Согласен	Не согласен	Н/К
Тестирование на ВИЧ и консультирование больных ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К
Скрининг ВИЧ-инфицированных на ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К

Профилактическая терапия среди ВИЧ-инфицированных для предупреждения ТБ	Согласен	Не согласен	Н/К
Контроль за инфекцией ТБ в учреждениях, где проводится лечение и уход в связи с ВИЧ	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика котримоксазолом среди ВИЧ-инфицированных	Согласен	Не согласен	Н/К
Профилактика после контакта (напр., контакт с ВИЧ при выполнении профессиональных обязанностей, изнасилование)	Согласен	Не согласен	Н/К
Услуги для лечения при ВИЧ на рабочем месте или системы выдачи направления на лечение по месту работы	Согласен	Не согласен	Н/К
Уход и поддержка в связи с ВИЧ на рабочем месте (включая альтернативные условия труда)	Согласен	Не согласен	Н/К
Другие программы: <i>[впишите]</i>	Согласен	Не согласен	Н/К

В целом, как бы вы оценили усилия по реализации программ лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ в 2009 году?											
2009	Очень плохо										Отлично
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Какие были основные достижения в этой области после 2007 года:</i>											
<i>Какие проблемы остаются в этой области:</i>											

2. Существует ли в вашей стране политика или стратегия, направленная на удовлетворение дополнительных потребностей детей-сирот и других уязвимых детей в связи с ВИЧ?

Да	Нет	Н/К
-----------	------------	------------

2.1 *Если ДА*, существует ли в стране рабочее определение сирот и уязвимых детей?

Да	Нет
-----------	------------

2.2 *Если ДА*, существует ли в стране национальный план действий, направленный на сирот и уязвимых детей?

Да	Нет
-----------	------------

Приложение 5. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе

- Выполнена оценка потребностей в данных для определения отсутствующих данных на основе последнего раунда отчетности ССГАООН.
- Определен процесс написания отчета, включая временные сроки и промежуточные цели, роли НКС, правительственных учреждений, учреждений ООН, гражданского общества и других релевантных партнеров.
- Финансирование обеспечено по всем аспектам процесса представления отчетности.
- 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 отчета.
- Данные для показателей введены в КРИСЗ (рекомендуется) или в эквивалентные системы управления данными (только если КРИСЗ отсутствует).
- Проводится проверка согласованности данных, включаемых в описательный отчет, и данных, вводимых в КРИСЗ/электронные формы.
- Написан окончательный вариант отчета.
- Достигнут консенсус с заинтересованными участниками, включая правительственные учреждения и гражданское общество, относительно окончательного отчета для представления.
- Отчет и требуемые формы с данными представлены ЮНЭЙДС в Женеве (ungassindicators@unaids.org) до **31 марта 2010** года или до 15 марта 2010 года, если для подачи отчетов система КРИС не используется.
- В стране определен координатор для коммуникации с Секретариатом ЮНЭЙДС в случае появления вопросов, связанных с отчетом и/или датой его представления.

Приложение 6. Избранная библиография

- Family Health International (2000). *Behavioural Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioural Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington: Family Health International.
- Health Systems 20/20/USAID (2004). *Methodological Guidelines for Conducting a National Health Accounts Sub-analysis for HIV/AIDS*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- 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 (2009). *National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS (2008). *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2008). *Доклад о глобальной эпидемии СПИДа*. Женева: ЮНЭЙДС.
- ЮНЭЙДС (2007). *Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: в направлении всеобщего доступа*. Женева: ЮНЭЙДС.
- UNAIDS (2007). *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programmes for Most-At-Risk Populations*. Geneva: UNAIDS.
- ЮНЭЙДС (2007). *Руководящие принципы разработки ключевых показателей ССГАООН*. Женева: ЮНЭЙДС.
- 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.
- UNAIDS/WHO (2004). *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. Geneva: WHO.
- UNAIDS/WHO (2000). *Guidelines for Second Generation HIV Surveillance*. Geneva: UNAIDS.
- UNICEF (2009). *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.
- WHO (2009). *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Geneva: WHO.
- WHO/UNAIDS (2005). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating Antiretroviral Programmes*. Geneva: WHO.
- WHO/UNAIDS (2004). *Guide to Monitoring and Evaluating National HIV/AIDS Prevention Programmes for Young People*. Geneva: WHO.
- WHO/UNAIDS (2004). *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluating HIV/AIDS Care and Support*. Geneva: WHO.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2009). *Technical Guide for Countries to set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users*. Geneva: WHO.

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 коопонсоров, объединяет меры, принимаемые десятью организациями-коопонсорами 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.

При печати настоящего издания использовались материалы, не наносящие ущерб окружающей среде



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
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

www.unaids.org

Объединим мир против СПИДа