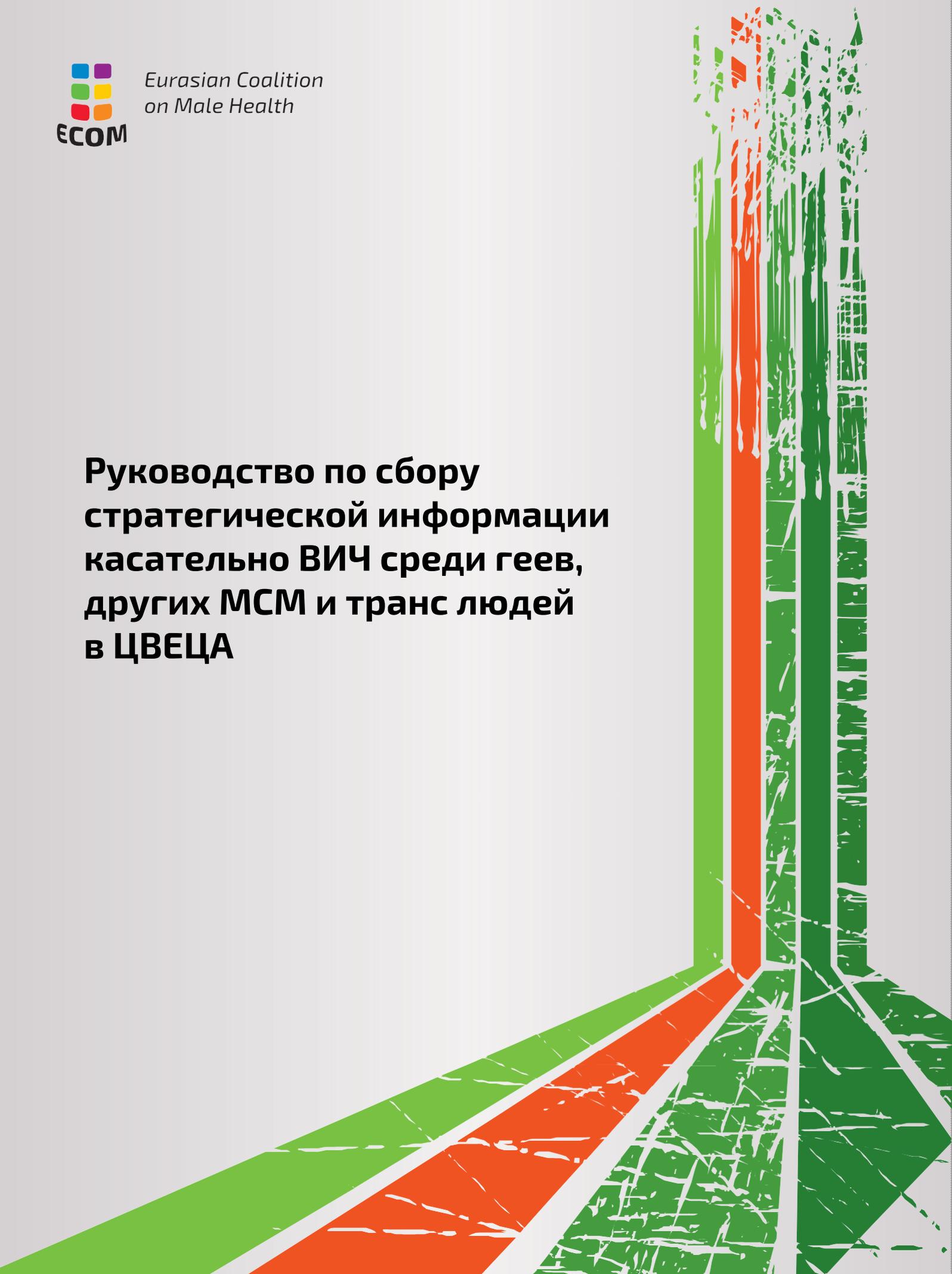




*Eurasian Coalition
on Male Health*

**Руководство по сбору
стратегической информации
касательно ВИЧ среди геев,
других MSM и транс людей
в ЦВЕЦА**



Авторы: Серго Чихладзе, Максим Касянчук, Виталий Джума



Публикация подготовлена и опубликована в рамках региональной программы «Право на здоровье», реализуемой Евразийской коалицией по мужскому здоровью - ЕКОМ при поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

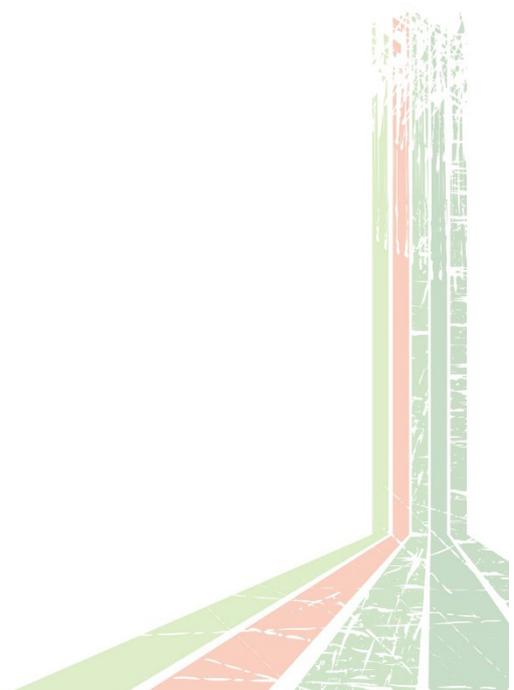
Точки зрения, изложенные в данной публикации, принадлежат исключительно авторам и могут не совпадать с точкой зрения Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией не участвовал в согласовании и утверждении как непосредственно материала, так и возможных выводов, вытекающих из него.

РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ БЕСПЛАТНО

При использовании материалов данной публикации ссылка на ЕКОМ обязательна.

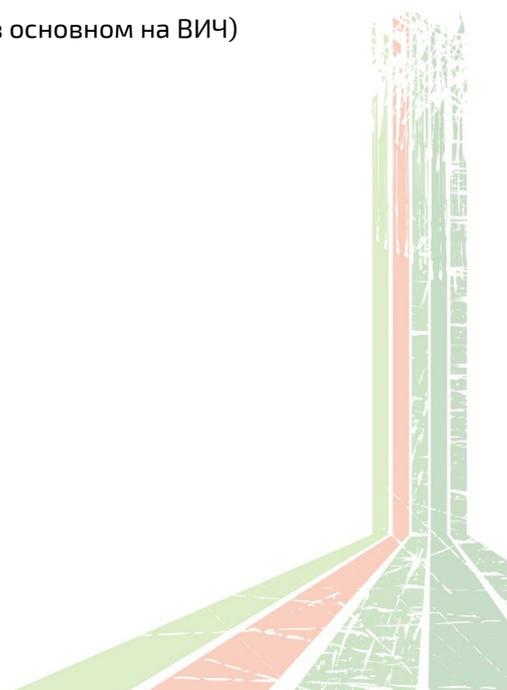
Содержание

Содержание	1
Список аббревиатур.....	2
Основные понятия.....	3
Введение	4
Для чего нужно собирать стратегическую информацию?	6
Руководящие принципы при сборе стратегической информации	7
Применение стратегической информации на разных уровнях	7
Обеспечение качества данных	10
Преобразование данных в информацию.....	10
Использование стратегической информации для принятия решений	12
Руководящие принципы развития системы стратегической информации	13
Деагрегация данных для лучшего программирования.....	14
Конфиденциальность стратегической информации по ключевым группам населения	15
Обзор источников стратегической информации о ВИЧ среди геев и других MSM и транс людей.....	15
Возможности/потенциал стратегической информации.....	20
Ссылки	21
Приложение. Инструмент оценки стратегической информации	22



Список аббревиатур

СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
АРТ	Антиретровирусная терапия ВИЧ
ЦВЕЦА	Центральная и Восточная Европа, и Центральная Азия
ОГО	Организации гражданского общества
ДНС	Национальное популяционное исследование по вопроса здоровья
ЕКОМ	Евразийская коалиция по мужскому здоровью
Геи и другие МСМ	Геи и другие мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами
ГФ	Глобальный фонд по борьбе со СПИДОМ, туберкулезом и малярией
СЗ	Счета системы здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
IBVS	Интегрированное био-поведенческое исследование
ИКТ	Информационные и коммуникационные технологии
КГ	Ключевые группы
ЛГБТКИ	Лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендерные люди, квиры или сомневающиеся, и интерсексы
ОНРС	Национальные оценки расходов в связи со СПИДОМ
НПО	Неправительственная организация
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ДКП	Доконтактная профилактика
РАГСИ	Региональная консультационная группа по стратегической информации
ОЧ	Оценка численности
СИ	Стратегическая информация
СРЗП	Сексуальное и репродуктивное здоровье и права
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование (в основном на ВИЧ)



Основные понятия

Стратегическая информация: Информация, которая интерпретируется и используется в процессах планирования и принятия решений с целью уточнения/улучшения направленности и фокуса программы. Соответствующие данные могут быть получены из широкого спектра источников (например, систем мониторинга, оценок, исследований, обзоров программ и тематических исследований) и должны анализироваться целостно и стратегически, чтобы улучшить или уточнить направление программы.

Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами (геи и другие МСМ): мужчины, которые вступают в сексуальные и / или романтические отношения с другими мужчинами. Слова «мужчины» и «пол» интерпретируются по-разному в разных культурах и обществах, а также самими людьми в разных ситуациях. Это понятие охватывает широкое разнообразие сред и контекстов, в которых происходит секс между мужчинами, независимо от мотивации ко вступлению в сексуальные отношения, сексуальной и гендерной самоидентификации, а также идентификации с конкретными сообществами или социальными группами.

Транс люди: общий термин для людей, чья гендерная идентичность и выражение не соответствуют нормам и ожиданиям, традиционно связанным с полом, приписанным им при рождении. Термин включает в себя людей, которые являются транссексуалами, трансгендерами или другими, не соответствующими гендерным нормам. Транс люди могут идентифицировать себя как трансгендеры, женщины, мужчины, транс женщины или транс мужчины, транссексуалы или, в определенных культурах, как хиджра (Индия), катхой (Тайланд), вариа (Индонезия), маху, фаа фафина и факалейти (Тихоокеанские острова) или использовать какой-либо другой вариант многих трансгендерных идентификаций. Они могут выражать свой гендер различными мужественными, женственными и/или андрогинными способами. Высокая уязвимость и специфические потребности транс людей в отношении здоровья требуют особого статуса в глобальном ответе на эпидемию ВИЧ. Эта группа населения часто исключается из общества, что приводит к использованию ими коммерческого секса как средства экономического выживания, с вытекающим из этого повышенным риском заражения ВИЧ.

Введение

Геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами (МСМ), давно признаны в мире группой населения с повышенным риском передачи ВИЧ. Ситуация с транс людьми в регионе Центральной и Восточной Европы, и Центральной Азии (ЦВЕЦА) является особенно тревожной. Согласно недавнему отчету ЮНЭЙДС¹, в 2017 году во всем мире на долю геев и других МСМ приходилось 18% новых случаев инфицирования, тогда как в регионе Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА) этот показатель составляет 21%. Данные из отчета ЮНЭЙДС подтверждают информацию, полученную в ходе эпидемиологического обзора ЕКОМ «ВИЧ среди МСМ в Восточной Европе и Центральной Азии», по результатам которого распространенность ВИЧ среди МСМ в ВЕЦА продолжает расти и уже достигла уровня концентрированной эпидемии в большинстве стран региона².

Хотя МСМ признаны одной из ключевых групп населения (КГ) в большинстве национальных программ по ВИЧ в регионе, национальные бюджеты практически не предусматривают ресурсов на мероприятия по профилактике ВИЧ среди МСМ. В большей части стран ЦВЕЦА существует всего несколько услуг, ориентированных на МСМ. Эти услуги в основном доступны в крупных городах и финансируются главным образом международными донорами, в частности Глобальным фондом по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ)³.

Очевидно, что несоответствие между потребностями и охватом услугами для МСМ и транс людей является одним из самых существенных среди КГ в регионе. Каскад ВИЧ для МСМ и транс людей в ЦВЕЦА демонстрирует недостаточное вовлечение людей на каждом этапе континуума ухода: от реалистичной и достоверной оценки численности МСМ и транс людей, числа людей, охваченных услугами по профилактике ВИЧ, количества людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) из этих групп населения, которые знают свой статус, процента ВИЧ-позитивных МСМ и транс-людей, включенных в клинический мониторинг, процента тех, кто получает антиретровирусную терапию (АРТ), и до процента тех, кто достиг вирусной супрессии. Амбициозные цели 90-90-90, установленные ЮНЭЙДС⁴, не будут достигнуты к 2020 году в регионе ЦВЕЦА, если не будут значительно усовершенствованы программы для МСМ и транс людей.

Ситуация с ВИЧ среди транс людей в ЦВЕЦА вызывает еще большие опасения. В регионе практически нет данных по эпидемии ВИЧ среди этой группы. Хотя транс люди признаны как КГ в глобальном ответе на эпидемию ВИЧ, они не включены отдельно или в качестве подгруппы другой КГ в большинстве национальных программ по ВИЧ / СПИДу в ЦВЕЦА.

Качество имеющихся в странах ЦВЕЦА данных для мониторинга и оценки ответных мер на эпидемию ВИЧ в регионе остается неадекватным. Оценки численности КГ населения часто не соответствуют стандартам из-за несовершенства или несоблюдения методологий формирования выборки, а в некоторых случаях такое уменьшение оценочных данных является политически мотивированным. Кроме того, большая часть данных о доступе к услугам в рамках континуума по уходу не может быть дезагрегирована по КГ, полу или другим важным демографическим характеристикам⁵. В некоторых контекстах имеются серьезные трудности с созданием целостной картины, отражающей услуги, предоставляемые правительственными и неправительственными организациями. Уникальные идентифицирующие коды, применяемые НПО для регистрации клиентов программ, редко согласуются с записями о пациентах в государственных учреждениях, что делает невозможным определение того, были ли люди, получившие профилактические услуги или тестирование на базе сообществ, перенаправлены для получения услуг по уходу и лечению. Это ограничивает доступность надежных данных о континууме ухода.

¹ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/miles-to-go_en.pdf

² https://ecom.ngo/en/eeca_unaids-data/

³ http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2015/09/ECOM_EECA_RegProg_descr_ENG.pdf

⁴ UNAIDS. Fast Track: World AIDS Day Report 2014. Geneva, 2014

⁵ http://www.harm-reduction.org/sites/default/files/pdf/eeca_position_document_hlm.pdf

Ситуация усугубляется тем, что геи и другие МСМ и транс люди часто подвергаются социальной маргинализации из-за культурных, религиозных и социально-политических факторов, которые приводят к отрицанию их прав, связанных со здоровьем, и других потребностей. Выраженная стигма и дискриминация, и преследования часто загоняют геев и других МСМ и транс людей в этом регионе в подполье. Таким образом, сочетание таких факторов, как отсутствие надежных данных, неэффективные национальные политики, недостаточное финансирование, стигма и дискриминация, нарушения прав человека и недостаточное вовлечение сообщества объясняет, почему сегодня ответные меры на эпидемию ВИЧ в регионе ЦВЕЦА не дают результатов в двух наиболее уязвимых группах – МСМ и транс людей⁶.

Применение этого документа

Учитывая вышеупомянутые факторы, крайне важно иметь надежную проанализированную стратегическую информацию о ВИЧ среди геев и других МСМ и транс людей. За последние несколько лет появился ряд публикаций, в которых изучалась стратегическая информация (СИ) по здоровью и ВИЧ (см. Список литературы). В 2017 г. при поддержке ЕКОМ в рамках региональной программы, финансируемой ГФ, была проведена первая «Оценка существующей стратегической информации о ВИЧ среди МСМ и транс людей в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане и Македонии»⁷. В 2018 г. такая же оценка была проведена в Эстонии⁸ (см. Инструмент оценки в Приложении).

Основываясь на обзоре существующей литературы и последних проведенных оценках, было решено создать это руководство, с целью собрать и адаптировать все релевантные данные о СИ по ВИЧ среди геев и других МСМ, и транс людей в одном структурированном и компактном документе. Этот документ будет полезен для исследователей, людей, вовлеченных в планирование, реализацию и управление программами по ВИЧ, неправительственных организаций и организаций на базе сообществ, работающих в сфере профилактики ВИЧ, а также для активистов из сообщества и ЛГБТКИ адвокатов.

Благодарность

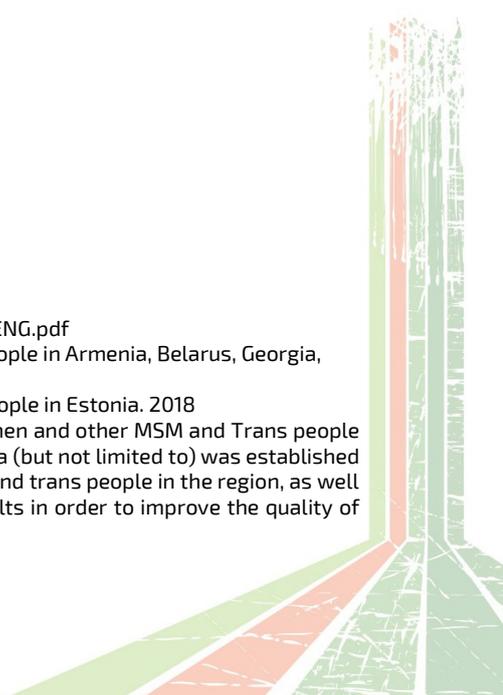
Разработка руководства была бы невозможна без активного участия членов Региональной консультативной группы по стратегической информации (РАГСИ)⁹, в состав которой входят представители НПО, общественных организаций, международных организаций и научных кругов, работающих в регионе ЦВЕЦА. Этот документ обсуждался и был утвержден в качестве руководящего для сбора стратегической информации по ВИЧ среди геев и других МСМ и транс людей на собрании РАГСИ, которое состоялось 17-18 сентября в Минске, Беларусь.

⁶ <http://ecom.ngo/wp-content/uploads/2016/01/ECOM.EECA-Reg-Prog-Desc-ENG.pdf>

⁷ Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans people in Armenia, Belarus, Georgia, Kyrgyzstan, and Macedonia. 2017

⁸ Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans people in Estonia. 2018

⁹ Regional Advisory Group on Strategic Information (RAGSI) on HIV among Gay men and other MSM and Trans people in CEECA with a focus on Armenia, Belarus, Georgia, Kyrgyzstan, and Macedonia (but not limited to) was established to assess the quality of existing data on HIV among gay men and other MSM and trans people in the region, as well as to develop, monitor and/or analyze guidelines, protocols and survey results in order to improve the quality of existing SI



Для чего нужно собирать стратегическую информацию?

Стратегическая информация – это информация, собираемая для обоснования политик и программных решений. Аксиома «Знай свою эпидемию, знай ответные меры на нее» характеризует СИ, необходимую для ответа на эпидемию ВИЧ. Она учитывает, что эпидемии и их контекст в разных странах различны. Очень важно знать, кого затрагивает эпидемия, каковы пути передачи и где она происходит. Поэтому исследователям и лицам, ответственным за сбор и интерпретацию данных, необходимо сосредоточить усилия и меры на правильных людях, на правильных местах и правильных практиках¹⁰ (Таблица 1. Принцип трех П).

Таблица 1. Принцип трех П

Правильные люди	Геи и другие МСМ, транс люди, молодежь, и т. д.
Правильные места	Приоритетные территории, такие как основные мегаполисы, сельские местности и т. д.
Правильные практики	Тестирование на ВИЧ на базе сообществ, самотестирование, ДКП, ранняя АРВ терапия и т. д.

Эффективные ответные меры на эпидемию ВИЧ требуют наличия СИ, которая систематически собирается, агрегируется, анализируется и применяется. Для адресации доступа к услугам, охвата, качества и приемлемости услуг СИ должна выходить за рамки основных эпидемиологических данных. Она должна акцентировать качество услуг на всех этапах каскада медицинских услуг.

СИ должна также приводить к более глубокому пониманию контекста эпидемии, в частности уязвимости определенных сообществ, рисков, которым подвергаются отдельные люди и группы населения, а также комплекса мер, направленных на то, чтобы облегчить бремя эпидемии ВИЧ и смягчить ее последствия.

Эффективность усилий в области общественного здравоохранения зависит от достоверности доказательной базы, на которой они основаны. Эффективные инициативы по профилактике и лечению должны быть стратегически ориентированы на наиболее нуждающиеся в них группы населения и контексты. Программы должны разрабатываться с учетом конкретных потребностей и обстоятельств каждой целевой группы населения. Для групп высокого риска заражения ВИЧ странам необходимы своевременные, достоверные и надежные данные о численности каждой популяции, бремени ВИЧ (включая распространенность и заболеваемость), распространенности и характера поведения, повышающего уязвимость к ВИЧ, охвате основными услугами по профилактике и лечению ВИЧ, а также о социальных и структурных факторах, влияющих на риск заражения ВИЧ и использование ключевых услуг. Национальные исследования уже давно предоставляют важную стратегическую информацию о распространенности ВИЧ, рискованном сексуальном поведении, тестировании на ВИЧ и данные об основном населении в регионе ВЕЦА. Однако эти национальные исследования не предоставляют значимой информации о геях и других МСМ и транс людях.

Поскольку геи и другие МСМ давно признаны важным фактором национальных эпидемий в регионе, страны предоставляют определенную СИ в отношении МСМ. Однако некоторым странам не удается предоставить необходимую информацию, либо информация не предоставляется вовсе. Понимание размера каждой КГ и распространенности ВИЧ в ней имеет решающее значение для планирования услуг и оценки охвата ими. Ряд стран проводят интегрированные био-поведенческие исследования (IBBS) для получения полезной стратегической информации о рискованном поведении, бремени ВИЧ, использовании услуг и по стигме и дискриминации среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Тем не менее, в регионе не проводились достоверные исследования для получения данных о транс людях¹¹.

¹⁰ <https://obamawhitehouse.archives.gov/blog/2015/07/30/2020-vision-our-updated-national-hiv-aids-strategy>

¹¹ UNAIDS RST EECA, Presentation "HIV epidemic in EECA region" at the Regional Consultation on the Integration of Human Rights in National HIV Plans. Yerevan, March 2015

Руководящие принципы при сборе стратегической информации

СИ должна быть¹²:

- **Проста в генерировании/получении**, т. к. основывается на данных из минимального набора основных индикаторов.
- **Проста в применении и интерпретации** со стороны разных исполнителей, с минимальной технической помощью извне.
- **Адаптируема**, исходя из потребностей в данных на программном, местном, областном или национальном уровне.
- **Совместима**, за счет применения одного и того же набора рекомендованных индикаторов и четкого указания места/локализации, периода времени, и группы населения, представленной в анализе.
- **Обосновывающая использование данных**, направленное на постоянное усовершенствование системы услуг по ВИЧ.
- **Создана при активном участии и руководстве ключевых групп населения** в процессе разработки, сбора, анализа, представления и использования данных.

Применение стратегической информации на разных уровнях

С целью оптимизации программ и максимальной их целесообразности для маргинализированных групп населения (включая геев и других МСМ и транс людей), СИ по ВИЧ имеет три функции:

1. Понять эпидемию и масштаб изменений в результате проводимых мероприятий;
2. Отследить и оценить ответные меры со стороны здравоохранительного сектора на эпидемию ВИЧ, в частности вклады систем здравоохранения, охват мероприятием, качество данных, а также результаты и влияние;
3. Обосновать усовершенствование программ, обеспечивая качество и максимальную отдачу от вложенных ресурсов, а также помогая выявить проблемы и возможности.

СИ предоставляет данные для того, чтобы директивные органы, программные директора и руководители принимали обоснованные решения по улучшению программ. Ниже приведено несколько примеров:

- Отслеживание расширения доступа к АРВ-терапии вследствие пересмотра национальных критериев для начала АРВ-терапии путем мониторинга количества людей, начинающих АРВ-терапию при различных уровнях CD4.
- Выявление возможностей предоставления профилактических услуг по всему каскаду системы здравоохранения, для людей с положительным и отрицательным результатом теста на ВИЧ, а также по группам населения и месту проживания.
- Регулярный мониторинг удержания на АРВ-терапии, проводимый на уровне учреждения с целью усовершенствования мер для удержания пациентов на терапии и исследования случаев выпадения из терапии.
- Сбор данных по использованию услуг тестирования на ВИЧ в различных форматах (например, кампаний по тестированию, добровольного консультирования и тестирования (ДКТ), тестирования на базе сообществ и т. д.), чтобы определить, какие стратегии наиболее эффективны для увеличения тестирования на ВИЧ и выявления новых случаев среди МСМ и транс людей;
- Мониторинг каскада по уходу и лечению ВИЧ среди геев и других МСМ и транс людей для выявления пробелов и оценки потенциала для улучшения каскада услуг;
- И т. д.

Вес доказательств, предоставленных СИ, придает решительность двигаться вперед даже в тех случаях, когда часть общества выступают против определенных инициатив. Например, использование презервативов доказано является эффективным средством снижения передачи ВИЧ и поэтому почти во всех странах были запущены программы предоставления презервативов. СИ и фактические данные часто являются необходимой основой для обсуждения сложных программных вопросов в странах и среди партнеров с различными подходами.

Быстрое расширение программ лечения в течение последнего десятилетия подчеркивает важность и роль СИ для планирования и оценки программ. Документирование влияния имеет решающее значение для ориентированности и устойчивости программ; особенно важны показатели результатов программы, в том числе удержание на лечении и достижение неопределяемой вирусной нагрузки. Однако такое расширение программ привело к появлению большего числа индикаторов, частично для удовлетворения требований для финансирования, но также для поддержки качественных услуг, а также увеличило нагрузку по отчетности для работников здравоохранения. Надлежащее руководство и установление минимального набора индикаторов для сбора высококачественной СИ (Таблица 2) должны помочь уменьшить эту нагрузку.

Таблица 2. Список минимального набора индикаторов для получения СИ

Выбранные индикаторы

Люди, живущие с ВИЧ	Число и % людей живущих с ВИЧ
ОЧ МСМ и транс людей	Оценочная численность КГ населения
Затраты здравоохранения на программы по ВИЧ	Доля национального бюджета здравоохранения, направленная на программы по ВИЧ
Затраты на программы по ВИЧ среди МСМ и транс людей	Доля страновых затрат, направленных на программы по профилактике/лечению ВИЧ среди МСМ и транс людей
Охват тестированием на ВИЧ среди МСМ и транс людей	% людей из КГ, которые получили тест на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знают свой результат
Охват АРВ терапией среди МСМ и транс людей ART	% КГ населения, живущих с ВИЧ и получающих АРВ-терапию
Неопределяемая вирусная нагрузка	% КГ населения, живущих с ВИЧ, получающих АРВ-терапию и достигших неопределяемой вирусной нагрузки
Распространенность ВИЧ среди МСМ и транс людей	% людей, живущих с ВИЧ, среди МСМ и транс людей
Опыт МСМ и транс людей, связанный со стигмой со стороны медицинских работников	% представителей КГ, у которых есть опыт дискриминации со стороны медицинских работников
Использование презервативов МСМ и транс людьми	% мужчин, отмечающих использование презервативов при последнем анальном сексе с партнером-мужчиной
Знания по ВИЧ среди МСМ и транс людей	% МСМ и транс людей, которые правильно определяют меры профилактики передачи ВИЧ через половые контакты, а также отвергают основные заблуждения о передаче ВИЧ
Охват ДКП	% людей из КГ, применяющих ДКП
Наличие/доступность ПКП	% медицинских учреждений, предоставляющих пост-контактную профилактику МСМ и транс людям

Хотя ответственность за системы СИ лежит в целом на правительстве, НПО, сообщества и гражданское общество, как единое целое, должны на условиях прозрачности иметь доступ к ней и помогать в получении, анализе и использовании этой информации как глобального общественного блага. Распространение и предоставление СИ внутри страны и между странами способствуют как пониманию динамики эпидемий, так и достижению консенсуса в том, как лучше всего реагировать на проблемы ВИЧ среди геев и других МСМ и транс людей. Кроме того, согласованность и доступность информации имеют решающее значение для подотчетности и прозрачности решений в секторе здравоохранения. Эти решения дополнительно подкре-

пляются анализом и регулярным официальным обзором данных с привлечением ключевых заинтересованных сторон и сообществ в целях совершенствования программ. В целом, использование СИ в отношении ВИЧ должно побудить правительства, организации гражданского общества (ОГО), общественные организации, доноров и агентства Организации Объединенных Наций (в частности, ПРООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНФПА) к наращиванию усилий, для лучшего понимания ситуаций и лучшей координации и программирования действий на национальном, субнациональном и глобальном уровнях¹² (Таблица 3).

Таблица 3. Применение СИ на уровне предоставления услуг, на национальном, субнациональном и глобальном уровне

Уровень	Применение
Уровень предоставления услуг (для мед. работников)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Обеспечение качественного клинического ведения пациентов (качество услуг) ▪ Мониторинг выбывших из лечения ▪ Мониторинг лекарственной устойчивости ВИЧ ▪ Мониторинг доступа и охвата услугами для МСМ и транс людей ▪ Улучшение менеджмента учреждений ▪ Установление ответственности за работу
Национальный и субнациональный уровни (для менеджеров программ здравоохранения)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Разработка программных целей и связей между тестированием на ВИЧ и услугами по АРВ-терапии ▪ Корректировка направленности аутрич-мероприятий и программ для МСМ и транс людей ▪ Оценка числа ВИЧ-позитивных МСМ и транс людей для определения направленности программ профилактики/лечения ВИЧ ▪ Проектирование потребностей на основе фактического использования услуг ▪ Измерение равной доступности услуги ▪ Разработка бизнес-планов ▪ Обоснование политик и процедур ▪ Обоснование распределения ресурсов ▪ Оценка мероприятий/инноваций/пилотирования
Глобальный и национальный уровни (для министров здравоохранения, международных программ в области общественного здоровья, а также донорских агентий)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Мониторинг воздействия: национальные или субнациональные показатели заболеваемости, распространенности, тенденции смертности среди МСМ и транс людей ▪ Измерение результатов: по охвату и доступу ▪ Расчет стоимости ▪ Расчеты по сохраненным жизням ▪ Триангуляция данных для проектирования вмешательств для удовлетворения значимых специфических потребностей и моделирования эпидемических процессов

¹² Framework and standards for country health information systems / Health Metrics Network, World Health Organization. – 2nd ed. 2012

Обеспечение качества данных

Для обеспечения качества данных необходим широкий спектр политик и процессов. Одним из руководящих принципов является сокращение необходимого количества информации до «минимального набора данных». Это уменьшит время сбора данных, что уже само по себе должно улучшить качество данных. Другие управленческие меры включают регулярный локальный контроль качества и проверки того, как эти данные используются, использование четких определений элементов данных, регулярное обучение и частую обратную связь для тех, кто собирает данные, а также пользователей. При наличии средств электронной коммуникации данные можно вводить децентрализованно на местах, обеспечивая этим немедленную отчетность на всех уровнях¹³.

Сильные системы СИ обеспечивают соответствие данных высоким стандартам надежности, прозрачности и полноценности. Важно оценить исходные данные, а также статистические методы и методы оценки, используемые для создания показателей. Следующие критерии могут быть использованы для оценки качества СИ, связанной с ВИЧ среди MSM и транс людей (Таблица 4).

Таблица 4. Критерии качества СИ

Своевременность	Период между сбором данных и их доступностью для более широких кругов, или их публикацией
Периодичность	Частота, с которой измеряется индикатор
Согласованность	Внутренняя согласованность, а также согласованность между объемами данных в разных временных отрезках; степень, в которой пересмотры соответствуют регулярному, устоявшемуся и прозрачному графику и процессу
Репрезентативность	Степень, в которой данные адекватно представляют население и соответствующие подгруппы населения
Дезагрегация	Наличие статистических данных, стратифицированных по полу, возрасту, социально-экономическому статусу, основным географическим или административным регионам и этнической принадлежности по необходимости
Конфиденциальность, безопасность данных и доступность данных	Степень, в которой практика соответствует установленным стандартам (может отличаться по странам) по хранению, копированию и передаче информации (особенно через интернет)

Преобразование данных в информацию

Хотя данные являются исходным материалом, сами по себе они мало что значат. Только после того, как данные скомпилированы, обработаны и проанализированы, они преобразуются в СИ. Информация имеет гораздо большую ценность, особенно когда она интегрируется с другой информацией и оценивается с точки зрения проблем, стоящих перед системой здравоохранения. На этом этапе информация становится доказательной базой, которая может быть использована лицами, принимающими решения. Этот синтез фактических данных становится еще более значимым, когда он отформатирован для представления, передачи или распространения лицам, принимающим решения, в форме, которая меняет их понимание проблем и потребностей здравоохранения. Это процесс преобразования фактических данных в знания, и в результате его применения могут быть приняты решения, которые будут иметь

¹³ Assessing the National Health Information System: An Assessment Tool. WHO. 2008

непосредственное влияние на здоровье и иметь результатом создание равных возможностей в отношении услуг системы здравоохранения среди разных КГ населения¹⁴.

В настоящее время СИ, связанная с ВИЧ, во многих странах с низким и средним уровнем дохода имеет тенденцию быть «богатой данными», но «бедной информацией». Это является следствием убежденности в том, что данные могут использоваться напрямую для принятия решений без дополнительного анализа. В действительности, одни только исходные данные редко бывают полезными. Задача СИ – не просто генерировать высококачественные данные и надеяться, что они будут использоваться, но и преобразовать их в достоверную и убедительную доказательную базу, которая лежит в основе принятия обоснованных решений в местных системах здравоохранения. Высококачественные данные, хранящиеся в хорошо структурированном хранилище, имеют небольшую ценность, если пользователи не могут получить к ним доступ для генерирования информации в процессе принятия решений.

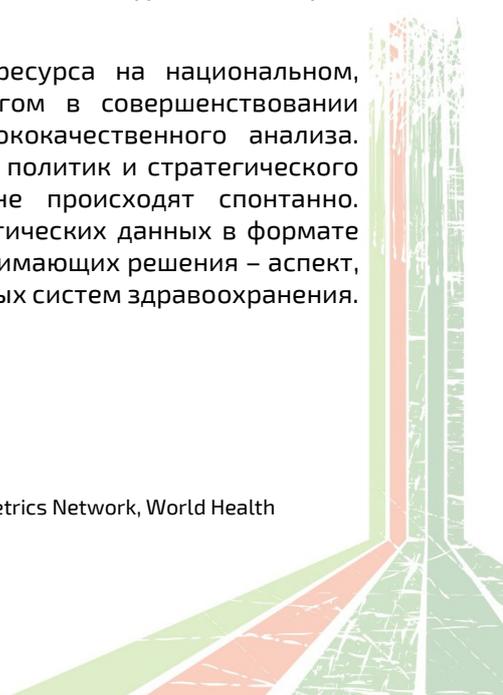
Если данные извлекаются и затем интегрируются в хранилище данных, они могут быть синтезированы и триангулированы с другими источниками и скомпилированы для более глубокого анализа. Ключевым аспектом этого является интеграция, синтез, анализ и интерпретация информации из нескольких источников, изучение несоответствий, а также выявление и учет смещения данных.

Такой анализ дает оценки (такие как знание возникшей из-за эпидемии нагрузки на экономику страны, моделей рискованного поведения, охвата услугами здравоохранения, охвата тестированием, тенденций в показателях и т. д.). Последние могут быть затем доступны через интерактивные пользовательские интерфейсы, отчеты, запросы и оповещения. Такое форматирование или комплектация информации для лиц, принимающих решения, является основной функцией системы СИ для демонстрации ценности содержащихся в ней данных. В последнее время было много нововведений в области информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) в подготовке комплексной информации и доказательной базы в форматах, которые могут привлечь внимание лиц, принимающих решения, и эффективно передавать основные идеи, содержащиеся в информации. Некоторые подходы используют веб-или компьютерный доступ к данным в хранилище или обсерватории, отображаемым в интерактивном формате. Некоторые новые инструменты компьютерного анализа генерируют стандартизированные отчеты, богатые графическим (и даже картографическим) представлением информации. Стандартизированные форматы отчетности, профили и сводки также очень эффективны. Такие форматы должны направлять лиц, принимающих решения, путем предоставления интерпретаций, основанных на потенциальных последствиях альтернативных решений и вариантов развития событий/сценариев. Информация также может распространяться через семинары, медицинские журналы, встречи с коллегами и средства массовой информации.

После того, как собранные данные были преобразованы в СИ, они должны регулярно использоваться на встречах и представляться там, где их могут увидеть специалисты и общественность. В результате такого применения СИ, ее качество и удобство использования могут постепенно улучшаться при наличии циклического процесса обучения. Практический опыт может выявить проблемы, определить новые потребности и добавить функции, которые будут уточнены и улучшены в следующем цикле.

Создание информационной архитектуры в качестве общего ресурса на национальном, субнациональном и районном уровнях является важным шагом в совершенствовании информационных практик и обеспечении необходимого высококачественного анализа. Именно результаты такого уровня используются для разработки политик и стратегического планирования. Такой анализ, интерпретация и адвокация не происходят спонтанно. Они требуют форматирования, передачи и распространения фактических данных в формате и на языке, доступном для политиков высокого уровня и лиц, принимающих решения – аспект, который как правило, игнорируется в большинстве информационных систем здравоохранения.

¹⁴ Framework and standards for country health information systems / Health Metrics Network, World Health Organization. – 2nd ed. 2012



Использование стратегической информации для принятия решений

СИ по ВИЧ среди МСМ и транс людей может использоваться на различных уровнях управления системой здравоохранения, планирования, адвокации и разработки политики. Каждый уровень имеет широкий круг пользователей из разных технических дисциплин и профессий с соответствующими словарями и методами общения. Принцип СИ заключается в том, что информация о стране должна стать основной частью повседневного управления планированием и предоставлением услуг в системе здравоохранения. Таким образом, доступ и использование должны быть неотъемлемой частью деятельности, направленной на укрепление информационной системы здравоохранения.

Динамическая взаимосвязь между спросом, предложением и качеством информации должна решаться с учетом культуры, в которой требуется СИ и поощряется ее использование. На практике это потребует создания институциональных механизмов и стимулов для формирования культуры принятия решений на основе доказательной базы. Опыт показывает, что наиболее эффективные механизмы связаны с привязкой данных / информации к фактическому распределению ресурсов (бюджетов) и разработке планирования на основе показателей/индикаторов.

После стадии комплектации и коммуникации СИ должна использоваться для принятия решений. Однако на периферийных уровнях, где данные генерируются и результаты следует использовать для планирования и управления, возможности для анализа данных часто отсутствуют (особенно на уровне сообществ). Сочетание всестороннего анализа ситуации и тенденций в области здравоохранения с данными о ресурсах здравоохранения (таких как расходы на здравоохранение и характеристики системы) является особенно важным. Развитие такого аналитического потенциала требует планирования, инвестиций и инструментов.

Одна из важных функций системы СИ – связать получение данных и их использование. Ответственные за сбор данных также должны получать пользу от их использования. К пользователям относятся те, кто оказывает помощь, управляет и планирует программы здравоохранения. В более широком смысле, к пользователям относятся те, кто финансирует программы здравоохранения и профилактики ВИЧ как внутри (министерства здравоохранения и финансов), так и вне стран (доноры, банки развития и агентства технической поддержки и т. д.). Принятие решений относительно приоритетов системы здравоохранения страны обязательно включает более широкое сообщество (в том числе, гражданское общество и КГ населения, такие как ЛГБТКИ и т. д.), а также чиновников высокого ранга, определяющих политики и процедуры.

Одним из многих преимуществ развития культуры принятия решений на основании имеющейся доказательной базы, является то, что все виды пользователей могут получать пользу от СИ в соответствии со своими потребностями и требованиями. Люди, планирующие программы по ВИЧ и руководители программ, отвечающие за отслеживание эпидемиологических тенденций и ответных действий системы здравоохранения в целом, нуждаются в более подробных данных, чем лица, формирующие политики, которые нуждаются в них для более широкого процесса принятия стратегических решений и инвестиций¹⁵.

¹⁵ Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. WHO. 2015



Руководящие принципы развития системы стратегической информации

Внедрение структуры СИ по ВИЧ должно основываться на ряде общих принципов¹⁶:

Принцип лидерства и ответственности страны

Процесс укрепления страновых систем СИ по ВИЧ должен быть направлен на расширение возможностей стран для проведения широкомасштабных мероприятий по укреплению систем здравоохранения. Поэтому очень важно, чтобы любое конкретное национальное руководство было вовлечено в процесс реализации и руководило им. Роль партнеров будет заключаться в предоставлении гибкой поддержки, информации и руководящих указаний, а также в активном участии в процессе гармонизации СИ, который основывается на опыте стран по всему миру.

Принцип реагирования на потребности и требования страны

Укрепление страновых систем СИ, связанных с ВИЧ, всегда должно начинаться с признания необходимости в этом процессе самой страной. Процесс должен затем сосредоточиться на нуждах пользователей СИ. Важно, чтобы при реализации учитывалось, чего можно достичь в рамках имеющихся ресурсов и возможностей. Комплексное видение СИ должно:

- Предусматривать меры по устранению институциональных и организационных ограничений (включая кадровые и финансовые ресурсы);
- Служить в качестве согласованной основы для международной поддержки в улучшении СИ по ВИЧ;
- Быть достаточно гибким для адаптации ответных мер в ответ на меняющиеся нужды.

Принцип построения/развития на основе существующих инициатив и систем

Везде, где возможно, процесс реализации должен основываться на существующих инициативах, системах и знаниях. Укрепление СИ не должно происходить в вакууме, оно должно быть связано с аналогичными инициативами, особенно национальными и международными стратегиями по развитию статистики. Механизмы координации для процесса укрепления должны использовать любую соответствующую существующую структуру, а первоначальные оценки информационной системы здравоохранения должны опираться на всю имеющуюся информацию.

Принцип построения широкого консенсуса и участия заинтересованных сторон

Достижение широкого консенсуса является важным первым шагом, потому что большая часть данных, необходимых для сектора здравоохранения, генерируется другими секторами, а ресурсы, необходимые для укрепления информационных систем здравоохранения, как правило, поступают из ограниченных национальных бюджетов. Хотя вклад внешних партнеров и доноров изначально важен для активизации действий, страны сами должны поддерживать необходимые долгосрочные инвестиции.

Принцип постепенного и нарастающего процесса с долгосрочным видением

Процесс улучшения СИ лучше всего рассматривать как постепенный и нарастающий процесс. Как правило, более эффективно работать отдельно с каждым конкретным аспектом системы (например, с подсистемой надзора за заболеваниями или для решения конкретных задач (таких как введение показателей/индикаторов, связанных с ВИЧ)). По достижении улучшений, процесс укрепления может определить дальнейший набор приоритетов для действий. Вне зависимости от того, является ли охват узким или широким, долгосрочной целью должна быть сбалансированная и развитая информационная система здравоохранения. Это потребует последовательных долгосрочных инвестиций.

¹⁶ http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/who-hmn-framework-standards-chi.pdf

Деагрегация данных для лучшего программирования

Общее противодействие ВИЧ охватили услугами по ВИЧ миллионы людей. Тем не менее, есть определенные группы населения, такие как МСМ и транс люди, с большим количеством по-прежнему неудовлетворенных потребностей. Мониторинг бремени ВИЧ-инфекции и охвата сопутствующих услуг по возрастным группам, полу и другим характеристикам поможет лучше сфокусировать услуги на тех КГ населения, которые в них больше всего нуждаются, а также контролировать равное покрытие услугами¹⁷.

Деагрегация – это разделение данных на составные части для выявления и выделения различий в совокупности данных. Деагрегация позволяет сфокусировать ответные меры в стране на людях, местах и ситуациях, в которых они будут достигать воздействия. Через регулярные промежутки времени данные должны быть деагрегированы по полу, возрасту, КГ населения и месту проживания (например, на субнациональном уровне или на уровне сайта). Деагрегация данных по индикаторам предоставляет информацию, необходимую для адаптации мер реагирования к конкретной эпидемиологической ситуации и наиболее затронутым группам населения. Разбивка данных особенно важна для направления ответных мер на ВИЧ среди МСМ и транс людей. Этот подход помогает странам стратегически более целенаправленно направлять свои инвестиции и обеспечить охват маргинализированных групп населения или групп населения с повышенным риском заболеваний. Хотя сбор деагрегированных данных по всем показателям неэффективен с точки зрения затрат, рекомендуется разбивать данные по ключевым стратегическим областям. Данные чаще всего деагрегируются по КГ населения и месту проживания, что также было сделано при оценке СИ по ВИЧ среди МСМ и транс людей в регионе ВЕЦА.

Деагрегация по ключевым группам населения

КГ – это группы людей, которые подвержены повышенному риску заражения ВИЧ в условиях эпидемии в связи с определенным поведением. Правовые и социальные барьеры также способствуют их уязвимости. В целом, рискованное поведение и уязвимость КГ и их сетей сильно влияют на динамику всех типов эпидемий ВИЧ.

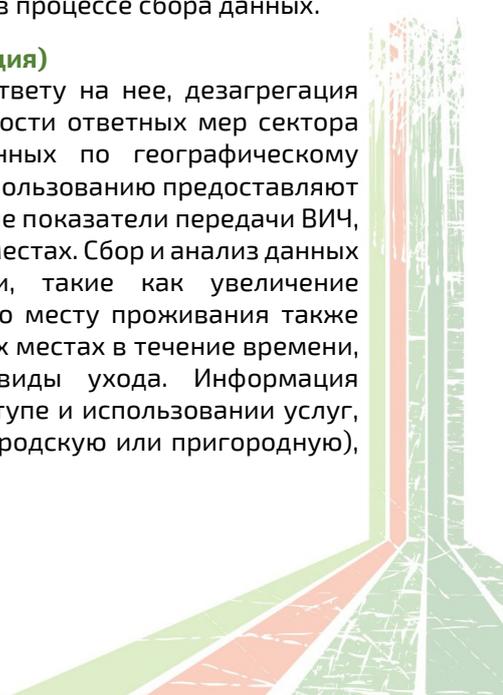
Из-за более высокого риска передачи ВИЧ и наличия барьеров в доступе к услугам по профилактике и уходу, для КГ нужны услуги, адаптированные к их потребностям. Разбивка показателей по КГ позволяет программам отслеживать и оценивать эпидемию и ответные меры для каждой соответствующей группы населения.

СИ о МСМ и транс людях и о ЛЖВ, независимо от того, являются ли они представителями КГ или нет, необходимо надежно собирать и хранить. Нарушение конфиденциальности этой информации может не только поставить под угрозу получение данных в будущем и серьезно подорвать доверие людей к системе медицинского обслуживания, но может даже поставить под угрозу благосостояние людей и их жизнь, если они подвергаются социальной стигме или правовым репрессиям. Таким образом, необходимо приложить максимум усилий для обеспечения конфиденциальности, безопасности и участия КГ в процессе сбора данных.

Деагрегация по месту проживания (Географическая деагрегация)

Чтобы лучше понимать эпидемию и сфокусировать услуги по ответу на нее, деагрегация по месту нахождения имеет решающее значение для эффективности ответных мер сектора здравоохранения на ВИЧ. Сбор, анализ и деагрегация данных по географическому распределению передачи ВИЧ, а также по охвату услугами и их использованию предоставляют ценную информацию для руководителей программ по ВИЧ. Высокие показатели передачи ВИЧ, заболеваемости и смертности часто сосредоточены в конкретных местах. Сбор и анализ данных также должны учитывать новые географические тенденции, такие как увеличение распространенности вдоль маршрута передвижения. Разбивка по месту проживания также позволяет отслеживать доступ и использование услуг в выбранных местах в течение времени, например, услуги по тестированию на ВИЧ или другие виды ухода. Информация о местоположении может выявить возможное неравенство в доступе и использовании услуг, влияющих на КГ или окружающую среду (например, сельскую, городскую или пригородную),

¹⁷ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299491/>



тем самым привлекая большее внимание к недостаточно охваченным услугами сообществам. И наоборот, повышение эффективности программы в определенных местах может выявить инновационные мероприятия по профилактике, уходу и лечению, из которых может извлечь уроки вся программа. Проведение картирований также имело важное значение для сосредоточения аутрич и профилактических услуг в конкретных местах и группах населения.

Конфиденциальность стратегической информации по ключевым группам населения

МСМ и транс люди сталкиваются со значительной стигмой и дискриминацией и часто страдают от карательных мер. Были случаи, когда власти использовали информацию из исследований по картированию для проведения рейдов или арестов среди представителей КГ населения.

Представителей КГ населения обычно очень заботят вопросы надежности и безопасности сбора данных и потому они могут не сразу оценить преимущества участия в мероприятиях по сбору СИ. Привлечение сообществ, организаций на базе сообществ и лидеров к полноценному участию в исследованиях может способствовать росту доверия. В то же время, очень важно обеспечить конфиденциальность. Должны существовать политики и ресурсы для обеспечения конфиденциальности любой информации, содержащей персональные данные, в том числе медицинских карт пациентов. Со стороны властей должны быть обязательства и законодательные положения, запрещающие использование таких данных в каких-либо целях, кроме улучшения услуг. Сотрудники, ответственные за сбор и хранение данных, должны пройти соответствующую подготовку по защите конфиденциальности. Данные, которые не могут быть должным образом защищены, не должны собираться. Данные по КГ необходимы для эффективных программных активностей, проводимых среди этих групп населения. В то же время конфиденциальность и безопасность являются ключевым моментом, и об этом следует постоянно помнить при сборе и использовании таких данных¹⁸.

Обзор источников стратегической информации о ВИЧ среди геев и других МСМ и транс людей

Данные мониторинга пациента: извлекаются из индивидуальных записей о пациенте/карточки пациента. Данные вводятся в электронные базы данных или в бумажные формы, передаются в письменные регистры и агрегируются в стандартные формы отчетности. Включает данные из лабораторных и аптечных записей.

Данные из отчетов по случаям: из рутинного надзора основаны на недавно диагностированных случаях ВИЧ, отчеты о которых центральным органам здравоохранения предоставляются медицинскими учреждениями и провайдерами, предпочтительно в форме индивидуальных электронных записей с ключевой информацией (возраст, пол, путь передачи, количество CD4 и вирусная нагрузка при постановке диагноза).

Данные аутрич-работы: основаны на записях, которые ведут НПО, проводящие аутрич-работу и / или аутрич-работники, которые могут или не могут быть связаны с учреждением, по обучению МСМ и транс людей методом равный равному, тестированию на ВИЧ или по направлению на тестирование) и по связи с уходом.

Данные из систем финансирования и здравоохранения: бюджеты, финансовые отчеты, счета здравоохранения, национальные расходы на СПИД, данные системы закупок и снабжения, данные о человеческих ресурсах и основных политиках по ВИЧ, профилактике, лечению и уходу.

Интегрированные био-поведенческие исследования (IBBS) среди МСМ и транс людей.

¹⁸ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf?sequence=1

Данные дозорного эпиднадзора, собранные в течение определенного промежутка времени на дозорных сайтах.

Минимальный набор индикаторов/данных для получения высококачественной СИ в странах.

Задокументированные кейсы по адвокационным действиям/кампаниям.

Данные мониторинга/ведения пациента

Информационные системы учреждения регулярно собирают данные о клиническом ведении отдельных пациентов. Все медицинские учреждения, предоставляющие услуги ЛЖВ, должны регулярно собирать минимальный набор данных для обеспечения непрерывности ухода и мониторинга качества предоставляемой клинической помощи. Оценка эффективности работы на уровне учреждения позволяет своевременно принимать корректирующие меры по мере необходимости. Кроме того, ключевые данные (без идентификационной информации пациентов) периодически сообщаются (например, ежеквартально) субнациональным и национальным структурам управления программ.

Записи о пациентах бывают в разных формах, в зависимости от страны и типа учреждения. Иногда медицинские работники вводят информацию о пациенте непосредственно в компьютерную базу данных. Чаще медицинские работники записывают информацию о клиническом ведении в медицинские истории пациентов; эта информация впоследствии обобщается и заносится в электронную базу данных или бумажный реестр для целей мониторинга. В бумажных системах данные агрегируются на уровне учреждения из бумажных регистров и передаются на районный или областной уровень для ввода данных в национальную базу данных.

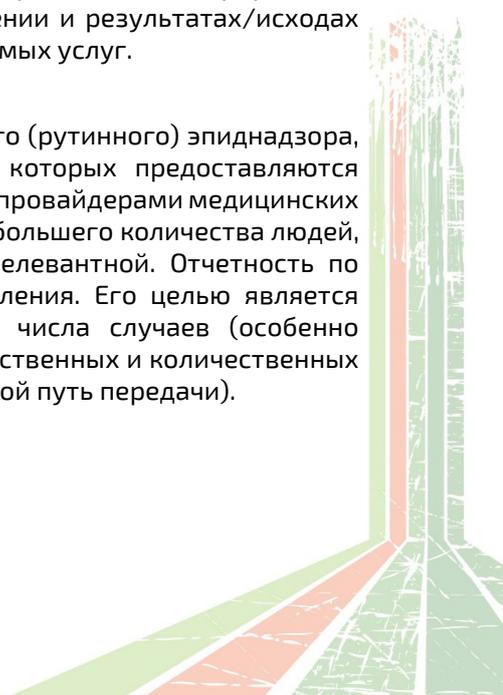
Система мониторинга пациента может генерировать как кросс-секционные, так и когортные данные:

- Использование услуг: характеристики клиентов (демографические и исходные данные) и процент соответствующих критериям пациентов, которые получали различные виды услуг;
- Удержание в каскаде услуг по ВИЧ: процент и характеристики людей, удерживающихся на каждом этапе, или переходящихся от одного этапа к другому в каскаде ухода и лечения;
- Клинико-иммунологические показатели: например, уровни CD4, клинический прогресс, схемы лечения;
- Исходы лечения ВИЧ: например, процент выживаемости, подавления вирусной активности и т. д.

Система регулярного мониторинга предоставляет данные для повышения качества ухода за пациентами и менеджмента сервисов учреждения, а также для удовлетворения требований национальной отчетности. Электронные системы данных могут также поддерживать центральную базу анонимных данных на индивидуальном уровне, которые могут использоваться для оценки ответных действий сектора здравоохранения и генерирования сводных статистических данных на уровне населения о потреблении и результатах/исходах лечения, а также для оценки качества и воздействия предоставляемых услуг.

Отчетность по случаям

Отчетность по случаям ВИЧ-инфекции является формой пассивного (рутинного) эпиднадзора, основанного на новых диагностированных случаях, отчеты о которых предоставляются на центральный уровень медицинскими учреждениями, врачами и провайдерами медицинских услуг. По мере развития эпидемии ВИЧ-инфекции и тестирования большего количества людей, отчетность о случаях ВИЧ становится все более обширной и релевантной. Отчетность по случаям ВИЧ является компонентом эпиднадзора второго поколения. Его целью является выявление любого скачка или иного необычного увеличения числа случаев (особенно в районах с низкой распространенностью); и предоставление качественных и количественных данных о распространении эпидемии (кто заражен, где и через какой путь передачи).



Данные из аутрич-работы

Аутрич-данные основаны на записях, которые ведут НПО и / или аутрич-работники, которые могут быть связаны или не связаны с учреждением. В зависимости от местной политики, законов и практики, НПО / сообщества могут предоставлять услуги по тестированию на ВИЧ (или направления на тестирование), предлагать обучение и поддержку по методу равный равному и обеспечивать последующее наблюдение и связь для включения в уход, что очень важно для КГ (МСМ и транс людей), которой они предоставляют услуги. Их записи предоставляют важную информацию о связи между медицинскими учреждениями и сообществами.

Реестры НПО по аутрич-работе среди сообщества могут включать данные о МСМ и транс людях, в том числе по охвату услугами профилактики ВИЧ, направлениям на тестирование на ВИЧ и последующее наблюдение за лечением. Записи НПО по аутрич-работе среди сообщества могут также служить основой для оценки численности КГ и способствовать определению структуры выборки для исследований по оценке охвата лечением и исходов лечения среди КГ или других групп населения. Записи медицинских работников и аутрич-работников сообщества включают данные о количестве людей в сообществе, которые получают АРВ-терапию.

Для управления данными должна быть установлена формальная связь между медицинскими учреждениями, программами НПО по аутрич-работе и сообществами в данной области. Эта связь должна включать процедуры учета регистрации, отчетности и направления, а также средства учета и передачи ключевой информации, обеспечивая при этом конфиденциальность как внутри, так и за пределами медицинских учреждений.

Источники данных по финансам

Данные о расходах на здравоохранение собираются на национальном уровне, а также для отчетности на международном уровне. Чтобы понять контекст финансирования, важно описать весь поток средств из источника к тем, кто решает, как потратить средства, к тем, кто получает эти средства и предоставляет помощь/уход, и, в конечном счёте, к тем, кто получает помощь/уход. Данные о расходах на здравоохранение также могут описывать, что было приобретено за счет средств (например, заработная плата, товары) и для каких целей (например, профилактические, лечебные).

В настоящее время существуют две системы международных стандартов для отслеживания расходов на здравоохранение по функциям или категориям расходов, по бенефициарам и источникам финансирования: Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС – NASA) и система счетов по здравоохранению (ССЗ – SHA)¹⁹. В странах эти системы предоставляют самую полную информацию о ВИЧ и общих расходах на здравоохранение.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) совместно с Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР / OECD) и Евростатом выпустили глобальные стандарты отчетности о расходах на здравоохранение, Систему счетов здравоохранения 2011 (SHA 2011)²⁰. SHA 2011 позволяет сопоставлять расходы как внутри страны, так и между странами по годам. SHA 2011 рекомендует, чтобы расходы на здравоохранение были полностью распределены по бенефициарам и дезагрегированы по заболеваниям (например, ВИЧ), возрасту, полу и месту проживания. Полная дезагрегация может описать сравнительное перераспределение расходов по болезням, например, расходы на ВИЧ в процентах от текущих или капитальных расходов на здравоохранение, что обеспечивает большую техническую точность, поскольку стандартизирует распределение совместных расходов, таких как расходы на оказание медицинских услуг на уровне учреждения.

Предоставление АРВ-терапии и профилактики среди КГ являются двумя важными компонентами, где необходимо достаточное, стабильное и предсказуемое финансирование. Для определения этого учитываются:

- Уровень ресурсов, мобилизованных национальным ответом (стандартизированный, для сравнения, по числу ЛЖВ);
- Доля расходов на здравоохранение, выделяемая на медицинские услуги по ВИЧ (распределенная по источникам финансирования);
- Доля и составляющие расходов на профилактику ВИЧ;

¹⁹ http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/NASA_Guide_to_Produce_NASA.pdf

²⁰ <http://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>

- **Общественный вклад страны в расходы по ВИЧ, включая текущую ситуацию и прошлые тенденции.**

Опросы общего населения

С развитием технологий тестирования в последнее десятилетие многие страны включили тестирование на ВИЧ в национальные репрезентативные исследования, такие как Национальное популяционное исследование по вопросам здоровья (DHS), которое включает вопросы о населении, здоровье, ВИЧ и питании, или опрос по индикаторам СПИДа (AIS), который собирает только данные о ВИЧ. Эти опросы среди домашних хозяйств, как правило, проводятся каждые пять лет и ориентированы на население в целом (хотя иногда они могут проводиться только в определенных возрастных или гендерных группах). Кроме данных по тестированию на ВИЧ от респондентов собирается информация о рискованном поведении, об использовании услуг, знаниях и / или отношении к стигме и дискриминации в связи с ВИЧ, доступности услуг и о других переменных. Недавно в эти исследования были включены показатели заболеваемости ВИЧ, количества CD4, вирусной нагрузки или антиретровирусного тестирования. Опросы дают срез состояния показателей, связанных с ВИЧ, в репрезентативной выборке населения. Результаты могут быть использованы для планирования программ, в частности, для выявления пробелов в услугах и областях, на которые следует выделить дополнительные ресурсы. При совместном анализе в качестве набора показателей данные о знаниях, отношении, поведении и распространенности ВИЧ дают представление о взаимосвязях между этими переменными, которые могут быть также изучены в научных и оценочных исследованиях. Когда опросы повторяются в течение времени, можно анализировать прогресс в достижении страновых и глобальных целей. Их также можно использовать вместе с другими источниками данных для определения эффективности общего ответа на ВИЧ и / или его компонентов, а также для выявления областей, нуждающихся в улучшении. Кроме того, они могут предоставить оценки уровней CD4, заболеваемости ВИЧ и числа людей, получающих АРВ-терапию.

Опросы среди МСМ и транс людей

Оценочные численности ключевых групп населения (МСМ и транс люди)

КГ имеют решающее значение для динамики эпидемии ВИЧ. Оценка численности (ОЧ) МСМ и транс групп населения важна для обеспечения адекватности услуг.

В дополнение к определению приоритетов в распределении ресурсов программы, оценки размера МСМ и транс населения могут также использоваться в целях адвокации. Например, информация о КГ помогает обосновать запросы на увеличение ресурсов, внимания и расстановки приоритетов для этих групп. ОЧ группы населения также предоставляет важные знаменатели для расчета ряда показателей МиО. Методы ОЧ включают перепись и подсчет, программное картирование, захват и повторный захват, метод множителя и метод наращивания сетей (network scale-up, NSUM). В последние годы также были предложены и использованы новые подходы, в том числе «мудрость толпы» и метод «доверенного лица». Большинство методов требуют опросов, таких как IBBS. Рабочая группа ЮНЭЙДС / ВОЗ по глобальному эпиднадзору разработала руководство для проведения оценок численности населения²¹.

Различные методы часто выдают разные оценки. Поэтому использование нескольких методов может быть полезно для понимания чувствительности оценок. Оценки следует округлить до ближайших 100 или 1000, поскольку это ориентировочные данные. Кроме того, необходимо учитывать географическую достоверность данных, а также то, как данные, собранные на относительно небольших территориях, можно экстраполировать на более крупные административные территории, вплоть до национального уровня. Страны могут провести встречу заинтересованных сторон с участием представителей КГ, чтобы рассмотреть результаты различных оценок и принять приемлимое решение относительно согласованной между сторонами оценочной численности для расширения услуг для КГ. Поскольку ОЧ групп населения не меняется кардинально из года в год, процесс можно проводить с интервалом от трех до пяти лет.

²¹ http://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf

Интегрированное био-поведенческое исследование среди МСМ и транс людей

Для получения репрезентативных данных о серопревалентности, рискованном поведении, а также о предоставлении услуг и их использовании необходимы интегрированные био-поведенческие эпиднадзорные исследования среди КГ. IBBS особенно важны в странах, где национальные стратегии направлены на КГ. Даже при генерализованных эпидемиях КГ, включая МСМ и транс людей, могут внести значительный вклад в бремя ВИЧ, поскольку их распространенность и заболеваемость могут быть в несколько раз выше, чем среди общего населения. Данные IBBS предоставляют информацию о бремени болезней и потребностей в лечении среди КГ, а также служат обоснованием для решений по распределению ресурсов и определению приоритетов в программах по ВИЧ.

При проведении опросов среди МСМ и транс людей высокая мобильность, стигматизация и поведение, которые являются незаконными во многих странах, затрудняют формирование репрезентативной выборки. Возникает необходимость в специальных методах формирования выборочной совокупности (наиболее часто используются выборка по времени и месту (TLS) и выборка, формируемая и направляемая респондентами (RDS)), что делает IBBS дорогостоящим исследованием.

Из-за стоимости IBBS обычно проводятся в выбранных сайтах с интервалом от двух до трех лет. Как правило, IBBS проводят обученные специалисты по сбору данных или специалисты по оценке. Исследование IBBS должно быть тщательно спланировано и включено в национальный план мониторинга и оценки (план МиО). Участие на местном уровне и участие сообществ гарантируют, что результаты опроса будут уместны и используются в полной мере.

Дозорный эпиднадзор

Протоколы могут быть разными, но, как правило, дозорный эпиднадзор – это ежегодное или раз в два года исследование серопревалентности, проводимое на определенных сайтах среди определенных групп населения. Методы дозорного эпиднадзора были разработаны на ранних этапах глобального ответа на ВИЧ для отслеживания тенденций и масштабов распространенности ВИЧ среди ключевых групп населения. Большинство стран используют какой-либо тип системы дозорного эпиднадзора в качестве основного компонента своей системы эпиднадзора за ВИЧ второго поколения.

Данные эпиднадзора являются основой для периодических оценок и прогнозов по числу ЛЖВ. Эти оценочные числа затем используются в качестве знаменателя населения для ряда показателей, в том числе для мониторинга каскада услуг. Дозорный эпиднадзор не предназначен для диагностики лиц и направления их на лечение. Тестирование на ВИЧ и консультирование должны предлагаться независимо от процедур эпиднадзора.

Дозорный эпиднадзор проводится регулярно, его частота во многом определяется охваченной группой населения и используемыми методами. Число включенных сайтов и групп населения основывается на характеристиках эпидемии, степени ее тяжести и разнообразия, а чаще всего на имеющихся ресурсах и возможности регулярных исследований по серопревалентности. Наиболее часто исследования проводятся среди КГ населения. Для обеспечения качества и анализа тенденций серологический надзор должен следовать устоявшимся процедурам, которые соответствуют стандартам лучших практик и полностью задокументированы. С 2000 года стратегия эпиднадзора второго поколения поддерживает адаптацию системы эпиднадзора к эпидемиологическим характеристикам страны²². Это подразумевает:

- Сосредоточение ресурсов эпиднадзора там, где они будут производить наиболее необходимую и надежную информацию;
- Сосредоточение сбора данных среди КГ, считающихся наиболее подверженными риску инфицирования ВИЧ;
- Усиление информационных систем для мониторинга тенденций распространенности ВИЧ-инфекции, сексуального поведения и поведения, связанного с употреблением наркотиков, а также влияния проводимых мероприятий;
- Эффективное использование других существующих источников информации для более полного понимания эпидемии ВИЧ.

²² Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. WHO.2013

Задокументированные кейсы адвокационной деятельности

Основным элементом укрепления сообщества является создание благоприятных условий для адвокации за усовершенствование политик, правовой и управленческой среды и воздействия на социальные детерминанты здоровья. Процессы расширения возможностей сообщества выходят за пределы самого сообщества, чтобы воздействовать на политику и создавать благоприятные условия посредством адвокации. Адвокация – то, как права реализуются и уважаются, она является следствием наличия сильных сообществ, осознающих свои права и возможности. Адвокация включает в себя организацию сообщества, обучение людей, формулирующих политики, повышение общественной осведомленности, документирование жизненного опыта членов сообщества, обучение, демонстрации, судопроизводство и лоббирование. Адвокация может привести к существенным изменениям в законодательстве, политиках, финансировании, расходах на лечение и доступе к услугам по ВИЧ²³.

Возможности/потенциал стратегической информации

Анализ и использование данных зависят от эффективной системы СИ, которая, в свою очередь, требует функциональных возможностей во многих областях. Технические элементы системы СИ по ВИЧ (например, получение данных из нескольких источников, системы управления данными, опросы и надзор, оценка и исследования) не могут эффективно функционировать без поддержки организационных структур и процессов, включая человеческие ресурсы, скоординированное планирование и управление системой МиО и адекватное финансирование. Программы должны иметь план анализа и синтеза данных с распределением ролей и обязанностей, четким и прозрачным использованием аналитических методов, годовым отчетом о прогрессе и результатах по отношению к целям и задачам, а также качественными данными, доступными на субнациональных уровнях. Кроме того, качество данных должно регулярно контролироваться.

Другим ключевым аспектом потенциала СИ является регулярное и эффективное распространение данных и коммуникация. Индикаторы для национальной и глобальной отчетности должны составляться своевременно, а механизм обратной связи должен действовать на всех уровнях. Должно иметься хранилище данных с эффективным механизмом обмена данными, чтобы обеспечить публичный доступ к данным и отчетам.

Управление функциями СИ требует адекватного уровня персонала на всех уровнях, обученного методам управления и анализа данных. Это включает в себя²⁴:

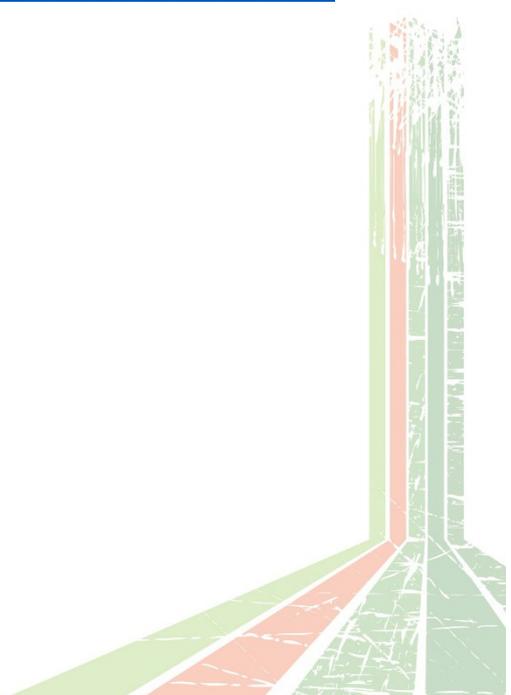
- Обеспечение выделенным персоналом (с неполной или полной занятостью) на различных уровнях: от операторов данных в учреждениях до специалистов по МиО и менеджменту на национальном уровне.
- Требования к работе, которые четко определяют виды персонала, необходимого на разных уровнях (в зависимости от их функций) и в разных видах учреждений.
- Обеспечение сотрудников по СИ навыками для выполнения своих функций, от сбора данных, ввода и управления до аналитических навыков. Ожидания должны быть четко сформулированы, а сотрудникам необходима соответствующая поддержка для профессионального развития.
- Тренинг для заинтересованных сторон на всех уровнях по интерпретации и использованию данных для принятия решений на основе доказательной базы.

²³ https://www.theglobalfund.org/media/6428/core_css_framework_en.pdf?u=636679305320000000

²⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164716/9789241508759_eng.pdf;jsessionid=6E1B7AB1E3162D4A9725955BB57D087A?sequence=1

Ссылки

1. Framework and standards for country health information systems / Health Metrics Network, World Health Organization. – 2nd ed. 2012.
2. Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans people in Armenia, Belarus, Georgia, Kyrgyzstan, and Macedonia. 2017
3. Assessment of Existing Strategic Information on HIV among MSM and Trans people in Estonia. 2018
4. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV and STI prevention among men who have sex with men. Stockholm: ECDC; 2015
5. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. WHO. 2015
6. UNGASS. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Guidelines on Construction of Core Indicators. 2008 Reporting. Geneva: UNAIDS, April 2007
7. https://hivdata.dhsprogram.com/ind_detl.cfm?ind_id=90&prog_area_id=15
8. http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_InformationSystems.pdf
9. Prevention gap report. UNAIDS. 2016.
10. UNAIDS RST EECA, Presentation “HIV epidemic in EECA region” at the Regional Consultation on the Integration of Human Rights in National HIV Plans. Yerevan, March 2015
11. <http://ecom.ngo/hiv-among-msm-in-eeca/>
12. Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV. UNAIDS. WHO.2010
13. Guidelines for Second Generation HIV Surveillance. WHO.2013
14. Assessing the National Health Information System: An Assessment Tool. WHO. 2008.
15. GFATM. Community Systems Strengthening Framework Revised edition, February 2014
16. http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/NASA_Guide_to_Produce_NASA.pdf
17. <http://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm>
18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK299491/>



Приложение. Инструмент оценки стратегической информации

Оценка существующей стратегической информации о ВИЧ среди МСМ и транс людей в Армении, Беларуси, Грузии, Кыргызстане и Македонии. 2017 г.)

Пожалуйста, внимательно прочитайте вопросы каждого раздела. Сделайте необходимые заметки и предоставьте ссылки, если таковые есть, по каждому разделу. В конце каждого раздела есть шкальный инструмент / таблица оценки (см. Инструкции ниже).

Оценка численности

Проводилась ли оценка численности группы МСМ?

- Если да, когда (год) была последняя оценка?
- Если да, каково оценочное число по стране?
- Если да, какая методология использовалась для получения оценочной численности?
- Если да, пожалуйста, предоставьте оценочные числа популяции МСМ по городам / сайтам (если доступно)
- Если да, какие были ограничения в исследовании?
- Если нет, какие основные причины или барьеры?
- Если нет, планируется ли какая –либо оценка численности в ближайшем будущем? Кем она будет проводиться? Имеется ли финансирование?

Проводилась ли оценка численности группы транс людей?

- Если да, каково оценочное число транс мужчин? (если есть)
- Если да, каково оценочное число транс женщин? (если есть)
- Если да, когда (год) была последняя оценка?
- Если да, каково оценочное число по стране?
- Если да, какая методология использовалась для получения оценочной численности?
- Если да, пожалуйста, предоставьте оценочные числа популяции МСМ по городам / сайтам (если доступно)
- Если да, какие были ограничения в исследовании?
- Если нет, какие основные причины или барьеры?
- Если нет, планируется ли какая –либо оценка численности в ближайшем будущем? Кем она будет проводиться? Имеется ли финансирование?

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент ниже. В столбце **«Характеристики»** указана информация, которая будет оценена. В столбце **«Оценка»** необходимо выбрать оценку 0 или 1. Если ответ «да», оценка 1. Если ответ «нет», оценка 0. В столбце **«Предоставленные ссылки»** укажите ссылки, которые обосновывают ваши оценки. В столбце **«Комментарии»** сделайте необходимые комментарии, чтобы обосновать или объяснить свои оценки.

Оценка данных по численности МСМ популяции

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне <i>Если данных нет и оценка 0, пропустите всю таблицу и перейдите к следующей таблице оценок.</i>			
Существующие данные надежные <i>Надежность означает, что данные поступают из статистически достоверного исследования.</i>			
Данные актуальны <i>Данные обновляются регулярно, раз в 2-3 года</i>			
Данные используются правительством <i>Соответствующие данные отображаются и / или используются в национальных планах и / или государственных программах</i>			
Данные используются НПО и сообществом <i>Соответствующие данные используются для фандрайзинга, планирования проекта и / или адвокации</i>			
Существуют данные по городам/регионам <i>Сегрегированные данные существуют на городском / региональном уровне внутри страны</i>			
Общая оценка			

Оценка данных по оценке численности транс людей

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Использование презервативов

Какое число МСМ сообщили о том, что презерватив использовался во время последнего анального секса?

Какое количество транс-мужчин и транс-женщин, которые сообщили, что при последнем анальном сексе использовался презерватив?

- Из каких источники рассчитывается это число (исследование IBBS, данные дозорного эпиднадзора и т. д.)? Пожалуйста, предоставьте ссылки, если таковые имеются.
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?

Каково количество МСМ, которые сообщили, что имели анальный секс с партнером-мужчиной за последние шесть месяцев?

Каково количество транс-мужчин и транс-женщин, которые сообщили, что имели анальный секс с партнером-мужчиной за последние шесть месяцев?

- Из каких источников рассчитывается это число (исследование IBBS, данные дозорного эпиднадзора и т. д.)? Пожалуйста, предоставьте ссылки, если таковые имеются.
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.

Оценка данных по использованию презервативов среди МСМ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Оценка данных по использованию презервативов среди транс людей

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Распространенность

Какова распространенность ВИЧ среди MSM?

- Из каких источников рассчитывается распространенность ВИЧ (исследование IBBS, данные дозорного эпиднадзора и т. д.)? / Пожалуйста, предоставьте ссылки, если таковые имеются.
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?

Какова распространность ВИЧ среди транс людей?

- Из каких источников рассчитывается распространенность ВИЧ (исследование IBBS, данные дозорного эпиднадзора и т. д.)? Пожалуйста, предоставьте ссылки, если таковые имеются.
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?

Какова заболеваемость ВИЧ среди MSM?

- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?
- Наблюдались ли значительные изменения в заболеваемости за последние годы? Существуют ли вероятные/возможные причины для этого? (Рассмотрите,

пожалуйста, увеличился ли либо уменьшился доступ к тестированию, тем самым создавая впечатление, что эпидемия меняется, когда фактически это изменение в доступе к диагностике.)

Какова заболеваемость ВИЧ среди транс людей?

- Если дезагрегированные данные недоступны, существуют ли ориентировочные или расчетные числа?
- Имеются ли существенные различия внутри страны (по городам или регионам), о которых следует знать?
- Имеются ли существенные заметные ограничения в текущих данных или в методологиях по сбору данных?
- Наблюдалась ли значительные изменения в заболеваемости за последние годы? Существуют ли вероятные/возможные причины для этого? (Рассмотрите, пожалуйста, увеличился ли либо уменьшился доступ к тестированию, тем самым создавая впечатление, что эпидемия меняется, когда фактически это изменение в доступе к диагностике.)

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.

Оценка данных по распространенности ВИЧ среди МСМ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Оценка данных по распространенности ВИЧ среди транс людей

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Предоставление услуг

Какой процент МСМ, по оценкам, регулярно покрывается базовыми услугами по профилактике ВИЧ на национальном уровне?

- Какой процент МСМ, по оценкам, регулярно охватывается базовыми услугами по профилактике ВИЧ на уровне города (если есть)?
- Каковы видимые недостатки в доступных данных об охвате (например, в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE- оценки численности)?
- Пожалуйста, предоставьте информацию о том, что включает базовый пакет услуг.
- Описываются ли / упоминаются ли лучшие/худшие практики в сфере предоставления услуг?

Какой процент МСМ по оценочным данным охвачен регулярным тестированием на ВИЧ на национальном уровне?

Какой процент МСМ по оценочным данным охвачен регулярным тестированием на ВИЧ на уровне городов (если имеются данные)?

- Каковы видимые недостатки в существующих данных по охвату (напр. в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE)?

Какой процент ЛЖВ-МСМ на национальном уровне в настоящее время находится на АРВ терапии? На уровне города (если есть)? Каковы видимые недостатки в существующих данных по охвату (напр. в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE)?

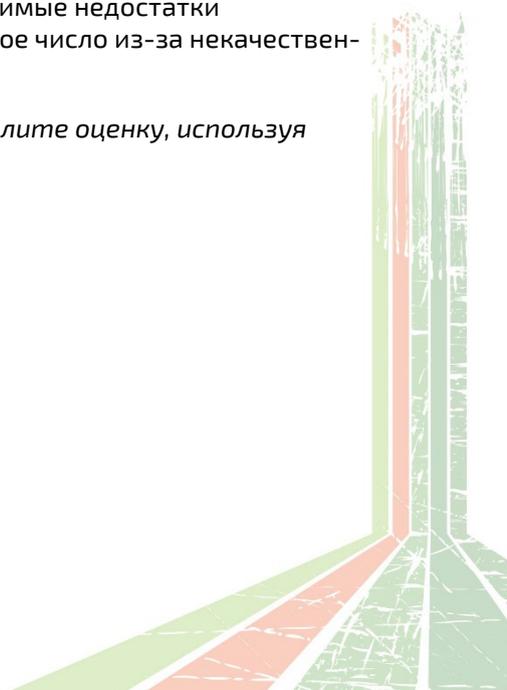
Какой процент транс людей на национальном уровне регулярно охвачен базовыми услугами по профилактике ВИЧ?

- Каковы видимые недостатки в существующих данных по охвату (напр. в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE)?
- Пожалуйста, предоставьте информацию о том, что включает базовый пакет услуг.
- Описываются ли / упоминаются ли лучшие/худшие практики в сфере предоставления услуг?

Какой процент транс людей по оценочным данным охвачен регулярным тестированием на ВИЧ на национальном уровне? Какой процент транс людей по оценочным данным охвачен регулярным тестированием на ВИЧ на уровне городов (если имеются данные)? Каковы видимые недостатки в существующих данных по охвату (напр. в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE)?

Какой процент транс ЛЖВ на национальном уровне в настоящее время находится на АРВ терапии? На уровне городов (если имеются данные)? Каковы видимые недостатки в существующих данных по охвату (напр. в знаменателе маленькое число из-за некачественного IBBS / PSE)?

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.



Оценка данных по охвату МСМ услугами по профилактике ВИЧ (базовый пакет)

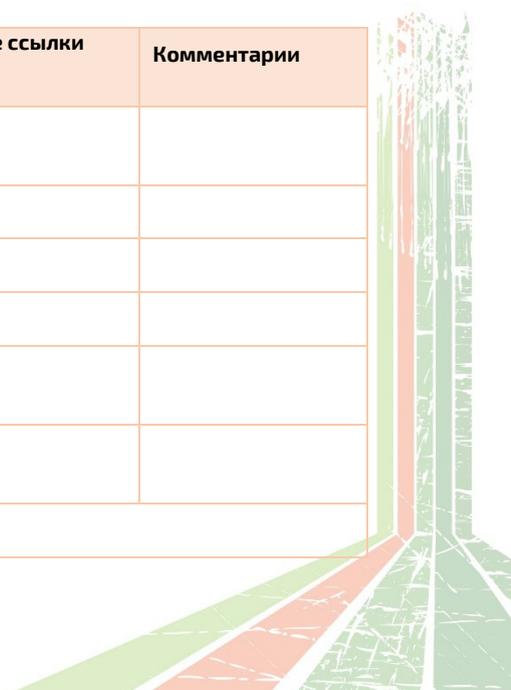
Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
<i>Общая оценка</i>			

Оценка данных по охвату услугами профилактики ВИЧ среди транс людей (базовый пакет)

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
<i>Общая оценка</i>			

Оценка данных по охвату МСМ тестированием на ВИЧ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
<i>Общая оценка</i>			



Оценка данных по охвату транс людей тестированием на ВИЧ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Ответ сообщества / участие сообщества в ответе

В каких областях предоставления услуг участвуют организации МСМ сообщества, группы или активисты сообществ?

- *предоставление презервативов и смазок*
- *профилактика, обучение и консультирование по ВИЧ*
- *тестирование*
- *психологическая и социальная поддержка людям, инфицированным ВИЧ*
- *поддержка приверженности АРВ терапии*
- *Другое: пожалуйста, опишите*

Существуют ли ограничения на участие этих организаций в предоставлении определенных услуг, необходимых для противодействия эпидемии ВИЧ в сообществе (например, тестирование на ВИЧ на базе сообщества)? Если да, пожалуйста, опишите.

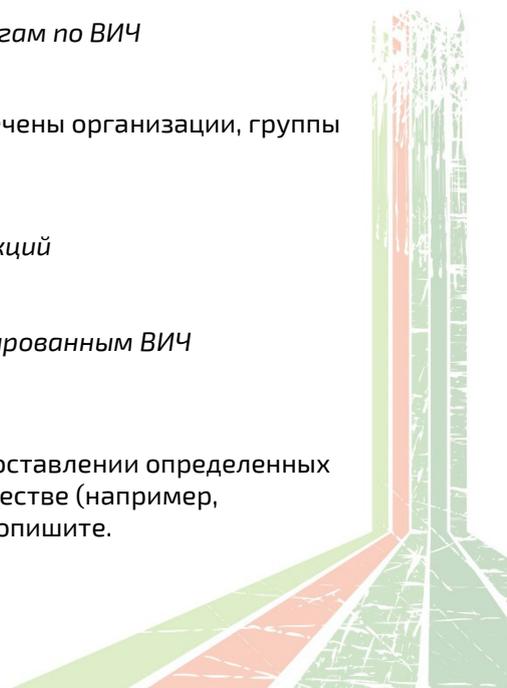
В каких еще областях противодействия ВИЧ участвуют организации, возглавляемые МСМ, группы или активисты сообществ?

- *мониторинг доступа к услугам по ВИЧ и качества услуг*
- *мониторинг правонарушений на почве СОГИ*
- *адвокация, направленная на обеспечение доступа к услугам по ВИЧ*
- *адвокация, направленная на обеспечение защиты прав*

В каких областях предоставления услуг в настоящее время вовлечены организации, группы и активисты из транс людей?

- *предоставление презервативов и смазок*
- *предоставление инструментария для безопасных инъекций*
- *консультирование по ВИЧ*
- *тестирование*
- *психологическая и социальная поддержка людям, инфицированным ВИЧ*
- *поддержка приверженности АРВ терапии*
- *Другое: пожалуйста, опишите*

Существуют ли ограничения на участие этих организаций в предоставлении определенных услуг, необходимых для противодействия эпидемии ВИЧ в сообществе (например, тестирование на ВИЧ на базе сообщества)? Если да, пожалуйста, опишите.



В каких еще областях противодействия ВИЧ участвуют организации, возглавляемые транс людьми, группы или активисты из транс сообщества?

- мониторинг доступа к услугам по ВИЧ и качества услуг
- мониторинг правонарушений на почве СОГИ
- адвокация, направленная на обеспечение доступа к услугам по ВИЧ
- адвокация, направленная на обеспечение защиты прав

В каких других областях исследований в настоящее время вовлечены организации, возглавляемые МСМ, группы и активисты сообществ?

- Планирование исследования/опрос
- Осуществление/проведение исследования/опроса
- Анализ данных
- Другое: пожалуйста, уточните

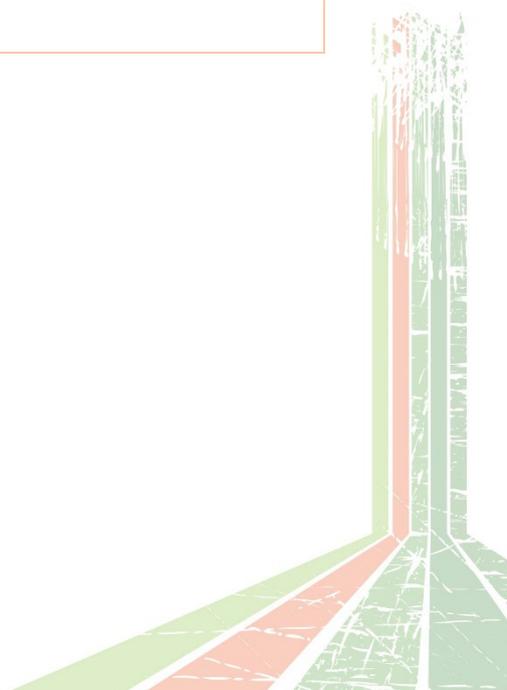
В каких других областях исследований в настоящее время вовлечены организации, возглавляемые транс людьми, группы и активисты из транс сообщества?

- Планирование исследования / опрос
- Осуществление / проведение исследования / опроса
- Анализ данных
- Другое: пожалуйста, уточните

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.

Оценка данных о вовлеченности МСМ в предоставление услуг по профилактике ВИЧ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			



Оценка данных о вовлеченности транс людей в предоставление услуг по профилактике ВИЧ

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Существуют данные на национальном уровне			
Существующие данные надежные			
Данные актуальны			
Данные используются правительством			
Данные используются НПО и сообществом			
Существуют данные по городам/регионам			
Общая оценка			

Охват адвокацией / адвокационными мероприятиями

За последние 3 года какие адвокационные кампании или мероприятия были проведены ЛГБТИ сообществом с целью расширения доступа к услугам по ВИЧ и / или защиты прав человека в контексте эпидемии ВИЧ? Пожалуйста, опишите следующие пункты для каждой кампании или набора мероприятий:

- Была ли эта кампания общенациональной и / или проводилась на уровне областей / муниципальных сайтах?
- Включала ли она конкретно транс-проблемы, или была в основном сфокусирована на проблемах МСМ?
- Была ли она сфокусирована на правах ЛГБТ и / или доступе к услугам по ВИЧ для ЛГБТ-сообществ?
- Было ли в ней задействовано много членов местного сообщества или оно проводилось в основном опытными представителями / адвокатами из сообщества?
- Включала ли она документирование случаев дискриминации / нарушений прав человека?
- Включала ли она стратегическое судопроизводство?
- Какие были целевые группы кампании: правительственные и / или муниципальные администрации; сотрудники полиции и офицеры; медицинские специалисты; другие?
- Каковы были основные результаты (если таковые имеются)? (Например, расширение охвата услугами, увеличение финансирования и т. д.)
- Каковы были основные затруднения / проблемы?
- Описаны лучшие / худшие практики в адвокации для МСМ и транс людей? Если да, укажите ссылку.
- Каковы основные неудовлетворенные потребности в плане адвокации по проблемам здоровья ЛГБТ? Другими словами, какие кампании или мероприятия действительно необходимо предпринять, которые еще не проводились? Пожалуйста, опишите.

Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.

Оценка данных об адвокации среди МСМ и трансгендеров

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Адвокационная кампания сфокусирована только на МСМ			
Адвокационная кампания по МСМ и транс сообществам			
Процесс адвокационной кампании хорошо задокументирован <i>Процесс, участники и результаты кампании описаны и представлены в отчете</i>			
НПО на базе сообщества или активисты сообществ были вовлечены в адвокационную деятельность <i>Представители МСМ и транс-сообщества принимали участие в совещаниях по политическому диалогу или в адвокационной кампании</i>			
Правительственный сектор был вовлечен в адвокационную деятельность <i>Представители правительства принимали участие в заседаниях по политическому диалогу или в адвокационной кампании</i>			
Общая оценка			

Исследования и стратегическая информация

Какие исследования и/ или опросы в отношении МСМ и / или транс-сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ / СПИД, гепатит С, ИППП и права человека, проводились за последние 3 года? Пожалуйста, назовите исследования и предоставьте ссылки / ссылки.

Какие исследования и/ или опросы в отношении МСМ и / или транс-сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ / СПИД, гепатит С, ИППП и права человека, планируется провести в течение последующих 3 лет? Пожалуйста, назовите исследования и предоставьте ссылки / ссылки.

Использует ли Министерство здравоохранения или другие соответствующие национальные и / или муниципальные структуры рекомендации ВОЗ или другие международные рекомендации, касающиеся сексуальности, гендера, психического здоровья и профилактики и лечения ВИЧ / ИППП / вирусных гепатитов? Если да, то в каких областях? (Пожалуйста, опишите).

Использует ли Министерство здравоохранения или другие соответствующие национальные и / или муниципальные структуры результаты исследований и стратегическую информацию при планировании программ профилактики ВИЧ и / или лечения? Если да, пожалуйста, опишите.

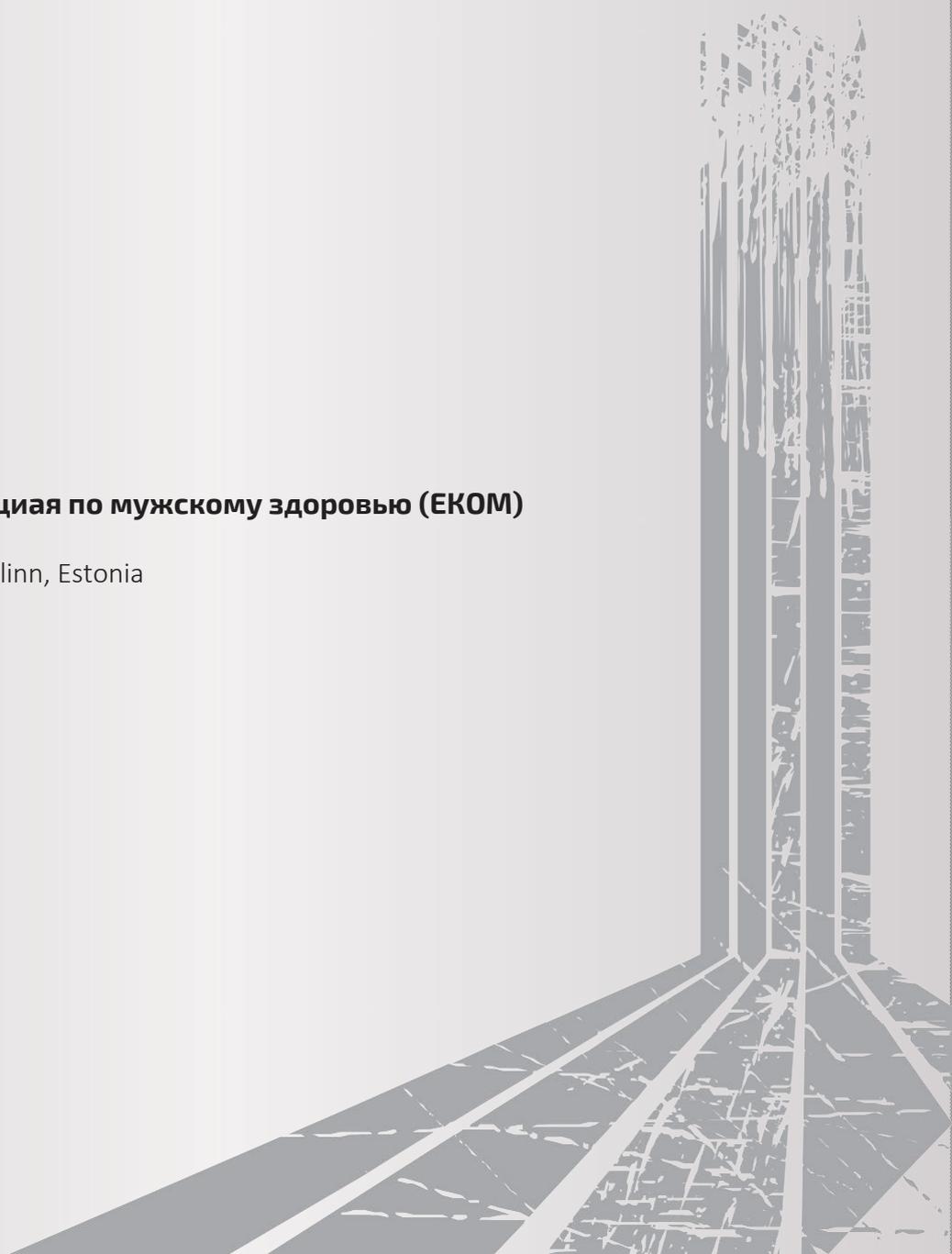
Основываясь на ответах на вопросы выше, пожалуйста, определите оценку, используя шкальный инструмент / таблицу оценок ниже.

Оценка данных о применении результатов исследований и стратегической информации (по МСМ)

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Исследования в области неудовлетворенных/неадресованных потребностей по СРЭП, проведенные среди МСМ за последние 3 года			
Применение результатов исследований государственными учреждениями <i>Результаты отражены и / или используются в национальных планах и / или государственных программах</i>			
Применение результатов исследований со стороны НПО <i>Полученные данные используются для фандрайзинга, проектного планирования и / или в адвокационных целях</i>			
Стратегическая информация, полученная из программ / проектов, используется правительством <i>СИ отображается и / или используется в национальных планах и / или государственных программах</i>			
Стратегическая информация, полученная из программ / проектов, используется НПО <i>СИ используется для фандрайзинга, планирования проекта и / или адвокации</i>			
Total score / Общая оценка			

Оценка данных о применении результатов исследований и стратегической информации

Характеристики	Оценка	Предоставленные ссылки (если имеются)	Комментарии
Исследования в области неудовлетворенных/неадресованных потребностей по СРЭП, проведенные среди МСМ за последние 3 года			
Применение результатов исследований государственными учреждениями <i>Результаты отражены и / или используются в национальных планах и / или государственных программах</i>			
Применение результатов исследований со стороны НПО <i>Полученные данные используются для фандрайзинга, проектного планирования и / или в адвокационных целях</i>			
Стратегическая информация, полученная из программ / проектов, используется правительством <i>СИ отображается и / или используется в национальных планах и / или государственных программах</i>			
Стратегическая информация, полученная из программ / проектов, используется НПО <i>СИ используется для фандрайзинга, планирования проекта и / или адвокации</i>			
Общая оценка			



Евразийская коалиция по мужскому здоровью (ЕКОМ)

Tartu mnt 63, 10115 Tallinn, Estonia
+375 536 17 249

www.ecom.ngo

contact@ecom.ngo

fb.com/ecom.ngo

twitter.com/ecomngo