



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

ОЦЕНКА НАЦИОНАЛЬНЫХ И МЕЖДУНАРОДНЫХ УСИЛИЙ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ВИЧ/СПИДУ: ИНДЕКС УСИЛИЙ ПРОГРАММ ПО БОРЬБЕ СО СПИДОМ (ИУПС)

ЮНЭЙДС, АМР США и проект «ПОЛИСИ»

Обобщенный отчет

КРАТКИЙ ОБЗОР

Индекс усилий программ по борьбе со СПИДом (ИУПС) был разработан ЮНЭЙДС, АМР США и проектом «ПОЛИСИ» для оценки усилий программ, осуществляемых в ответ на эпидемию ВИЧ/СПИДа. Данный индекс разработан таким образом, чтобы дать представление о национальных мерах и объемах международного участия в них. В 2000 году расчет ИУПС проводился в 40 странах. Результаты этой работы показывают, что усилия программ относительно велики в законодательной и нормативной сфере, в области разработки стратегий и организационной структуры. Масштабы политической поддержки были не столь велики, но, начиная с 1998 года, стали в целом возрастать. Программы по мониторингу, оценке и профилактике не превышали средних показателей и набрали примерно 50 пунктов из 100 возможных. Самую низкую оценку получили мероприятия по уходу за больными и обеспечению ресурсов. С помощью ИУПС была проведена оценка доступности основных услуг по профилактике и уходу. В целом необходимые услуги доступны примерно половине городских жителей, но фактически ими охвачена только четверть всего населения. Международные усилия по поддержке национальных программ были оценены относительно высоко во всех категориях, кроме ухода за больными. Результаты, представленные ниже, будут дополнены в 2001 после проведения оценки нового компонента – «права человека».

ВВЕДЕНИЕ

На успех программ по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа могут повлиять различные факторы, такие, как политическая приверженность, усилия программ, социально-культурная ситуация, политическая система, уровень экономического развития и имеющиеся ресурсы. Во многих программах ведется учет мероприятий на микроуровне (количество проведенных семинаров, распространенных презервативов, и т.п.), или достигнутых результатов (напр., процент сексуальных контактов с использованием презервативов). Оценка усилий программ в основном сводится к определению наличия или отсутствия ключевых компонентов программ (социальный маркетинг презервативов, консультирование и тестирование). ЮНЭЙДС, ВОЗ и другие организации разработали руководства и методические пособия («Как удовлетворить требования национальных программ по борьбе с ВИЧ/СПИД/СПБ к сбору поведенческих данных» и «Национальные программы по борьбе со СПИДом: Руководство по мониторингу и оценке программ по ВИЧ/СПИДу») в помощь странам для проведения такой оценки. Однако информация о политической обстановке, уровне политической поддержки и других контекстуальных факторах, влияющих на успех или неудачу национальных программ по борьбе со СПИДом, ранее не рассматривалась и не оценивалась.

В рамках объединенных усилий, предпринимаемых странами для совершенствования системы мониторинга и оценки национальных программ, ЮНЭЙДС, АМР США и Проект «ПОЛИСИ» разработали систему оценки, которая называется «Индекс усилий программ по борьбе со СПИДом» (ИУПС), с помощью которого можно измерить основные мероприятия национальных программ и международных организаций на макроуровне. Этот индекс предназначен для оценки усилий программ независимо от их результата. Например, для определения усилий программы используются такие категории, как степень политической поддержки, число участников программы и объемы задействованных в ней ресурсов, но не применяются такие единицы оценки результатов, как процентное соотношение сексуальных контактов с использованием презервативов. Систему оценки усилий программы независимо от результатов можно использовать для самых разных целей. На международном уровне данные оценки предпринимаемых усилий можно использовать для анализа, насколько успешным может быть независимый вклад мероприятий программы в ее успех в различных социальных и культурных условиях. На уровне страны систему оценки можно применить в качестве диагностического инструмента для определения самых слабых и сильных компонентов программы, чтобы принять меры для исправления ситуации. В данном контексте термин «национальная программа» означает не только официальную государственную программу, но и мероприятия, осуществляемые отдельными лицами, неправительственными объединениями, общинами, и т.п.

Проблемы ВИЧ/СПИДа всегда сильно зависели от политических решений. Многолетний опыт работы в других сильно политизированных сферах деятельности, например, таких, как планирование семьи, показывает, что твердая политическая приверженность жизненно необходима для успеха программ.

Самым трудным в оценке политической приверженности является выбор объективных единиц измерения. В большинстве таких единиц присутствуют субъективные показатели, которые в ограниченной степени пригодны для сравнения разных стран, но, что более важно, их трудно будет применить для оценки развития тенденций во времени.

Для оценки программ по семейному планированию и репродуктивному здоровью разработаны комплексные показатели, которые отражают уровень политической поддержки оказанию услуг в области репродуктивного здоровья. Они основаны на мнениях определенной выборки «экспертов», представляющих самые разные институциональные и профессиональные мнения о различных аспектах политической обстановки и приверженности.

Похожая шкала оценки была разработана для измерения степени поддержки эффективных программ, которую оказывают политические круги. В рамках проекта «ПАСКА» (проект по профилактике ВИЧ/СПИДа в Центральной Америке) применялась «шкала оценки политической обстановки в связи со СПИДом» (ШОПОС) для оценки ситуации с развитием эпидемии ВИЧ/СПИДа в Центральной Америке; в ходе проекта «ПОЛИСИ» шкала оценки обстановки использовалась для оценки ситуации в области ВИЧ/СПИДа, планирования семьи, безопасного материнства, работы с подростками и ухода за женщинами после аборта. «ШОПОС» предназначена для определения того, в какой степени политическая обстановка в конкретной стране способствует мероприятиям по профилактике ВИЧ/СПИДа, обеспечению качественного ухода за больными СПИДом, соблюдению прав человека в отношении больных СПИДом, преодолению негативных последствий СПИДа для отдельных лиц, семей, общин и общества в целом.

Многие пункты оценки политической обстановки представляют собой ответы на простой вопрос по принципу «да» или «нет». Они могут оказаться полезными для выявления упущений в работе, для исправления которых крайне необходимо провести работу по пропаганде идей или разработке стратегий; однако они не очень пригодны для того, чтобы отслеживать развитие нарастающих изменений во времени. Кроме того, с помощью показателей типа «да»/«нет» трудно оценить качественную сторону стратегий.

Целью ИУПС является измерение масштабов вклада национальных и международных организаций в национальные программы по борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИДа. Эта работа является частью комплексных мероприятий по оценке разнообразных показателей, актуальных для национальных программ по борьбе со СПИДом.

ИУПС можно использовать в следующих сферах:

Описание

1. Измерить усилия, предпринимаемые в рамках национальных мероприятий (под национальными подразумеваются все внутренние мероприятия, осуществляемые на центральном, региональном и местном уровне правительственными и неправительственными организациями);
2. Измерить уровень международной помощи в каждой стране;
3. Оценить изменения национальных и международных усилий во времени (находится в стадии развития).

Диагностика

4. Использовать как диагностический инструмент для выявления сильных и слабых сторон программ, осуществляемых в странах.

Оценка/Воздействие (находится в стадии развития)

5. Определить воздействие международной помощи на национальные усилия;
6. Определить воздействие национальных и международных усилий на достигаемые результаты.

На рис. 1 приведен проект концептуальной структуры установления взаимосвязи между усилиями программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом и желаемыми результатами. Данный проект разработан на основе похожей структуры, подготовленной для служб планирования семьи, и нуждается в дальнейшей доработке.

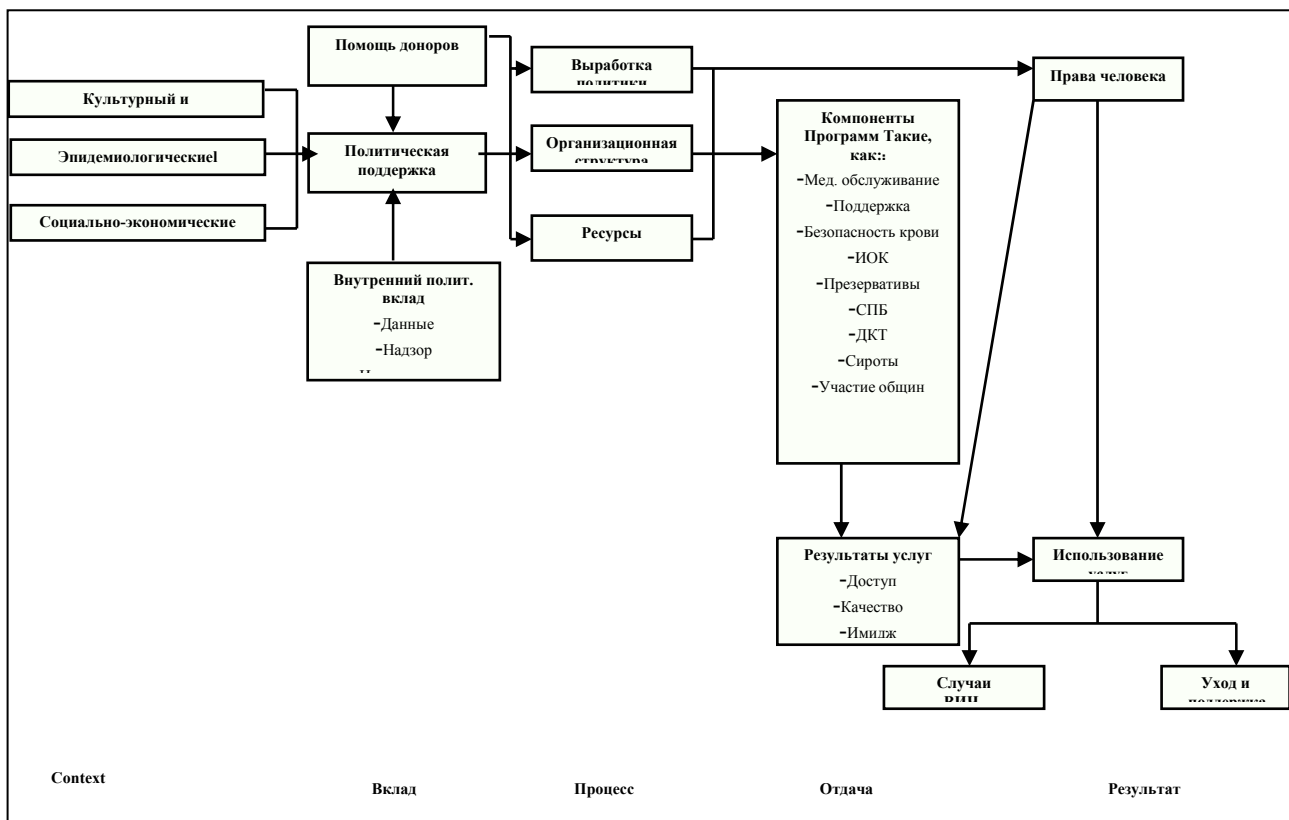


Рисунок 1. Проект концептуальной структуры взаимосвязи между усилиями и результатами программ

Контекст национальных мероприятий по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа определяется различными социальными, культурными, экономическими и эпидемиологическими факторами. Эти факторы могут оказать серьезное влияние на эпидемию и ответные мероприятия, но чаще всего находятся вне контроля программы. Политическая ответная деятельность находится под влиянием этих внешних факторов, а также различных внутренних усилий, направленных на определение масштабов и природы эпидемии (путем сбора данных), изучение эффективности программы для преодоления эпидемии (путем проведения исследований) и оказание влияния на политиков в определенных областях (путем мероприятий по пропаганде и повышению информированности, осуществляемых национальными правительственными и неправительственными группами). Деятельность донорских организаций в области политического диалога и исследований также может повлиять на размеры и виды политической поддержки программ по борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Политическая и донорская поддержка определяют способы организации мероприятий по противодействию эпидемии. Среди них – разработка и осуществление национальной и оперативной стратегий, определение структуры программы и размеров финансовых и людских ресурсов, направленных на ее реализацию. Эти факторы определяют те компоненты программы, которые непосредственно связаны с достижением результатов в области предоставления услуг (доступ, качество и имидж). В каких объемах население будет пользоваться этими услугами, в такой степени программа будет способствовать снижению числа случаев инфицирования ВИЧ и улучшению качества и объемов услуг по уходу и поддержке ЛВС и членов их семей.

Выработка политики непосредственно влияет на ситуацию в области прав человека благодаря принятию официальных политических решений, законов и норм, и созданию среды для применения этих законов. Обеспечение защиты прав человека в отношении людей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа, само по себе является желательным результатом. Создание благоприятной среды для защиты прав человека также может повлиять на результативность предоставления и использования услуг.

ИУПС предназначен для измерения усилий по профилактике ВИЧ и уходу за больными. С его помощью нельзя проанализировать социально-экономическую ситуацию и ответную деятельность в связи с эпидемией или измерить полученные результаты. Поэтому, ИУПС включает все пункты, которые содержатся в проекте концептуальной структуры в разделах «Затраты», «Ход осуществления проекта» и «Результаты». Сюда также включена категория «Права человека», несмотря на то, что обычно она рассматривается при оценке результатов; поскольку от этого фактора зависят результаты предоставления услуг и степень их использования.

МЕТОДОЛОГИЯ

Исходные данные

При подготовке методологических вопросов ИУПС был проведен целый ряд встреч и консультаций. Проект «ПОЛИСИ» организации «Фьючерс групп» составил примерный список пунктов для включения в индекс, а ЮНЭЙДС предоставила информационные бюллетени, данные о странах и оценки Тематической группы в качестве базовой информации.

В ходе серии встреч с заинтересованными представителями АМР США, включая такие организации, как «Хорайзонс», «Импакт», «ЭЙДСмарк», Бюро переписей населения США, «МОАИР» (Мониторинг и оценка для анализа и использования результатов), организации и проекты АМР США по борьбе с ВИЧ/СПИДом, а также с представителями других заинтересованных организаций (напр., Всемирного банка) были получены разнообразные комментарии и предложения. Результаты этих встреч были учтены при подготовке исправленного проекта. Такие же встречи проводились в штаб-квартире ЮНЭЙДС, чтобы получить предложения от сотрудников ЮНЭЙДС и Европейских организаций.

В августе 1998 на семинаре, который проходил в Университете штата Северная Каролина, (США), была проведена предварительная проверка ИУПС. В семинаре участвовали представители двенадцати стран (Танзания, Буркина-Фасо, Румыния, Кения, Россия, Ямайка, Замбия, Таиланд, Мексика, Сенегал, Уганда и Бразилия). В разработке и обсуждении проекта вопросника приняли участие представители заинтересованных организаций, включая ЮНЭЙДС, ВОЗ, АМР США, Оценочный проект в рамках программы «МОАИР» и проект «ПОЛИСИ»; после этого вопросник был помещен в Интернете для всеобщего обсуждения. Комментарии были включены в исправленный вариант вопросника, который и был использован с целью проверки на местах – в Камбодже, Мексике, на Филиппинах, в Румынии, Сенегале и Замбии. Результаты «полевых испытаний» были учтены при подготовке окончательного варианта вопросника.

Процесс осуществления

ИУПС – комплексный индекс, который состоит из отдельных пунктов, сгруппированных по ключевым категориям. Специалисты оценивают каждый пункт по пятибалльной шкале (от 0 до 5). На основании этих оценок для каждой категории выводится средний балл, который не зависит от количества пунктов в категории. Оценки по категориям позволяют составить общее представление об усилиях программ в стране.

В каждой стране работу по расчету ИУПС проводили национальные консультанты, которых рекомендовал страновой советник ЮНЭЙДС или Председатель тематической группы. Консультанты были независимыми от национальных программ или ЮНЭЙДС, однако обладали хорошими знаниями о программе и людях, занятых в ней.

Национальные консультанты привлекали к работе 15-25 респондентов самых разных профессий, которые хорошо разбирались в вопросах Национальной программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом и понимали ее проблемы. Респонденты не представляли собой репрезентативную выборку – такая задача не ставилась; их тщательно отобрали на основании их взглядов и уровня знаний. Ниже приведен список организаций, из которых были выбраны по 2-4 респондента:

Государственные организации

- Программа по борьбе со СПИДом
- Министерство здравоохранения
- Вооруженные силы
- Управление социального обеспечения

Неправительственные организации

- СПИД-сервисные НПО
- НПО, представляющие ЛВС
- Правозащитные организации
- Пропагандистские организации

Частный сектор

- Торгово-промышленная палата
- Крупные коммерческие предприятия
- Профсоюзы

Донорские организации

- ЮНЭЙДС
- Коспонсоры ЮНЭЙДС
- АМР США
- Другие международные доноры
- Представители крупных проектов, финансируемых донорами

Гражданское общество

- Религиозные организации
- Исследовательские группы
- Университеты
- Медицинские объединения
- Журналисты

Поскольку одной из задач ИУПС является измерение изменений, участников попросили оценить каждый пункт дважды – относительно текущей ситуации и относительно ситуации двухлетней давности.

В вопроснике содержится 100 отдельных пунктов, сгруппированных в 11 компонентов. Список компонентов приведен ниже:

- Политическая поддержка, ПП
- Выработка политики, ВП
- Организационная структура, ОС
- Ресурсы программы, РП
- Оценка, мониторинг и исследования, ОМ
- Законодательная и нормативная база, ЗБ
- Права человека, ПЧ
- Профилактические программы, ПрП
- Программы по уходу, ПУ
- Наличие услуг, НУ
- Роль Организации Объединенных Наций, ООН

Кроме того, в большинстве компонентов содержатся пункты, относящиеся к международной помощи. При анализе эти пункты рассматриваются отдельно и формируют двенадцатый компонент:

- Международная помощь, МП

Отдельные пункты по каждой категории приведены в Приложении А.

На сегодняшний день национальные консультанты рассчитали ИУПС в 40 странах. Национальные консультанты отбирали респондентов по принципу, описанному выше, распространяли вопросники и обеспечивали их заполнение. Консультанты и некоторые респонденты по странам перечислены в Приложении В. Распределение респондентов по типам показано в Таблице 1. Ввод и обработку данных производили специалисты «Фьючерс груп интернешнл».

Таблица 1. Распределение респондентов по типам

Типы респондентов	Процент от общего числа респондентов
Программа по борьбе со СПИДом	9%
Другие государственные органы	14%
НПО	21%
СПИД-сервисные организации	1%
Представители ЛВС	2%
Частный сектор	3%
Международные сотрудники донорских агентств	10%
Национальные сотрудники донорских агентств	10%
Представители гражданского общества	18%
Университеты	6%
Другие	5%
Всего	100%

Вопросы обоснованности

Методология ИУПС основана на предположении, что все респонденты обладают одинаковым уровнем знаний. Многие критики задаются вопросом, насколько это предположение обоснованно. Поскольку уровень знаний всех респондентов вряд ли может быть одинаковым, трудно найти методологию, чтобы учесть эту разницу в экспертной компетенции. В существующем вопроснике применяется очень простая форма допустимой погрешности: респондентам разрешено не отвечать на те вопросы, в которых они недостаточно компетентны.

Эффективность такого подхода к измерению усилий программ заключается в том, что он позволяет получить всестороннюю оценку всего спектра компонентов, из которых состоят программы. Данный индекс позволяет респондентам высказать суждение как о наличии конкретных видов деятельности, так и об их качестве. Благодаря этому ИУПС является гибким показателем, позволяющим собрать информацию о тех качественных характеристиках программ, которые трудно измерить с помощью показателей, в основе которых не лежат авторитетные суждения.

Ограниченность ИУПС заключается в том, что это частично качественный метод, позволяющий оценить восприятие стратегии. С его помощью трудно измерить эффективность программы и приверженность ее участников. Коэффициенты полноты оценки не всегда точны. Поскольку оценочные баллы зависят от субъективных суждений респондентов, эти оценки в некоторой степени зависят от того, кем являются респонденты. Кроме того, диапазон ответов может быть очень широким. Это затрудняет определение реальных различий между странами, и изменения оценок через короткие промежутки времени. Есть вероятность того, что любые изменения в составе экспертных групп приведут к получению разных оценок. Поэтому, прежде чем использовать этот индекс для оценки изменений во времени на национальном уровне, необходимо провести проверку достоверности данных. Кроме того, исследование основано на комплексном индексе. Поэтому какие-либо изменения трудно отследить, поскольку улучшения в каких-то отдельных областях могут быть незаметны из-за наложения данных об ухудшении в других.

В принципе, можно подсчитать общее число баллов для каждой страны и составить рейтинг усилий программ по степени убывания. Однако применяемая система оценок может не соответствовать этому рейтингу. Хотя все респонденты заполняют одинаковые вопросники, в разных странах могут использоваться различные оценочные стандарты. Поэтому в 2001 году планируется провести отдельное мероприятие, в ходе которого международные эксперты сравнят усилия программ, осуществляемых в разных странах.

На этом этапе важно признать, что баллы ИУПС для каждой страны необходимо интерпретировать в тесной связи с другими оценочными результатами, такими, как оценки Тематической группы, данные промежуточных проверок национальных программ и результаты тематических оценок.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ниже представлены результаты анализа полного расчета ИУПС в 40 странах. В ходе анализа обнаружилось, что респонденты не совсем адекватно понимали, как оценивать компонент «права

человека». Этот компонент пересматривается вместе с компонентом «законодательная и нормативная база» и их оценка будет проведена в 2001 году в ходе совещаний, которые будут проходить в странах. Таким образом, результаты, приведенные ниже, не включают компонент «права человека».

ИУПС ДЛЯ СТРАТЕГИЙ И ПРОГРАММ В 2000 г.

Результаты расчета ИУПС по таким компонентам, как стратегии и программы, представлены в Приложении С. Значения оценок колеблются от минимального балла – «0», что означает полное отсутствие усилий, до «100» -- высшей оценки усилий. Реальное количество баллов в разных странах составило от 15 (минимум) до 93 (максимум).

Параметры усилий программ

Средние баллы по компонентам и регионам показаны на Рисунке 2. Во всех пяти регионах отмечается похожая модель усилий по компонентам. Такое поразительное сходство моделей в разных регионах свидетельствует о том, что разные страны мира сталкиваются с похожими проблемами в борьбе с эпидемией, независимо от подходов, которые они применяют.

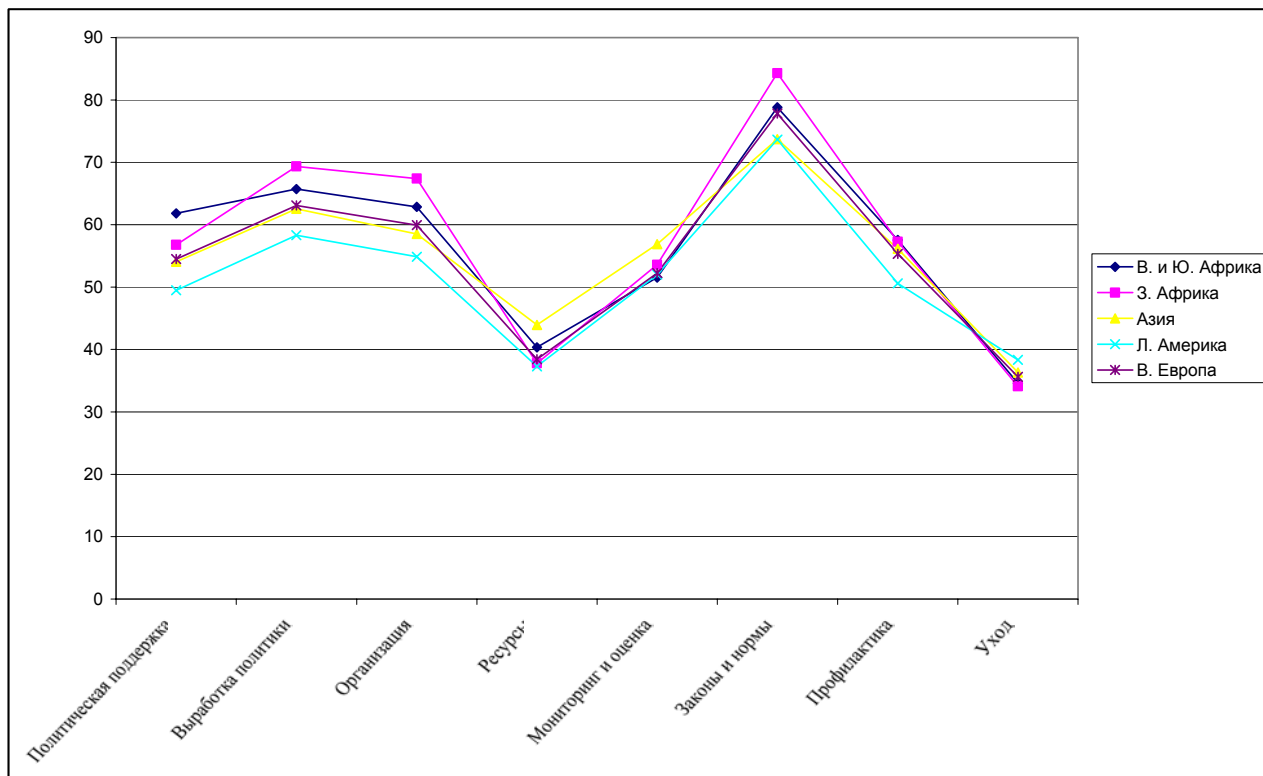


Рисунок 2. Индекс усилий программ по борьбе со СПИДом по компонентам и регионам в 2000 г.

- Особенно высоко оценивается деятельность программ в области законодательства и регулирования; сумма баллов превышает 70%. Это показывает, что законы, нормы и их практическая реализация в основном поддерживают эффективные мероприятия. Например, в большинстве стран разрешена реклама презервативов, а ограничения на получение услуг по лечению СПИД невелики.
- Выработка политики также получила хорошую оценку. Респонденты из большинства стран подтвердили наличие государственной политики и законов, которые способствовали определению целей и стратегий программ, организации межведомственных мероприятий и вовлечению широкого спектра участников в политический диалог.
- Профилактические программы также были оценены относительно высоко, что свидетельствует о том, что в большинстве стран респонденты подтверждают наличие основных компонентов эффективных программ.
- Относительно неплохую оценку получили организация и структура национальных программ. В большинстве стран существуют национальные правительственные программы, и отмечены попытки привлечения к работе неправительственных организаций и представителей.
- Хуже всего были оценены ресурсы (финансирование) и состояние программ по уходу. Большинство респондентов считает финансирование программ неадекватным, а предоставляемые услуги по уходу – недостаточными для удовлетворения существующих потребностей.
- Интересно отметить, что такие компоненты, как «выработка политики» и «законодательная и нормативная база» оцениваются выше, чем «политическая приверженность». Это показывает, что во многих случаях недостаточная политическая приверженность не исключает развития политической и законодательной основы для программ по борьбе со СПИДом, особенно в условиях предоставления значительной международной помощи. Однако оценки объемов ресурсов и состояния программ по уходу ниже оценок политической приверженности. Поскольку во многих странах мероприятия по уходу обычно финансируются из национальных ресурсов, а донорские средства направляются на профилактические программы, это может свидетельствовать о том, что для мобилизации национальных ресурсов и финансирования мероприятий по уходу требуется политическая приверженность.

ИЗМЕНЕНИЯ ИУПС ДЛЯ ПОЛИТИКИ И ПРОГРАММ с 1998 по 2000 гг.

На Рисунке 3 показаны изменения в оценках компонентов в регионах с 1998 по 2000 г. По мнению респондентов за последние годы отмечается значительное улучшение в области политической приверженности и выработки политики, особенно в Восточной и Южной Африке. Некоторые страны Восточной и Южной Африки приняли и осуществили новые стратегии по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа. Среди этих стран – Кения, Эфиопия, Уганда и Зимбабве. Кроме того, все большее число руководителей начинают говорить о проблеме ВИЧ/СПИДа. Благодаря таким улучшениям, оценки политической приверженности и выработки политики повысились с 40% до почти 60%. Оценки других компонентов также в среднем возросли, но в значительно меньшей степени.

Высокие оценки компонента «законодательная и нормативная база» подтверждает тот факт, что пять пунктов, входящих в этот компонент, получили самые высокие оценки. В большинстве стран респонденты сообщали о хорошей поддержке программ использования презервативов. Пять пунктов, получивших высшие оценки, относятся к компонентам «законодательная база» и «распространение презервативов».

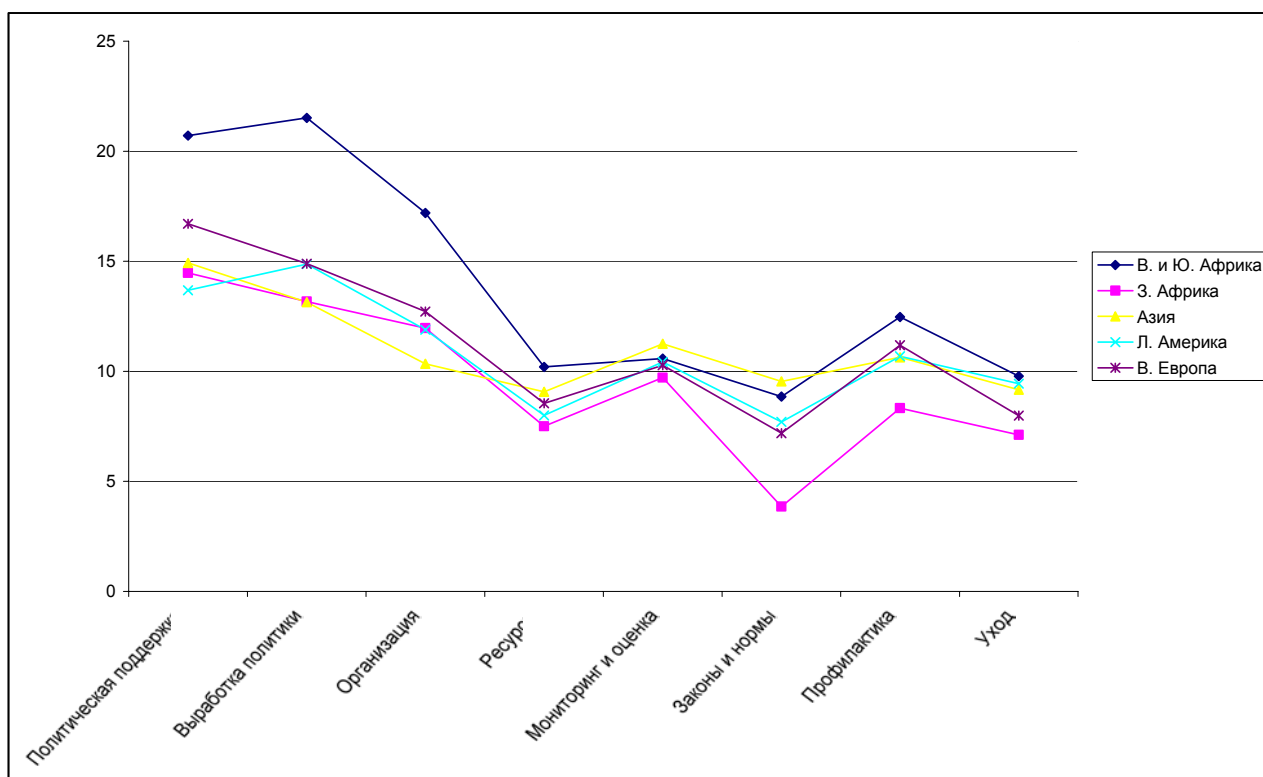


Рисунок 3. Изменения ИУПС по компонентам и регионам с 1998 по 2000 гг.

Пункты с самыми высокими и самыми низкими оценками

Десять пунктов, получивших высшие оценки во всех странах, приведены в Таблице 2. Высокие оценки компонента «законодательная и нормативная база» подтверждает тот факт, что пять пунктов, входящих в этот компонент, получили самые высокие оценки. В большинстве стран респонденты сообщали о хорошей поддержке программ использования презервативов. Пять пунктов, получивших высшие оценки, относятся к компонентам «законодательная база» и «распространение презервативов».

Таблица 2. Десять пунктов, получившие самые высокие оценки во всех странах

Компонент	Пункт	Балл (0-5)
Законодательная/нормативная база	Нет ограничений на импорт презервативов	4,28
Законодательная/нормативная база	Разрешена реклама презервативов	4,27
Законодательная/нормативная база	Нет ограничений на распространение презервативов	4,11
Законодательная/нормативная база	Нет ограничений относительно того, кто может получать услуги по лечению СПБ	4,09
Организационная структура	Директор программы по борьбе со СПИДом работает на ставке и находится в подчинении влиятельного государственного должностного лица	3,62
Выработка политики	Существуют официально утвержденные цели программы	3,52
Профилактика	Руководящие принципы по снижению риска передачи ВИЧ среди медицинских работников	3,45
Законодательная/нормативная база	Четкие, простые и справедливые процедуры регистрации НПО	3,44
Профилактика	Программы социального маркетинга презервативов	3,33
Профилактика	Работает система снабжения презервативами	3,26

В отличие от данных, приведенных выше, в Таблице 3 размещены десять пунктов, получивших самые низкие оценки во всех странах. Большинство этих пунктов входят в состав компонентов «уход» и «ресурсы». Пункты, относящиеся к обеспечению как комплексного, так и основного пакета услуг по уходу, получили самый низкий рейтинг. Очевидно, респонденты считают, что услугам по уходу уделяется значительно меньше внимания, чем другим компонентам программ. То же самое относится к оценке ресурсов национальных программ: четыре из семи пунктов оценены очень низко. Большинство респондентов считают, что внутреннее обеспечение ресурсами неадекватно. Эти два компонента тесно связаны между собой, поскольку в основном услуги по уходу финансируются за счет внутренних ресурсов.

Таблица 3. Десять пунктов, получившие самые низкие оценки во всех странах

Компонент	Пункт	Балл (0-5)
Уход	Существует комплексная программа по оказанию необходимой поддержки детям, осиротевшим из-за СПИДа	1,15
Уход	Комплексные услуги по уходу и поддержке предоставляются учреждениями национальной системы здравоохранения. Они включают в себя любые услуги из промежуточного пакета плюс антиретровирусную терапию, диагностику и лечение микобактериальных инфекций, цитомегаловирусных заболеваний, мультирезистентной формы туберкулеза, токсоплазмоза и ВИЧ-ассоциированных злокачественных новообразований.	1,16
Ресурсы	Частный сектор играет важную роль в финансировании программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и по уходу за больными.	1,21
Ресурсы	Имеется в наличии адекватное финансирование услуг по уходу за ЛВС.	1,25
Ресурсы	Имеется в наличии адекватное финансирование программ для снижения последствий СПИДа.	1,53
Уход	Промежуточный пакет услуг по уходу и поддержке предоставляется учреждениями национальной системы здравоохранения. Он включает в себя все услуги основного пакета, плюс усиленное внимание туберкулезу (активное выявление случаев заболевания среди ЛВС, улучшенная диагностика внелегочной формы ТБ и профилактика ТБ), профилактику котримоксазолом, системное лечение противогрибковыми препаратами, лечение саркомы Капоши основными препаратами и лечение рака шейки матки хирургическим путем.	1,87
Ресурсы	Имеется в наличии адекватное финансирование государственных профилактических программ.	1,90
Профилактика	Осуществляются программы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку с предоставлением услуг по тестированию, консультированию, антиретровирусному лечению и искусственному вскармливанию младенцев.	2,08
Оценка и исследования	Система поведенческого надзора существует и функционирует на регулярной основе .	2,08
Уход	Основной пакет услуг по уходу и поддержке предоставляется учреждениями национальной системы здравоохранения. Этот пакет включает в себя добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ; психосоциальную поддержку; паллиативную помощь; лечение пневмонии, орального и вагинального кандидоза и легочной формы ТБ; регламентированное оказание услуг, особенно больным ТБ и СПБ и продвинутые варианты ухода.	2,15

НАЛИЧИЕ УСЛУГ

Оценки наличия услуг по регионам приведены на Рисунке 4, а по странам – в Приложении D. Эти оценки отображают процент населения столиц, которые имеют доступ к каждой из этих услуг. Во всех регионах высоко оценивается доступ к безопасной крови. Что же касается других услуг, то тут существуют серьезные проблемы. Доступ к презервативам, услугам по лечению СПИ и информации достаточно высок по сравнению с другими услугами, но его имеют только около 50% населения. Другие услуги (добровольное консультирование и тестирование, уход, поддержка, услуги для молодежи и профилактика передачи инфекции от матери ребенку) доступны только одной трети соответствующего населения. Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) широко не распространены ни в одном регионе, даже в Восточной Европе, где употребление наркотиков инъекционным путем является одним из основных путей передачи инфекции.

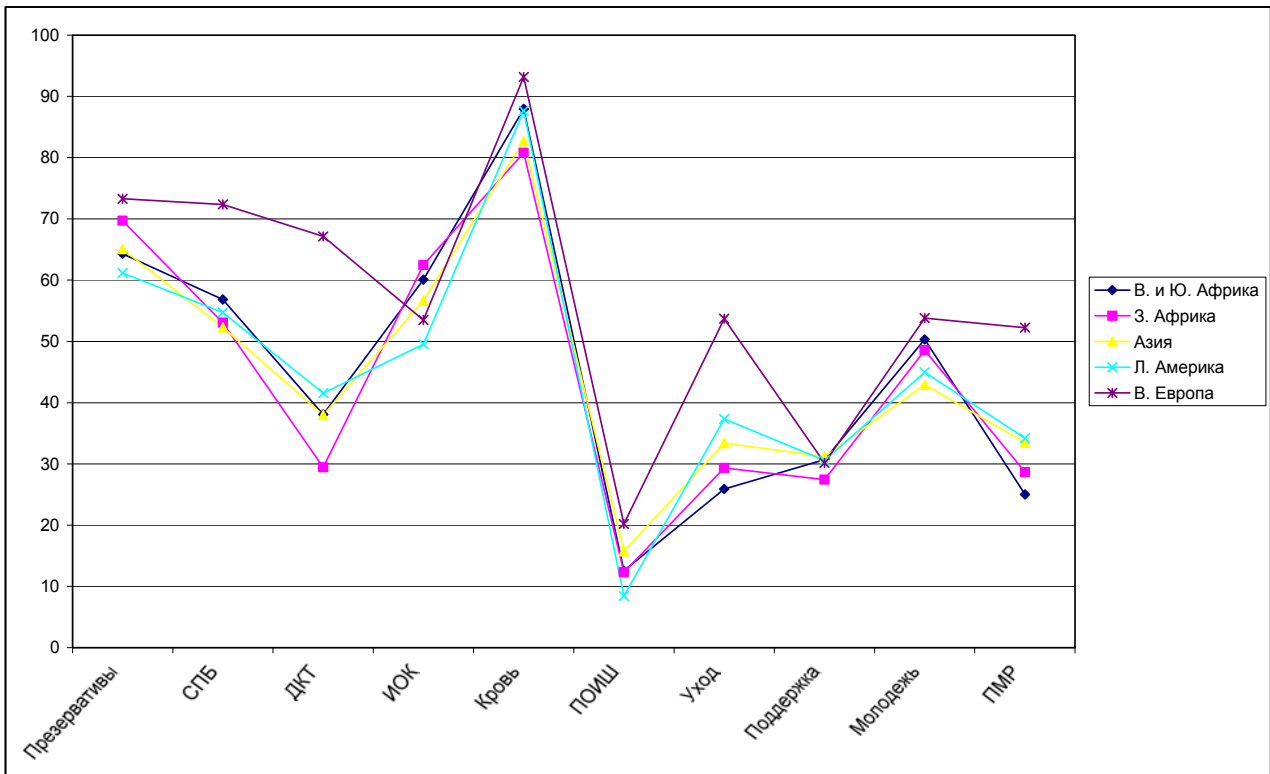


Рисунок 4. Наличие услуг в столицах по регионам - 2000

На рисунке 5 показана степень доступа к услугам в столицах. Доступ в других городах и сельской местности обычно ниже. Респондентов попросили оценить степень доступа в других городах и сельской местности по сравнению со столицей. Если вывести среднюю оценку всех этих услуг с поправкой на меньшие их объемы в районах за пределами столицы (с учетом географического распределения населения), получаем модель, приведенную на Рисунке 5 и в Приложении Е. Она отображает процент населения страны, имеющего доступ к услугам по профилактике и уходу. В соответствии с этими расчетами, около 50% городского населения и 25% населения в целом имеют доступ к услугам. Это означает, что требуется еще много сделать для улучшения доступа к элементарным услугам по профилактике и уходу даже в столичных городах, и еще больше усилий потребуется в других городах и сельской местности. Особенно низкий уровень предоставляемых услуг отмечается в сельских регионах Африки и Латинской Америки.

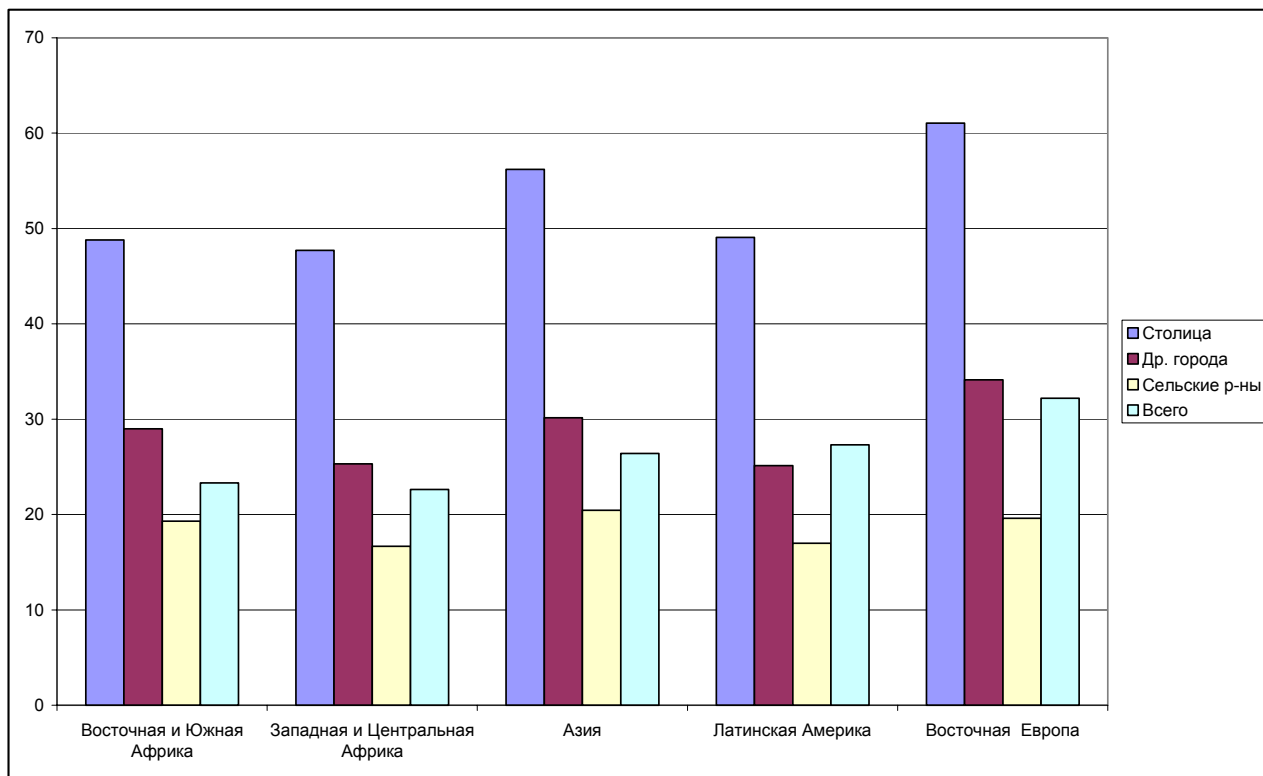


Рисунок 5. Наличие услуг по местоположению и регионам – 2000 г.

ВКЛАД ООН И ДРУГИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В вопроснике ИУПС также оценивается вклад ООН и других международных организаций в усилия национальных программ. Вклад учреждений системы ООН оценивается в отдельном разделе вопросника. Кроме того, вопросы о роли международных организаций включены во все компоненты, относящиеся к политике и программам. Эти пункты отбираются и рассматриваются отдельно для изучения вклада всех международных организаций. По всем учреждениям ООН были получены практически одинаковые результаты.

Вклад учреждений ООН в усилия программ по регионам и годам показан на Рисунке 6. В целом, респонденты высоко оценили вклад ООН и других международных организаций в национальные усилия. Сумма баллов за 2000 год составила 60% и больше по всем регионам. Эта оценка немного превышала оценку национальных усилий. ООН и другие международные организации более активно работали в Африке по сравнению с другими регионами, однако их вклад везде был значительным. Объемы помощи ощутимо возросли с 1998 по 2000 гг. во всех регионах; особенно большой рост отмечен в Восточной Европе, где вклад учреждений ООН в 1998 году получил низшую оценку.

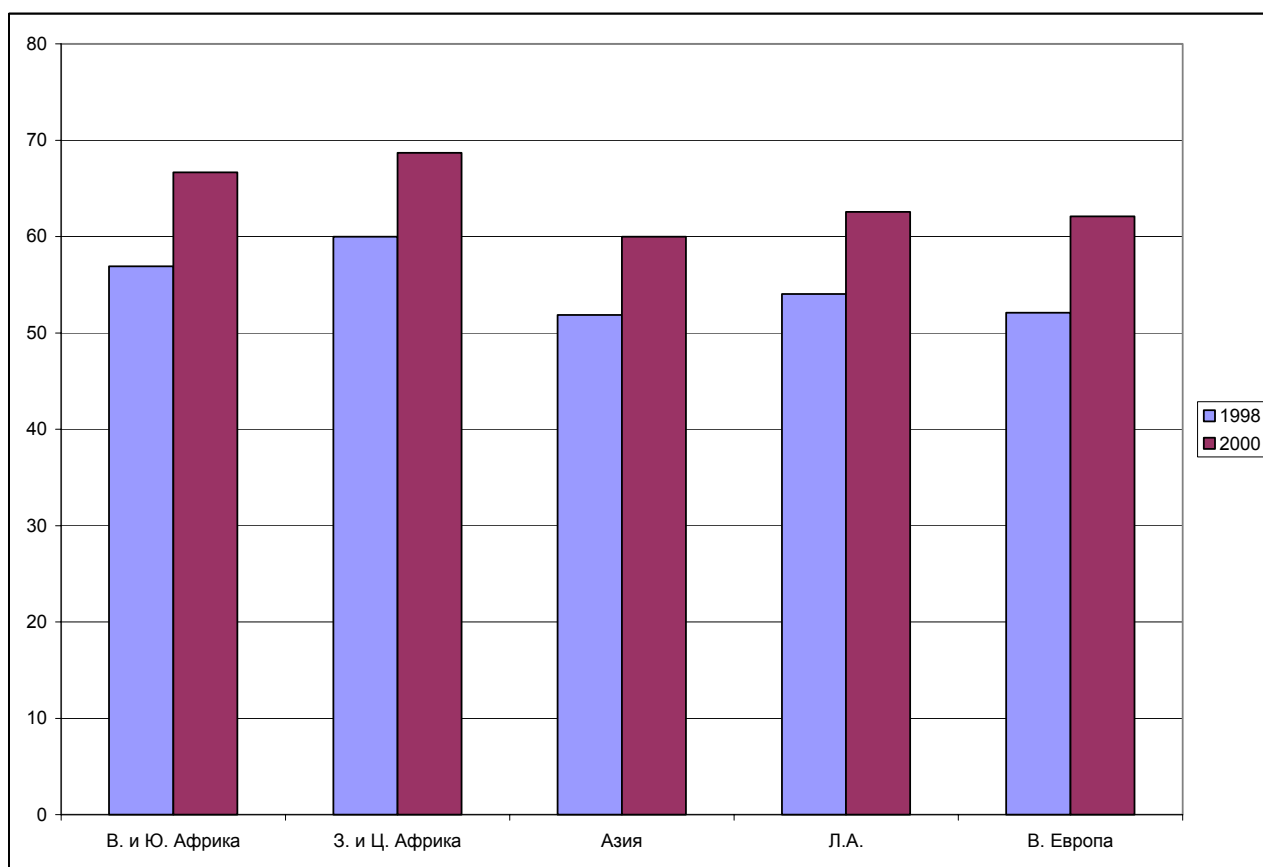


Рисунок 6. Вклад учреждений ООН в мероприятия программ

Вклад учреждений ООН по компонентам и годам представлен на Рисунке 7. В 2000 г. вклад во все компоненты, кроме ухода, был в целом высок. Рост объемов в период с 1998 по 2000 гг. имел тенденцию к увеличению в особенно проблемных областях, и, таким образом, к 2000 объемы помощи почти сравнялись по всем компонентам, кроме ухода. Совершенно очевидно, что поддержка усилий по уходу отстает от других компонентов.

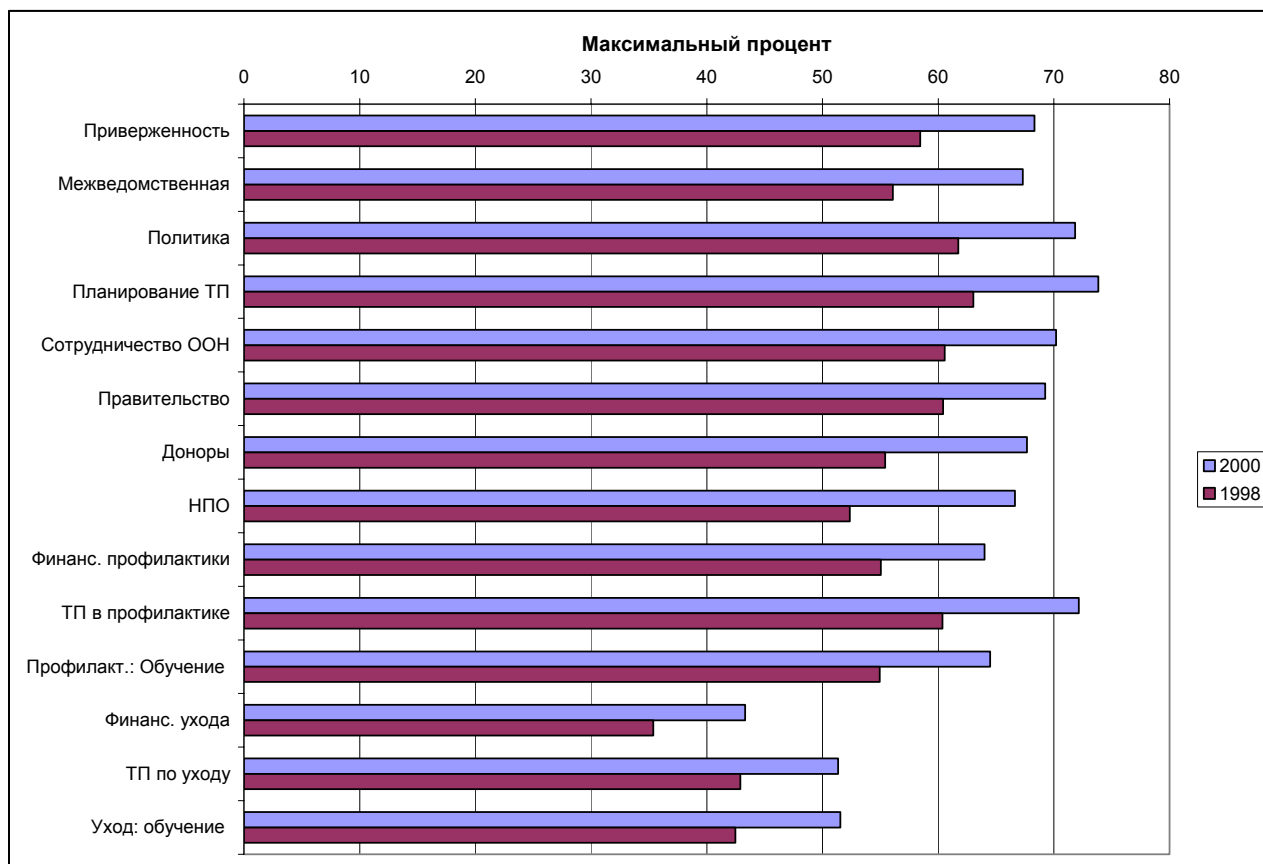


Рисунок 7. Вклад учреждений ООН по типу помощи в 1998 и 2000 гг.

ВЫВОДЫ

1. Во всех рассмотренных странах прилагались какие-либо усилия. Ни одна из стран не получила общую оценку (среднюю сумму баллов по всем компонентам) ниже 39. С другой стороны, ни одна из стран не получила оценку выше 77. Таким образом, во всех странах имеется большой потенциал для улучшения работы.
2. По мнению респондентов, самые удачные мероприятия осуществлялись в сфере законодательства и политики. Наиболее высоко были оценены законодательная и нормативная база и выработка политики. Однако даже в этих сферах необходимы дальнейшие улучшения, в первую очередь, направленные на развитие законодательной базы для защиты прав человека в отношении людей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа.
3. Многим респондентам внушает беспокойство состояние политической приверженности руководства стран делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. В прошлом эта приверженность была слабой, и это негативно повлияло на программы в самых разных сферах. Однако за прошедшие два года степень политической приверженности возросла больше, чем показатели по всем другим компонентам. Этот рост особенно заметен в Восточной и Южной Африке. Несмотря на то, что во многих областях деятельности политическая приверженность все еще отсутствует, отрадно видеть, что в целом за последние годы ее уровень возрос.
4. Ресурсы остаются одним из самых слабых компонентов. Респонденты отмечали, что ресурсы, выделяемые на программы по ВИЧ/СПИДу, недостаточны для обеспечения эффективных мероприятий. Хотя респонденты и сообщают, что за последние два года объемы ресурсов возросли, это рост незначителен по сравнению с другими компонентами.

Взросшая политическая приверженность пока не привела к аналогичному увеличению ресурсов.

5. ИУПС совершенно четко показывает, что усилия, предпринимаемые в области ухода за ЛВС до сих пор остаются самым слабым компонентом большинства программ. Сфера ухода получила самые низкие оценки во всех регионах; то же относится и к пунктам, отражающим наличие услуг по уходу.
6. Отсутствие услуг представляет главную проблему в большинстве стран. Даже в столицах большинство населения не имеет доступа к большей части услуг. Самые высокие оценки были поставлены по таким пунктам, как «безопасность крови», «презервативы» и «услуги по лечению СПИД». Все остальные услуги охватывают менее половины населения, которое в них нуждается. В других городах и сельской местности эта ситуация еще хуже.
7. Учреждения ООН и другие международные донорские организации вносят значительный вклад в мероприятия программ. По мнению респондентов, международная помощь является позитивным фактором в программах большинства стран. Особенно значителен вклад в такие компоненты, как «политика», «планирование» и «профилактика», и наименьший – в мероприятия по уходу.

СЛЕДУЮЩИЕ ЭТАПЫ

Данные этого отчета и информация о странах будут предоставлены всем странам-участницам. Специалистам в каждой стране предлагается рассмотреть эти результаты и обсудить, как их можно использовать для улучшения деятельности программ.

В настоящее время идет разработка нового компонента, относящегося к правам человека и законодательным и нормативным вопросам. Специалисты в странах оценят его, после чего эти результаты будут добавлены к общей характеристике стран.

Отдельно проводится работа по сравнению усилий программ в разных странах. В результате этой работы могут быть получены оценки, которые можно будет сравнивать на международном уровне в зависимости от результатов проверки их достоверности, что со временем позволит странам сравнивать свою деятельность с другими странами региона. Кроме того, необходимо проводить дальнейшую работу по оценке того, насколько ИУПС пригоден для отслеживания изменений, происходящих в течение определенного времени.

Справочные материалы

- Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani and James C. Knowles. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: The Evaluation Project.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin and James F. Phillips. 1990. "The demographic impact of family planning programs." *Studies in Family Planning* 21,6:299-310.
- Bongaarts, John. 1994. "The impact of population policies: Comment". *Population and Development Review* 20,3:616-620.
- Bulatao, Rodolfo. 1993. *Effective Family Planning Programs*. Washington, DC: The World Bank.
- Camp, Sharon L. and Joseph J. Speidel. 1987. "Access to birth control: A world assessment." *Population Briefing Paper*, No. 19. Washington, DC: Population Crisis Committee.
- Casetti, Emilio. 1991. "The investigation of parameter drift by expanded regressions: Generalities, and a family planning example." *Environment and Planning* 23: 1,045-1,061.
- Casetti, Emilio. 1992. "Bayesian regression and the expansion method." *Geographical Analysis* 24,1 58-74.
- Entwisle, Barbara, William Mason and Albert Hermalin. 1986. "Multilevel dependence of contraceptive use on socioeconomic development and family planning program strength." *Demography* 23, 2: 199-216.
- Jain, Anrudh K. 1989. "Fertility reduction and the quality of family planning services." *Studies in Family Planning* 20, 1:1-16.
- Knight, Rodney J. and Amy Tsui. 1998. *Family Planning Sustainability at the Outcome and Program Levels*. Chapel Hill, NC: The EVALUATION Project, Carolina Population Center.
- Mauldin, W. Parker and John A. Ross. 1994. "Prospects and programs for fertility reduction, 1990-2015." *Studies in Family Planning* 25,2: 77-95.
- Mauldin, W. Parker, John A. Ross, John Kekevole, Barkat-e-Khuda and Abul Barkat. 1995. "Direct and judgmental measures of family planning program inputs." *Studies in Family Planning* 26,5 :287-295.
- Núñez, Cesar A., Patricio Murgueytio and John Stover. 1999. *The AIDS Policy Environment Score: Measuring the Degree to Which the Policy Environment in Central America Supports Effective Policies and Programs for HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care: 1998 Follow-up Results*. Glastonbury, CT: The Futures Group International.
- Ness, Gayl and Hiro Ando. 1984. *The Land is Shrinking: Population Planning in Asia*. Baltimore and London: Johns Hopkins University Press.
- Pritchett, Lant H. 1994. "Desired fertility and the impact of population policies." *Population and Development Review* 20,1: 1-55.
- Ross, John A., Donald J. Lauro, Joe D. Wray and Allan G. Rosenfield. 1987. "Community-based distribution." In *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Eds. Robert J. Lapham and George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 343-366.
- Ross, John A. and Parker Mauldin. 1996. "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1972-94." *Studies in Family Planning* 27, 3:137-147.
- Ross, John A. and John Stover. Forthcoming. "Family Planning Program Effort: The 1999 Round", *Studies in Family Planning*.
- Schultz, T.P. 1994. "Human capital, family planning and their effects on population growth." *American Economic Review* 84,2: 255-260.
- Shoen, Amy, William Schellsede and Bonnie Derr. 1987. "Contraceptive social marketing." In *Organizing for Effective Family Planning Programs*; Eds. Robert J. Lapham and George B. Simmons. Washington, DC: National Academy Press. Pp 367-390.
- Stover, John. 1999. *The AIDS Program Effort Index (API): Results from the Field Test*. Washington, DC:: The POLICY Project, The Futures Group International.

Приложение А. Пункты, входящие в индекс усилий программ по борьбе со СПИДом

I. ПОЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА

1. Поддержка национального правительства на высоком уровне предоставляется эффективным стратегиям и программам.
2. Эффективные программы и стратегии получают поддержку общественного мнения.
3. Руководство государственных органов (помимо министерства здравоохранения) признает приоритетный характер проблемы СПИДа/СПБ.
4. Основные религиозные организации поддерживают эффективные программы и стратегии.
5. Лидеры частного сектора поддерживают эффективные программы и стратегии.
6. Осуществляются мероприятия на местном уровне в поддержку эффективных программ по борьбе со СПИДом, направленные на политических и общинных лидеров высокого уровня.
7. Политические деятели знают, что улучшение социального и экономического статуса женщин важно для профилактики СПИДа.
8. Международные организации внесли значительный вклад в усиление политической приверженности руководства страны.

II. ВЫРАБОТКА ПОЛИТИКИ

1. Существует благоприятная политика на национальном уровне.
2. Цели программ официально утверждены.
3. Существуют конкретные и реальные стратегии выполнения целей программы.
4. Существует национальный координационный орган, который эффективно работает.
5. В процесс выработки политики кроме министерства здравоохранения вовлечены и другие министерства.
6. В политический диалог и выработку политики вовлечены НПО, руководители общин, представители частного сектора, женских групп и конкретных заинтересованных групп.
7. Международные организации способствуют выработке политики путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.
8. Международные организации способствуют планированию путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.

III. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

1. Программа по борьбе со СПИДом и Национальный комитет по СПИДу занимают высокое место в структуре правительства.
2. Директор Программы по борьбе со СПИДом работает на ставке и находится в подчинении у высокопоставленного государственного служащего.
3. Применяется и хорошо работает межведомственный подход.
4. Представители частного сектора официально включены в Программу по борьбе со СПИДом.
5. Прилагаются усилия по обеспечению участия общин.
6. Существует хорошая координация деятельности правительства, местных органов власти, НПО, частного сектора и международных доноров.

IV. РЕСУРСЫ ПРОГРАММЫ

1. Ресурсы выделяются в соответствии с приоритетными направлениями.
2. Решения о выделении ресурсов основаны на соображениях экономической эффективности вмешательств.
3. Имеющиеся фонды можно использовать гибко для того, чтобы поддержать новые эффективные программы.
4. Существует адекватное финансирование государственных профилактических программ.
5. Существует адекватное финансирование для обеспечения ухода за ЛВС.
6. Существует адекватное финансирование программ по снижению последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа.
7. Частный сектор играет важную роль в финансировании программ по профилактике ВИЧ/СПИДа и по уходу за больными.

8. Международные организации обеспечили значительную часть финансирования профилактических программ.
9. Международные организации обеспечили значительную часть финансирования программ по уходу за больными.

V. ОЦЕНКА, МОНИТОРИНГ И ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Разработаны оперативные и финансовые планы, соответствующие целям и задачам программы.
2. Результаты оценок и исследований активно применяются при выработке политики и планировании программ.
3. В каждой программе существуют механизмы мониторинга и оценки, такие, как официальный отдел оценки мероприятий.
4. При необходимости проводятся специальные исследования для улучшения программы.
5. Существует и постоянно функционирует система дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией.
6. Существует и постоянно функционирует система поведенческого надзора.

VI. ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ И НОРМАТИВНАЯ БАЗА

1. Разрешена реклама презервативов.
2. Нет ограничений на импорт презервативов.
3. Нет ограничений на распространение презервативов.
4. Нет ограничений на получение услуг по лечению СПБ.
5. Четкие, простые и справедливые процедуры регистрации НПО.
6. Изнасилования, сексуальное принуждение и домашнее насилие считаются серьезными преступлениями и преследуются законом.
7. Материалы международных конференций, документы, руководства, договоры, конвенции и соглашения включены в национальное законодательство или учитывались при проведении правовой реформы.

VIII. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРОГРАММЫ

1. Существуют руководящие принципы для сокращения риска ВИЧ-инфицирования медицинских работников.
2. Активно осуществляется программа по распространению точной информации о ВИЧ/СПИДе в средствах массовой информации.
3. Работает система поставки лекарств для лечения СПБ и оппортунистических инфекций.
4. Работает система поставки презервативов.
5. Существует программа социального маркетинга презервативов.
6. Существуют специальные профилактические программы для групп высокого риска.
7. Существуют конфиденциальные услуги по консультированию и тестированию.
8. Образовательные программы о семейной жизни для молодежи.
9. Существуют программы профилактики передачи инфекции от матери ребенку путем тестирования, консультирования, антиретровирусной терапии и вскармливания младенцев.
10. Существует национальная программа информации, образования и коммуникации (ИОК).
11. Существуют программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков (включая обмен игл и шприцев, заместительную терапию, образование по принципу «равный-равному», пропаганду использования презервативов, программы по снижению спроса на наркотики и профилактике).
12. ЛВС официально включены в программу.
13. Международные программы внесли значительный вклад в обучение местного персонала, работающего в профилактических программах.
14. Данные международных исследований очень помогли при разработке мероприятий программы.
15. Международные организации помогли при разработке программы и ее осуществлении путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.

IX. ПРОГРАММЫ ПО УХОДУ

1. Существуют современные стратегии и руководящие принципы организации ухода и поддержки ЛВС.
2. Национальные медицинские учреждения предоставляют основной пакет услуг по уходу и поддержке. Эти услуги включают добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ; психосоциальную поддержку; паллиативную помощь; лечение пневмонии, орального и вагинального кандидоза и легочной формы туберкулеза; регламентированные услуги по уходу, в особенности за больными туберкулезом и СПБ, а также специализированные услуги по уходу.
3. Промежуточный пакет услуг по уходу и поддержке предоставляется учреждениями национальной системы здравоохранения. Он включает в себя все услуги основного пакета, плюс усиленное внимание туберкулезу (активное выявление случаев заболевания среди ЛВС, улучшенная диагностика внелегочной формы ТБ и профилактика ТБ), профилактика котримоксазолом, системное лечение противогрибковыми препаратами, лечение саркомы Капоши основными препаратами и лечение рака шейки матки хирургическим путем.
4. Комплексный пакет услуг по уходу и поддержке предоставляется учреждениями национальной системы здравоохранения. Он включает в себя все услуги промежуточного пакета, плюс антиретровирусную терапию, диагностику и лечение микобактериальных инфекций, цитомегаловирусных заболеваний, мультирезистентной формы туберкулеза, токсоплазмоза и ВИЧ-ассоциированных злокачественных новообразований.
5. Существует комплексная программа по оказанию необходимой поддержки детям, осиротевшим из-за СПИДа .
6. Международные программы внесли значительный вклад в обучение местного персонала, работающего в программах по уходу.
7. Данные международных исследований очень помогли при разработке программ по уходу.
8. Международные организации помогли при разработке программ по уходу и их осуществлении путем предоставления технической помощи и руководящих указаний.

X. НАЛИЧИЕ УСЛУГ

1. Какой процент сексуально активного населения столицы имеет достаточно удобный доступ к следующим услугам?
2. Презервативы.
3. Лечение СПБ.
4. Добровольное консультирование и тестирование.
5. Программы ИОК в области профилактики ВИЧ.
6. Каков процент случаев переливания крови в столице, когда используется кровь, прошедшая скрининг?
7. Какой процент ПИН в столице имеет достаточно удобный доступ к программам обмена игл?
8. Какой процент ВИЧ-положительных людей в столице имеет достаточно удобный доступ к качественной медицинской помощи в связи с проблемами, вызванными ВИЧ?
9. Какой процент ВИЧ-положительных людей в столице имеет достаточно удобный доступ к семейной и индивидуальной поддержке для того, чтобы справиться с последствиями ВИЧ?
10. Какой процент молодежи в столице имеет достаточно удобный доступ к информации о методах безопасного секса?
11. Какой процент беременных женщин в столице имеет достаточно удобный доступ к программам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку?
12. Каков уровень услуг в других городах по сравнению со столицей?
13. Каков уровень услуг в сельской местности по сравнению со столицей?

XI. РОЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

1. Учреждения ООН внесли значительный вклад в усиление политической приверженности руководства страны.
2. Учреждения ООН внесли значительный вклад в увеличение числа и расширение разнообразия организаций, вовлеченных в мероприятия по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа.

3. Учреждения ООН способствовали выработке политики путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.
4. Учреждения ООН способствовали планированию путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.
5. Учреждения ООН эффективно сотрудничают между собой в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДу.
6. Учреждения ООН и национальное правительство эффективно сотрудничают между собой в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДу.
7. Учреждения ООН и двусторонние доноры эффективно сотрудничают между собой в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДу.
8. Учреждения ООН и неправительственные организации (включая организации ЛВС) эффективно сотрудничают между собой в области противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДу.
9. Учреждения ООН предоставили значительное финансирование программам профилактики ВИЧ/СПИДа.
10. Учреждения ООН оказали помощь в разработке и осуществлении программ по профилактике ВИЧ/СПИДа путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.
11. Учреждения ООН внесли значительный вклад в обучение местного персонала методам работы в программах по профилактике ВИЧ/СПИДа.
12. Учреждения ООН предоставили значительное финансирование программам по уходу за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.
13. Учреждения ООН оказали помощь в разработке и осуществлении программ по уходу за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом путем предоставления технической помощи и руководящих принципов.
14. Учреждения ООН внесли значительный вклад в обучение местного персонала программ по уходу за ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом.

Приложение В. Национальные консультанты, задействованные в ИУПС

Страна	Консультант	Количество респондентов
Беларусь	Ирина Альбертовна Миронова	25
Бенин	Эдуард Воллас	28
Бразилия	Евклид Айрес де Кастильо	39
Буркина-Фасо	А. Ивонна Тави-Оуттара	20
Китай	Руотао Вонг	21
Конго, Д.Р.	Эмили Бонго Бени	21
Кот-д'Ивуар	Грация Тибалдесчи	30
Доминиканская Республика	Вильям Рафаэль Дюк	30
Сальвадор	Ада Ауксилиадора Ораллана Гонзалес	32
Эфиопия	Мелаку Руфаэль	23
Гана	Кристофер Н.Л. Тетте	19
Гватемала	Серджио Агилер	24
Гайана	Бирчет Бонита Харрис	27
Гаити	Мари-Далберг Ла Фонтант Пьер	25
Гондурас	Эдна Марадьяга	29
Индонезия	Крис Грин	17
Казахстан	Маргарет Стюарт	28
Кения	Соби Мулинди	28
Мадагаскар	Андриамахенина Рамоньисоа	22
Малави	Вилфред Александр Чаламира Нкхома	17
Мали	Исмаила Самба Траоре	20
Мексика	Хосе Ромеро	19
Мозамбик	Луис Альберто Макаве	17
Непал	Махеш Прадхан	23
Никарагуа	Фернандо Кампос	27
Нигерия	Адель Оньез	26
Панама	Рина Кастро де Барба	25
Перу	Рикардо Альберто Фурман Вольф	24
Филиппины	Тес Кукуэко	25
Россия	Елена Яковлевна Могилевская	18
Руанда	Рут Корнфилд	28
Сенегал	Идрисса Диоп	21
Южная Африка	Рэдди Сифо Нхлапо	17
Танзания	Питер Рива	22
Уганда	Сьюзан Каседде	20
Украина	Игорь Олийник	19
Вьетнам	Дао Тхи Канх Ноа	27
Замбия	Джолли Камванга	19
Зимбабве	Давид Мунодавафа	23

Приложение С. Индекс усилий программы по борьбе со СПИДом (по компонентам и странам) в 2000 г.

	Политическая поддержка	Выработка политики	Организационная структура	Программные ресурсы	Оценка, мониторинг, исследование	Законодательная и нормативная база	Профилактические программы	Программы по уходу
Восточная и Южная Африка								
Эфиопия	63	61	44	26	32	74	46	24
Кения	63	70	70	42	47	81	58	32
Мадагаскар	53	58	59	43	51	81	58	21
Малави	71	74	78	54	68	83	62	48
Мозамбик	63	71	67	50	57	82	56	39
Руанда	59	63	59	36	46	80	57	37
Южная Африка	60	57	67	35	42	74	46	28
Танзания	55	59	55	38	52	82	64	41
Уганда	66	75	68	42	60	78	59	31
Замбия	64	60	56	35	53	74	56	29
Зимбабве	61	72	67	43	61	81	73	52
В среднем	62	66	63	40	52	79	58	35
Западная и Центральная Африка								
Бенин	51	73	69	39	59	87	66	34
Буркина-Фасо	51	52	59	38	43	79	49	28
Конго, Д.Р.	43	76	67	24	52	83	50	38
Кот-д'Ивуар	55	64	70	35	56	83	60	41
Гана	65	70	61	46	54	90	61	23
Мали	64	78	68	40	47	81	58	37
Нигерия	62	65	70	44	59	86	49	28
Сенегал	61	78	75	39	61	87	66	46
В среднем	57	69	67	38	54	84	57	34
Азия								
Камбоджа	56	61	59	47	59	75	52	47
Китай	50	61	51	38	57	57	53	37
Индонезия	47	58	51	37	47	68	50	23
Непал	48	52	52	36	47	74	46	15
Филиппины	60	76	73	56	69	75	66	48
Вьетнам	63	66	64	50	63	93	70	47
В среднем	54	63	59	44	57	74	56	36
Латинская Америка								
Бразилия	70	80	80	70	71	85	73	73
Доминиканская Республика	45	67	58	30	57	75	50	32
Сальвадор	43	50	46	33	48	67	45	40
Гватемала	54	60	52	35	50	70	51	34
Гайана	36	45	35	25	22	74	37	19
Гаити	53	52	59	35	42	75	50	28
Гондурас	52	66	61	47	67	75	55	46
Мексика	46	53	55	32	49	62	51	40
Никарагуа	40	54	51	24	49	77	41	29
Панама	53	53	48	31	43	76	44	43
Перу	51	60	57	48	72	73	58	38
В среднем	49	58	55	37	52	74	51	38
Восточная Европа								
Беларусь	46	61	62	39	58	78	63	44
Казахстан	42	45	49	25	41	77	52	17
Россия	35	56	45	28	38	78	57	43
Украина	43	57	48	20	46	82	52	24
В среднем	41	55	51	28	46	79	56	32
В среднем по всем странам	53	62	59	37	52	78	56	35

Приложение D. Показатели доступности услуг в столицах (по странам и услугам) 2000 г.

	Презервативы	СПБ	ДКТ	ИОК	Безопас- ность крови	ПОИШ	Уход	Поддержка	Молодёжь	ПМР
Восточная и Южная Африка										
Эфиопия	76	54	27	64	94	4	23	21	50	10
Кения	62	61	31	58	92	0	38	37	38	25
Мадагаскар	68	61	38	52	90	15	14	14	49	28
Малави	77	75	59	78	99	40	33	38	59	24
Мозамбик	51	46	23	47	53	18	22	31	50	31
Руанда	60	56	40	63	88	23	23	28	49	24
Южная Африка	37	32	28	25	92	23	17	18	41	10
Танзания	64	55	39	67	83	4	35	30	46	31
Уганда	71	62	61	73	86	0	37	43	61	27
Замбия	66	51	36	60	94	0	17	49	57	30
Зимбабве	75	75	40	73	97	12	33	35	50	37
В среднем	64	57	38	60	88	13	27	31	50	25
Западная и Центральная Африка										
Бенин	77	61	44	76	96	24	29	18	58	52
Буркина-Фасо	68	39	20	49	84	20	13	24	34	16
Конго, Д.Р.	49	34	16	62	41	8	19	22	33	20
Кот-д'Ивуар	79	56	42	58	84	12	30	30	56	35
Гана	82	59	23	69	94	0	33	21	54	19
Мали	77	69	46	64	98	16	57	49	49	37
Нигерия	64	47	21	51	53	7	27	29	41	18
Сенегал	60	55	24	67	96	12	27	26	58	34
В среднем	70	53	29	62	81	12	29	27	49	29
Азия										
Китай	73	73	47	42	79	8	34	23	43	30
Индонезия	45	26	19	47	81	4	22	26	29	19
Непал	67	44	22	46	79	19	19	16	28	17
Филиппины	61	51	45	61	81	15	37	37	46	42
Вьетнам	80	67	57	87	94	32	55	54	69	59
В среднем	65	52	38	57	83	16	33	31	43	33
Латинская Америка										
Бразилия	54	61	67	64	97	24	80	53	73	62
Доминиканская Республика	74	63	38	66	89	0	36	31	50	29
Сальвадор	45	50	30	37	88	7	35	29	32	33
Гватемала	57	45	28	39	76	10	34	28	32	28
Гайана	67	65	43	51	91	6	31	25	50	24
Гаити	62	41	27	55	91	10	16	20	41	13
Гондурас	55	45	50	56	82	11	33	31	45	28
Никарагуа	57	47	36	39	81	9	22	19	40	31
Панама	76	77	51	45	97	8	53	44	45	49
Перу	64	56	45	44	84	1	34	26	40	46
В среднем	61	55	42	50	88	8	37	31	45	34
Восточная Европа										
Беларусь	79	77	77	68	98	44	73	53	68	70
Казахстан	73	61	50	43	74	6	53	20	41	49
Россия	81	83	61	59	98	8	39	25	59	59
Украина	59	63	70	33	100	18	51	20	43	26
В среднем	73	71	64	51	92	19	54	30	53	51
В среднем по всем странам	67	58	42	56	86	14	36	30	48	34

Приложение Е. **Общая доступность услуг по странам, 2000 г.**

	Столица	Другие города	Сельская местность	Общая
Восточная и Южная Африка				
Эфиопия	47	22	15	17
Кения	47	26	19	26
Мадагаскар	46	26	15	22
Малави	33	18	13	16
Мозамбик	39	23	15	19
Руанда	48	27	17	18
Южная Африка	33	18	13	16
Танзания	50	31	23	26
Уганда	58	34	20	24
Замбия	51	29	17	25
Зимбабве	57	41	31	36
В среднем	46	27	18	22
Западная и Центральная Африка				
Бенин	57	30	24	30
Буркина-Фасо	40	22	12	15
Конго, Д.Р.	33	15	10	13
Кот-д'Ивуар	52	25	15	26
Гана	50	33	25	30
Мали	61	31	19	25
Нигерия	39	22	13	18
Сенегал	50	24	15	24
В среднем	48	25	17	23
Азия				
Китай	49	27	16	20
Индонезия	74	44	31	46
Непал	38	17	11	13
Филиппины	51	27	20	26
Вьетнам	69	36	24	28
В среднем	56	30	20	26
Латинская Америка				
Бразилия	68	44	33	44
Доминиканская Республика	53	23	16	31
Сальвадор	42	23	14	23
Гватемала	41	18	12	18
Гайана	49	23	15	22
Гаити	41	19	13	20
Гондурас	47	26	19	26
Никарагуа	41	22	13	24
Панама	60	29	21	37
Перу	49	24	13	28
В среднем	49	25	17	27
Восточная Европа				
Беларусь	74	44	31	46
Казахстан	56	25	17	24
Россия	63	39	18	35
Украина	52	28	13	25
В среднем	61	34	20	32
В среднем по всем странам	51	28	18	26