



ПЛАНИРОВАНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ

ПРОГРАММАМИ ПО ВИЧ

СОВМЕСТНО С КЛЮЧЕВЫМИ ГРУППАМИ НАСЕЛЕНИЯ

Рекомендации по предоставлению и обеспечению устойчивости услуг в связи с ВИЧ через платформы доверительного доступа для работников секс-бизнеса, людей, употребляющих наркотики, геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, а также трансгендерных и гендерно-разнообразных людей

СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности	4
Сокращения и акронимы	5
Обзор	8
Предисловие	10
Введение	11

Часть 1

Создание платформ доверительного доступа	13
1.1. Понимание платформ доверительного доступа	14
1.1.1. Что такое подход на основе платформы доверительного доступа?	14
1.1.3. Какие услуги и другие вмешательства могут быть доступны в рамках подхода на основе платформы доверительного доступа?	19
1.2. Ключевые элементы подхода на основе платформы доверительного доступа	25
1.2.1. Аутрич-работа силами равных	26
1.2.2. Виртуальные модели оказания услуг	35
1.2.3. Оказание услуг через безопасные пространства для членов сообществ	41
1.2.4. Оказание услуг через медицинские учреждения	44
1.2.5. Оказание услуг через мобильные медицинские клиники/аутрич-клиники	51
1.2.6. Доступ к услугам через сторонних поставщиков	54
1.3. Планирование и адаптация платформ доверительного доступа и учет комплексных структурных аспектов	58
1.3.1. Планирование платформ доверительного доступа	58
1.3.2. Адаптируемость и дифференциация	63
1.3.3. Комплексные структурные вмешательства для платформ доверительного доступа	64

Часть 2

Менеджмент, ориентированный на расширение масштаба и повышение воздействия	69
2.1. Обновление данных картирования и оценок численности населения	71
2.2. Осуществление эффективного надзора за программой	75
2.3. Мониторинг выбранных показателей эффективности и воздействия	80
2.4. Внедрение мониторинга под руководством сообществ	85
2.5. Укрепление потенциала и лидирующей роли сообществ	90
2.6. Обеспечение устойчивости программ для долгосрочного воздействия	94

Приложения	99
Приложение 1. Сравнительный анализ удельных затрат на платформы доверительного доступа ..	100
Приложение 2. Функции аутрич- и управленческих команд	103
Приложение 3. Матрица оценки прогресса для платформ доверительного доступа	105
Приложение 4. Пример бюджета на проведение программного картирования	109
Приложение 5. Шаблон бюджета на проведение упрощенного биоповеденческого исследования	112
Приложение 6. Пример бюджета на мониторинг методом тайного клиента силами сообществ	114
Ссылки	116

БЛАГОДАРНОСТИ

Это руководство подготовлено для Глобальной коалиции по профилактике ВИЧ (GPC) Джеммой Оберт (Кейптаунский университет) и Мэтью Гриноллом (независимый консультант) при поддержке ЮНЭЙДС, GPC и Глобального фонда по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Члены Технической рабочей группы GPC по ключевым группам населения предоставили подробные отзывы по нескольким проектам. Этот документ является обновленной версией руководства Коалиции по профилактике ВИЧ 2020 г. «Платформы доверительного доступа для ключевых групп населения». Вопросы планирования и составления бюджета для платформы для ключевых групп населения в целях предоставления в более широком масштабе качественных услуг по профилактике и лечению ВИЧ, а также для создания необходимых благоприятных условий¹.

СОКРАЩЕНИЯ И АКРОНИМЫ

МПММ	мальчики-подростки и молодые мужчины	ПКП	постконтактная профилактика
ДПМЖ	девочки-подростки и молодые женщины	ПКП	партисипаторное картирование программ
АРТ	антиретровирусная терапия	ДКП	доконтактная профилактика
ОБС	организация на базе сообщества	ОЧН	оценка численности населения
МРС	мониторинг под руководством сообществ	ЛУИН	люди, употребляющие инъекционные наркотики
ОВС	организация, возглавляемая сообществом	ЛУН	люди, употребляющие наркотики
ПС	планирование семьи	ОНУ	охват, набор и удержание
ГОН	гендерно обусловленное насилие	ОНТУ	охват, набор, тестирование и удержание
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией	ОНТЛПУ	охват, набор, тестирование, лечение, профилактика и удержание
ВГВ	вирус гепатита В	SACS	государственные общества по профилактике и контролю СПИДа
ЧОП	человекоориентированный дизайн	ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
ВГС	вирус гепатита С	РСБ	работники секс-бизнеса
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека	ПДД	платформа доверительного доступа
IRB	Институциональный наблюдательный совет	ТБ	туберкулез
КГН	ключевая группа населения	ТГ	трансгендерные и гендерно разнообразные люди
МУКГН	медицинские услуги, предоставляемые людьми из ключевых групп населения	ГТП	служба технической поддержки
КУГН	ключевые и уязвимые группы населения	НН=НП	необнаружимый = непередаваемый
МСМ	геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	УИК	уникальный идентификационный код
НАСО	Национальная организация по контролю СПИДа	ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ПОШ	программы обмена игл и шприцев	ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ПТАО	поддерживающая терапия с применением агонистов опиатов	УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
ПЕПФАР	Чрезвычайный план Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом	ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

РИСУНКИ

Рисунок 1. Платформы доверительного доступа для ключевых групп населения сочетают в себе различные подходы к предоставлению услуг	18
Рисунок 2. Пример локального картирования	26
Рисунок 3. Пример организационной структуры для равных аутрич-работников в рамках платформы доверительного доступа	30
Рисунок 4. Различные сценарии реализации программ в зависимости от наличия ресурсов .	61
Рисунок 5. Картирование точек оказания услуг секс-работниками, совмещенное с данными по оценке численности населения, Южная Африка (адаптировано на основе оригинала)	72
Рисунок 6. Пример мониторинга программы для секс-работниц в Момбасе, Кения	76
Рисунок 7. Структура индийской программы для ключевых групп населения со встроенным подразделением технической поддержки	91
Рисунок 8. Процесс обучения и аккредитации поставщиков медицинских услуг под руководством ключевых групп населения в Таиланде	92

ВСТАВКИ

Вох 1: Характеристики платформы доверительного доступа	16
Вох 2: Платформы доверительного доступа: что стоит за этим названием?	17
Вох 3: Smart Ladies в Кении	20
Вох 4: Услуги и вмешательства	21
Вох 5: Глобальные целевые показатели по ДКП для ключевых групп населения на 2030 г.	22
Вох 6: Виртуальное предоставление услуг для ключевых групп населения: пример организации FHI 360	39
Вох 7: Что такое медицинское учреждение, компетентное в работе с ключевыми группами населения?	45
Вох 8: Аптеки: недостаточно используемый ресурс сообществ в обеспечении доверительного доступа	56
Вох 9: Факторы, которые следует учитывать при создании ПДД для различных ключевых групп населения	62
Вох 10: Мониторинг использования онлайн-услуг в области охраны психического здоровья в регионе Ближнего Востока и Северной Африки	76
Вох 11: Пример из практики, Африка: использование уникальных идентификационных кодов	77
Вох 12: Изменения в уровнях заболеваемости ВИЧ среди работников секс-бизнеса в Зимбабве	82
Вох 13: Качество услуг в связи с ВИЧ для ключевых групп населения на Ямайке	87
Вох 14: Решение проблемы низкого охвата ключевых групп населения услугами в связи с ВИЧ в Таиланде	92
Вох 15: Государственный социальный заказ для программ помощи ключевым группам населения в Казахстане	95

ТАБЛИЦЫ

Таблица 1. Рекомендуемые вмешательства для ключевых групп населения согласно <i>Сводному руководству</i>	23
Таблица 2. Различные типы равных аутрич-работников и их типичные функции	28
Таблица 3. Услуги, предоставляемые посредством аутрич-работы силами равных	29
Таблица 4. Услуги, предоставляемые посредством онлайн- и виртуальных программ	38
Таблица 5. Услуги, предоставляемые на базе безопасных пространств для членов сообществ	43
Таблица 6. Услуги, предоставляемые через медицинские учреждения	47
Таблица 7. Услуги, предоставляемые через мобильные или аутрич-клиники	52
Таблица 8. Услуги, доступные через сторонних поставщиков	55
Таблица 9. Комплексные структурные вмешательства	66
Таблица 10. Рекомендуемая структура и функциональные обязанности исследовательской группы по проведению опроса методом избирательных участков	81
Таблица 11. Расчет доступности услуг для ключевых групп населения с помощью МРС	86
Таблица 12. Интеграция ПДД для ключевых групп населения через партнерства между НПО и государственными клиниками в Малайзии («Модель КК»)	97
Таблица 13. Региональные удельные затраты на аутрич-работу с ключевыми группами населения, оценка ресурсов ЮНЭЙДС (ускоренное моделирование)	101
Таблица 14. Удельные затраты на отдельные вмешательства для ключевых групп населения, обзор ЮНЭЙДС за 2024 г.	102
Таблица 15. Модель зрелости ПДД	105
Таблица 16. Пример бюджета для проведения партисипаторного картирования программ и оценки численности ключевых групп населения	109
Таблица 17. Расчет затрат на проведение ПКП и оценки численности ключевых групп населения	111
Таблица 18. Шаблон бюджета для проведения упрощенного биоповеденческого исследования	112
Таблица 19. Мероприятия и затраты на мониторинг методом тайного клиента силами сообществ в рамках одной из программ для ключевых групп населения в Соединенных Штатах Америки	114

ОБЗОР

Это руководство дает исчерпывающее представление о том, как планировать программы по ВИЧ и управлять ими совместно с ключевыми группами населения. Текст не требует последовательного или полного прочтения; специалисты по планированию программ могут выбирать разделы, которые наиболее актуальны для их работы. Цель этого обзора — помочь читателю ориентироваться в руководстве для выборочного прочтения.

Часть 1. Создание платформ доверительного доступа

Раздел	Содержание раздела
1.1. Понимание платформ доверительного доступа	Разъясняется содержание подхода на основе «платформы доверительного доступа» с акцентом на важность совместной работы различных типов поставщиков услуг для обеспечения доступа к широкому спектру услуг/вмешательств, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения.
1.2. Ключевые элементы подхода на основе платформы доверительного доступа	Содержится подробное описание различных типов поставщиков услуг, которые могут быть интегрированы в платформу доверительного доступа. Это включает проведение аутрич-работы по принципу «равный – равному», предоставление виртуальных услуг, безопасные пространства для членов сообществ, медицинские учреждения, мобильные клиники и другое.
1.3. Планирование и адаптация платформ доверительного доступа и структурные аспекты	Описываются основные принципы планирования платформ доверительного доступа, включая способы обеспечения взаимодействия различных элементов. Обсуждается, каким образом специалисты по планированию — в том числе члены ключевых групп населения — должны находить баланс между оптимальными мерами по преодолению барьеров и имеющимися ресурсами при разработке платформы доверительного доступа.

Часть 2. Менеджмент, ориентированный на расширение масштаба и повышение воздействия

2.1. Актуализация картирования и оценки численности населения	Описываются различные методы оценки численности населения и картирования сообществ ключевых групп населения. Предлагаются альтернативы масштабным обследованиям и рекомендуется сегментация по профилю риска для получения более точных оценок числа людей, нуждающихся в услугах.
2.2. Осуществление эффективного надзора за реализацией программы	Предлагается набор ключевых вопросов для специалистов по планированию программ, позволяющих определять эффективность платформы доверительного доступа. Описываются соответствующие инструменты мониторинга и оценки, необходимые для эффективного надзора за программой.
2.3. Мониторинг отдельных результатов и воздействия	Предлагается расширение программного мониторинга за счет внедрения ключевых показателей результатов (например, подавление вирусной нагрузки) и показателей воздействия (например, новые случаи инфицирования). Предлагается ряд упрощенных методов обследования, которые могут регулярно повторяться при низких затратах.
2.4. Внедрение мониторинга под руководством сообществ	Подчеркивается важность мониторинга под руководством сообществ, проводимого ключевыми группами населения, в целях повышения доступности, приемлемости и качества услуг на платформах доверительного доступа. Перечисляются различные методы МРС.
2.5. Укрепление потенциала и лидерской роли сообществ	Устанавливается связь между расширением прав и возможностей сообществ и эффективными программами для ключевых групп населения. Основное внимание уделяется предоставлению технической поддержки и формальной подготовки в целях сохранения платформ доверительного доступа в рамках государственной системы.

Часть 1. Создание платформ доверительного доступа

2.6. Поддержание программ для достижения долгосрочного воздействия Рассматриваются платформы доверительного доступа для ключевых групп населения в рамках более широкой повестки в области устойчивого развития, подчеркивая необходимость внедрения механизмов социального заказа, интеграции в систему первичной медико-санитарной помощи и других стратегий.

Приложения

Часть 1 Приложения (1-3) Содержит дополнительные рекомендации по сравнительному анализу затрат, ролям и обязанностям в рамках аутрич-работы, а также по вопросам эволюции платформ доступа.

Часть 2 Приложения (4-6) Предлагаются примеры и шаблоны для расчета стоимости и составления бюджета различных мероприятий по мониторингу.

ПРЕДИСЛОВИЕ

С тех пор как в конце 2024 г. Глобальная коалиция по профилактике ВИЧ (GPC) приступила к обновлению этого руководства, в сфере финансирования борьбы с ВИЧ произошли глубокие изменения. Соединенные Штаты Америки внезапно отменили более трети своего двустороннего бюджета на борьбу с ВИЧ в 2025 финансовом году и предложили сохранить сокращение финансирования в 2026 финансовом году^{2,3,4}. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) сократил на 11% объем средств, выделенных странам на 7-й грантовый цикл, из-за уменьшения выплат по объявленным взносам⁵. Другие страны, такие как Франция, Нидерланды и Великобритания, также объявили о сокращении иностранной помощи на 40–70% в 2026 г.⁶

Полный характер и масштабы этих сокращений финансирования неясны, но, по-видимому, они значительно сказались на программах для ключевых групп населения. По некоторым оценкам, около 3,5 миллиона членов ключевых групп населения больше не охвачены специализированными услугами по профилактике ВИЧ⁷. Относительный рост числа новых случаев ВИЧ-инфицирования может быть в 1,3–6,0 раза выше среди ключевых групп населения по сравнению с неключевыми группами населения (за пределами Африки), в зависимости от сценария сокращения финансирования⁸.

Однако не все страны в равной степени затронуты финансовым кризисом. Многие из стран с доходом выше среднего, особенно в Латинской Америке и Азии, испытывают минимальные изменения. Даже в Африке показатели снижения существенно разнятся: от более чем 50% в одних странах до менее 25% в других⁹.

Цель данного руководства — найти баланс, показав, как оптимально планировать и управлять программами по ВИЧ для ключевых групп населения и совместно с ними, одновременно учитывая серьезные ограничения в финансировании, с которыми сталкиваются многие страны. В нем не рассматриваются вопросы расстановки приоритетов, поскольку они подробно освещены в других документах^{10,11,12}. Вместо этого обновленная версия содержит новые руководящие указания по обеспечению устойчивости (раздел 2.6), сравнительный анализ затрат (приложение 1) и рекомендации по сочетанию подходов к предоставлению услуг в зависимости от имеющихся ресурсов (рисунок 10). Эти рекомендации призваны помочь странам справиться с проблемами финансирования.

ВВЕДЕНИЕ

О чем идет речь в этом руководстве?

Работники секс-бизнеса, люди, употребляющие инъекционные наркотики, геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, а также трансгендерные и гендерно разнообразные люди непропорционально сильно затронуты ВИЧ почти во всех частях мира. Их повышенная уязвимость к заражению ВИЧ, вирусным гепатитом и другими инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), обусловлена целым рядом поведенческих, социальных, правовых, структурных и других контекстуальных факторов, а также ограниченным доступом к медицинским и другим необходимым услугам, которые позволили бы им защитить себя. Те же факторы означают, что члены этих групп с меньшей вероятностью получают эффективное лечение и поддержку, в которых они нуждаются, если являются ВИЧ-позитивными. Кроме того, внутри каждой из этих групп существует сложная взаимосвязь между описанными выше факторами и их возрастом, полом, инвалидностью, образованием, расой, религией и социально-экономическим статусом.

Эти группы считаются «ключевыми группами населения» в контексте борьбы с ВИЧ. Удовлетворение их потребностей имеет решающее значение для их здоровья и благополучия и является центральным элементом местных, национальных и глобальных усилий по искоренению СПИДа как угрозы общественному здоровью к 2030 г^а. Для того чтобы меры по борьбе с ВИЧ были действенны для ключевых групп населения, необходимо эффективно и в масштабе учитывать различные факторы, описанные выше. В настоящем руководстве содержатся рекомендации о том, как этого добиться.

В основе подхода, описанного в этом документе, лежат концепции доступа и доверия. Для удовлетворения потребностей ключевых групп населения крайне важно обеспечить им доступ к необходимой информации, услугам и поддержке в удобное время и в удобном месте, а также со стороны заслуживающих доверия источников и поставщиков услуг

Значение доверия различно для разных людей и для разных видов услуг; это означает, что представители ключевых групп населения должны участвовать в планировании, предоставлении и мониторинге услуг и программ. Это также означает устранение структурных факторов, негативно влияющих на доступ к услугам и уязвимость к ВИЧ и другим инфекциям, включая стигматизацию, дискриминацию и насилие. В части 1 руководства описывается подход к решению этой задачи с использованием *платформы доверительного доступа* (ПДД).

Важным аспектом данного руководства является также понятие масштаба, поскольку искоренение СПИДа как угрозы общественному здоровью означает обеспечение доступа к необходимым услугам для членов ключевых групп населения. Достижение масштаба требует надежных данных, тщательного планирования и распределения ресурсов. Вопросы, связанные с достижением масштаба и распределением ресурсов, рассматриваются в части 2.

Устойчивое общественное здравоохранение во многих случаях становится все более сложной задачей из-за социальной стигматизации и внедрения политики и законодательства, противоречащих глобальным стандартам в области прав человека

а. Хотя люди, находящиеся в тюрьмах и других закрытых учреждениях, как правило, также считаются ключевыми группами населения в контексте ВИЧ, в данном руководстве они не рассматриваются.

и равенства. В этом руководстве также показано, как осуществлять структурные вмешательства, необходимые для обеспечения доверительного доступа к услугам для ключевых групп населения.

Для кого предназначено это руководство?

Части 1 и 2 данного руководства посвящены разработке и поддержке ПДД с двух разных точек зрения. В части 1 основное внимание уделяется индивидуальному, общественному и местному или оперативному аспекту, а в части 2 — национальному или стратегическому аспекту. Как таковые, они будут полезны для различных аудиторий, а часть 1 предназначена для исполнителей и руководителей на местном уровне, включая организации, возглавляемые сообществами (ОВС), поставщиков медицинских услуг в государственном секторе и лиц, принимающих стратегические решения. Часть 2 предназначена для лиц, принимающих стратегические решения на национальном уровне (в том числе членов ключевых групп населения), и лиц, отвечающих за распределение ресурсов в целях ликвидации СПИДа как угрозы общественному здоровью.

ЧАСТЬ 1
**СОЗДАНИЕ ПЛАТФОРМ
ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ДОСТУПА**



1.1. Понимание платформ доверительного доступа

1.1.1. Что такое подход на основе платформы доверительного доступа?

Подход на основе платформы доверительного доступа направлен на обеспечение безопасного доступа ключевых групп населения к необходимым им услугам по профилактике и лечению ВИЧ, а также к сопутствующим услугам. При таком подходе представители ключевых групп населения получают выгоду от услуг и имеют доступ к тем видам помощи, которые отвечают их потребностям. Для эффективного доступа ключевые группы населения должны испытывать высокий уровень доверия как к услугам, так и к тем, кто их предоставляет. Один из наиболее эффективных способов достижения и поддержания этого доверия — вовлечение ключевых групп населения в разработку, предоставление и мониторинг услуг.

Данный подход признает, что услуги могут предоставляться с использованием различных методов и в различных форматах. В зависимости от вида услуг, это могут быть государственные или частные медицинские учреждения; дроп-ин центры и безопасные пространства; аутрич-рабата в сообществе; аутрич-деятельность и предоставление услуг в виртуальном формате; местные учреждения, включая аптеки; и службы социальной защиты. Они работают вместе, чтобы укрепить доверие, удовлетворить потребности различных ключевых групп населения и способствовать их вовлечению и удержанию в системе услуг. Все услуги, учреждения и организации-исполнители, которым доверяют члены ключевых групп населения, можно рассматривать в совокупности как платформу.

Характер платформ будет варьироваться в зависимости от страны и конкретной ключевой группы населения, и даже в пределах одной страны, поскольку в каждом отдельном регионе состав субъектов, предоставляющих услуги, будет различным. Более того, степень доверия ключевых групп населения к этим субъектам также различается в каждом конкретном регионе и может меняться с течением времени. Платформа также предоставляет механизм внесения изменений для удовлетворения возникающих потребностей, например путем привлечения новых доверенных поставщиков или внедрения новых мер вмешательства по мере изменения потребностей (вставка 1).

Вставка 1

Характеристики платформы доверительного доступа

Среди характеристик платформ доверительного доступа можно назвать следующие:

- Они обеспечивают безопасный и защищенный доступ к услугам в связи с ВИЧ и более широкому спектру медицинских услуг для людей, сталкивающихся с наиболее серьезными барьерами.
- Они предлагают широкий спектр услуг и различные варианты их получения путем сочетания различных поставщиков или каналов доступа.
- Они облегчают непрерывное использование услуг.
- Они опираются на возможности, существующие в каждом конкретном месте.

- Они направлены на устранение правовых барьеров и препятствий в области прав человека, затрудняющих доступ к услугам.
- Они предоставляют сообществам информацию о том, как вести здоровый образ жизни.
- Они ориентированы на потребности человека и сообщества, оперативно реагируют на нужды, а также выявляют новые проблемы и адаптируются к ним.
- Они учитывают и удовлетворяют потребности различных людей, включая молодежь из числа ключевых групп населения и лиц, принадлежащих одновременно к нескольким таким группам.
- Отдельные члены ключевых групп населения участвуют в работе как в качестве получателей, так и поставщиков услуг: ПДД основана на сотрудничестве между этими двумя группами, при этом организации, возглавляемые ключевыми группами населения, часто являются частью ПДД.

В любой конкретном регионе может быть более одного варианта получения услуг, которому доверяют ключевые группы населения. Платформы могут варьироваться от «единого окна» — специализированного поставщика услуг, возглавляемого ключевыми группами населения и предоставляющего широкий спектр услуг, — до сочетания различных поставщиков, отдельные из которых ориентированы на ключевые группы населения, а другие обслуживают более широкие слои населения и предоставляют более узкий спектр услуг. Эти варианты доступа к услугам отражают потребности и предпочтения различных ключевых групп населения и членов сообществ. Диапазон доступных вариантов будет зависеть от возможностей и ресурсов местных субъектов, имеющегося финансирования и местных условий (например, социальных установок, правового контекста и поведения сотрудников правоохранительных органов по отношению к ключевым группам населения). Наличие широкого спектра вариантов доступа к услугам является критически важным компонентом для расширения охвата, использования и удержания пациентов (рисунок 1).

Независимо от структуры платформы, координация и взаимодействие между различными задействованными структурами и субъектами помогают обеспечить конфиденциальное и безопасное перенаправление представителей ключевых групп населения, а также поддерживают непрерывное последующее наблюдение и совместные усилия по охвату лиц, не имеющих доступа к услугам. Это также позволяет различным организациям обмениваться информацией в рамках платформы, выявлять любые изменения и адаптироваться к ним (вставка 2).

Вставка 2**Платформы доверительного доступа: что стоит за этим названием?**

Платформа доверительного доступа — это концептуальный подход, а не фиксированная модель программы. Программы для ключевых групп населения обеспечивали доверительный доступ множеством различных способов, при этом не обязательно используя сам термин «платформа доверительного доступа». Таким образом, примеры в этом руководстве показывают, как программы и платформы обеспечивают доверительный доступ, а не просто ограничиваются теми моделями, которые именуется ПДД.

Эффективность платформ доверительного доступа обусловлена вовлечением и участием ключевых групп населения. Установление и поддержание доверия требует постоянной работы с членами ключевых групп населения для понимания и реагирования на их текущие, меняющиеся и более широкие потребности, а также для устранения барьеров доступа. Это требует не только улучшения точек доступа к услугам, но и тесного сотрудничества в разработке, реализации и мониторинге программ, а также в устранении структурных и социальных барьеров.

Рисунок 1. Платформы доверительного доступа для ключевых групп населения сочетают в себе различные подходы к предоставлению услуг



1.1.2. Почему целесообразно внедрять подход на основе платформы доверительного доступа?

Когда ключевые группы населения имеют возможность получать поддержку и услуги в нужное время, в удобном месте и на условиях доверия, уровень вовлеченности и охвата услугами значительно возрастает, что ведет к положительным результатам в области здравоохранения. Глобальная рамочная программа обеспечения доступа к профилактическим услугам до 2030 г. выделяет ПДД как важный компонент личностно-ориентированного подхода¹³.

Примеры из разных стран свидетельствуют о достижении практически оптимальных результатах использования презервативов, охвата тестированием на ВИЧ, скрининга и лечения других ИППП, проведения доконтактной профилактики (ДКП), доступа к антиретровирусной терапии и удержания пациентов в программе лечения с минимальными случаями прерывания наблюдения^{14,15,16}.

Подход на основе ПДД может помочь удовлетворить более широкий спектр потребностей, объединяя различных поставщиков услуг. Такой подход способствует большей устойчивости, поскольку в первую очередь он основан на действующих медицинских учреждениях (первичной, специализированной помощи и частных учреждениях) и других уже имеющихся ресурсах, таких как организации сообществ и социальные службы, а также на адаптации к условиям для удовлетворения потребностей членов ключевых групп населения.

Кроме того, ПДД предоставляет возможности для адаптации способов оказания услуг и добавления новых услуг с течением времени. Это связано с тем, что прямое участие ключевых групп населения позволяет выявлять возникающие потребности и определять наилучшие способы внедрения инноваций.

Более того, рутинные данные, получаемые с хорошо продуманных платформ на базе сообществ, могут быть надежными, простыми для понимания и использоваться в целях мониторинга доступа членов ключевых групп населения к необходимым им услугам. Это также позволяет своевременно выявлять проблемы, совместно разрабатывать решения и внедрять их на местном уровне. Проводимый под руководством сообществ мониторинг доступа к услугам, их качества, уровня стигматизации и дискриминации, насилия и многого другого на местном уровне способствует постоянному совершенствованию услуг и подходов к их предоставлению ключевым группам населения.

Благодаря опоре на местный опыт и адаптацию, данный подход также позволяет представителям ключевых групп и поставщикам услуг более эффективно выявлять и удовлетворять потребности таких подгрупп, как молодежь из числа ключевых групп населения и лица, принадлежащие одновременно к нескольким ключевым группам и, следовательно, имеющие более широкий спектр потребностей (вставка 3).

Вставка 3

Smart Ladies в Кении¹⁷

Smart Ladies начинала свою деятельность как неформальная сеть равных консультантов для работников секс-бизнеса в Накуру, Кения, которая способствовала созданию доверительной платформы для секс-работников путем:



- Развития партнерских отношений по всей стране для расширения масштабов своей работы.
- Партнерства с участием других ключевых групп населения и правоохранительных органов для обеспечения более надежной защиты прав.
- Партнерства с клиниками и параюристами для оказания экстренной медицинской и юридической помощи людям, пострадавшим от насилия.
- Партнерства с различными поставщиками медицинских услуг для обеспечения доступа к комплексным услугам по профилактике и лечению ВИЧ.

Данный подход позволил тысячам работников секс-бизнеса получить доверительный доступ к информации о ВИЧ, более широкие возможности в области здравоохранения и соблюдения прав человека. Этот успех позволил удовлетворить насущные потребности членов сообщества, связанные с насилием, и обеспечить ключевым организациям-партнерам возможность предоставлять приемлемые услуги в условиях доверия.

1.1.3. Какие услуги и другие вмешательства могут быть доступны в рамках подхода на основе платформы доверительного доступа?

Ряд услуг и других вмешательств были определены как необходимые для эффективного противодействия ВИЧ среди ключевых групп населения. Эти вмешательства и фактические данные, лежащие в их основе, подробно изложены в *Сводном руководстве по профилактике, диагностике, лечению и помощи в связи с ВИЧ-инфекцией, вирусными гепатитами и инфекциями, передаваемыми половым путем, для ключевых групп населения (Сводное руководство)* (вставка 4)¹⁸.

В *Сводном руководстве* ВОЗ под вмешательствами понимается любая деятельность или инициатива, которая должна быть интегрирована в программу работы с ключевыми группами населения. В этом руководстве термин «услуга» используется для описания любого вмешательства, которое непосредственно направлено на представителя ключевой группы населения (например, распространение презервативов, информирование, тестирование, лечение). Когда в настоящем руководстве используется термин «вмешательство», он соответствует *Сводному руководству* и относится как к услугам, так и к более широкому набору действий (таких как структурные вмешательства или картирование программ), которые ориентированы на программу или среду, а не на отдельных лиц.

Научные подходы к профилактике ВИЧ постоянно совершенствуются: разрабатываются, проходят испытания и внедряются в практику новые методы вмешательства. В последние годы особенно важными стали достижения в области доконтактной профилактики (ДКП) пролонгированного действия, мультиплексного тестирования на ВИЧ и ИППП, а также разработки новых комбинированных средств контрацепции и профилактики. Например, в 2024 г. ВОЗ опубликовала инструмент внедрения пероральной и пролонгированной ДКП¹⁹, а в июле 2025 г. ВОЗ выпустила новую рекомендацию и руководства в поддержку использования инъекционного ленакапавира дважды в год для профилактики ВИЧ²⁰. На основе этих рекомендаций ВОЗ также рекомендовала экспресс-тестирование на ВИЧ, которое устранит барьеры для доступа к инъекционным препаратам длительного действия. Программам важно следить за этими изменениями, оперативно принимать меры для получения национальной регистрации и финансирования, а также обеспечивать доступность новых методов для ключевых групп населения сразу после их одобрения со стороны ВОЗ.

Вставка 4

Услуги и вмешательства

В *Сводном руководстве* ВОЗ под вмешательствами понимается любая деятельность или инициатива, которая должна быть интегрирована в программу работы с ключевыми группами населения. В этом руководстве термин «услуга» используется для описания любого вмешательства, которое непосредственно направлено на представителя ключевой группы населения (например, распространение презервативов, информирование, тестирование, лечение). Когда в настоящем руководстве используется термин «вмешательство», он соответствует *Сводному руководству* и относится как к услугам, так и к более широкому набору действий (таких как структурные вмешательства или картирование программ), которые ориентированы на программу или среду, а не на отдельных лиц.

В *Сводном руководстве* ВОЗ 2022 г. вмешательства классифицируются следующим образом:

- **Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов.** Структурные вмешательства, которые составляют основу для устранения барьеров и установления доверительного доступа. Хотя некоторые из этих вмешательств напрямую затрагивают отдельных лиц, другие являются сквозными и направлены на улучшение общей среды.
- **Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства.** Услуги, оказывающие непосредственное воздействие на профилактику и лечение ВИЧ-инфекции, а также вирусного гепатита и ИППП.
- **Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства.** Услуги, связанные с потребностями в области здравоохранения, выходящими за рамки ВИЧ, гепатита и ИППП, и которые специфичны для каждой ключевой группы населения.
- **Вспомогательные вмешательства.** Индивидуально ориентированные услуги, которые укрепляют знания, навыки и уверенность в себе членов ключевых групп населения.

Хотя многие вмешательства являются общими для всех или большинства из четырех ключевых групп населения, существуют некоторые важные различия, показанные в таблице 1, которая суммирует *Сводное руководство* ВОЗ, определяя, какие вмешательства актуальны для каждой из четырех ключевых групп населения. ВОЗ также опубликовала несколько аналитических записок, описывающих рекомендуемые вмешательства для работников секс-бизнеса²¹, лиц, употребляющих инъекционные наркотики²², геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами²³, а также трансгендерных и гендерно разнообразных людей²⁴ в дополнение к *Сводному руководству*. Был также опубликован отчет о передовой практике в области поведенческого консультирования для ключевых групп населения, который вносит ясность в доказательную базу по данному вопросу²⁵.

Хотя в *Сводном руководстве* рекомендуется обеспечить членам ключевых групп населения доступ ко всем видам вмешательств, степень доступности каждого из них в каждой стране будет зависеть от условий, политики и наличия ресурсов в стране, как указано в руководстве ВОЗ от июня 2025 г. по приоритизации услуг в условиях меняющегося ландшафта финансирования (вставка 5)²⁶.

Вставка 5

Глобальные целевые показатели по ДКП для ключевых групп населения на 2030 г.

Глобальная программа обеспечения доступа к профилактике на 2030 г. предусматривает, что к 2030 г. 20 миллионов человек будут пользоваться различными формами ДКП. В их число входят 2 миллиона работников секс-бизнеса, 7,6 миллиона геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), 1,6 миллиона лиц, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН), 0,2 миллиона трансгендерных людей (ТГ), 2,5 миллиона девочек-подростков и молодых женщин (ДПМЖ) и 0,1 миллиона мальчиков-подростков и молодых мужчин (МПММ). Платформы доверенного доступа играют ключевую роль в обеспечении возможности для представителей ключевых групп населения начинать и продолжать прием ДКП, включая новые препараты пролонгированного действия.



Часть 1.2 посвящена различным типам поставщиков услуг или организаций, которые могут входить в ПДД, в то время как в части 1.3 рассматриваются планирование, формирование, координация и адаптация различных частей платформы на местном уровне и сквозные структурные аспекты (см. приложение 1, посвященное сравнительному анализу затрат на отдельные вмешательства для ключевых групп населения).

Таблица 1. Рекомендуемые вмешательства для ключевых групп населения согласно Сводному руководству ВОЗ 2022 г.²⁷

Вмешательство	Работники секс-бизнеса	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	Мужчины, практикующие секс с мужчинами	Трансгендерные и гендерно разнообразные люди
Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: вмешательства в отношении благоприятствующих факторов				
Отмена карательных законов, политик и практик	✓	✓	✓	✓
Снижение уровня стигматизации и дискриминации	✓	✓	✓	✓
Расширение прав и возможностей сообществ	✓	✓	✓	✓
Борьба с насилием	✓	✓	✓	✓
Важнейшие для обеспечения полезного эффекта: медицинские вмешательства				
Профилактика передачи ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов и ИППП				
Снижение вреда (программы обмена игл и шприцев (ПОШ), поддерживающая терапия агонистами опиатов (ПТАО) и применение налоксона для лечения передозировки)		✓		
Презервативы и лубриканты	✓	✓	✓	✓
Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции	✓	✓	✓	✓
Постконтактная профилактика ВИЧ-инфекции и ИППП	✓	✓	✓	✓
Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, сифилиса и ВГВ-инфекции	✓	✓	✓	✓
Вакцинация против гепатита В	✓	✓	✓	✓
Борьба с негативными последствиями практики химсекса	✓	✓	✓	✓
Диагностика				
Тестирование на ВИЧ	✓	✓	✓	✓
Тестирование на ИППП	✓	✓	✓	✓
Тестирование на гепатиты В и С	✓	✓	✓	✓
Лечение				

Вмешательство	Работники секс-бизнеса	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	Мужчины, практикующие секс с мужчинами	Трансгендерные и гендерно разнообразные люди
Лечение ВИЧ-инфекции	✓	✓	✓	✓
Раннее выявление (скрининг), диагностика, лечение и профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза	✓	✓	✓	✓
Лечение ИППП	✓	✓	✓	✓
Лечение гепатитов В и С	✓	✓	✓	✓
Важнейшие для обеспечения медико-санитарного эффекта в более широком плане: медицинские вмешательства				
Анальное здоровье	✓		✓	✓
Планирование зачатия и сопровождение беременности	✓	✓		✓
Контрацепция	✓	✓		✓
Психическое здоровье	✓	✓	✓	✓
Профилактика, диагностика и лечение рака шейки матки	✓	✓		✓
Безопасное прерывание беременности	✓	✓		✓
Скрининг и лечение в связи с опасным и вредным употреблением алкоголя и других психоактивных веществ	✓	✓	✓	✓
Профилактика, скрининг, диагностика и лечение ТБ	✓	✓	✓	✓
Гендерно-подтверждающая помощь				✓
Вспомогательные вмешательства				
Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав				
Вмешательства, направленные на формирование спроса (создание спроса) на научно обоснованные услуги в связи с ВИЧ, вирусными гепатитами и ИППП				
Поддерживающее консультирование, не ставящее целью изменение поведения				
Консультирование по вопросам охраны психического здоровья				

Рекомендуемая литература

- Global HIV Prevention Coalition. Program self-assessment tool for key populations. Geneva: UNAIDS; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/hiv-prevention-self-assessment-tool-psat/>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- Protocol of HIV services for key populations. Dacca: Government of Bangladesh; 2023 (https://asp.portal.gov.bd/sites/default/files/files/asp.portal.gov.bd/page/2d04f70c_c5e5_4d3d_9a13_e8cc7e5af9c9/2024-08-29-10-29-d54bf09d5f4c84dffdbc65eb32ecc78d.pdf; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- National implementation guidelines for STI and HIV programming among young key populations. Nairobi: Ministry of Health; 2018 (<https://www.iavi.org/phocadownload/userupload/National%20Implementation%20Guidelines%20for%20HIV%20and%20STI%20Programming%20among%20YKPs%202018.pdf>; дата обращения: 4 мая 2020 г.).
- Zimbabwe's national key populations HIV and AIDS implementation plan 2019–2020. Harare: National AIDS Council; 2019 (<https://www.nac.org.zw/wp-content/uploads/2021/04/Zimbabwes-National-Key-Populations-HIV-and-AIDS-Implementation-Plan-2019-2020-1.pdf>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people (TRANSIT) (UNDP, IRGT, UNFPA, UCSF, JHSPH, WHO). New York: UNDP; 2016 (<https://www.unfpa.org/publications/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-transgender-people-practical-guidance>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT) (UNFPA, The Global Forum on MSM and HIV, UNDP, UNAIDS, WHO, USAID). Geneva: WHO; 2015 (<https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs (IDUIT) (UNODC, INPUD, UNAIDS, UNDP, UNFPA, WHO). Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2017 (<https://inpud.net/iduit-implementing-comprehensive-hiv-and-hcv-programmes-with-people-who-inject-drugs/>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers (SWIT) (WHO, UNFPA, UNAIDS, NSWP, The World Bank, UNDP). Geneva: WHO; 2013 (<https://www.nswp.org/resource/sex-worker-implementation-tool-swit>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).

1.2. Ключевые элементы подхода на основе платформы доверительного доступа

Доверительный доступ к услугам в связи с ВИЧ и другим медицинским услугам для ключевых групп населения может быть обеспечен множеством субъектов в определенном районе. Важно объединить этих различных субъектов для работы на единой платформе. Для определения приоритетных локаций в местах концентрации представителей ключевых групп или предоставления услуг могут использоваться карты местности; они также помогают определить формат взаимодействия сторон для обеспечения доверительного доступа к этим услугам. Это может включать использование существующих поставщиков услуг, проведение аутрич-деятельности на уровне сообществ и создание новых пунктов предоставления услуг там, где доступ к существующим пунктам не отвечает потребностям ключевых групп населения. Знание характеристик конкретной локации также помогает в разработке необходимых структурных мер вмешательства и мер по созданию благоприятной среды (рисунок 2).

Рисунок 2. Пример локального картирования



В этом разделе рассматриваются различные типы субъектов и виды услуг или других вмешательств, предусмотренных *Сводным руководством ВОЗ* для ключевых групп населения, которые каждый участник может предоставлять или внедрять. Каждый раздел посвящен отдельному субъекту или типу поставщика услуг: аутрич-работа по принципу

«равный – равному»; онлайн- и виртуальные программы; безопасные пространства для сообществ; медицинские учреждения; мобильные клиники; и другие субъекты, способные внести свой вклад.

1.2.1. Аутрич-работа силами равных

Что это такое?

Аутрич-работа по принципу «равный — равному» проводится представителями ключевых групп населения, которые взаимодействуют со своими сверстниками напрямую по месту жительства, в медицинских учреждениях, по месту работы или нахождения членов сообщества, в таких местах проведения мероприятий, как бары и клубы, в местах оказания секс-услуг или употребления инъекционных наркотиков, а также в виртуальном пространстве. В этом разделе основное внимание уделяется равным аутрич-работникам, осуществляющим физическую или очную работу в сообществах и местах проведения мероприятий. Другие условия рассматриваются в следующих разделах.



В зависимости от контекста равные консультанты могут называться по-разному, например: *равные консультанты*, *равные работники*, *равные лидеры* или *равные аутрич-работники*. Различные используемые термины иногда отражают разные функции или различный акцент в их работе, например *равные параюристы*, *равные навигаторы*, *популяризаторы ДКП*, *консультанты по поддержке приверженности лечению* и т. д. Во всех случаях они являются членами ключевых групп населения (равными среди равных), которые предоставляют услуги там, где эти группы населения в них нуждаются — «аутрич-деятельность». Это обеспечивает непрерывный и доверительный доступ к консультациям и услугам для большого числа представителей ключевых групп населения. Работа силами равных является также источником информации и рекомендаций и обеспечивает связь с другими поставщиками услуг, пользующимися доверием ключевых групп населения, посредством системы перенаправлений. В таблице 2 приведены некоторые типичные наименования должностей равных консультантов, их функции и специализации; при этом следует отметить, что эти роли часто пересекаются, и некоторые аутрич-работники способны выполнять сразу несколько функций.

Поскольку равные аутрич-работники сами являются членами ключевых групп населения, они способны формировать высокий уровень доверия, который служит фундаментом для эффективной реализации программ. Они находятся на передовой линии, обеспечивая доверительный доступ к некоторым основным услугам и вмешательствам, определенным в Сводном руководстве ВОЗ.

Таблица 2. Различные типы равных аутрич-работников и их типичные функции

Равный консультант	Проводит просветительскую работу по вопросам профилактики, путей передачи и лечения ВИЧ-инфекции, а также по другим аспектам здоровья и снижению уровня стигматизации. Его работа включает индивидуальные консультации, групповые дискуссии и распространение средств профилактики.
Популяризаторы ДКП	Лидеры из числа ключевых групп населения, деятельность которых сосредоточена на обучении, мотивации и поддержке других представителей сообщества в вопросах изучения и получения доступа к ДКП. Они сами могут быть людьми, которые принимали или продолжают принимать ДКП, что придает им авторитет и вызывает доверие в их сообществах.
Равный навигатор	Работники из числа равных с ним людей, которые сами живут с ВИЧ и помогают людям получить доступ к тестированию на ВИЧ, уходу и лечению, например сопровождая их в клиники, помогая с оформлением документов, отслеживая состояние здоровья после постановки диагноза и помогая преодолевать барьеры на пути к получению медицинской помощи (например, стигматизация, транспорт, страх).
Консультант по поддержке приверженности лечению	Равные консультанты, зачастую сами живущие с ВИЧ, чья роль заключается в оказании поддержки представителям ключевых групп с ВИЧ-положительным статусом для их удержания на лечении и обеспечения регулярного приема препаратов путем напоминаний, помощи в раскрытии статуса, отслеживания пропущенных визитов к врачу и проведения домашних визитов. Они работают в тесном взаимодействии с медицинскими специалистами.
Равный параюрист	Предоставляет базовую правовую информацию, оказывает поддержку и адвокационные услуги, ведет мониторинг нарушений прав человека и оказывает помощь тем, кто в ней нуждается. Они не являются профессиональными юристами, однако прошли подготовку для понимания законов, прав и юридических процедур, актуальных для их сообществ.

Какие услуги и вмешательства реализуются в рамках аутрич-работы по принципу «равный – равному»?

Аутрич-работа по принципу «равный – равному» наиболее эффективна при предоставлении неклинических услуг, в которых представители ключевых групп нуждаются регулярно или в кратчайшие сроки. Хотя конкретный перечень услуг, предоставляемых в рамках аутрич-деятельности по принципу «равный – равному», зависит от национальных нормативно-правовых баз, доступности ресурсов, а также профиля и конкретных функций равных аутрич-работников, в таблице 3 перечислены услуги, которые практически всегда предоставляются силами равных аутрич-работников (первый столбец), и услуги, которые предоставляются по мере необходимости силами равных аутрич-работников (второй столбец). Несмотря на то, что все равные аутрич-работники должны проходить базовое обучение, для предоставления некоторых услуг, указанных во втором столбце, им может потребоваться дополнительная подготовка, супервизия и/или аккредитация.

Равные консультанты потенциально могут также предоставлять услуги, не связанные напрямую с ВИЧ, но направленные на реагирование на чрезвычайных ситуаций, с которыми сталкиваются ключевые группы населения, включая оказание юридической помощи и первой помощи, а также продвижение и поддержку навыков самопомощи. Они также поддерживают и продвигают более эффективные методы самопомощи в среде ключевых групп населения.

Таблица 3. Услуги, предоставляемые посредством аутрич-работы силами равных

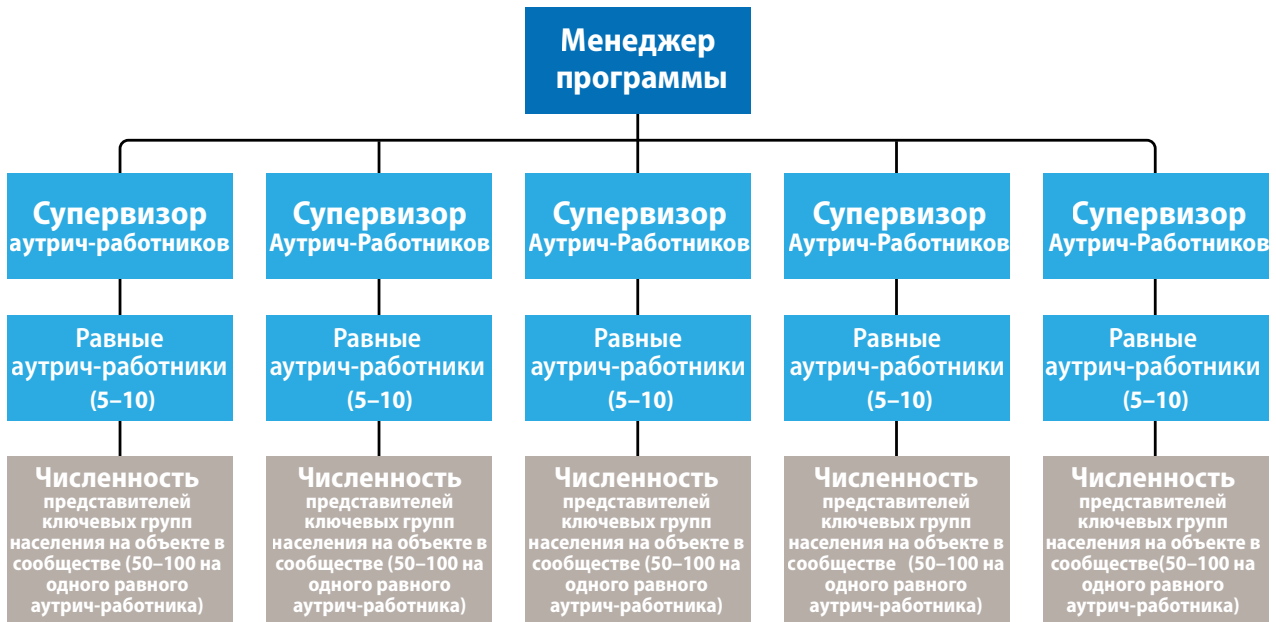
Обычно предоставляются посредством аутрич-работы силами равных	Иногда предоставляются посредством аутрич-работы силами равных (в зависимости от потребностей, подготовки и обязанностей персонала)
Презервативы и лубриканты	Снижение вреда (иглы/шприцы и налоксон)
Поддерживающее консультирование	Тестирование на ВИЧ (включая поддержку самотестирования)
Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав	Лечение ВИЧ (поддержка приверженности лечению)
Вмешательства, направленные на увеличение спроса	Контрацепция
Направление и сопровождение для получения других услуг	Консультирование по вопросам охраны психического здоровья
	Противодействие насилию

Как это работает на практике?

Аутрич-работники из числа равных систематически посещают места, где собираются члены их сообщества, чтобы оказывать услуги на постоянной, доверительной и безопасной основе. Поддерживая регулярный контакт с обслуживаемым ими сообществом, они могут выявлять изменения, такие как прибытие новых людей, изменения факторов риска, проблемы безопасности или репрессии, и адаптироваться к ним. Существуют хорошо отлаженные, научно обоснованные нормы, касающиеся соотношения числа равных аутрич-работников к числу представителей ключевых групп населения, а также обучения, супервизии и управления²⁸. Хотя равные работники действуют в команде, подход на основе ПДД связывает их с другими элементами платформы.

На рисунке 3 представлена примерная организационная схема для равных аутрич-работников и их супервизоров на платформах доверительного доступа. Соотношения могут варьироваться в зависимости от численности населения и наличия ресурсов. В [приложении 2](#) приведена более подробная информация об управлении аутрич-деятельностью и функциях аутрич-команды.

Рисунок 3. Пример организационной структуры для равных аутрич-работников в рамках платформы доверительного доступа



Существует несколько элементов для организации эффективной аутрич-работы среди равных и управления ею. Ключевыми элементами являются следующие:

- Отбор равных аутрич-работников (и вовлечение в этот процесс более широкого сообщества).
- Подготовка перед началом и в процессе работы.
- Предоставление вспомогательных материалов для работников из числа равных.
- Супервизия равных аутрич-работников
- Микропланирование.
- Вознаграждение.

Отбор аутрич-работников из числа равных

Отбор проводится таким образом, чтобы способствовать укреплению доверия. Например, важно, чтобы равные работники были одного пола (для охвата женщин, употребляющих наркотики), имели одинаковый ВИЧ-статус (для навигации силами равных), одного возраста (для охвата секс-работниц старшего возраста) или имели одинаковую рабочую среду/жизненный опыт (например, равные аутрич-работницы из публичных домов для взаимодействия с секс-работницами в публичных домах). Вовлечение ключевых групп населения в процесс определения критериев и отбора равных консультантов позволяет учесть местные особенности и предпочтения. Критерии, которые следует учитывать при отборе равных аутрич-работников, заключаются в следующем (адаптировано на основе практического руководства по реализации программ для геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами²⁹):

- Активно участвует в жизни сообщества и доступен в соответствующих местах.
- Привержен целям программы.
- Знает местные условия.
- Пользуется доверием со стороны сообщества и несет перед ним ответственность.
- Толерантен и уважителен к различным ключевым группам населения.
- Способен соблюдать конфиденциальность.
- Имеет навыки слушания, общения и межличностного взаимодействия.
- Уверен в себе и обладает лидерским потенциалом.
- Является достойным примером для подражания в том, что касается продвигаемых им (ею) моделей поведения.
- Готов учиться и экспериментировать на практике.
- Готов оказывать поддержку равным с ним людям, пострадавшим от насилия или оказавшимся в чрезвычайной ситуации.

Необходимо соблюдать подходящее соотношение числа равных аутрич-работников и числа пользователей услуг. Исследования показали, что одного равного аутрич-работника на 80–90 секс-работников и одного на 40–50 геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, достаточно для поддержания необходимых регулярных контактов, хотя наиболее подходящее соотношение будет варьироваться на местном уровне в зависимости от плотности населения в данном месте, рисков и т. д.³⁰ Тем не менее, эти соотношения должны определяться спецификой точек в местах реализации программы, например там, где сообщества ключевых групп населения более сплочены и легче достижимы, один равный консультант может работать с большим числом людей.

Подобным образом это соотношение должно отражать конкретные задачи равного аутрич-работника. Например, равные навигаторы, которые помогают ключевым группам населения, живущим с ВИЧ, в доступе к лечению и соблюдении режима лечения, часто работают в соотношении 1:20–30, что отражает более высокую рабочую нагрузку, включая необходимость тесного сотрудничества с клиническими координаторами и дополнительные требования конфиденциальности, связанные с их работой.

Подготовка перед началом и в процессе работы

Равные аутрич-работники должны иметь стандартный учебный пакет, который обеспечивает все требуемые навыки для выполнения своих обязанностей (с учетом того, что у разных сотрудников могут быть разные роли). Обучение также должно охватывать такие навыки, как микропланирование, мониторинг, безопасность и охрана. Непрерывное обучение и вспомогательные материалы должны предоставляться для повышения квалификации или для расширения навыков/услуг, необходимых равным аутрич-работникам.

Супервизия

Супервизия является важной частью программ для аутрич-работников из числа равных для обеспечения их эффективности, а также для оказания необходимой поддержки работникам, если они действуют в сложных условиях, где сталкиваются с проблемами,

связанными с безопасностью, охраной и риском для психического здоровья. Супервизия часто осуществляется более опытным/старшим лидером из числа лиц, находящихся в равной ситуации, и обладающим необходимыми навыками грамотности и счета. Супервизия также важна для непрерывного мониторинга аутич-деятельности и своевременной адаптации программ при возникновении новых потребностей или изменении ситуации. Регулярная поддерживающая супервизия равных консультантов со стороны равных супервизоров включает в себя мониторинг продвижения к намеченным целям и планирование предстоящей работы.

Аналогично соотношению числа равных аутич-работников соотношение числа равных супервизоров будет варьироваться в зависимости от контекста, но в целом супервизоры из числа равных могут эффективно поддерживать работу примерно пяти-десяти равных аутич-работников. Меньшее соотношение может быть целесообразным в тех случаях, когда аутич-работник выполняет такие задачи, как поддержка приверженности лечению или снижение вреда.

Микропланирование

Микропланирование, или планирование на местном уровне, является основой эффективной аутич-работы силами равных. В основе этой работы лежит глубокое знание сообществ ключевых групп населения, полученное путем картирования мест проведения мероприятий, где они собираются и взаимодействуют с равными консультантами. Оно дает ключевым группам населения реальную возможность руководить программами, акцентируя внимание на мониторинге программ и принятии решений на местном уровне.

В рамках микропланирования равные супервизоры проводят еженедельно или раз в две недели индивидуальные встречи с каждым равным консультантом для обзора работы за предыдущую одну или две недели (сбор формуляров или ввод данных для мониторинга). Они также планируют работу на следующую неделю.

Для микропланирования разработано несколько инструментов^{31,32,33,34}.

- Карта нагрузки на точку. Помогает в планировании необходимого количества равных консультантов для конкретной точки и в приоритизации аутич-работы на основе численности целевой группы в этой локации.
- Анализ точки. Помогает определить профиль равного консультанта, который лучше всего подходит для данной точки, и спланировать график проведения аутич-работы.
- Список контактов. Позволяет изучить социальные связи равного консультанта на конкретной точке чтобы подтвердить, подходит ли данная точка для его работы. Помогает также в подборе равных консультантов для работы на новых точках. Зачастую такие списки анонимны или содержат псевдонимы для обеспечения конфиденциальности.
- Регистрационная форма равного консультанта. Способствует пониманию рисков и уязвимости каждой ключевой группы населения и разработке индивидуального плана. Помогает также в составлении плана работы равного консультанта.
- План работы равного консультанта. Позволяет равному работнику планировать аутич-мероприятия на предстоящий месяц, исходя из индивидуальных потребностей ключевых групп населения, уделяя приоритетное внимание тем, кто нуждается в большей поддержке, включая новых членов сообщества.

- Календарь аутрич-работы равного консультанта. Помогает отслеживать охват всех представителей ключевых групп населения внутри каждой когорты.
- Инструмент отчетности о случаях насилия. Регистрирует случаи насилия и обеспечивает необходимую поддержку. Помогает также обеспечить направление за медицинской и юридической помощью и проводить адвокационную работу против насилия на основе фактических данных.
- Анализ упущенных возможностей. Помогает выявить причины возникновения пробелов и разработать планы по их устранению, используя существующие возможности для совершенствования программы.

Выплаты и вознаграждения

Равные работники должны получать вознаграждение за свой труд, и в идеале в рамках программы или страны должны быть установлены стандартизированные условия оплаты.

Структурные аспекты аутрич-работы равных консультантов

Несмотря на то что программы аутрич-работы помогают преодолеть ряд барьеров, с которыми сталкиваются ключевые группы населения из-за стигматизации и криминализации, сами программы могут сталкиваться с теми же препятствиями, и при этом равные аутрич-работники первой линии, подвергаются рискам, связанным с их личной безопасностью. Поэтому крайне важно, чтобы программы аутрич-работы силами равных постоянно выявляли и решали структурные проблемы, которые могут повлиять на их работу. К ним относятся:

- Работа с местными сообществами и местными лидерами, правоохранительными органами и другими влиятельными лицами для обеспечения принятия и легитимизации программы и ее защиты; может включать в себя обучение по повышению осведомленности.
- Создание структуры поддержки равных консультантов, пострадавших от насилия и столкнувшихся с другими проблемами безопасности.
- Внедрение мер по обеспечению безопасности в программу посредством оценки рисков, обучения равных аутрич-работников, регистрации инцидентов, процедур реагирования на чрезвычайные ситуации и безопасных методов работы.
- Обеспечение безопасного и конфиденциального хранения данных о равных работниках и ключевых группах населения³⁵.
- Средства безопасной связи для оповещения о чрезвычайных ситуациях и инцидентах безопасности в ходе аутрич-работы.
- Получение официального согласования на проведение программных мероприятий, включая письменные разрешения и удостоверения личности. Однако это не всегда целесообразно, и подходы следует адаптировать к условиям на местах.
- Обеспечение понимания равными аутрич-работниками проблем стигматизации и дискриминации и наличия у них навыков решения этих проблем на уровне сообщества, включая устранение внутренней стигматизации среди равных.
- Мониторинг инцидентов безопасности и нарушений прав человека.
- Предоставление поддержки с помощью параюристов и доступ к юридическим услугам и механизмам защиты прав.

Бюджетные аспекты

Ключевые моменты, которые следует учитывать при составлении бюджета программ для аутрич-работы силами равных, следующие:

- Достаточное количество равных консультантов, определенное на основе численности населения в данной местности и необходимого соотношения; а также достаточное количество супервизоров из числа равных.
- Вознаграждение, компенсация расходов на проезд/телефонную связь, первоначальное обучение, повышение квалификации и материалы для микропланирования (например, бланки, ручки/карандаши, планшеты с соответствующим программным обеспечением/адаптацией программного обеспечения и расходами на подключение), исходя из количества равных консультантов. Дополнительные тренинги могут включать интеграцию вопросов лечения и прав человека, правовую грамотность, стимулирование спроса на тестирование вирусной нагрузки, новые препараты для ДКП, безопасность и защиту, а также новые или возникающие проблемы для сообщества (например, COVID-19, оспа).
- Мероприятия по микропланированию и валидации объектов, которые включают заполнение форм, анализ данных, а также вознаграждение и транспортную поддержку.
- Достаточное количество расходных материалов, таких как презервативы, лубриканты, тест-наборы, иглы и другие средства снижения вреда. Хотя их закупка, вероятно, будет осуществляться централизованно, важно, чтобы необходимое количество рассчитывалось на уровне исследуемого объекта для каждой конкретной точки.

См. [приложение 1](#) по сравнительному анализу затрат на аутрич-работу среди ключевых групп населения.

Рекомендуемая литература

- Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. A handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya: optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization. PLoS One. 2018 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania Global HIV Prevention Coalition, South to South Learning Network; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhlpQYmnr_yt6jVYTd/view; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- Draft standard operating procedure to implement effective community-led outreach and microplanning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania. Nairobi: Partners for Health and Development in Africa; 2024 (<https://drive.google.com/file/d/1t7gb8ITAJgeNWK3PVyt5ghXGwpk9W8zE/view?usp=sharing>; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- Thompson LH, Bhattacharjee P, Anthony J, Shetye M, Moses S, Blanchard J. A systematic approach to the design and scale-up of targeted interventions for HIV prevention among urban female sex workers. Karnataka Health Promotion Trust. Washington, DC: World Bank; 2012 (<https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/documentdetail/336971468151769158/a-systematic-approach-to-the-design-and-scale-up-of-targeted-interventions-for-hiv-prevention-among-urban-female-sex-workers>; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- USAID, PEPFAR, Linkages, Bill & Melinda Gates Foundation, University of Manitoba. Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care and treatment programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2020; <https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; дата обращения: 2 марта 2025 г.).

1.2.2. Виртуальные модели оказания услуг

Что это такое?

Виртуальные платформы коренным образом изменили способы получения информации и услуг. По мере роста доступности виртуальные платформы также изменили способы взаимодействия людей друг с другом. Как и любая другая группа, многие члены ключевых групп населения имеют доступ к телефонам или онлайн-платформам и используют их для получения информации, включая поддержку самопомощи, поиск партнеров и клиентов, получение медицинских услуг и приобретение товаров медицинского назначения. В этом разделе рассматривается вопрос о том, как виртуальные пространства могут быть разработаны и использованы для охвата ключевых групп населения, имеющих доступ к этим услугам в рамках ПДД. В то время как основное внимание в этом разделе уделяется онлайн- и виртуальным платформам, которые используются и совершенствуются исполнителями программ, в разделе 1.2.6. «Доступ к услугам через сторонних поставщиков» рассматриваются также варианты работы в режиме онлайн, принадлежащие или управляемые третьими сторонами, и которые также могут быть использованы в рамках ПДД.



Онлайн-подходы могут быть особенно актуальны для ключевых групп населения, когда личные встречи с аутич- или медицинскими работниками несут риск стигматизации, преследования или ареста.

По мере развития социальных сетей появились возможности для более целенаправленного взаимодействия и обсуждения вопросов, включая групповые и индивидуальные чаты, приложения для консультаций и принятия решений, а также для перенаправления к специалистам. Некоторые виды консультационных услуг, в том числе в области охраны психического здоровья, также могут предоставляться виртуально по телефону или через онлайн-чаты и видеозвонки для тех, кто имеет смартфоны и доступ в Интернет. Кроме того, подходы на основе искусственного интеллекта все чаще меняют способы осуществления онлайн-программ и расширяют спектр предоставляемых услуг.

Какие услуги предоставляются?

Онлайн-сервисы могут служить в качестве замены или дополнения к личному контакту и, следовательно, могут использоваться для оказания некоторых услуг, которые предоставляются в ходе очной аутич-работы по принципу «равный – равному», таких как повышение уровня медицинской грамотности, профилактика ВИЧ-инфекции и информация о способах снижения вреда. Подобно аутич-работе по принципу «равный – равному», они могут служить связующим звеном с физическими услугами, поскольку используются для информирования о местах, где можно получить презервативы, или о медицинских учреждениях, которым можно доверять в связи с оказанием услуг ключевым группам населения.

Они также могут помочь охватить гораздо более многочисленные сообщества ключевых групп населения, чем те, что охвачены очными услугами. Сюда могут входить люди, которые не раскрывают свой статус или идентичность; те, кто не ассоциирует себя с сообществами ключевых групп; а также те, кто хочет получить быстрый и анонимный доступ к услугам в связи с ВИЧ, опасаясь раскрытия информации внутри своего

окружения или из-за существующих в нем разногласий. Виртуальная поддержка может также способствовать практике самопомощи. В таблице 4 показаны услуги, которые обычно и иногда предоставляются через онлайн-/виртуальные платформы.

В аналитической записке ЮНЭЙДС/ВОЗ 2022 г. разъясняются возможности этих подходов:

«Виртуальное ведение пациентов (также известное как адресное общение с клиентом) — это виртуальное вмешательство, используемое для ведения людей, живущих с ВИЧ или другими заболеваниями. Обычно это включает использование виртуальных инструментов для поддержки клиентов на их пути лечения и взаимодействия с системой здравоохранения после постановки диагноза. Виртуальное ведение пациентов может поддерживать дифференцированные модели предоставления услуг, такие как услуги на уровне сообщества или на дому, включая начало приема и пополнение запасов препаратов антиретровирусной терапии и ДКП, виртуальные консультации и поддержку, автоматизированные или рассылаемые медработниками напоминания клиентам, а также использование чат-ботов. После установления контакта заинтересованные клиенты могут получать виртуальную поддержку с использованием индивидуальных, ориентированных на клиента подходов, чтобы легче получить доступ к услугам. Услуги могут предоставляться полностью в виртуальном формате (например, распространение наборов для самотестирования, онлайн-заказ и доставка, виртуальная поддержка) либо включать виртуальное направление и сопровождение (навигацию) в медицинские учреждения (например, для подтверждающего тестирования после самотестирования на ВИЧ или для начала ДКП или антиретровирусной терапии). Эти подходы могут быть особенно полезны для включения пациентов в систему таких услуг, как постконтактная профилактика (ПКП), обмен игл и шприцев, заместительная терапия опиоидами, тестирование на ВИЧ, выявление и направление в медучреждения лиц с симптомами инфекций, передающихся половым путем, или ВИЧ-инфекции, контрацепция, услуги в области охраны психического здоровья, поддержка лиц, подвергающихся насилию, а также поддержка клиента на протяжении всего периода от начала антиретровирусной терапии до достижения вирусной супрессии»³⁶.

Таблица 4. Услуги, предоставляемые посредством онлайн- и виртуальных программ

Обычно предоставляются посредством онлайн- и виртуальных программ	Иногда предоставляются посредством онлайн- и виртуальных программ (в зависимости от потребностей, подготовки и обязанностей персонала)
Поддерживающее консультирование	Презервативы и лубриканты
Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав	Доконтактная профилактика ВИЧ-инфекции
Вмешательства, направленные на увеличение спроса (создание спроса) на научно обоснованные услуги по профилактике ВИЧ, вирусных гепатитов и ИППП (направление для получения других услуг)	Постконтактная профилактика ВИЧ и ИППП
	Тестирование (самотестирование на ВИЧ)
	Лечение ВИЧ-инфекции (включая поддержку приверженности лечению)
	Консультирование по вопросам охраны психического здоровья
	Противодействие насилию

В дополнение к услугам, перечисленным в таблице, онлайн-механизмы могут также использоваться для облегчения доступа к очным услугам, например посредством онлайн-записи на прием и получения направлений к специалистам, а также могут предоставлять возможность сбора отзывов пользователей услуг об отношении к ним и эффективности поставщиков услуг.

Как это работает на практике?

Как и все другие, ключевые группы населения используют всемирную сеть обычным образом и, скорее всего, могут найти платформы и услуги, которые в наибольшей степени отвечают их потребностям. Поэтому важно начать с понимания того, какие сайты и приложения популярны среди ключевых групп населения (в том числе людей из разных подкатегорий, которые часто имеют разные предпочтения), как они используются и почему. Кроме того, необходимо понимать любые изменения в онлайн-привычках в сообществах, поскольку их использование динамично и может довольно быстро меняться. Достижение этого понимания облегчается благодаря активному взаимодействию с членами ключевых групп населения, что является одним из базовых элементов подхода на основе ПДД. Были разработаны инструменты для проведения картирования социальных сетей, которые могут использоваться программами в качестве основы для разработки онлайн-подходов³⁷.

В отличие от физических элементов ПДД, рассматриваемых в этом руководстве, онлайн- или виртуальные подходы не являются по своей сути специфичными для конкретной локации. Это открывает новые возможности, поскольку консультационные услуги, горячие линии или психологическая помощь могут предоставляться в рамках национального или даже межнационального подхода. Руководство ЮНЭЙДС–ВОЗ по виртуальным программам содержит рекомендации о том, как программы могут работать

с членами ключевых групп населения для разработки, планирования и предоставления виртуальных услуг³⁸.

Если члены ключевых группы населения эффективно получают доступ к качественным услугам, которым они доверяют, посредством онлайн-моделей, это означает, что программа может увеличить нормативы охвата, установленные для очной аутрич-деятельности (см. предыдущий раздел) (вставка б).

Вставка б

Виртуальное предоставление услуг для ключевых групп населения: пример организации FHI 360³⁹

«В период с 2017 по 2021 г. FHI 360 внедрила онлайн-аутрич-модель и онлайн-приложение для записи на тестирование (ORA) в Мали, Непале и Таиланде. Для поддержки работы с сообществами по вопросам ВИЧ-инфекции по методу аутрич, осуществляемой онлайн-аутрич-работниками, был разработан уникальный набор мер, адаптированных к местным условиям, потребностям и ресурсам, на основе популярных приложений социальных сетей и охвата сетью Интернет в каждой стране.

Вмешательства включали формирование спроса в онлайн-среде, в том числе периодическое размещение платной рекламы и продвижение через лидеров мнений в социальных сетях. Эти меры оказались эффективными для охвата членов приоритетных групп населения. Более двух третей (69%) клиентов, записавшихся на тестирование через ORA, прошли тестирование впервые (47% в Мали, 81% в Непале). Показатели ВИЧ-положительных тестов были выше по сравнению с показателями традиционной аутрич-работы (6,3% против 4,4% в Таиланде, 10,1% против 3,6% в Непале и 15,6% против 11,2% в Мали).

Аутрич-работа в режиме онлайн через ORA способствовала достижению общих целей профилактики, тестирования и выявления случаев заболевания во всех трех странах. В Таиланде в период с июля 2017 г. по март 2021 г. аутрич-работой в формате онлайн было охвачено 10% всех людей, включенных в программу, 11% всех людей, прошедших тестирование на ВИЧ, и 15% всех людей, у которых тест на ВИЧ оказался положительным. В Непале в период с октября 2018 г. по март 2021 г. онлайн-аутрич-работой было охвачено 9% всех людей, включенных в программу, 4% всех людей, прошедших тестирование на ВИЧ, и 11% всех людей, у которых тест на ВИЧ оказался положительным».

Таким образом, инвестиции в разработку и реализацию онлайн-программ на национальном уровне являются целесообразными. В то же время необходимо установить связи между предоставлением услуг в режиме онлайн и в очном формате, которые может получить пользователь. Этого можно добиться с помощью хорошо продуманных онлайн-сервисов. Например, равные аутрич-работники, обеспечивающие работу национальных консультационных онлайн-сервисов, могут получить информацию об услугах, предоставляемых на местном уровне, и использовать её для перенаправления пользователей услуг.

Представители ключевых групп населения должны всегда участвовать в разработке и реализации онлайн- и виртуальных услуг, а организации, возглавляемые этими группами, могут играть ведущую роль в их внедрении.

Структурные аспекты онлайн- и виртуальных программ

Хотя онлайн- и виртуальные программы могут снизить вероятность стигматизации, дискриминации и насилия в отношении ключевых групп населения, такой подход сопряжен с рядом рисков. Анонимность, обеспечиваемая работой в режиме онлайн, может защитить ключевые группы населения, но также может облегчить злоумышленникам возможность осуществлять на них нападки без каких-либо последствий. Защита данных и конфиденциальность особенно важны, когда в Интернете накапливаются большие объемы информации. Хотя этот вопрос не рассматривается в данном руководстве, следует признать, что онлайн-платформы и лидеры мнений могут быть источником дезинформации, и программы должны иметь возможность противодействовать этим рискам. Возможные меры защиты включают:

- Внедрение мер по обеспечению безопасности в онлайн-программы посредством обучения аутрич-работников и других поставщиков услуг, регистрации инцидентов и угроз, процедур реагирования на чрезвычайные ситуации и внедрения безопасных методов работы.
- Рассмотрение политики безопасности, защиты и конфиденциальности данных в консультации с членами сообщества при разработке виртуальных платформ или работе с ними.
- Выявление неравенства в доступе к телефонам/смартфонам среди ключевых групп населения.
- Разработка и внедрение надежных механизмов обеспечения анонимности, конфиденциальности и защиты данных во всех онлайн-программах.
- Мониторинг частных и публичных онлайн-пространств на предмет преследований, злоупотреблений, разглашения персональных данных, разжигания ненависти и дезинформации, а также внедрение механизмов безопасного реагирования.

Бюджетные аспекты

Как отмечалось выше, существует множество форм онлайн- и виртуальных программ, и их планирование и расчет стоимости, скорее всего, будут осуществляться на национальном, а не на местном уровне. Сопутствующие расходы могут включать:

- Инфраструктуру/разработку (в случае создания новых продуктов, а не использования существующих платформ).
- Создание контента.
- Обучение лиц, участвующих в онлайн-аутрич-работе и предоставлении других услуг.
- Расходы на подключение к Интернету/сети передачи данных для исполнителей и расходы, связанные с обеспечением недорогого доступа к данным для ключевых групп населения.
- Оборудование.
- Подписки на виртуальные/онлайн-платформы.
- Охрана и меры безопасности.

Расходные материалы для профилактики вряд ли будут заложены в бюджет виртуальных программ, поскольку они будут получены в физических пунктах по направлению из виртуального пространства.

Рекомендуемая литература

- FHI 360. Creating virtual safe spaces for people affected by HIV. 2022 (<https://shortyawards.com/7th-impact/creating-virtual-safe-spaces-for-people-affected-by-hiv-providing-stigma-free-mental-health-care>; дата обращения: 5 марта 2025 г.).
- Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia. Durham, NC: FHI 360; 2022. "(https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; дата обращения: 24 ноября 2025 г.).
- Going online to accelerate the impact of HIV programs. Durham, NC; FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vision-going-online.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Quick online surveys—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-surveys-planning-online-outreach.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Social influencer outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-influencer-outreach.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019; (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; дата обращения: 4 марта 2020 г.).
- Social network outreach—for HIV programs reaching at-risk populations online. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-network-outreach.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Safe queers. Empowering LGBTQ+ organizations in at-risk areas to protect themselves digitally. 2020 (<https://safequeers.org/>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate—implement—integrate. UNAIDS, WHO. Policy Brief. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; дата обращения: 14 апреля 2025 г.).
- Budgeting and resource planning guidance for implementing virtual interventions as part of HIV responses. Geneva: WHO; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240105713>).

1.2.3. Оказание услуг через безопасные пространства для членов сообществ

Что они из себя представляют?

Безопасные пространства для сообществ — это гостеприимные и защищенные места, куда члены ключевых групп населения могут обратиться за поддержкой, временным укрытием, советом и отдыхом, а также для получения услуг в связи с ВИЧ или других медицинских услуг. Они могут быть самыми разнообразными и включать в себя дроп-ин центры на базе сообществ, комнаты в помещениях организаций ключевых групп населения или в других организациях гражданского общества, дома членов сообщества или даже специально отведенные комнаты в обычных медицинских учреждениях. Критически важным моментом является то, что представители ключевых групп населения могут быть уверены: эти пространства действительно безопасны и заслуживают доверия. Они наиболее эффективны, если к ним легко получить доступ и они расположены в районах, где представители ключевых групп населения проживают и собираются.



Безопасные пространства для сообществ всегда активно привлекают членов ключевых групп населения в качестве сотрудников и волонтеров, и зачастую ими напрямую управляют организации, возглавляемые этими сообществами.

Какие услуги предоставляются?

Поскольку безопасные пространства для сообществ — это места, которые значительно различаются по характеру и возможностям, с их помощью можно предоставлять широкий спектр услуг, как показано в таблице 5. Они почти всегда являются местом постоянного и безопасного оказания некоторых из тех услуг, которые предоставляются в рамках аутрич-работы по принципу «равный – равному». Кроме того, такие площадки, как правило, подходят для проведения групповых и коллективных мероприятий, способствующих расширению прав и возможностей сообществ. Расширенные форматы безопасных пространств могут предоставлять клинические услуги либо путем найма собственных специалистов, либо через организацию визитов медиков из других учреждений для проведения плановых приемов. Однако даже без клинического компонента они помогают формировать и поддерживать спрос на услуги, а также повышают способность ключевых групп к самоорганизации и адвокации своих интересов.

Таблица 5. Услуги, предоставляемые на базе безопасных пространств для членов сообществ

Обычно предоставляются на базе безопасных пространств для сообществ	Иногда предоставляются на базе безопасных пространств для сообществ (в зависимости от потребностей, подготовки и обязанностей персонала)
Расширение прав и возможностей сообществ	Противодействие насилию
Презервативы и лубриканты	Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон)
Поддерживающее консультирование	ДКП и ПКП
Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав	Тестирование на ВИЧ (включая самотестирование)
	Лечение ВИЧ/другая поддержка в связи с ВИЧ (поддержка приверженности лечению)
	Более широкие медицинские вмешательства
Направление для получения других услуг	Консультирование по вопросам охраны психического здоровья

Как это работает на практике?

Как всегда, отправной точкой для создания безопасного пространства является само сообщество. Члены ключевых групп населения должны определить место расположения объектов, доступность, структуру и характеристики этого пространства (например, часы работы, удобства), и для эффективного выполнения этой задачи они должны быть проинформированы о доступных ресурсах. Они также могут определять существующие места проведения мероприятий, которые можно адаптировать под безопасное пространство: места привычного сбора членов сообщества, квартира одного из его участников или медицинское учреждение, которое лояльно и дружелюбно относится к ключевым группам населения.

Ввиду широкого спектра услуг, которые могут предоставляться в безопасных пространствах, их деятельность следует регулярно пересматривать на предмет возможности расширения или изменения перечня этих услуг. Следует поддерживать тесную связь между безопасными пространствами и аутрич-программами; более того, безопасные пространства для сообществ часто выполняют функции площадок для планирования и проведения встреч равных аутрич-работников, и могут также использоваться для хранения презервативов, лубрикантов и других материалов.

Структурные аспекты безопасных пространств для сообществ

Особое внимание следует уделять обеспечению физической безопасности таких пространств, гарантиям приватности, а также их признанию и одобрению со стороны сообщества. Они могут сталкиваться со многими из тех же проблем, для решения которых они и были созданы в первую очередь. Крайне важно обеспечить законность безопасных пространств и проводимой в них деятельности, а также их признание и поддержку местными властями и сотрудниками правоохранительных органов, особенно в условиях высокой стигматизации и криминализации, чтобы избежать привлечения негативного внимания к безопасным пространствам.

Безопасные пространства должны иметь протоколы обеспечения безопасности, включая охрану и безопасные методы работы, а также гарантии конфиденциальности. Они должны располагаться в местах, которые не увеличивают их уязвимость для критики или нападков со стороны широкой общественности, местных лидеров и органов власти.

Бюджетные аспекты

Необходимо свести к минимуму затраты на организацию безопасных пространств, особенно если они интегрированы в существующие объекты или учреждения. Однако при создании базового безопасного пространства необходимо учитывать следующие основные аспекты:

- Арендная плата.
- Ремонт помещений.
- Мебель и оборудование.
- Коммунальные услуги.
- Складские помещения.
- Надлежащее оснащение для оказания клинических услуг в тех случаях, когда они предусмотрены.
- Персонал (в штате безопасного пространства могут работать как оплачиваемые равные аутрич-работники, и другие члены сообщества).
- Связь и доступ в Интернет.
- При необходимости, меры физической безопасности, включая охранный персонал и видеонаблюдение (CCTV).
- Хотя такие расходные материалы, как презервативы, лубриканты, тест-наборы, иглы и другие средства снижения вреда, скорее всего, будут закупаться централизованно, важно, чтобы необходимые объемы рассчитывались на уровне отдельных объектов, чтобы в каждом из них было достаточное количество материалов.

Дополнительные аспекты могут включать потребность в расширении возможностей, например для организации дневных клиник или проведения семинаров с членами сообщества.

В случаях, когда безопасные пространства для сообществ создаются или управляются организациями, возглавляемыми сообществами, весьма важно инвестировать средства в укрепление управленческого и руководящего потенциала этих организаций.

Рекомендуемая литература

Trust and choice: Increasing access to HIV services for LGBT people in Mozambique & Uganda. Brighton: Frontline AIDS; 2021 (<https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2021/04/FLA-LGBT-Platform-Guide-EN-WEB.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

ICAP in DRC provides HIV health services, and supportive, safe spaces to key populations. New York: ICAP Columbia University; 2024 (<https://icap.columbia.edu/news-events/icap-in-drc-provides-hiv-health-services-and-supportive-safe-spaces-to-key-populations/>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

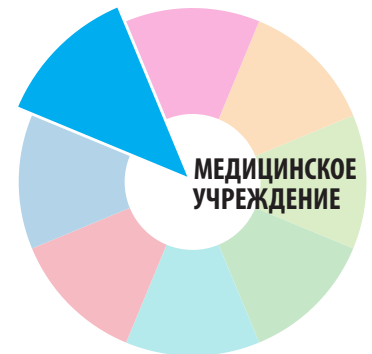
Mathews C, Duby Z, Bunce B, van Blydenstein N, Bergh K, Ambrose A, Safe spaces for beneficiaries of a combination HIV prevention intervention for adolescent girls and young women in South Africa: access, feasibility, and acceptability. BMC Publ Health. 2022;21:22(1):1026 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9123612/>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: WHO; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

1.2.4. Оказание услуг через медицинские учреждения

Что они из себя представляют?

К медицинским учреждениям относятся центры первичной медико-санитарной помощи или специализированные клиники при больницах (например, инфекционные отделения или отделения по лечению ВИЧ, ИППП, планированию семьи, снижению вреда или лечению зависимостей). Они являются неотъемлемой частью платформ доверительного доступа для ключевых групп населения, особенно в тех случаях, когда клинические услуги предоставляются в ограниченном объеме или вообще не предоставляются через безопасные пространства для сообществ или мобильные клиники. Чтобы стать частью платформы доверенного доступа, медицинское учреждение должно обладать необходимой компетенцией для работы с ключевыми группами населения. В таблице 7 описаны характеристики такого медицинского учреждения.



Вставка 7

Что такое медицинское учреждение, компетентное в работе с ключевыми группами населения?

Медицинское учреждение, обладающее компетенциями для работы с ключевыми группами населения:

- Пользуется доверием среди представителей ключевых групп, которые могут обращаться в клинику, не опасаясь грубого или недоброжелательного обращения.
- Вовлекает лидеров и равных консультантов из среды ключевых групп населения в разработку, предоставление и мониторинг услуг.
- Предоставляет качественные услуги в связи с ВИЧ и в области сексуального и репродуктивного здоровья, соответствующие потребностям ключевых групп населения.
- Соблюдает конфиденциальность и право на личную жизнь пользователей услуг (например, наличие кабинетов для частных консультаций и зон ожидания; отсутствие знаков, ярлыков или материалов, которые могут стать причиной стигматизации, и т. д.).

- Оказывает услуги без осуждения, принуждения или дискриминации и не требует от пользователей услуг прекратить поведение, которое считается «рискованным».
- Обеспечивает соблюдение графика работы, адаптированного под потребности ключевых групп населения.
- Принимает меры безопасности для защиты помещений, персонала и получателей услуг.
- Собирает и хранит конфиденциальные данные получателей услуг безопасными и надежными способами, обеспечивающими конфиденциальность и анонимность.
- Располагает системой реагирования на случаи стигматизации, дискриминации и насилия в стенах учреждения.
- Регулярно проводит мониторинг доступа к услугам для оценки наличия, целесообразности, приемлемости и качества предоставления услуг.
- Может функционировать как самостоятельное медицинское учреждение (государственное или частное) либо работать в форме неправительственной организации/организации на базе сообществ (т. е. некоммерческой организации).

В программы для ключевых групп населения часто входят специализированные клиники, которые создаются и функционируют почти исключительно в интересах этих групп населения. Этот подход может быть весьма эффективным, но он жизнеспособен только в том случае, если программа хорошо обеспечена ресурсами, существует большое количество ключевых групп населения, нуждающихся в такого рода услугах, и если такое учреждение может безопасно функционировать в рамках закона. Специализированные учреждения особенно уязвимы к колебаниям финансирования и рискам для безопасности на уровне сообщества, особенно в тех случаях, когда они ассоциируются с предоставлением услуг группам населения, которые подвергаются сильной стигматизации.

Существующие государственные или частные медицинские учреждения могут быть частью ПДД для ключевых групп населения при условии, что они в необходимой степени компетентны для работы с ключевыми группами населения, адаптированы к предоставлению услуг, отвечающих потребностям ключевых групп населения, предоставляют услуги в удобное время и обеспечивают соблюдение конфиденциальности при отсутствии стигматизации (рисунок 7). Члены различных ключевых групп населения иногда выбирают государственные медицинские учреждения, которым они доверяют в плане безопасного и недискриминационного обслуживания; однако в большинстве случаев требуется дополнительное обучение персонала и принятие организационных мер, чтобы такие учреждения стали по-настоящему компетентными в работе с ключевыми группами населения.

Характеристики государственных и частных медицинских учреждений значительно различаются в зависимости от места расположения или юрисдикции. Большинство частных учреждений являются независимыми, но некоторые могут входить в более широкую сеть или систему медицинского страхования. Члены ключевых групп населения иногда предпочитают частные учреждения, особенно когда они могут предоставить

услуги при более тактичном отношении и обеспечить сохранение конфиденциальности. В то же время частные учреждения не всегда могут предложить полный спектр услуг, и зачастую их использование сопряжено со значительными финансовыми препятствиями. Программы могут взаимодействовать с частными медицинскими учреждениями для обеспечения льготного или бесплатного обслуживания ключевых групп населения, например через оплату страховых взносов или компенсацию расходов пользователям услуг, соответствующим определенным критериям.

Аналогичным образом, центры первичной медико-санитарной помощи и специализированные государственные учреждения (например те, которые специализируются на лечении инфекционных заболеваний, ВИЧ-инфекции или наркозависимости) обладают различными возможностями для обслуживания ключевых групп населения.

Какие услуги предоставляются?

Таблица 6. Услуги, предоставляемые через медицинские учреждения

Обычно предоставляемые через медицинские учреждения	Иногда предоставляемые через медицинские учреждения (в зависимости от потребностей, подготовки и обязанностей персонала)
Презервативы и лубриканты	Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон)
Тестирование (ВИЧ, ИППП и налоксон)	Противодействие насилию
Лечение (включая поддержку приверженности лечению)	Поддерживающее консультирование
Неотложная помощь после перенесенного насилия/получения травм	Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав
ПКП и ДКП	Создание спроса на услуги
Более широкие медицинские вмешательства	Консультирование по вопросам охраны психического здоровья
Направление для получения других услуг	

Специализированные клиники для ключевых групп населения часто предоставляют определенный набор услуг, связанных с ВИЧ и сексуальным здоровьем, особенно если они полностью финансируются программами по борьбе с ВИЧ и если ресурсы не позволяют применять более широкий подход. Это также будет зависеть от возможностей и клинической специализации персонала, работающего в учреждении. Однако любое медицинское учреждение потенциально может предоставлять более широкий спектр вмешательств и услуг, включая поддержку самопомощи (таблица 6).

Государственные или частные учреждения, которые не ориентированы исключительно на ключевые группы населения, часто предлагают более широкий спектр услуг или, как в случае с государственной комплексной клиникой сексуального здоровья и планирования семьи, организуют направления к другим специалистам в рамках того же учреждения, даже если они напрямую не покрываются за счет финансирования программы для ключевых групп населения. Это дает возможность удовлетворить более широкие медицинские потребности пользователя услуг.

Поскольку ключевым группам населения рекомендуется регулярно следить за своим здоровьем, в рамках программ может быть выбрана система осмотров раз в квартал или раз в шесть месяцев. Регулярные осмотры на предмет сексуального здоровья предоставляют врачам возможность проводить скрининг, лечение и наблюдение за ВИЧ-инфекцией и ИППП; в идеале они также охватывают другие распространенные заболевания.

Для представителей ключевых групп населения, принимающих ДКП или антиретровирусную терапию, необходимы регулярные визиты для клинического наблюдения, консультирования и пополнения запаса препаратов; частота посещений зависит от используемых препаратов и схем лечения, а для стабильных пациентов она может быть сокращена.

Людям, употребляющим инъекционные наркотики и пользующимся услугами по снижению вреда, а также тем, кто проходит лечение от туберкулеза, может потребоваться гораздо более частое посещение клиники. Существуют примеры того, как регулярное посещение клиники позволяет снизить стигматизацию, хотя конкретный адаптированный подход должен определяться с учетом предпочтений самих членов ключевых групп населения. ВОЗ регулярно обновляет рекомендации относительно необходимости посещения клиники для получения различных видов услуг, основываясь на последних исследованиях. Кроме того, требования часто определяются национальными руководящими принципами.

Как это работает на практике?

Как и во всех описанных выше компонентах, основополагающими принципами работы с медицинскими учреждениями являются доверие и доступность. Отправной точкой для работы с существующими учреждениями в целях обеспечения доверительного доступа для ключевых групп населения является вовлечение в процесс предполагаемых пользователей услуг. Члены ключевых групп населения предоставят информацию о своих предпочтениях, необходимых им услугах, удобном местоположении и часах работы, а также о вопросах, требующих решения: поведение и отношение медицинских работников, соблюдение принципов недискриминации, безопасность и конфиденциальность. Это взаимодействие с предполагаемыми пользователями услуг должно быть непрерывным и включать процедуры регулярной обратной связи, такие как мониторинг силами сообществ, обсерватории или встречи с сообществами по сбору отзывов, а также онлайн-механизмы обратной связи.

Для укрепления доверия сообществ к медицинскому учреждению требуются инвестиции в повышение осведомленности и подготовку персонала учреждения, включая клинический, административный персонал и сотрудников службы безопасности, а также в принятие политики, направленной против дискриминации. Это также может включать инвестиции в повышение доступности учреждения, например за счет продления или выделения специальных часов работы или создания отдельных зон для входа/выхода или зон ожидания для членов ключевых групп населения. Специальные дни приема пациентов для различных ключевых групп населения или дни для консультаций по вопросам здоровья семьи могут способствовать укреплению доверия.

При наличии ресурсов инвестиции в укрепление потенциала медицинских учреждений (как специализированных для ключевых групп населения, так и ориентированных на население в целом) по предоставлению более широкого спектра медицинских услуг могут повысить их компетентность и дружелюбность по отношению к ключевым

группам населения. Дополнительные услуги могут включать гендерно-подтверждающую терапию, снижение вреда, анальное здоровье, консультирование по снижению рисков, связанных с химсексом, и поддержание в курсе о новых препаратах и схемах профилактики и лечения ВИЧ. Учреждения должны быть обеспечены бесперебойными поставками всех расходных материалов и оборудования, необходимых для предоставления этих услуг.

Вовлечение представителей ключевых групп населения в оказание услуг в медицинском учреждении также является элементом компетентности в работе с ключевыми группами населения. Обученные представители ключевых групп населения могут предоставлять широкий спектр услуг в учреждении, включая выполнение функций, описанных для равных аутрич-работников, а также обеспечивать эффективное перенаправление пациентов, последующее наблюдение и координацию между медицинскими учреждениями и услугами, предоставляемыми на базе сообществ, и онлайн-сервисами, включенными в платформу.

В рамках конкретной территории (города или района) в состав ПДД могут входить сразу несколько медицинских учреждений. Включение специализированной и государственной клиники расширяет выбор для ключевых групп населения и может увеличить спектр доступных им услуг.

Структурные аспекты, касающиеся медицинских учреждений

Стигматизация и дискриминация в отношении ключевых групп населения могут быть особенно выражены в клинических условиях. В условиях высокого уровня стигматизации или криминализации представители ключевых групп практически не верят в то, что с ними будут обращаться должным образом и обеспечат конфиденциальность. Именно поэтому специализированные учреждения часто становятся частью программ работы с ключевыми группами населения. При работе с существующими государственными или частными учреждениями необходимо уделять особое внимание устранению барьеров. В противном случае ключевые группы населения не будут доверять им и не будут ими пользоваться. Наряду с активным участием ключевых групп населения, при работе с любым типом медицинского учреждения необходимо учитывать следующие аспекты:

- Устранение правовых барьеров, таких как обязанность сообщать о любой незаконной деятельности.
- Преодоление стигматизирующего и дискриминационного отношения со стороны всего персонала (клинического, административного и других лиц) к ключевым группам населения путем повышения осведомленности и обучения, а также разработки соответствующих правил для медицинских учреждений и механизмов подотчетности.
- Мониторинг и регулярный анализ инцидентов и угроз.
- Обеспечение безопасности и защиты, включая меры физической безопасности, для охраны учреждений.
- Обеспечение лицензий на деятельность через соглашения с органами здравоохранения и местными властями.
- Обеспечение законности всей проводимой деятельности, особенно в условиях, когда законодательство может криминализировать деятельность, направленную на поддержку ключевых групп населения.
- Понимание и принятие со стороны широкой общественности; в случае специализированных клиник это может включать дни открытых дверей и обеспечение того, чтобы услуги не воспринимались как предназначенные исключительно для ключевых групп населения.
- Получение обратной связи от пользователей услуг и реагирование на нее (например, через мониторинг силами сообществ, обсерватории, консультации и т. д.).

Бюджетные аспекты

Особенности формирования бюджета значительно различаются в зависимости от того, принадлежит ли учреждение программе (например, специализированная клиника для ключевых групп населения) или же оно является действующим государственным либо частным учреждением. Необходимо учитывать следующие ключевые элементы:

- Помещения для оказания клинических услуг (отдельная клиника или совмещенная с безопасным пространством/дроп-ин центром), если не используется система внешнего перенаправления на услуги.
- Оборудование (например, смотровой стол, осветительные приборы, диагностическое оборудование и реагенты, гинекологические зеркала или аноскопы, средства стерилизации и утилизации отходов, оборудование и материалы для регистрации данных).
- Лекарственные средства (для лечения ИППП и ВИЧ; предпочтительно также для планирования семьи и лечения распространенных общих заболеваний).
- Презервативы, лубриканты, иглы и шприцы для выдачи в клиниках.
- Обучение и ресурсы, необходимые для обеспечения и поддержания услуг, свободных от дискриминации и стигматизации.
- Для организации системы доверительных перенаправлений: обучение медицинских работников, мониторинг качества и приемлемости предоставляемых услуг, а также контроль и поддержка сопровождения к пользующимся доверием специалистам и удержания в программе лечения.
- Создание электронной системы записи на прием и формирование сетей для выдачи направлений в целях виртуального/онлайн-взаимодействия.

- В зависимости от модели оказания услуг: заработная плата или гонорары врачей, помещения клиники, базовое диагностическое оборудование, реагенты, лекарства, контроль качества и расходные материалы.
- Программы, опирающиеся исключительно на систему доверительных перенаправлений в существующие медучреждения, вероятно, потребуют меньших затрат на инфраструктуру и снабжение, однако им необходимо будет больше инвестировать в механизмы, гарантирующие реализацию и отслеживаемость направлений, их высокое качество, а также в формирование и поддержание доверия ключевых групп к данным услугам.
- Возможности для предоставления других медицинских услуг, услуг по снижению вреда (например, ПТАО) или услуг по гендерной коррекции, которые востребованы и необходимы ключевым группам населения, необязательно будут покрываться за счет целевого финансирования, предназначенного для борьбы с ВИЧ-инфекцией. Кроме того, некоторые учреждения могут получать доход, способствующий повышению устойчивости, предоставляя плановые процедуры на платной основе (например, удаление бородавок, лазерная эпиляция и т. д.).

Рекомендуемая литература

- FHI (India Country Office). STI clinic supervisory handbook. Comprehensive STI services for sex workers in Avahan-supported clinics in India. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2008 (https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/documents/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Kidd R, Clay S, Stockton M, Nyblade L. Facilitator's training guide for a stigma-free health facility: training menus, facilitation tips, and participatory training modules. Washington, DC: Health Policy Project; 2015 (https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDTrainingGuide.pdf; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Linkages. Health4All. Training health workers for the provision of quality, stigma-free HIV services for key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-h4all-2018.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Key populations manual for healthcare providers. Harare: Ministry of Health and Child Care; 2018 (<https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2022/07/KP-Manual-Health-Providers-2018.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. Health care worker training: preventing and responding to violence against key populations. Durham, NC: FHI 360; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-hcw-training-manual.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

1.2.5. Оказание услуг через мобильные медицинские клиники/аутрич-клиники

Что они из себя представляют?

Мобильные клиники — это способ предоставления клинических услуг, удобный для ключевых групп населения. Они размещаются в специально оборудованном транспортном средстве и могут выезжать в места, где собираются члены ключевых групп населения, в удобное для них время. Аутрич-клиники — это временные клиники, организуемые в местах проведения мероприятий, где собираются члены ключевых групп населения. Они разворачиваются на короткий период в конкретном месте (например, в баре или клубе) в часы, наиболее подходящие для охвата ключевых групп населения. Обе модели особенно полезны в ситуациях, когда поблизости отсутствуют другие медицинские учреждения либо когда существующие учреждения не обеспечивают надежного и доверительного доступа к услугам для ключевых групп населения.



Какие услуги предоставляются?

Мобильные и аутрич-клиники могут предоставлять пакет услуг, сопоставимый с услугами стационарных медицинских учреждений, однако конкретный набор зависит от доступных ресурсов, времени работы и других факторов. В некоторых случаях они также могут выполнять несложные хирургические процедуры. В таблице 7 представлены услуги, которые обычно и иногда предоставляются такими клиниками.

Таблица 7. Услуги, предоставляемые через мобильные или аутрич-клиники

Обычно предоставляются через мобильные или аутрич-клиники	Иногда предоставляются через мобильные или аутрич-клиники в зависимости от потребностей, подготовки и обязанностей персонала
Презервативы и лубриканты	Снижение вреда (ПОШ, ПТАО и налоксон)
Тестирование (включая поддержку самодиагностики)	Более широкие медицинские вмешательства
Лечение (включая поддержку приверженности лечению)	Поддерживающее консультирование
ДКП	Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав
Создание спроса на услуги	
Направление для получения других услуг	

Как это работает на практике?

Мобильные клиники или аутрич-/временные клиники используются в самых разных условиях, в частности для обслуживания отдаленных районов. При наличии ресурсов они также могут обеспечить возможность охвата ключевых групп населения. Реже эти учреждения полностью финансируются за счет бюджета программ для ключевых групп

населения, однако это возможно только в тех случаях, когда программы располагают значительными ресурсами.

Необходимо добиться вовлечения ключевых групп населения в процесс, чтобы оценить, приемлемы ли мобильные клиники и будут ли они пользоваться доверием со стороны членов этих групп, а также определить такие параметры, как время и место, а также безопасный доступ, чтобы избежать стигматизации и поддерживать привлечение новых пациентов. Непрерывный мониторинг имеет решающее значение для того, чтобы места проведения мероприятий/локации, используемые для мобильных услуг, оставались безопасными и вызывали доверие, а также для своевременного выявления новых перспективных мест по мере их появления.

Мобильные клиники должны тесно взаимодействовать с другими компонентами платформы, в особенности с аутрич-службами, для обеспечения точного понимания и удовлетворения потребностей населения. На практике аутрич-работники часто содействуют работе мобильных клиник и сопровождают их выезды, например, проводя мобилизацию представителей сообщества в районе, где в данный момент работает клиника. Там, где используются мобильные клиники, их следует включать в схемы перенаправлений пациентов, а также в системы данных и мониторинга программы.

Мобильные клиники могут быть включены в систему ПДД наряду с медицинскими учреждениями, чтобы расширить возможности для ключевых групп населения и обеспечить более высокую доступность услуг и регулярность их предоставления.

Структурные аспекты, касающиеся мобильных клиник

Мобильные клиники помогают избежать структурных барьеров, возникающих при работе исключительно на базе стационарных медицинских учреждений. Однако сами по себе они также могут становиться объектами стигматизации, дискриминации и насилия. Эти структурные аспекты во многом схожи с теми, которые характерны для медицинских учреждений, и включают:

- Устранение правовых барьеров, таких как обязанность сообщать о любой незаконной деятельности.
- Преодоление стигматизирующего и дискриминационного отношения со стороны всего персонала (клинического, административного и других работников) к ключевым группам населения путем повышения осведомленности и обучения, а также разработки соответствующих правил для медицинских учреждений и механизмов подотчетности.
- Выбор времени для посещения мобильных/аутрич-клиник таким образом, чтобы минимизировать риски, связанные с безопасностью.
- Мониторинг и регулярный анализ инцидентов и угроз.
- Обеспечение безопасности и защиты, включая меры физической безопасности и протоколы реагирования в чрезвычайных ситуациях.
- Обеспечение лицензий на деятельность через соглашения с органами здравоохранения и местными властями, включая подготовку графика выездов клиники.
- Обеспечение законности всей проводимой деятельности, особенно в условиях, когда законодательство может криминализировать деятельность, направленную на поддержку ключевых групп населения.
- Понимание и принятие со стороны более широкой общественности.

- Получение и учет отзывов от пользователей услуг (например, путем мониторинга силами сообществ, использования обсерваторий, консультаций и т. д.).

Бюджетные аспекты

Поскольку мобильные клиники обычно создаются в рамках программ для ключевых групп населения, они требуют полного расчета стоимости, включая многие элементы, аналогичные расходам стационарных учреждений, а также стоимость самого мобильного оборудования:

- Мобильный пункт оказания помощи. Переоборудованное транспортное средство, мебель, тенты/палатки, топливо и техническое обслуживание, а также условия для безопасного хранения.
- Оборудование (например, смотровой стол, осветительные приборы, диагностическое оборудование и реагенты, гинекологические зеркала или аноскопы).
- Лекарственные средства (для лечения ИППП и ВИЧ; предпочтительно также для планирования семьи и лечения распространенных общих заболеваний).
- Обучение и ресурсы, необходимые для обеспечения и поддержания услуг, свободных от дискриминации и стигматизации.
- Презервативы, лубриканты, иглы и шприцы для выдачи в клиниках.
- Для организации системы доверенных направлений: обучение медицинских работников, мониторинг качества и приемлемости предоставляемых услуг, а также контроль и поддержка сопровождения к пользующимся доверием специалистам и удержания в программе лечения.
- В зависимости от модели оказания услуг: заработная плата или гонорары врачей, помещения клиники (могут быть частью безопасного пространства), базовое диагностическое оборудование, реагенты, лекарства и расходные материалы.
- Водители.
- Сотрудники службы безопасности.

Рекомендуемая литература

Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Novel platforms for biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP Delivery, and the use of telemedicine. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18:6 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8549812/>).

Differentiated service delivery for key populations - men who have sex with men, sex workers, transgender people, people who inject drugs and prisoners and other people living in closed settings: A background review. 2016 (<https://www.differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/2022/05/DSD-Key-populations-review.pdf>).

Rousseau E, Bekker L, Julies R, Celum C, Morton J, Johnson R, Baeten JM, O'Malley G. A community-based mobile clinic model delivering PrEP for HIV prevention to adolescent girls and young women in Cape Town, South Africa. *BMC Health Serv Res* 2021;21:888 (<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06920-4>).

1.2.6. Доступ к услугам через сторонних поставщиков

Что они из себя представляют?

Поскольку подход на основе ПДД направлен на максимально эффективное использование существующих ресурсов в сообществе, в нее могут быть включены многие другие организации или субъекты, такие как:

- Аптеки.
- Бары и клубы.
- Точки с торговыми автоматами.
- Интернет-магазины.

Общим для них является то, что они могут быть частными предприятиями или учреждениями, и поэтому они необязательно планируются в рамках программы для ключевых групп населения, не находятся под ее непосредственным контролем и не зависят от финансирования программы, хотя использование точек с торговыми автоматами или интернет-магазинов также может быть организовано как часть программного подхода или государственно-частного партнерства.

Поскольку они независимы от программ для ключевых групп, требуются дополнительные усилия для обеспечения безопасности представителей ключевых групп, желающих воспользоваться услугами этих субъектов (см. раздел о структурных аспектах).

Какие услуги предоставляются?

Так как эти поставщики являются сторонними организациями, существует множество услуг, которые они потенциально могут предоставлять, как показано в таблице 8. Однако, поскольку они являются независимыми субъектами, а не плановыми частями программы, перечень предоставляемых ими услуг будет во многом зависеть от самой организации.



Таблица 8. Услуги, доступные через сторонних поставщиков

Услуги, потенциально доступные через сторонних поставщиков

- Информационно-просветительская деятельность, направленная на поддержку ключевых групп населения в понимании вопросов их здоровья, рисков для здоровья, доступных услуг и законных прав.
- Создание спроса на услуги.
- Направление для получения услуг.
- Презервативы и лубриканты.
- ДКП/ПКП.
- Тестирование на ВИЧ (включая самотестирование).
- Терапия (регулярное получение препаратов, поддержка приверженности лечению).
- Контрацепция.

Как и в случае с рядом поставщиков услуг, описанных выше, некоторые из них, в частности аптеки, могут также поддерживать практику самопомощи.

Как это работает на практике?

Работа с другими поставщиками услуг в контексте подхода на основе ПДД заключается в партнерстве с более широким кругом субъектов в месте осуществления программы. Представители ключевых групп населения сами хорошо умеют определять организации или структуры, способные удовлетворить их потребности безопасным и нестигматизирующим образом. Поэтому программам следует опираться на инициативу ключевых групп и использовать её как основу для вовлечения этих структур в платформу и расширения спектра предоставляемых ими услуг. Равные аутрич-работники часто занимают удобную позицию для того, чтобы выступать в роли посредников в этих местах осуществления мероприятий и вести переговоры о сотрудничестве.

Это подразумевает работу с владельцами развлекательных заведений для обеспечения постоянного снабжения презервативами или работу с аптеками для улучшения системы перенаправлений путем обучения сотрудников аптек основным методам скрининга и работы с ключевыми группами населения нестигматизирующим способом. Это также может означать размещение в этих местах субсидируемых товаров.

Не существует единственно правильного подхода к работе с этой категорией поставщиков; скорее, речь идет о выявлении возможностей для расширения спектра безопасных, пользующихся доверием услуг и вариантов для ключевых групп населения.

Способы сотрудничества с этими субъектами могут быть определены и официально оформлены, например, посредством меморандума о взаимопонимании или в форме государственно-частного партнерства. В ряде стран необходимо соблюдать нормативно-правовые требования, особенно если сторонние организации привлекаются к лицензируемым видам деятельности (например, при использовании/установке торговых автоматов обычно требуется обеспечить надлежащие условия хранения товаров и гарантировать соблюдение возрастных ограничений для потребителей) (вставка 8).

Вставка 8

Аптеки: недостаточно используемый ресурс сообществ в обеспечении доверительного доступа⁴⁰

Аптеки являются недостаточно используемым ресурсом в сообществах, который может стать ценным компонентом ПДД. Члены ключевых групп населения часто доверяют местным фармацевтам, которые предоставляют конфиденциальные консультации по вопросам ВИЧ и сексуального здоровья, а также более широкие медицинские услуги и помогают в приобретении презервативов и лубрикантов. Кроме того, охват сетевых аптек очень велик, так как они более многочисленны и доступны, чем медицинские учреждения. В местах, где программы для ключевых групп населения не проводятся, сотрудники аптек часто имеют очень хорошее представление о потребностях и рисках для здоровья местного населения.

В Мозамбике в рамках программы ЕriC была расширена работа с частными аптеками для увеличения доступа ключевых групп к целому ряду услуг, включая скрининг на ИППП, выдачу презервативов и лубрикантов, самотестирование на ВИЧ, ПКП и ДКП, скрининг и помощь в случаях насилия/ ГРН, планирование семьи, а также основные услуги и мониторинг, связанные с антиретровирусной терапией. Представители ключевых групп населения принимали участие в отборе и обучении частных фармацевтов принципам этичного и сенситивного общения.

Структурные аспекты взаимодействия со сторонними поставщиками услуг

Поскольку представители ключевых групп зачастую самостоятельно выбирают сторонних поставщиков услуг, это по определению подразумевает наличие определенного уровня доверия и доступности. Однако внешние условия динамичны, и новые политические и правовые векторы могут влиять на готовность и способность этих независимых субъектов продолжать удовлетворение потребностей ключевых групп. Способы смягчения этих рисков включают:

- Диалог с поставщиками о значимости программ для ключевых групп населения для общественного здравоохранения и об общей ситуации, в которой находятся эти группы.
- Предоставление корректной и актуальной информации об изменениях в законодательстве, особенно в условиях, когда правовые нормы могут восприниматься как ограничивающие работу с ключевыми группами или оказание им услуг.
- Предоставление субсидий, материалов и проведение тренингов, чтобы стимулировать поставщиков продолжать участие в общих усилиях.
- Обеспечение соблюдения местных правил и условий.
- Разработка официальных соглашений/меморандумов о взаимопонимании в целях укрепления и поддержания сотрудничества.
- Получение обратной связи от пользователей услуг и реагирование на нее (например, через мониторинг силами сообществ, обсерватории, консультации и т. д.).

Бюджетные аспекты

Как отмечалось выше, данная категория поставщиков услуг является независимой и, вероятнее всего, сформировалась вне рамок конкретной программы. Многие услуги обычно предоставляются на коммерческой основе. Тем не менее при наличии ресурсов определенные инвестиции могут способствовать повышению эффективности сотрудничества государственного и частного секторов с этими поставщиками, например:

- Поставки профилактических средств и материалов; субсидии, позволяющие поставщику предоставлять эти товары ключевым группам населения по низкой цене или бесплатно; или сотрудничество с национальными компаниями медицинского страхования для обеспечения возмещения расходов.
- Обучение по вопросам общественного здравоохранения и новым вмешательствам.
- Схемы вознаграждения для поставщиков услуг, получивших высокую оценку от ключевых групп населения.

Рекомендуемая литература

- Bateganya M. Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations—virtual meeting. Durham, NC: FHI 360; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya_CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Crawford ND, Harrington KRV, Chandra C, Alohan DI, Quamina A, Beck O. et al. Feasibility of reaching populations at high risk for HIV in community pharmacies. JAPhA. 2024;64;6;102239 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S154431912400267X>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Lalla-Edward S; Venter W. Feasibility and impact of community pharmacy and novel pick-up points for antiretroviral therapy pre-exposure prophylaxis initiation and continuation in low and middle-income countries. Curr HIV/AIDS Rep. 2024;16:22:1:2 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11568023/#:~:text=Likewise%2C%20novel%20pick%20Dup%20points,injecting%20drug%20users%20%5B33%5D>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Rousseau E, Julies RF, Madubela N, Kassim S. Biomedical HIV prevention delivery to key populations—community mobile clinics, peer-supported, pharmacy-led PrEP delivery, and the use of telemedicine. Current HIV/AIDS Rep. 2021;18:500–507 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s11904-021-00578-7>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Protecting key populations from abrupt disruptions to essential HIV services. Geneva: WHO; 2025 (<https://www.who.int/news/item/27-02-2025-protecting-key-populations-from-abrupt-disruptions-to-essential-hiv-services>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).

1.3. **Планирование и адаптация платформ доверительного доступа и учет комплексных структурных аспектов**

1.3.1. **Планирование платформ доверительного доступа**

Как отмечалось выше, ПДД включает в себя всех поставщиков услуг, которым доверяют ключевые группы населения и к которым они имеют доступ. Не существует двух одинаковых платформ, так как каждая из них формируется из различных комбинаций типов субъектов или поставщиков услуг, описанных в предыдущем разделе, которые в идеале должны работать согласованно. Налаживание координации и перенаправления между различными субъектами является важным элементом подхода на основе ПДД.

Поэтому для создания эффективной платформы необходимо активное взаимодействие с ключевыми группами населения на начальном этапе и на протяжении всего процесса проектирования и реализации. Главным инструментом для этого является партисипаторное картирование программ (ПКП), процесс, в котором ключевые группы населения играют ведущую роль и выявляют ресурсы и проблемы сообщества, а также любые изменения, новые приоритеты и вызовы по мере их возникновения.

Сообщества и контексты динамичны — они постоянно трансформируются. Именно поэтому такие процессы, как микропланирование, должны носить непрерывный характер, а не быть разовыми мероприятиями. Кроме того, непрерывный процесс позволяет признать, что в любой момент времени всегда есть возможности для улучшений, и при таком подходе акцент смещается на постоянную адаптацию текущей деятельности, а не на длительное планирование, требующее приостановки программы

Как осуществляется планирование платформ доверительного доступа?

Периодическое ПКП вовлекает сообщества ключевых групп в процесс определения мест проведения мероприятий и локаций с высоким риском, а также в оценку численности населения. Часто это первый шаг к запуску программ для ключевых групп населения и важнейшая возможность вовлечения сообществ. Этот процесс также полезен для выявления членов ключевых групп населения, которые пользуются влиянием в своих сообществах и готовы работать с членами сообществ. Таким образом, ПКП предоставляет информацию, вызывает интерес сообщества и позволяет программе выявлять членов ключевых групп населения, которые могут стать эффективными равными аутрич-работниками.

Повторное картирование (валидация локаций каждые 6–12 месяцев) в рамках микропланирования необходимо для актуализации планов аутрич-работы, оценок численности населения и целевых показателей; это позволяет учитывать появление новых мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска и новых ключевых групп, а также о места проведения, ставших неактивными, или о мигрировавших представителях сообществ. Оно позволяет также выявлять новые проблемы по мере их возникновения и может способствовать подготовке к внедрению новых вмешательств или адаптации существующих.

ПКП предполагает проведение встреч с ключевыми группами населения из разных районов для оказания им помощи в составлении карт их районов с указанием

мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска, основных дорог и ориентиров, поставщиков услуг в сфере ВИЧ, медицинских и других услуг, которые пользуются доверием ключевых групп населения. Кроме того, фиксируются учреждения, не заслуживающие доверия, и опасные локации, а также составляются оценки численности представителей ключевых групп в каждой точке

Второй этап — валидация мест осуществления мероприятий — включает в себя обходы этих мест аутрич-командой совместно с представителями ключевых групп для наблюдения и проведения неформальных обсуждений с участниками и другими заинтересованными сторонами. Это помогает подтвердить оценочную численность, часы пиковой нагрузки и другие детали. Этот же метод часто используется в рамках микропланирования. Расширенное картирование может включать в себя обсуждения в фокус-группах с ключевыми группами населения для оценки их взглядов на то, как должны быть организованы услуги, и на проблемы, с которыми они сталкиваются.

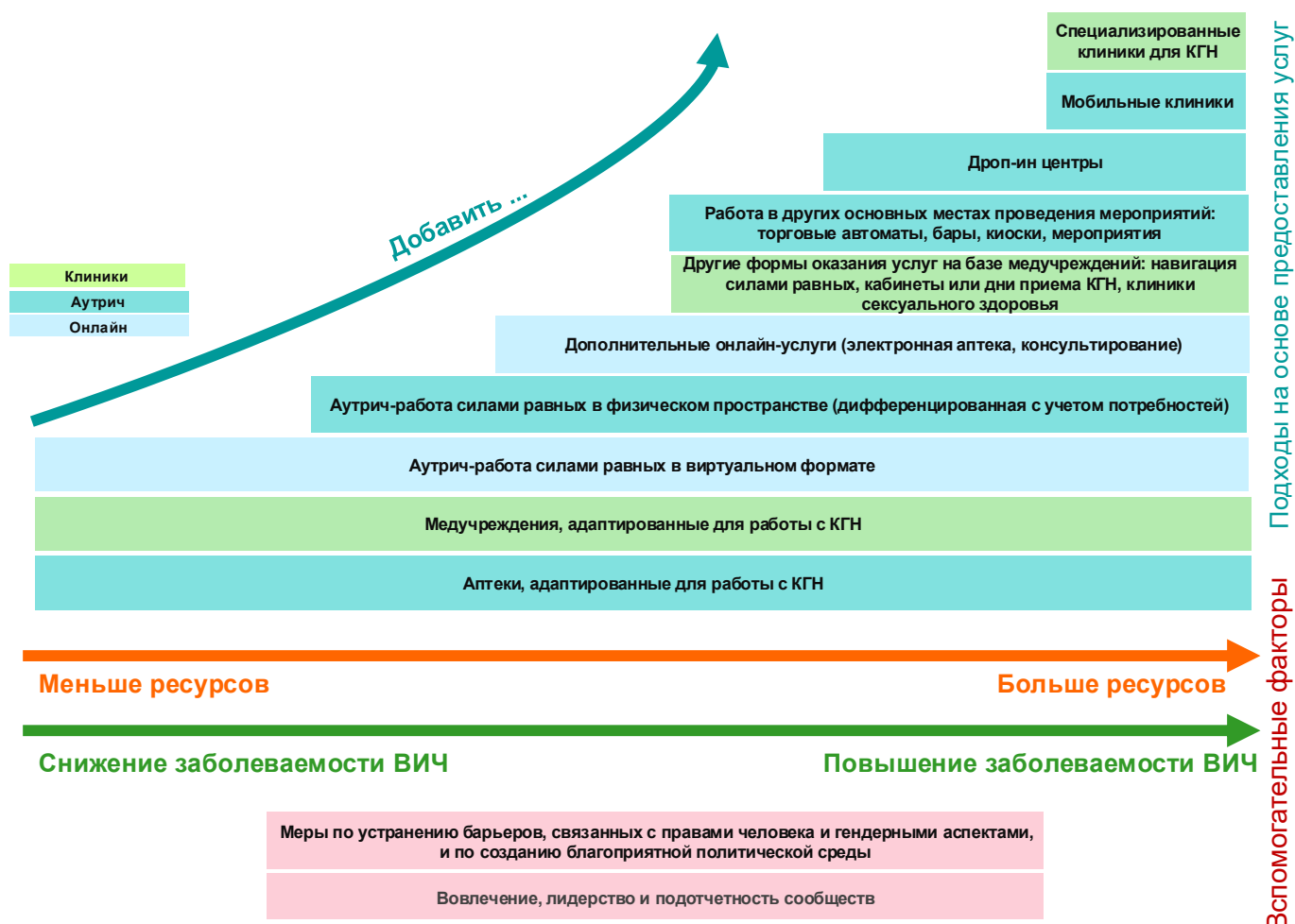
Учет контекста и доступности ресурсов для реализации подхода на основе платформы доверительного доступа

Как следует из предыдущих разделов, подход на основе ПДД делает акцент на глубоком понимании местного контекста: степени доверия ключевых групп к государственным учреждениям здравоохранения, а также наличия или отсутствия значимых правовых барьеров и дискриминации. Там, где представители сообществ обладают высокой самоэффективностью, позволяющей успешно применять практики самопомощи, потребность в специализированных услугах для ключевых групп будет ниже. С другой стороны, если государственные медучреждения неприемлемы или недоступны, а правовые барьеры сохраняются, скорее всего, потребуются значительные инвестиции в их устранение в долгосрочной перспективе и предоставление специализированных безопасных услуг в краткосрочном периоде.

Еще одним важным фактором при разработке ПДД является наличие ресурсов для специализированных программ. В условиях ограниченного целевого финансирования менеджерам необходимо поддерживать результаты с меньшими затратами — зачастую за счет перехода от узкопрофильных подходов к работе с общепрофильными государственными службами здравоохранения или новыми типами партнеров, такими как аптеки, точки с торговыми автоматами и т. д. Специалисты по планированию должны оценивать, когда необходимо сохранить специфические для данной группы подходы, например в случаях, когда другие типы поставщиков услуг недостаточно компетентны или не пользуются доверием у ключевых групп

На рисунке 4 видно, как различные сценарии использования ресурсов могут приводить к разработке разных вариантов программ, и показано, как дополнительные варианты предоставления услуг могут рассматриваться в условиях, когда доступно больше ресурсов и когда условия таковы, что необходимы специализированные услуги.

Рисунок 4. Различные сценарии реализации программ в зависимости от наличия ресурсов



Ни одна страна или программа не будет полностью соответствовать ни одному из этих сценариев. Однако они иллюстрируют выбор, с которым сталкиваются лица, принимающие решения. Там, где позволяет финансирование, дополнительные программные компоненты помогают устранять барьеры и обеспечивать доступ к большему количеству услуг для большего числа представителей ключевых групп населения.

Кроме того, такие факторы, как наличие ресурсов, благоприятная среда и потребности, часто различаются для разных ключевых групп населения и разных подгрупп (например, молодежь или мигранты из числа ключевых групп населения), а также для разных районов страны (городские/сельские или для различных социальных/культурных установок и законов внутри страны). Поэтому ПДД для геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, в данной стране может сильно отличаться от ПДД для работников секс-бизнеса или потребителей инъекционных наркотиков в той же стране. Во вставке 9 обобщены соображения, которые следует учитывать для каждой ключевой группы и подгруппы населения при планировании программ.

Вставка 9**Факторы, которые следует учитывать при создании ПДД для различных ключевых групп населения**

Существует ряд факторов, которые определяют, как будет выглядеть ПДД. В любой стране эти факторы могут отличаться применительно к каждой категории ключевых групп населения. К ним относятся:

- Эпидемиологические аспекты, такие как распространенность ВИЧ-инфекции, доступ к тестированию и лечению, а также численность основных групп населения.
- Вмешательства и услуги, необходимые каждой ключевой группе населения, как указано в *Сводном руководстве ВОЗ* (см. таблицу 1), а также юридические барьеры, связанные с этими вмешательствами (например, разрешена ли замена игл или имеются ли возрастные ограничения для доступа к некоторым услугам).
- Правовые и другие барьеры, влияющие на доступ к услугам для различных ключевых групп населения, в том числе страх перед стигматизацией, дискриминацией или арестом; а также юридические барьеры, влияющие на осуществление программ (например, законы, требующие сообщать о сексуальной ориентации, или законы о «поощрении» определенных форм поведения).
- Доверие к массовым услугам и их доступность.
- Ресурсы, доступные для специализированных программ и услуг, которые могут отличаться для каждой ключевой категории населения.
- Различия в пределах данной ключевой категории населения, такие как возраст, язык, миграционный статус и предпочтения в отношении онлайн-услуг или услуг, предоставляемых при личном контакте.

Важно отметить, что, как показано на рисунке 4, не существует сценария, при котором не требовались бы инвестиции в решение вопросов, касающихся прав человека и гендерных факторов, а также вовлечения ключевых групп населения. Для обеспечения постоянной эффективности и доверительного доступа для ключевых групп населения при любом сценарии финансирования и независимо от существующих барьеров, необходимы постоянный мониторинг и подотчетность со стороны сообщества.

В дополнение к рисунку 4 в приложении 3 представлен альтернативный способ концептуализации различных «этапов» зрелости ПДД.

Рекомендуемая литература

- Emmanuel F, Persaud N, Weir SS, Bhattacharjee P, Isac S. Programmatic mapping: providing evidence for high impact HIV prevention programs for female sex workers. *JMIR Public Health Surveill.* 2019;5(2):e12636 (<https://publichealth.jmir.org/2019/2/e12636/pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Standard operating guidance on programmatic mapping and validation. Learning site partners in Sri Lanka. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Standard operating procedure to implement effective community-led outreach and micro planning strategies in key and vulnerable population programmes in Tanzania. Dar-es-Salaam: National AIDS Control Programme Tanzania, Ministry of Health; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/member-countries/tanzania>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, WHO, UNDP, PEPFAR, University of Manitoba, UNAIDS. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/resource/using-programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-for-key-populations-guidelines-for-countries/>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Mann Global Health, UNAIDS, UNFPA. Micro-planning for more effective and efficient HIV programs: Sex-worker led condom programming in Malawi. Case study. Geneva: UNAIDS; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/micro-planning-more-effective-and-efficient-hiv-programs-sex-worker-led-condom>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- South to South Learning Network. Designing outreach and microplanning for key population programmes. Johannesburg: SSLN; 2021 https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; дата обращения: 3 марта 2025 г.).
- Cowan F, Reza-Paul S, Ramaiah M, Kerrigan DL. Strategies to promote meaningful involvement of sex workers in HIV prevention and care. *Curr Opin HIV AIDS.* 2019;14(5):401-8 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31219886/>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).

1.3.2. **Адаптируемость и дифференциация**

Что это такое?

У членов ключевых групп населения могут быть разные предпочтения относительно того, как получить доступ к услугам и каким поставщикам они доверяют, или их потребности могут меняться с течением времени. Кроме того, в среде ключевых групп населения могут появляться новые проблемы. Могут возникать чрезвычайные ситуации, связанные с правами человека и безопасностью, которые потребуют адаптации программы для обеспечения безопасного и бесперебойного предоставления услуг. Профили ключевых групп населения могут меняться, что означает необходимость привлечения на платформу равных аутич-работников с новыми навыками и новой квалификацией. Изменения в персонале медицинских учреждений или других организаций могут создавать новые проблемы или возможности для платформы. Могут появиться новые подходы и инструменты в области профилактики и лечения, которые необходимо быстро внедрить в среде нуждающихся в них людей. ПДД должна быть способна выявлять все эти возможности и вызовы и реагировать на них по мере их появления.

В случае внедрения подхода на основе ПДД он должен включать непрерывный мониторинг с помощью ПКП, микропланирование (в частности, данные рутинного мониторинга и анализ пробелов в возможностях) и мониторинг силами сообществ или с помощью независимых обсерваторий. Он также должен быть тесно увязан с информационными системами и механизмами принятия решений на национальном уровне. Такой подход позволит эффективнее определять эти изменения в местных условиях и реагировать на них.

Дифференциация, обеспечиваемая подходом на основе ПДД, имеет также решающее значение для удовлетворения потребностей ключевых групп населения различного профиля, поскольку услуги могут быть доступны в нескольких местах или от нескольких поставщиков, что позволяет пользователям выбирать наиболее подходящий вариант. Кроме того, люди могут принадлежать к нескольким ключевым группам населения, что означает наличие у них пересекающихся потребностей, например секс-работница, употребляющая инъекционные наркотики, может быть включена в программу поддержки работников секс-бизнеса, которая не предоставляет консультаций и доступа к полному спектру услуг по снижению вреда. Поэтому объединение программ для разных групп населения и/или понимание и учет этих взаимосвязей также является важной частью лично-ориентированного подхода.

Специфическим фактором для ключевых групп населения является возраст, поскольку как пожилые, так и молодые члены ключевых групп населения имеют специфические потребности, которые могут включать дополнительные юридические ограничения на доступ к услугам и необходимость информированного согласия для молодых членов ключевых групп населения. Непрерывный мониторинг и взаимодействие с сообществами помогают обеспечить гибкость и адресность программ в отношении ключевых групп населения с пересекающимися или специфическими потребностями, а также их адаптацию к изменениям этих потребностей со временем, что является критически важным для адаптивного управления программами. С поставщиками услуг, включая медучреждения, равных аутич-работников и других лиц, требуется провести тренинги и консультации по определению и удовлетворению этих специфических потребностей.

Рекомендуемая литература

- Differentiated Service Delivery. A decision framework for differentiated antiretroviral therapy delivery for key populations. (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Innovations to overcome vaccine hesitancy and increase COVID-19 vaccination among key populations and people living with HIV in Telangana, India. Durham, NC: FHI 360; 2022 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-epic-increasing-vaccination-india-success-story.pdf>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Reaching men who purchase sex with differentiated service delivery in the Democratic Republic of Congo. Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-success-story-drc-dsd-mwps.pdf>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- Serving the needs of key populations: case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. Geneva: WHO; 2017 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255610/9789241512534-eng.pdf?sequence=1>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).

1.3.3. **Комплексные структурные вмешательства для платформ доверительного доступа**

Что они из себя представляют?

Как показано в предыдущих разделах, для каждого типа оказания услуг в рамках ПДД существуют свои специфические структурные аспекты. Также существует ряд структурных вмешательств, которые носят сквозной характер, поскольку способствуют поддержке ПДД в целом. Эти вмешательства могут быть реализованы на уровне локальных программ, например путем взаимодействия с местными органами власти и правоохранительными органами. Другие ориентированы на национальный уровень и направлены на устранение ограничений, связанных с законодательством, политикой и практикой, или с наличием ресурсов и устойчивостью программ для ключевых групп населения. Они необходимы для достижения целей ПДД и для обеспечения эффективности программ.

Программы для ключевых групп населения все чаще сталкиваются с ухудшением условий во многих странах в связи с принятием законов и мер политики, которые бросают вызов глобальным стандартам в области прав человека и гендерного равенства. Фиксируется рост случаев распространения в Интернете дезинформации, языка вражды и вспышек стихийного насилия. Учет структурных аспектов и обеспечение безопасности программ для эффективного осуществления программ в области общественного здравоохранения в интересах ключевых групп населения является более важным, чем когда-либо.

Какие вмешательства сюда входят?

В *Сводном руководстве ВОЗ* подробно описаны типы структурных вмешательств, необходимых для эффективных программ работы с ключевыми группами населения⁴¹. В них рассматриваются условия на национальном или субнациональном уровне,



влияющие на реализацию программ для ключевых групп населения. Как показано в таблице 9, они включают в себя как текущие мероприятия, проводимые непосредственно с ключевыми группами населения и более широким местным сообществом, так и долгосрочные усилия, направленные на оздоровление общей среды.

Усилия на местном и национальном уровнях в этой области могут и должны быть взаимосвязаны, при этом инициативы по расширению прав и возможностей сообществ и сбор информации на местах создают для платформы возможности как для проведения изменений на местном уровне, так и для адвокационной деятельности и изменения политики на национальном уровне.

Таблица 9. Комплексные структурные вмешательства

Общие структурные вмешательства

- | |
|---|
| ■ Отмена карательных законов, политик и практик |
| ■ Снижение уровня стигматизации и дискриминации |
| ■ Расширение прав и возможностей сообществ |
| ■ Противодействие насилию |

Ниже приведены некоторые из наиболее важных мероприятий на местном уровне, относящихся к этой категории:

- Предотвращение насилия/реагирование на него, обучение, установление связей с полицией, юристами и медицинскими учреждениями, печать отчетных форм, помощь в осуществлении поездок, обеспечение безопасности, а также адвокационная работа с лидерами мнений, лицами, принимающими решения, руководителями медицинских учреждений и сотрудниками правоохранительных органов.
- Правовая грамотность, обучение правам («Знай свои права») и подготовка общинных параюристов: изучение законов через сотрудничество с юридическим сообществом и разработка учебных материалов для ключевых групп; мониторинг инцидентов в сфере безопасности и нарушений прав человека; предоставление или перенаправление на юридические услуги и механизмы правовой защиты.
- Юридические услуги и иная поддержка для обеспечения доступа к правосудию и механизмам возмещения ущерба.
- Разъяснительная работа с религиозными, традиционными и общинными лидерами, а также с владельцами заведений, в которых находятся места проведения мероприятий.
- Защита детей/социальное обеспечение: доступ к помощи в получении образования как для молодежи, так и для старших представителей ключевых групп, доступ к жилью и государственным льготам; программы сбережений/кредитования, присмотр за детьми и другие структурные меры для решения приоритетных задач, определенных сообществом или группами самопомощи.
- Тренинги для медицинских работников с участием сообществ в процессе обучения по предоставлению услуг без стигматизации и с уважением к пациентам, по соблюдению конфиденциальности, информированному согласию и уважению других прав пациентов, а также по реагированию на насилие.
- Устранение стигматизации и дискриминации в всех сферах.

- Посещение заведений, в которых находятся места осуществления мероприятий, и проведение разъяснительной работы с владельцами/управляющими.
- Расширение экономических прав и возможностей, например для потребителей инъекционных наркотиков, а также меры семейной и социальной защиты для молодежи.

Во многих случаях потребуется налаживание связей с другими поставщиками услуг, так как бюджеты программ по ВИЧ могут быть недостаточны для покрытия этих нужд.

Общие виды деятельности на национальном уровне включают:

- Укрепление потенциала репрезентативных сетей ключевых групп населения, в том числе для осуществления адвокационной деятельности.
- Сбор фактических данных о структурных проблемах на местном уровне.
- Создание национального механизма быстрого реагирования на акты насилия и другие нарушения прав человека, включая обеспечение медицинской помощи, юридической поддержки и т. д.
- Адвокация, просвещение и сенсбилизация, направленные на реформирование политики и законодательства для улучшения среды реализации программ, а также на институционализацию обучения правам человека для ответственных лиц.
- Участие ключевых групп населения в работе национальных органов по профилактике ВИЧ-инфекции, таких как технические рабочие группы.
- Адвокация для обеспечения государственной поддержки, признания и легитимизации ключевых групп населения.

Как это работает на практике?

Несмотря на наличие множества общих структурных барьеров в разных странах, существуют значительные различия, особенно в том, что касается правового контекста. Даже внутри одной страны могут наблюдаться различия между локациями реализации программ — не только в плане барьеров, но и в плане наиболее эффективных стратегий по их минимизации. Как следствие, подход к устранению барьеров должен быть адаптированным и контекстуальным. Как и во всех компонентах, описанных выше, понимание контекста требует активного участия представителей соответствующих ключевых групп населения.

Барьеры и потенциальные стратегии могут быть определены на этапе проектирования программы, а также в ходе постоянного наблюдения или через механизмы мониторинга силами сообществ.

Как показывают вмешательства, рекомендованные ВОЗ, устранение структурных барьеров требует особой координации и постоянной обратной связи между местным и национальным уровнями, поскольку условия на местах во многом могут определяться ситуацией на национальном уровне. Таким образом, критически важны прочные связи между группами сообществ и их представителями на местном уровне и теми, кто действует на национальном уровне; для этого необходимы инвестиции, обеспечивающие организациям ключевых групп населения достаточный потенциал и ресурсы для эффективного выполнения этой работы.

Бюджетные аспекты

Основные аспекты, помимо изложенных в других подразделах выше, включают:


- Обучение и наращивание организационного потенциала организаций ключевых групп населения, участвующих в устранении структурных барьеров на местном и национальном уровнях.
- Подготовка ответственных лиц, в частности медицинских работников и сотрудников правоохранительных органов.
- Транспортные и коммуникационные расходы.
- Финансирование мер реагирования на чрезвычайные ситуации.
- Мониторинг инцидентов безопасности и нарушений прав человека.
- Финансирование для оплаты услуг параюристов и привлечения юридической помощи, а также для покрытия дополнительных расходов, судебных издержек и т. д.

Рекомендуемая литература

- Avahan, Bill & Melinda Gates Foundation. Community led crisis response systems. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf); дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Dayton R. Law enforcement training: preventing and responding to violence against key populations to increase access to justice and strengthen the HIV response. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-le-training-manual.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Dayton R, Morales GJ, Dixon KS. A guide to comprehensive violence prevention and response in key population programs. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-vpr-guide.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Safety and security toolkit: strengthening the implementation of HIV programs for and with key populations. Durham, NC: FHI 360; Linkages; 2018 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-safety-security-toolkit.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Removing barriers to HIV services. Technical briefing note. Geneva: Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2023 (https://resources.theglobalfund.org/media/14366/cr_removing-barriers-to-hiv-services_technical-briefing-note_en.pdf; дата обращения: 2 апреля 2025 г.).
- Spectrum: a tool for key population-led law and policy reform. New York: UNDP; 2024 (<https://www.undp.org/publications/spectrum-tool-key-population-led-law-and-policy-reform>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- Ensuring quality health care by reducing HIV-related stigma and discrimination. Technical brief. Geneva: WHO; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240097414>; дата обращения: 2 апреля 2025 г.).

UNDP, UNFPA, ILO, UNODC, UNICEF, UNHCR. Preventing and responding to HIV related human rights crises: guidance for UN agencies and programmes. New York: UNDP; 2024 (<https://www.undp.org/publications/preventing-and-responding-hiv-related-human-rights-crisis-guidance-united-nations-agencies-and-programmes>; дата обращения: 4 марта 2024 г.).

ЧАСТЬ 2
**МЕНЕДЖМЕНТ, ОРИЕНТИРОВАННЫЙ
НА РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБА И
ПОВЫШЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ**



Часть 2 **МЕНЕДЖМЕНТ, ОРИЕНТИРОВАННЫЙ НА РАСШИРЕНИЕ МАСШТАБА И ПОВЫШЕНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ**

Программы и услуги для ключевых групп населения опираются на программные данные для непрерывного планирования и мониторинга прогресса

Для обеспечения широкого охвата и привлечения максимально возможного числа людей программы и услуги для ключевых групп населения опираются на программные данные для непрерывного планирования и мониторинга прогресса. Эта информация основывается на самых актуальных из имеющихся оценок численности и мест сосредоточения ключевых групп населения. Регулярно обновляемое программное картирование имеет также решающее значение для оптимизации масштаба и охвата (раздел 2.1).

Эффективный надзор за ПДД начинается с определения приоритетных программных показателей (раздел 2.2). Они измеряют степень охвата ключевых групп населения в сообществе и использования ими клинических услуг. Целевые показатели для этих программных индикаторов основаны на численности населения, при этом оценки численности населения используются в качестве знаменателей. Эти базовые показатели эффективности позволяют осуществлять надежный мониторинг охвата услугами, использования услуг и удержания пациентов с применением рутинных программных данных.

Базовые программные данные могут также использоваться для мониторинга отдельных показателей результатов и воздействия ПДД, таких как заболеваемость ВИЧ, использование презервативов или случаи насилия (раздел 2.3). Это может дополнять и сопоставлять данные более масштабных биоповеденческих исследований. Анализ данных программы может также помочь внести необходимые коррективы в пакет услуг, особенно в тех случаях, когда существуют перекрестные факторы риска (например, секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики).

Осуществляемый под руководством сообществ мониторинг деятельности поставщиков услуг в рамках ПДД представляет собой эффективный механизм подотчетности за качество услуг и одновременно расширяет возможности ключевых групп населения по защите своих интересов (раздел 2.4). В программах для ключевых групп населения во всем мире используются различные модели. Было доказано, что механизм МРС оказывает прямое влияние на улучшение качества предоставления услуг в связи с ВИЧ.

Укрепление потенциала и лидерства ключевых групп населения имеет важное значение для обеспечения устойчивости ПДД (раздел 2.5). На организационном уровне должны существовать четкие планы и возможности для профессионального роста, предоставляемые сообществам и персоналу программ. На национальном уровне странам следует разработать строгие процедуры тренингов и сертификации, чтобы услуги для ключевых групп населения, могли стать частью официальной системы здравоохранения.

Устойчивость программ и услуг для ключевых групп населения является важным фактором, особенно в условиях сокращения финансирования, тогда как глобальные цели требуют значительных преобразований на системном уровне (раздел 2.6). Странам

необходимо проявлять гибкость и адаптировать рекомендованные подходы с учетом имеющихся ресурсов. Следует изучить возможность использования устойчивых механизмов финансирования, таких как социальный заказ, и моделей партнерства, которые предусматривают включение программ и услуг для ключевых групп населения в систему первичной медико-санитарной помощи.

2.1. Обновление данных картирования и оценок численности населения

Регулярное и повторное картирование имеет важное значение для актуализации планов аутрич-работы, оценок численности населения и целевых показателей на основе информации о новых местах проведения мероприятий в условиях повышенного риска и новых ключевых группах

Что это такое?

Для принятия масштабных ответных мер в интересах ключевых групп населения крайне важно проанализировать уже имеющиеся данные о таких группах в масштабах всей страны и ответить на следующие вопросы:

1. Какова численность ключевых групп населения?
2. Где и когда можно встретить большинство представителей ключевых групп?
3. Где в настоящее время предоставляют услуги действующие программы для ключевых групп населения?
4. Какие подгруппы внутри сообществ КГН не охвачены программами?
5. Какие пробелы необходимо устранить (с точки зрения географического охвата или спектра предлагаемых услуг)?

Существует множество различных методов оценки численности населения и картирования сообществ ключевых групп населения. К ним относятся перепись, метод повторного отбора, метод множителей, масштабирование сети, программное картирование и другие.⁴² Картирование должно проводиться с соблюдением требований безопасности и потребностей ключевых групп, сводя к минимуму любые риски насилия со стороны полиции или агрессивных настроенных групп граждан в конкретных локациях. Местные представители ключевых групп населения должны быть вовлечены в процесс картирования, а в идеале — возглавлять его.⁴³

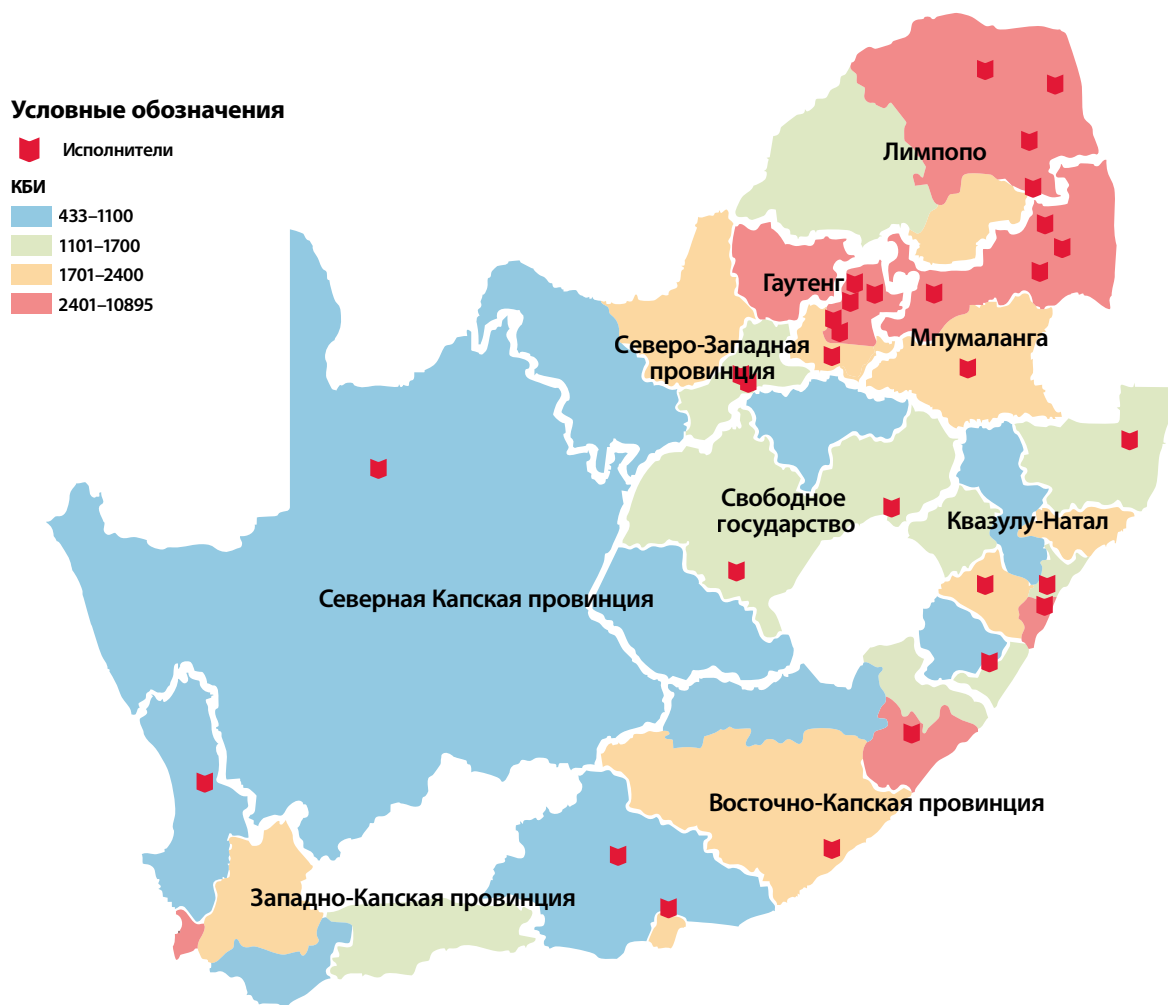
Необходимы дополнительные методы оценки численности населения, особенно такие, которые могут быть выполнены с меньшими затратами ресурсов по сравнению с крупномасштабными обследованиями. Одной из таких альтернатив является составление оценок для небольших территорий с использованием программных данных.⁴⁴ Еще более эффективным методом является периодическое партисипаторное картирование программ, которое вовлекает ключевые группы в процесс определения мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска и оценки численности населения, включая отслеживание любых изменений во времени.

Программное картирование отличается от более формальных, математических оценок численности населения. Оба метода полезны по-своему. Первый необходим для практического планирования программ, в то время как второй часто служит основой для

постановки национальных целей, количественного анализа и усилий по мобилизации ресурсов.

Данные любых формальных исследований по оценке численности могут быть сопоставлены с данными, собранными в ходе ПКП, и связаны с анализом локаций в инструментах микропланирования. Полезно накладывать данные об оценке численности населения на другие показатели, такие как заболеваемость ВИЧ, охват лечением или места реализации программ (рисунок 5). Это помогает визуализировать, масштабируется ли программа наиболее эффективным образом и существуют ли географические пробелы в обеспечении равенства доступа.

Рисунок 5. Картирование точек оказания услуг секс-работниками, совмещенное с данными по оценке численности населения, Южная Африка (адаптировано на основе оригинала)⁴⁵



Странам следует проанализировать, подвергается ли риску вся ключевая группа населения в целом и следует ли использовать полный показатель оценки её численности в качестве знаменателя для постановки целевых показателей охвата аутрич-работой. В недавней серии экспертных обсуждений специалисты предложили программам использовать оценки численности не всех геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, а только тех из них, кто имеет непостоянных партнеров⁴⁶.

Почему в это стоит инвестировать?

Странам следует выбрать метод/методы оценки численности населения и картирования, которые наиболее подходят для их условий, в том числе с учетом имеющихся

финансовых и технических ресурсов. Во всех случаях приоритет следует отдавать партисипаторному картированию программ во всех районах исходя из того, что: (a) данные надежны, (b) затраты ниже, чем при проведении более формальных обследований, (c) процедура может регулярно повторяться, (d) сообщества вовлечены в весь процесс, и (e) потенциальные равные консультанты отобраны для найма и обучения. При наличии ресурсов более формальные исследования оценки численности населения являются полезным дополнением.

Повторное картирование (валидация локаций каждые 6–12 месяцев) важно для актуализации оценок численности населения, а также для пересмотра планов и целевых показателей аутрич-работы на основе данных о новых местах проведения мероприятий в условиях повышенного риска и новых ключевых группах, а также о любых местах проведения, ставших неактивными, или мигрировавших представителях сообществ.

Что для этого требуется?

- Принятые на национальном уровне уникальные идентификационные коды имеют решающее значение для точной оценки численности ключевых групп населения.
- Протоколы исследований с учетом этических соображений (включая безопасность), утвержденные Институциональным наблюдательным советом (IRB), в идеале с возможностью многолетнего продления для проведения повторного картирования.
- Для формальных оценок численности населения — протоколы обследований и стандартные операционные процедуры^{47,48}.
- Для программного картирования — рабочие встречи команды с представителями ключевых групп из различных локаций для совместного составления простых карт их участков, включая места проведения мероприятий в условиях повышенного риска, основные дороги и ориентиры. Участники должны предоставить приблизительные оценки численности членов ключевых групп населения в каждой точке.
- Валидация мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска, включающая обходы таких мест аутрич-командой и представителями ключевых групп для наблюдения за местами осуществления мероприятий с повышенным риском и проведения неформальных обсуждений с членами КГН и заинтересованными сторонами. Это помогает подтвердить оценочную численность, часы пиковой нагрузки и другие детали.
- Экспресс-картирование, которое необходимо повторять каждые 6–12 месяцев для актуализации информации.

Заложено ли это в бюджет?

- Стоимость партисипаторного картирования программ варьируется в зависимости от страны. Основными статьями расходов являются оплата работы интервьюеров и транспортные расходы. Странам следует планировать несколько дней на один объект для партисипаторного картирования и затем несколько часов на каждое место осуществления мероприятий в условиях повышенного риска для проведения валидации путем обхода. Смета расходов на проведение углубленного программного картирования приведена в приложении 4. В условиях ограниченных ресурсов могут потребоваться корректировки.
- Упрощенную повторную валидацию площадок и актуализацию оценки численности населения следует проводить каждые 6–12 месяцев. Эту работу могут выполнять действующие аутрич-команды, оплачиваемые равные консультанты и супервизоры при поддержке специалистов по работе с данными.

Рекомендуемая литература

- UNAIDS, WHO. The BBS-lite implementation tool. Geneva: UNAIDS; 2024 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. WHO, UNAIDS. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- Review and revise: a tool for reviewing and revising key population size estimates. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2018 (<https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-18-274.html>).
- Priorities for local AIDS control efforts (PLACE) Toolkit. Chapel Hills, NC: MEASURE Evaluation; 2020 (<https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/place>).
- Social media mapping—for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>).
- Xu C, Jing F, Lu Y, Ni Y, Tucker J, Wu D. Summarizing methods for estimating population size for key populations: a global scoping review for human immunodeficiency virus research. *AIDS Res Ther.* 2022;19(1);9 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12981-022-00434-7.pdf>).

2.2. Осуществление эффективного надзора за программой

Приоритетные показатели программы указывают, насколько эффективно работают различные компоненты платформы для ключевых групп населения

Что это такое?

Мониторинг функционирования ПДД начинается с четырех вопросов⁴⁹, относящихся к данной группе населения:

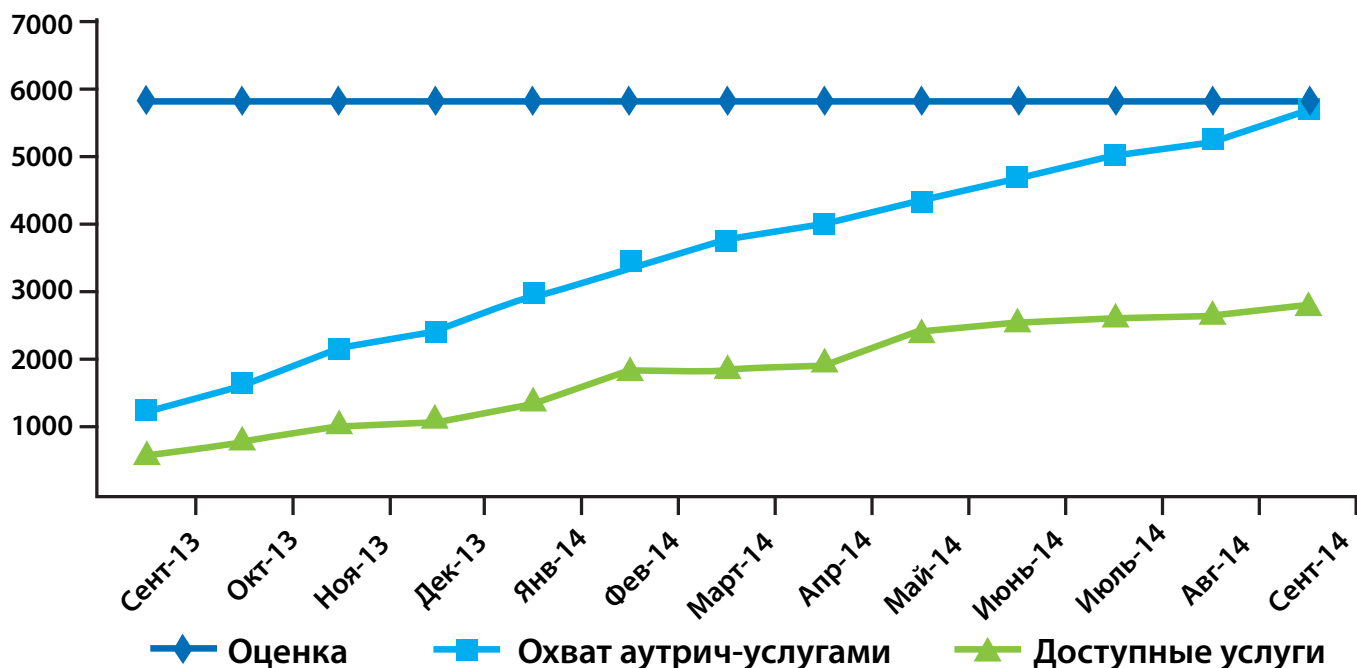
1. Со всеми ли членами ключевых групп населения хотя бы раз общался равный консультант (охват аутрич-работой)?
2. Проводятся ли регулярные меры по охвату ключевых групп населения (частота аутрич-контактов)?
3. Все ли представители ключевых групп населения посетили клинику хотя бы один раз (охват и регистрация в клинике)?
4. Регулярно ли ключевые группы населения пользуются услугами клиники (частота посещения клиники)?

Эти вопросы демонстрируют, насколько эффективно платформа работает по охвату ключевых групп и их направлению в медицинские учреждения^b. Прогресс должен отслеживаться ежемесячно (или по мере необходимости) соответствующими заинтересованными сторонами на основе данных локального картирования и оценки численности населения (используемых в качестве знаменателя)⁵⁰. Целевые показатели частоты аутрич-контактов и посещений клиник устанавливаются программой, но обычно составляют 1–4 раза в месяц для аутрич-работы (в зависимости от степени риска) и раз в квартал для визитов в клинику^c. При наличии возможности самотестирования на ВИЧ или выдачи препаратов АРТ/ДКП на полгода посещения клиники могут быть реже (раз в полгода)⁵¹. Целевые показатели виртуальной аутрич-работы могут варьироваться.

Для аутрич-работы и оказания услуг в очном формате такие инструменты микропланирования, как календарь равного консультанта и анализ упущенных возможностей, помогают в мониторинге когорты клиентов⁵². Виртуальный аутрич-охват может измеряться количеством кликов или взаимодействий с публичным контентом (лайки, комментарии, репосты, просмотры видео) либо количеством чатов или индивидуальных консультаций с клиентами по вопросам ВИЧ (вставка 10)⁵³. Другие услуги в виртуальном формате можно отслеживать таким же образом, как и очные услуги⁵⁴. Для представителей ключевых групп, использующих методы самопомощи, услуги аптек или частного сектора, полезным дополнением к программным данным об охвате услугами может стать краткий опрос (рисунок 6).

b. В следующих двух разделах по вопросам мониторинга рассматриваются показатели результатов и воздействия (раздел 2.3) и качества услуг, определяемые с помощью МРС (раздел 2.4). Другие показатели (здесь не рассматриваемые) позволяют оценить использование конкретных услуг, таких как тестирование на ВИЧ или скрининг на ИППП, распространение средств профилактики, а также сопровождение и приверженность лечению.

c. Конкретные услуги также должны отслеживаться в контексте группы населения и приоритетных показателей. Например, если охвачено только две трети оценочной численности КГН и только половина из них обратилась в клинику, охват тестированием на ВИЧ будет низким. Повышение эффективности платформы для аутрич-работы и посещения клиник приведет к более высоким показателям тестирования.

Рисунок 6. Пример мониторинга программы для секс-работниц в Момбасе, Кения⁵⁵

Вставка 10

Мониторинг использования онлайн-услуг в области охраны психического здоровья в регионе Ближнего Востока и Северной Африки



В период с 2021 по 2022 г. FHI 360 и Pragma Corporation реализовали программу предоставления услуг в области охраны психического здоровья для ЛГБТКИ+ людей в Алжире, Марокко и Тунисе⁵⁶. Занятия со специалистами в области психического здоровья проводились как лично, так и в режиме онлайн. Программа вела мониторинг использования обоих методов. В общей сложности было проведено 3549 сеансов для 1494 уникальных пользователей услуг. В Алжире таким способом был проведен только 1% сеансов. В Марокко доля онлайн-сессий составила 27%, а в Тунисе — 37%. Программа продемонстрировала крайне низкий уровень неявок: 2% в Алжире и по 10% в Марокко и Тунисе. Мониторинг этой программы позволяет получить важную информацию о приемлемости виртуальных услуг для ключевых групп населения в рамках ПДД.

Согласованные уникальные идентификационные коды (УИК) по-прежнему имеют решающее значение для надзора за программами, особенно среди государственных, частных и неправительственных поставщиков услуг (вставка 11)⁵⁷. При внедрении различных видов УИК необходимо учитывать предпочтения ключевых групп населения и их безопасность⁵⁸. Глобальный обзор, проведенный в 32 странах, показал, что только в 11 странах внедрена система УИК для ключевых групп населения, позволяющая избежать дублирования результатов и определять точное количество клиентов, получающих различные услуги⁵⁹.

Вставка 11

Пример из практики, Африка: использование уникальных идентификационных кодов



В Африке девять стран — Бурунди, Буркина-Фасо, Гана, Кения, Либерия, Малави, Мали, Того и Уганда — интегрировали идентификационные коды для ключевых групп населения в свои стандартные информационные системы управления здравоохранением⁶⁰. В настоящее время аналогичный пилотный проект продолжается в Южной Африке, результаты ожидаются к концу 2025 г.⁶¹

Почему в это стоит инвестировать?

Мониторинг эффективности платформы — это лишь первый шаг в мониторинге программ для ключевых групп населения. Однако эти данные имеют решающее значение для понимания того, насколько успешно программа работает по другим индикаторам и целям, таким как распределение презервативов, лубрикантов, игл и шприцев; тестирование на ВИЧ; охват ДКП и ПТАО, а также успешное перенаправление в систему ухода. Без надежных данных о численности ключевых групп населения и доле тех, кто пользуется услугами клиник и охвачен аутрич-услугами, трудно понять данные об использовании конкретных услуг или выявить пробелы.

Самое главное заключается в том, что показатели платформы используются для мониторинга общего прогресса, выявления проблем и управления программами для их постоянного совершенствования. Они также свидетельствуют о доверии и участии сообществ. Частичный охват аутрич-деятельностью или сокращение случаев посещения клиник могут свидетельствовать о том, что ключевые группы населения избегают общения с равными консультантами или по какой-либо причине недовольны услугами, что побуждает к проведению дальнейших исследований (см. также раздел 2.4 о внедрении MPC).

Целью платформы является систематическое выявление представителей ключевых групп с последующим регулярным аутричем и плановыми медицинскими осмотрами в клиниках, включая оценку прогресса в достижении поставленных целей и устранении пробелов. Целевые показатели по конкретным услугам, таким как тестирование на ВИЧ и перенаправление на АРТ, затем устанавливаются в соответствии с другими индикаторами и критериями отбора.

Что для этого требуется?

- Надежная система регулярного мониторинга программ с применением УИК и основных показателей, стандартизированных для программ для ключевых групп населения, и с последующим предоставлением отчетов на общенациональном уровне для оценки прогресса и пробелов. По возможности следует достичь консенсуса в отношении УИК, которые будут использоваться всеми поставщиками услуг для ключевых групп населения — государственными и частными учреждениями, а также организациями, возглавляемыми сообществами.
- План управления должен отражать запланированный масштаб и стандарты программы, которые часто формулируются как единый минимальный пакет услуг с четкими целевыми показателями. Управление начинается на местном уровне с частого (еженедельного) анализа работы равного консультанта с участием равных супервизоров. Равный супервизор анализирует работу за предыдущую неделю, обсуждает проблемы, собирает/вводит данные, а затем помогает в планировании работы на следующую неделю. Аналогичным образом равный навигатор обсуждает текущую работу и возникающие трудности с кураторами по ведению пациентов, анализирует данные и участвует в планировании дальнейших действий.
- Анализ информационных панелей по приоритетным показателям базового охвата и привлечения новых пациентов, тестирования на ВИЧ, а также перенаправления на АРТ и удержания в программе проводится ежемесячно на уровне каждой точки (а также на промежуточном районном и центральном программном уровнях) с активным поиском решений возникающих проблем. Обзоры более высокого уровня с участием других заинтересованных партнеров или заинтересованных сторон могут проводиться ежеквартально или ежегодно с включением дополнительных областей внимания (например, обновление карт высокого уровня в целях расширения масштаба). Для оценки самопомощи предлагается проведение упрощенных обследований (см. раздел 2.3).

Заложено ли это в бюджет?

- Картирование и оценка численности населения (см. [раздел 2.1](#)).
- Сопровождения/процессы по планированию внедрения УИК (если они еще не функционируют) для программ работы с ключевыми группами населения в данном регионе (соответствующее обучение, внедрение и ИТ-поддержка).
- В рамках реализации программ на местном уровне проводятся еженедельные визиты для оказания консультативной поддержки равных консультантов равными супервизорами и равными навигаторами совместно со специалистами, осуществляющими ведение пациентов.
- Ввод, очистка и анализ данных для создания информационных панелей с показателями приоритетных программ и каскадов мероприятий по профилактике/уходу.
- Регулярные обзоры информационной панели с участием аутрич-команд и клинических бригад, представителей госорганов и руководителей программ (местный уровень — ежемесячно; промежуточный уровень районных программ — ежеквартально; и уровень центральной программы — раз в полгода).

Рекомендуемая литература

Monitoring HIV programmes with key populations. Geneva: UNAIDS; 2024 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).

Monitoring guide and toolkit for HIV prevention, diagnosis, treatment, and care programs with key populations. Durham, NC: FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).

Simple methods of monitoring and evaluating for LGBTQI advocates everywhere. Oakland, CA: MPact Global Action for Men's Health and Rights; 2021 (https://mpactglobal.org/wp-content/uploads/2021/02/MPact-Evaluation_Toolkit_6_spreads.pdf).

Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).

2.3. **Мониторинг выбранных показателей эффективности и воздействия**

Важно иметь четкое представление о том, продвигаются ли программы к достижению ключевых целевых показателей результатов

Что это такое?

Методы измерения результатов и воздействия программ для ключевых групп населения (раздел 2.3) отличаются от методов, используемых для оценки охвата (раздел 2.2). Существует несколько способов сделать это, включая крупномасштабные комплексные биоповеденческие исследования (КБИ), которые следует проводить каждые пять лет. Новое упрощенное биоповеденческое исследование может использоваться для дополнения результатов полного КБИ и программных данных⁶². В некоторой степени результаты и воздействие можно также измерять с использованием программных данных, поступающих с платформ доверительного доступа. Это особенно целесообразно в условиях нехватки ресурсов.

Текущие программные данные о результатах и воздействии, полученные в клиниках ПДД, могут включать:

1. Тенденции выявления новых случаев заражения сифилисом (на основе систематического скрининга с высокой степенью охвата).
2. Тенденции сероконверсии (на основе регулярного тестирования на ВИЧ среди лиц, ранее имевших отрицательный статус)^d.
3. Показатели снижения вирусной нагрузки среди ключевых групп населения, получающих АРТ.

Для сбора более подробной информации о других результатах профилактики ВИЧ-инфекции можно использовать упрощенные исследования, основанные на данных программы, включая упрощенное биоповеденческое исследование, экспресс-опросы по оценке охвата, опросы методом избирательных участков (таблица 10) или компьютерные методы, проводимые либо в клиниках, либо по месту жительства⁶³. Они обычно применяются для оценки использования презервативов, стерильного инструментария для инъекций, опыта в борьбе с насилием и/или дискриминацией, знания своего ВИЧ-статуса и вирусной супрессии и т. д. Их можно проверить с помощью менее частых и более тщательных обследований населения (например, КБИ).

d. Такой способ мониторинга новых случаев ИППП и ВИЧ-инфекции требует соблюдения конфиденциальности, что легче обеспечить в клиниках, участвующих в программе, и более проблематично при направлении пациентов извне. В настоящее время мониторинг использования антиретровирусной терапии, приверженности лечению и показателей вирусной нагрузки требует тесного сотрудничества с клиническими службами, в чем заключается роль равного навигатора.

Таблица 10. Рекомендуемая структура и функциональные обязанности исследовательской группы по проведению опроса методом избирательных участков

Координатор исследования (один на две–три полевые группы)

- Координирует и контролирует общую деятельность групп по сбору данных.
- Устраняет логистические проблемы, возникающие в ходе проведения исследования.
- Поддерживает регулярную связь и предоставляет обновленную информацию исследователям и другим заинтересованным сторонам, таким как государственные органы и другие профильные сети и т. д.
- Проводит консультации с членами сообщества до и после сбора данных.
- Распространяет результаты исследования на соответствующих площадках, включая форумы сообществ.

Исследователь/регистратор данных опроса методом избирательных участков (по одному на группу)

- Проводит групповую процедуру получения информированного согласия с потенциальными участниками опроса методом избирательных участков, используя форму согласия.
- Обеспечивает проведение опросов методом избирательных участков.
- Подсчитывает ответы, полученные в ходе опроса методом избирательных участков, и заполняет форму отчетности и таблицу подсчета по итогам.
- Отправляет форму проверки соответствия критериям и бланк для подсчета ответов, полученных в ходе опроса методом избирательных участков, через платформу ввода данных на планшете или другую систему ввода данных.

Исследователь, представляющий сообщество (два человека на полевую группу)

- Определяет случайную выборку из 10–12 потенциальных участников и проводит проверку на соответствие критериям непосредственно на местах.
- Собирает отобранных участников в назначенное время для проведения опроса методом избирательных участков.
- Заполняет форму проверки соответствия критериям.
- Заполняет инструмент мониторинга выборки по времени и месту.
- Осуществляет наблюдение и поддерживает проведение опроса методом избирательных участков.
- Подсчитывает ответы на опрос методом избирательных участков.

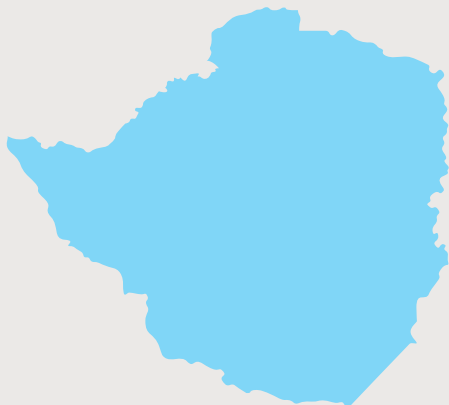
Почему в это стоит инвестировать?

Измерение результатов с использованием рутинных программных данных, получаемых через платформы доверительного доступа, или упрощенных обследований, связанных с программой, дает несколько важных преимуществ по сравнению с нерегулярными крупномасштабными обследованиями: (1) данные отражают ситуацию во всех сообществах, где проводится вмешательство, а не на нескольких объектах выборки; (2) регулярные обновления позволяют отслеживать динамику (вместо многолетних перерывов между раундами исследований); и (3) это гораздо менее затратно по сравнению с крупномасштабными обследованиями. При сопоставлении этих данных с платформенными показателями охвата и востребованности услуг, программы могут непрерывно оценивать прогресс в достижении целевых показателей результатов и воздействия, а также вносить необходимые корректировки. Такой анализ данных программы полезен также для обоснования необходимых корректировок пакета услуг, особенно в отношении перекрестных рисков (например, секс-работники, употребляющие инъекционные наркотики) (вставка 12). В идеале и если позволяют ресурсы, следует проводить как крупные официальные обследования (например, КБИ), так и исследования

в рамках программ (например, упрощенное биоповеденческое исследование, быстрое обследование охвата, опросы методом избирательных участков), чтобы охватить тех, кто включен и кто не включен в программу.

Вставка 12

Изменения в уровнях заболеваемости ВИЧ среди работников секс-бизнеса в Зимбабве



В Зимбабве программные данные проекта «Sisters with A Voice» были использованы для оценки изменений заболеваемости ВИЧ среди секс-работников. Исполнители регулярно собирали данные о тестировании на ВИЧ во время посещения клиник группой «Sisters with A Voice» в период с 2013 по 2023 г. Распространенность ВИЧ-инфекции была стабильной с 2013 по 2016-2017 гг., но значительно снизилась в период с 2016-2017 гг. (54,6%) по 2021-2023 гг. (38,9%). Поскольку ни смертность, ни погрешность выборки, ни текучесть среди секс-работников не объясняют последние изменения, их, вероятно, можно отнести к программным изменениям, таким как увеличение охвата лечением среди клиентов-мужчин и увеличение вариантов профилактики, включая расширение охвата ДКП. Такое инновационное использование программных данных помогает оценить воздействие в контексте ПДД⁶⁴.

Что для этого требуется?

- Регулярный добровольный скрининг на ИППП, тестирование на ВИЧ и/или мониторинг вирусной нагрузки (если эти показатели являются приоритетными).
- Использование УИК и методов устранения дублирования, включая многократные тесты на ВИЧ для каждого пациента и отслеживание информации о пациентах по мере их перемещения за пределы зон предоставления услуг неправительственными организациями и организациями на базе сообществ.
- Сотрудники организаций сообществ/равные аутрич-работники должны проводить опросы под руководством интервьюера.
- Оборудование кабинок для голосования или программное обеспечение для компьютерного опроса.

Заложено ли это в бюджет?

- Надежная система мониторинга с использованием данных о взаимодействии равных работников и получателей услуг в сочетании с клиническими данными, которые обобщаются по принципу «снизу вверх» (после их использования и принятия мер на местном уровне).
- Обучение равных консультантов, равных супервизоров, равных навигаторов, лиц, осуществляющих ведение пациентов при поддержке со стороны проекта, и поддерживаемого проектом клинического персонала работе с учетными формами, вводу данных, управлению ими и обеспечению безопасности.
- Сотрудники проекта, ответственные за сбор агрегированных данных.
- Разработка, обучение и закупка необходимых материалов, а также проведение мини-опросов среди членов сообщества.
- Соответствующие информационные технологии и аналитическая поддержка.

В [приложении 5](#) приведен шаблон бюджета для проведения упрощенного биоповеденческого исследования.

Рекомендуемая литература

Global Prevention Coalition. New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UNAIDS; 2022 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).

Expanded polling booth surveys (ePBS) for assessing HIV outcomes among key and prioritised populations: Implementation guide and manual. Nairobi: Partners for Health and Development in Africa; 2023 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/65c47b23b8b21c7e5803ac09_expanded%20Polling%20Booth%20Survey%20Manual_full%20document.pdf).

HIV prevention outcome monitoring workshop. Johannesburg: South–South Learning Network; 2024 (<https://www.hivinterchange.com/events/ssln-hiv-prevention-outcome-monitoring-workshop>

HIV Prevention Outcome Monitoring Toolkit (POMT). Annex 2. Geneva: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2024 (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).

The BBS-lite. A methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool. Geneva: UNAIDS; 2023 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2024/05/UNAIDS_BBS-liteTool_EN_WEB.pdf).

EpiC. Guideline for conducting a rapid coverage survey of HIV services among key populations. Durham, NC: FHI 360; 2023 (<https://www.fhi360.org/resources/guideline-conducting-rapid-coverage-survey-hiv-services-among-key-populations>).

2.4. Внедрение мониторинга под руководством сообществ

Мониторинг под руководством сообществ необходим для оценки качества и доступности услуг, а также для обеспечения того, чтобы полученные данные использовались для адаптации мер реагирования к потребностям людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, включая молодежь из числа КГН.

Что это такое?

Мониторинг под руководством сообществ (МРС) использует структурированную платформу и тщательно подготовленных наблюдателей из числа равных для сбора и анализа качественных и количественных данных о предоставлении услуг в связи с ВИЧ, а также для создания механизмов оперативной обратной связи с лицами, принимающими решения, для проведения реформ⁶⁵. Этот способ может также использоваться для мониторинга финансирования, политики, соблюдения прав человека, вовлеченности сообществ и других элементов программы для ключевых групп населения^{66,67,68,69}. Мониторинг силами сообществ ключевых групп населения получает все большее признание в качестве важного инструмента, например со стороны США в рамках программы PEPFAR⁷⁰. Будучи интегрированным в ПДД этот механизм может помочь выявлять проблемы и совместно разрабатывать решения для устранения барьеров и оптимизации доступности, наличия, приемлемости и качества услуг в связи с ВИЧ. В некоторые распространенные методы МРС, используемые на ПДД для ключевых групп населения, входят:

- Тайные клиенты.
- Горячие линии обратной связи.
- Оценочные карты сообществ.
- Анализ записей в медицинских картах.
- Интервью на выходе из медучреждения.
- Обсуждения в фокус-группах и интервью с ключевыми информаторами: пользователями услуг и медицинскими работниками.

Мониторинг под руководством сообществ должен поддерживаться программой, а данные, которые он позволяет собрать, должны регулярно включаться в обзоры программ и повестку дня совещаний по поиску решений. Он должен быть встроен в ПДД, и им должны управлять лица из числа равных и пользователи услуг, которые получают доступ к услугам с его помощью. Для обеспечения объективности компонент МРС должен осуществляться организацией сообщества, не участвующей в непосредственном оказании услуг. Каналы отчетности, связывающие сообщества с национальными группами ключевых групп населения, должны использовать данные МРС для поддержки адвокационной работы на национальном уровне и решения проблем, возникающих на местном уровне. По мере развития программ в направлении расширения национальной ответственности, МРС должен быть интегрирован в процессы принятия решений и участия на уровне сообществ (таблица 11).

Таблица 11. Расчет доступности услуг для ключевых групп населения с помощью МРС⁷¹

Визиты в пункты оказания услуг во втором квартале		Таблица учета наличия услуг					Все услуги доступны (да/нет)	
		Тестирование на ВИЧ		ДКП		Лечение ИППП		
Клиент	Ключевая группа населения	Обращение за услугой	Услуга получена	Обращение за услугой	Услуга получена	Обращение за услугой	Услуга получена	
101	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Да	Да					Да
107	Секс-работницы	Да	Да	Да	Нет			Нет
85	Трансгендерные женщины					Да	Нет	Нет
143	Секс-работники					Да	Да	Да
122	Люди, употребляющие наркотики	Да	Да					Да
98	Трансгендерные женщины			Да	Да	Да	Да	Да
114	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Да	Нет					Нет
151	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Да	Да					Да
89	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами					Да	Да	Да
134	Трансгендерные женщины			Да	Да			Да
Общее количество визитов клиентов: 10		Общее количество посещений, в ходе которых были доступны ВСЕ услуги: 7						
Показатель доступности (7/10)								70%

Примечание: должна существовать строгая система защиты равных консультантов, равных навигаторов, других поставщиков медицинских услуг и клиентов от преследования за сообщения о негативных аспектах предоставления услуг. Протоколы обеспечения безопасности и охраны должны учитывать этот аспект и гарнировать анонимность всех участников МРС.

Почему в это стоит инвестировать?

В Глобальной стратегии борьбы со СПИДом уделяется приоритетное внимание МРС, с тем чтобы обеспечить использование данных, собранных сообществами, для адаптации мер реагирования к потребностям людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, в том числе молодежи из числа КГН. Применение МРС связывают со снижением уровня стигматизации и дискриминации, улучшением востребованности услуг в связи

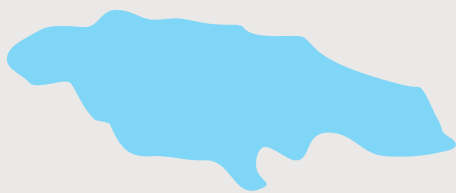
с ВИЧ, сокращением частоты перебоев в поставках лекарственных средств, а также с повышением вероятности достижения супрессии вирусной нагрузки⁷².

Очень важно, чтобы ПДД были разработаны для удовлетворения потребностей и решения проблем сообществ. Ранние инвестиции в МРС с планом действий по решению выявленных проблем способствуют росту доверия, расширению участия в программе и повышению качества услуг (вставка 13).

Мониторинг под руководством сообществ связывают со снижением уровня стигматизации и дискриминации, ростом востребованности услуг в связи с ВИЧ, сокращением частоты перебоев в поставках лекарств и повышением вероятности супрессии вирусной нагрузки.

Вставка 13

Качество услуг в связи с ВИЧ для ключевых групп населения на Ямайке



В 2019 г. десять представителей ЛГБТК-сообщества и их союзников были отобраны и подготовлены организацией JFLAG для проведения оценки качества услуг в связи с ВИЧ для ключевых групп населения в пяти клиниках на Ямайке методом тайного клиента. Тайные клиенты отбирались через сети сообществ. Инструмент оценки был разработан и предоставлен участникам во время тренинга. Было проведено двадцать три оценки. Большинство клиентов (70%) посчитали, что получить доступ к услугам в связи с ВИЧ легко, в то время как 28% посчитали, что это было сложно. Около 16% клиентов критиковали некоторые учреждения за недостаток профессионализма и/или отсутствие конфиденциальности при тестировании на ВИЧ. Клиенты рекомендовали расширить подготовку по вопросам гендерной чувствительности в целях улучшения доступа к услугам для трансгендерных людей⁷³.

Что для этого требуется?

- План проведения МРС в области качества услуг с использованием сетей равных, встреч для получения обратной связи от сообществ систематического сбора данных от сообществ, качественных исследований или аналогичных методов.

- Переговоры с клиническими службами и государственными учреждениями относительно данных, получаемых от сообществ, и определение платформ для регулярного взаимодействия и двунаправленной обратной связи в ходе регулярных совещаний.
- Поддержка сбора данных (если это не является частью обычной аутрич-работы).
- Надежные методы и структуры анализа данных для обеспечения достоверности данных, полученных с помощью МРС.
- Каналы обмена информацией с национальными группами защиты интересов ключевых групп населения, национальными техническими рабочими группами по ключевым группам населения или другими соответствующими структурами.
- По возможности интеграция данных МРС в национальные системы мониторинга и оценки, включая регулярный мониторинг, такой как РИЗС2.

Заложено ли это в бюджет?

- Обучение (и повышение квалификации) для специалистов по сбору данных и кураторов по мониторингу.
- Стипендии/зароботная плата и транспортные расходы регистраторов данных.
- Поддержка проведения встреч с членами сообществ для получения обратной связи.
- Поддержка участия членов сообществ в совещаниях по поиску решений с участием государственных органов и служб перенаправления.
- Мониторинг программ и системы перенаправлений под руководством сообществ:
 - Техническая и финансовая поддержка сообществ для проведения регулярного мониторинга.
 - Обучение наблюдателей из числа членов сообщества элементам международных стандартов предоставления медицинской помощи и услуг, методам сбора данных и сбора информации.
 - Протестированные инструменты, созданные базы данных и предоставленная поддержка/подготовка по интерпретации данных.
 - Связь с национальной сетью ключевых групп населения.
- Поддержка других качественных методов с обеспечением технической помощи (например, фокус-группы, интервью с ключевыми информаторами, заключительные интервью и метод тайного клиента).
- Электронные устройства и подписки на программное обеспечение для электронных систем обратной связи с клиентами (при необходимости).
- Финансовая и техническая поддержка людей, не представляющих сообщества, в целях мониторинга качества.
- Подготовка материалов для адвокационной работы с использованием данных МРС.
- Информационно-разъяснительные встречи с ключевыми лицами, принимающими решения, для представления данных МРС и совместной разработки решений.

Примерный бюджет для проведения МРС с использованием метода тайного клиента из числа лиц одного круга см. в [приложении 4](#).

Рекомендуемая литература

- Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Selangor: SKPA2; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- Makoni T, Kadziyanhike G, Mademutsa C, Mlambo M, Malama K. Community-led monitoring: a voice for key populations in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(Suppl 1):e25925 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9274208/pdf/JIA2-25-e25925.pdf>).
- State of healthcare for key populations. Johannesburg: Ritshidze; 2022 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2022/01/Ritshidze-State-of-Healthcare-for-Key-Populations-2022.pdf>).
- Mystery shopper assessment report. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- Manual on the “secret client” methodology for assessing the quality of the services related to HIV treatment and prevention among MSM and trans people. Tallinn: ECOM; 2018 (https://ecom.ngo/library/secret_client_en).
- LINK—electronic client feedback systems for HIV programs. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-electronic-client-feedback-systems.pdf>).

2.5. Укрепление потенциала и лидирующей роли сообществ

Наращивание потенциала и расширение прав и возможностей сообществ — это поступательный процесс, вытекающий из успешно реализованных программ для ключевых групп населения, которому может способствовать целый ряд мероприятий по укреплению систем сообществ

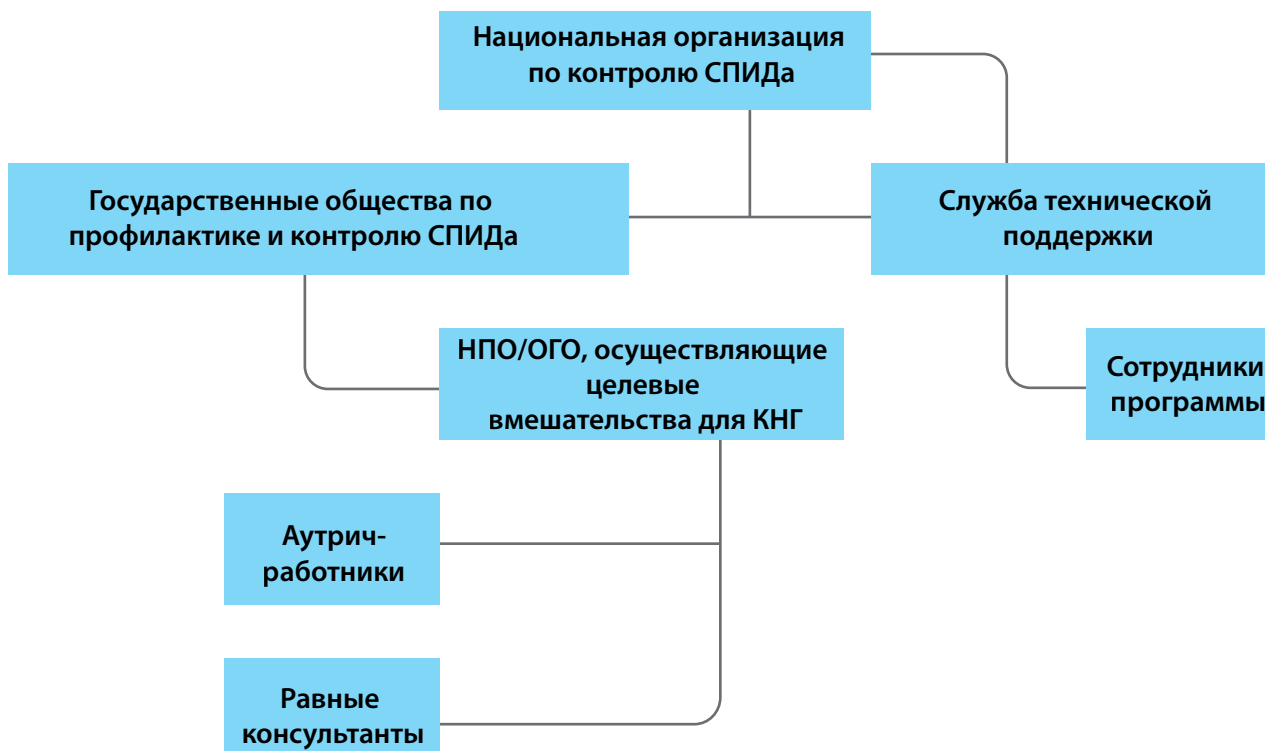
Что это такое?

Расширение прав и возможностей сообществ — это непрерывный процесс, возникающий в ходе эффективного выполнения программ для ключевых групп населения и поддерживаемый мерами по укреплению систем сообществ. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что сопричастность сообщества к реализации программ коррелирует с положительными поведенческими и клиническими результатами⁷⁴.

Организации, возглавляемые ключевыми группами населения и активно участвующие в предоставлении услуг и процессах взаимодействия, должны получать поддержку для укрепления собственного институционального, финансового и технического потенциала. Программы для ключевых групп населения должны иметь планы по наращиванию потенциала и вовлечению сообществ как для равных консультантов, так и для штатных сотрудников. Для повышения квалификации персонала требуется механизм укрепления потенциала или подразделение по укреплению технического потенциала, обеспечивающее обучение и поддерживающую супервизию на основе стандартов, тесно связанных с мониторингом программ. Программы должны предоставлять возможности для профессионального роста внутри организаций, особенно для продвижения равных консультантов на контрольные или руководящие должности.

Многие организации ключевых групп населения обладают глубокими знаниями и опытом. Их можно привлекать в качестве поставщиков технической поддержки для укрепления ПДД. Техническая поддержка, осуществляемая самими ключевыми группами населения, наиболее эффективна для такого рода способов укрепления потенциала. Службы технической поддержки, осуществляемой ключевыми группами населения, были созданы в Индии, Кении, Мозамбике, Южной Африке и Зимбабве для укрепления потенциала программ и их исполнителей (рисунок 7). Эти подразделения оказывают гибкую, оперативную поддержку тем, кто занимается реализацией программ, начиная от стратегического планирования и заканчивая аутрич-работой в сообществах, клинической поддержкой, наращиванием потенциала, коммуникациями и управлением адвокационной деятельностью⁷⁵.

Рисунок 7. Структура индийской программы для ключевых групп населения со встроенным подразделением технической поддержки⁷⁶



Почему в это стоит инвестировать?

Наращивание потенциала сообществ и персонала облегчает и укрепляет осуществление программ, одновременно повышая доверие и предоставляя сообществам возможность играть ведущую роль. Укрепление потенциала организаций, возглавляемых ключевыми группами населения и ориентированных на удовлетворение их потребностей, является важным компонентом обеспечения устойчивости. Модели профилактики ВИЧ-инфекции, осуществляемые под руководством ключевых групп населения, в некоторых условиях более экономически эффективны, чем системы государственных услуг^{77,78}. (Вставка 14). Кроме того, официальная аккредитация организаций ключевых групп населения является важным этапом внедрения механизма социального заказа и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения (рисунок 15).

Рисунок 8. Процесс обучения и аккредитации поставщиков медицинских услуг под руководством ключевых групп населения в Таиланде⁷⁹



Вставка 14

Решение проблемы низкого охвата ключевых групп населения услугами в связи с ВИЧ в Таиланде



В 2015 г. была создана модель предоставления медицинских услуг людьми их ключевых групп населения (МУКГН) для решения проблемы низкого охвата членов ключевых групп населения услугами в связи с ВИЧ. Была разработана программа интенсивной подготовки и процесс сертификации. На сегодняшний день обучение прошли 625 непрофессиональных поставщиков услуг из числа КГН. Тридцать центров оказания МУКГН были сертифицированы, а 22 центра получают прямую компенсацию расходов за предоставление услуг от правительства через Национальное бюро по безопасности здравоохранения. В 2018 г. модель МУКГН обеспечила проведение 55% тестов на ВИЧ, а в 2021 г. — 82% среди людей, принимающих ДКП в настоящее время⁸⁰.

Что для этого требуется?

- Проведение (само)оценки для выявления потребностей в развитии потенциала.
- Разработка плана(ов) по наращиванию организационного и институционального потенциала, включая штатных сотрудников и аутрич-работников для оказания запланированных услуг.
- Предоставление регулярной помощи через службы технической поддержки или аналогичный механизм.
- Организация взаимного обучения и наставничества среди лидеров и организаций, возглавляемых ключевыми группами.
- Четко сформулированные и спланированные пути профессионального роста, позволяющие представителям ключевых групп брать на себя все большую ответственность в планировании, реализации и анализе программ, с соответствующими планами обучения.
- Укрепление систем сообществ на местном уровне в целях содействия развитию важнейших факторов успеха, решения проблем, выявленных ключевыми группами населения, и поддержки мер по расширению прав и возможностей сообществ.
- По возможности утвержденные на национальном уровне учебная программа и процесс аккредитации.

Заложено ли это в бюджет?

- Процесс оценки потребностей и планирования мер по наращиванию потенциала.
- План и мероприятия по укреплению организационного и институционального потенциала.
- Служба технической поддержки или аналогичный механизм наращивания потенциала, в идеале — по принципу «равный – равному».
- План и мероприятия по укреплению систем сообществ — развитие лидерских качеств, наставничество, адвокационная работа и исследования.
- Адаптация существующих материалов по наращиванию потенциала или разработка новых.
- Поддержка вовлечения ключевых групп населения в процесс принятия решений на всех уровнях.
- Поддержка сообществ в установлении связей с национальными, региональными и/или глобальными группами, занимающимися защитой интересов ключевых групп населения.

Рекомендуемая литература

- UNAIDS, UNDP, UNFPA. Increasing support and partnerships with key HIV populations. In-reach online training. Geneva: UNAIDS; 2023 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/increasing-support-and-partnerships-key-hiv-populations-reach-online-training>).
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Enda Sante, Civil Society Institute for West and Central Africa. Community pulse: assessing strengths, empowering change—a tool for community-led organizations. Accra: Civil Society Institute for Health; 2024 (https://www.civilsocietyhealth.org/website/wp-content/uploads/2024/08/2024-Community-Pulse-Facilitators_v7-2.pdf).
- Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners. J Glob Health Rep. 2020;4:e2020044 (<https://www.joghr.org/article/12926-the-importance-of-key-population-community-engagement-and-empowerment-in-hiv-programming-insights-from-a-global-survey-with-local-implementing-partner>).
- Training courses for health workers providing key population-led health services. USAID Community Partnership Project. Bangkok: Institute of HIV Research and Innovation; 2024 (https://www.prepwatch.org/wp-content/uploads/2024/03/Course-syllabus_English.docx).
- Matambanadzo P, Otiso L, Kavhaza S, Bhattacharjee P, Cowan FM. Community leadership is key to effective HIV service engagement for female sex workers in Africa. J Int AIDS Soc. 2025;28:e26425 (<https://doi.org/10.1002/jia2.26425>).

2.6. Обеспечение устойчивости программ для долгосрочного воздействия

Интеграция платформ доверительного доступа в систему первичной медико-санитарной помощи имеет решающее значение для обеспечения долгосрочной устойчивости. Модели предоставления и финансирования услуг должны быть адаптированы к местным условиям

Что это такое?

По мере приближения крайнего срока достижения Глобальных целей на период до 2030 г. возникает необходимость в преобразовании мер борьбы против ВИЧ для повышения их устойчивости. Достижение целевых показателей идет неравномерно, объем международной помощи сокращается, прогресс на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения замедлился, и для охвата наиболее маргинализированных групп населения на завершающем этапе эпидемии требуются иные ответные меры⁸¹.

Для обеспечения устойчивости программ и услуг для ключевых групп населения необходим пересмотр подходов. Модели программ для КГН различаются в зависимости от наличия ресурсов и их источников (внутренние или внешние)⁸².

Следует изучить стратегии интеграции ПДД в системы первичной медико-санитарной помощи, как указано в разделе 1.3.1, на рисунке 4 и в таблице 12 Table 12. Модели

интеграции должны учитывать правовую и политическую среду и никогда не должны допускать компромисс в вопросах безопасности. При рассмотрении вариантов обеспечения устойчивости необходимо учитывать предпочтения ключевых групп населения⁸³. Устойчивый прогресс потребует вовлечения ключевых групп населения в политику и планирование в области первичной медико-санитарной помощи⁸⁴.

Решающее значение имеет расширение механизмов социального заказа и других механизмов устойчивого финансирования программ и услуг для ключевых групп населения. Национальные политики и руководства в области государственного социального заказа должны охватывать ключевые группы населения и программы по профилактике ВИЧ (вставка 15). В некоторых странах весьма успешными оказались подходы, сочетающие государственную, корпоративную и индивидуальную поддержку⁸⁵.

Постоянное снижение стигматизации и дискриминации, а также изменение социальных норм важны для обеспечения того, чтобы прогресс в направлении обеспечения устойчивости программ для ключевых групп населения не сталкивался с препятствиями.

Вставка 15

Государственный социальный заказ для программ помощи ключевым группам населения в Казахстане



Казахстан применяет механизм государственного социального заказа в области профилактики ВИЧ-инфекции с 2009 г. Тем не менее в 2018 г. только 4 из 20 государственных социальных заказов на профилактику ВИЧ и туберкулеза приносили пользу ключевым группам населения⁸⁶. В 2020-2024 гг. Международный центр программ по уходу и лечению при ВИЧ/СПИДе при Колумбийском университете (ICAP) оказывал техническую поддержку городу Алматы в целях увеличения внутреннего финансирования программ для ключевых групп населения. Поддержка включала: определение технических спецификаций для социального заказа, ориентированного на КГН; проведение тренингов в организациях ключевых групп населения; и помощь в оформлении заявок. В результате в 2022 и 2023 гг. в рамках государственных социальных контрактов на поддержку программ для ключевых групп населения было выделено 355 000 долл. США. Число людей, живущих с ВИЧ, которым диагноз был поставлен неправительственными организациями, увеличилось с 5% в 2021 г. до 10% в 2022 и 2023 гг.⁸⁷

Почему в это стоит инвестировать?

Особенно остро перед ключевыми группами населения стоят проблемы финансирования программ по борьбе с ВИЧ. В 2023 г. на все программы для ключевых групп населения было выделено 487,5 млн долл. США, из которых 261,5 млн долл. США были направлены на комплексные профилактические программы, что составляет всего 4,5% от необходимой суммы. Кроме того, по оценкам, только 14,2% финансирования для ключевых групп населения поступает из внутренних государственных источников⁸⁸. В 2024 г. на программы для ключевых групп населения было потрачено всего 2,6% от общего объема финансирования программ по борьбе с ВИЧ, несмотря на то, что на них приходится примерно 80% новых случаев ВИЧ-инфекции за пределами стран Африки к югу от Сахары и около 25% в самих странах Африки к югу от Сахары⁸⁹. В Глобальной рамочной программе обеспечения доступа «Профилактика 2030» отмечается, что расходы на услуги по профилактике ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения (за исключением ДКП) должны достичь 13% от общего объема финансирования к 2030 г.⁹⁰ Программой установлен новый первоочередной целевой показатель: 20% внутреннего финансирования программ по борьбе с ВИЧ должно направляться на профилактику, при этом подчеркивается, что финансирование программ для ключевых групп населения из внутренних источников имеет особенно важное значение.

В 2025 г. резкие изменения политики правительства Соединенных Штатов привели к приостановке, а затем отмене финансирования программ по ВИЧ на миллиарды долларов, при этом программы для ключевых группы населения пострадали непропорционально сильно^{91,92}. Одно из исследований показало, что 88% организаций ключевых групп населения были вынуждены уволить своих сотрудников, не имевших специального образования, 77% организаций сталкиваются с нарушениями в цепочках поставок, а 76% организаций закрыли офисы или пункты предоставления услуг⁹³. Решения, направленные на увеличение финансирования, особенно внутреннего финансирования, имеют решающее значение для обеспечения устойчивости ПДД.

Таблица 12. Интеграция ПДД для ключевых групп населения через партнерства между НПО и государственными клиниками в Малайзии («Модель КК») ⁹⁴

ПДД для ключевых групп населения на базе НПО в сотрудничестве с министерством здравоохранения	ПДД для ключевых групп населения на базе клиники при содействии НПО	ПДД для ключевых групп населения на базе клиники без содействия НПО
<ul style="list-style-type: none"> ■ Офис НПО, клиники и зоны охвата аутрич-деятельностью расположены в непосредственной близости друг от друга. ■ Государство берет на себя расходы НПО на аренду помещений и коммунальные услуги. ■ Аутрич-работники (равные консультанты) работают в офисах НПО. ■ Повседневная деятельность координируется и контролируется руководством НПО. ■ Равные консультанты сопровождают клиентов в ближайшую государственную клинику, с которой налажено партнерство (там предоставляются ПТАО и ДКП). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Тесное партнерство между минздравом и НПО. ■ Государство берет на себя административные расходы по управлению работой равных консультантов. ■ Эта модель осуществляется в небольших городах. ■ Повседневную деятельность равных консультантов контролирует персонал клиники (координаторы на местах). ■ НПО осуществляет подбор и обучение равных консультантов. ■ НПО отвечает за подготовку отчетности (на уровне менеджера или координатора программы). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Этот вариант используется только в тех случаях, когда в штате или районе отсутствуют подходящие НПО. ■ Техническое руководство осуществляется непосредственно департаментом здравоохранения штата. ■ За подбор, обучение и поддержку персонала отвечает уполномоченный сотрудник штата по вопросам СПИДа. ■ Модель является временной (целевым ориентиром является долгосрочная устойчивость и переход к управлению силами местных НПО).

По состоянию на 2021 г. в Малайзии действовали 45 таких партнерств между НПО и клиниками, еще семь поддерживал Глобальный фонд.

Что для этого требуется?

- Определить перечень вмешательств для ключевых групп населения, которые должны быть включены в национальный пакет гарантированных услуг и рассчитаны по стоимости.
- Провести картирование организаций гражданского общества и сообществ, работающих с КГН, которые могут стать партнерами клиник в рамках моделей интегрированной помощи или которых можно поощрять к подаче заявок на участие в механизмах социального заказа.
- Установить нормы затрат на ПДД, чтобы упростить стандартизацию государственных выплат и/или принятие элементов программы на бюджетное финансирование.
- Провести правовые и политические реформы, позволяющие сообществам самостоятельно предоставлять ключевые программные услуги (ДКП, ПТАО) и обеспечивающие возможность прямого государственного финансирования организаций, возглавляемых сообществами.
- Разработать или обновить национальные руководства по социальному заказу, включив в них вмешательства для ключевых групп населения, в том числе по профилактике ВИЧ-инфекции.

- Создать партнерства между клиниками и сообществами, в рамках которых ПДД могут быть интегрированы в систему первичной медико-санитарной помощи на основе сотрудничества при сохранении лидерской роли ключевых групп населения и возложении на них ответственности за предоставление услуг.

Заложено ли это в бюджет?

Работа экспертов в области права по подготовке предложений по изменению политики и разработке проектов нормативных актов, направленных на расширение охвата услугами, предоставляемыми силами сообществ, и внедрение механизмов внутреннего финансирования программ для ключевых групп населения.

Техническая поддержка в проведении картирования для обоснования усилий по интеграции НПО и клиник, а также для расширения доступа к механизмам социального заказа.

Консультации с поставщиками услуг для ключевых групп населения в целях разработки научно обоснованных норм расчета затрат.

Мероприятия по сенсбилизации и обучению персонала государственных клиник в целях предоставления услуг с учетом интересов и потребностей ключевых групп населения.

Совместные совещания с участием представителей госорганов, клиник и организаций сообществ для анализа эффективности ПДД.

Рекомендуемая литература

HIV response sustainability primer. Geneva: UNAIDS; 2024 (https://sustainability.unaids.org/wp-content/uploads/2024/06/HIV-response-sustainability-response-primer_web.pdf).

EpiC, Global black gay men connect. Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities. Version 1. Durham, NC: FHI 360; 2024 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).

Towards domestic public financing and social contracting for harm reduction. London: Harm Reduction International; 2024 (https://hri.global/wp-content/uploads/2023/04/SOCIAL-CONTRACTING_FINAL.pdf).

HIV Leadership forum implementing social contracting for HIV prevention: policy brief. Geneva: UNAIDS; 2024 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/implementing-social-contracting-hiv-prevention>).

Differentiated service delivery: a decision framework for differentiated antiretroviral therapy for key populations. Amsterdam: International AIDS Society; 2018 (<https://differentiatedservicedelivery.org/wp-content/uploads/decision-framework-key-population-web3.pdf>).

Ncube, G. Lessons learnt implementing integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe. New York: ICAP-Columbia University; 2023 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2023/11/Ncube_Session-11c_DSD-for-Key-Populations_Final-for-posting.pdf).

ПРИЛОЖЕНИЯ



Приложение 1. **Сравнительный анализ удельных затрат на платформы доверительного доступа**

При расчете стоимости доверительных платформ доступа для ключевых групп населения целесообразно проводить сравнительный анализ оценочной потребности в ресурсах относительно установленной удельной стоимости услуг. Эти затраты могут существенно различаться в зависимости от страны (а также от района и организации-исполнителя). Сравнительный анализ может использоваться для проверки обоснованности удельных затрат. Слишком низкие показатели могут указывать на отсутствие критически важных элементов пакета услуг. Если же они слишком высоки, ПДД может оказаться финансово неустойчивой (таблица 13).

Таблица 13. Региональные удельные затраты на аутрич-работу с ключевыми группами населения, оценка ресурсов ЮНЭЙДС (ускоренное моделирование) ⁹⁵

Регион	Население	Средние удельные затраты	Медианные удельные затраты
Африка – Восточная и Южная	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	128,00 долл. США	100,80 долл. США
	Работники секс-бизнеса	80,40 долл. США	94,00 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	94,90 долл. США	135,00 долл. США
Африка – Западная и Центральная	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	53,60 долл. США	51,20 долл. США
	Работники секс-бизнеса	53,30 долл. США	52,70 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	89,40 долл. США	90,30 долл. США
Азия и Тихоокеанский регион	Мужчины, практикующие секс с мужчинами	45,40 долл. США	44,50 долл. США
	Работники секс-бизнеса	66,30 долл. США	77,40 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	144,80 долл. США	161,90 долл. США
Карибский бассейн	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	44,50 долл. США	44,50 долл. США
	Работники секс-бизнеса	29,90 долл. США	29,90 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	48,90 долл. США	48,90 долл. США
Восточная Европа и Центральная Азия	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	47,20 долл. США	44,60 долл. США
	Работники секс-бизнеса	122,90 долл. США	108,10 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	117,00 долл. США	122,50 долл. США
Латинская Америка	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	44,50 долл. США	44,50 долл. США
	Работники секс-бизнеса	29,90 долл. США	29,90 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	48,90 долл. США	48,90 долл. США
Ближний Восток и Северная Африка	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	105,00 долл. США	105,00 долл. США
	Работники секс-бизнеса	15,40 долл. США	15,40 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики	68,50 долл. США	68,50 долл. США

Обзор ЮНЭЙДС за 2024 г. содержит более 350 показателей удельных затрат на вмешательства для ключевых групп населения, реализуемые под руководством сообществ и на базе сообществ, в 26 странах (таблица 14). Эти данные являются более детализированными и могут помочь в дальнейшем проведении сравнительного анализа затрат или оценки потребностей в ресурсах. База данных систематических обзоров доступна через Финансовую панель мониторинга ЮНЭЙДС по ВИЧ⁹⁶.

Таблица 14. Удельные затраты на отдельные вмешательства для ключевых групп населения, обзор ЮНЭЙДС за 2024 г.⁹⁷

Страна	Население	Вмешательство	Удельная стоимость
Буркина-Фасо	Секс-работницы	Расходы на одного ВИЧ-отрицательного клиента	56,70 долл. США
Кот-д'Ивуар	Секс-работницы	Стоимость одного выданного набора для самотестирования на ВИЧ	13,00 долл. США
Кения	Секс-работницы	Стоимость тестирования одного человека	9,56 долл. США
Индия	Секс-работники	Стоимость охвата одного человека	90,00 долл. США
	Трансгендерные люди	Стоимость охвата одного человека	116,00 долл. США
Индонезия	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	Стоимость одного теста на ВИЧ	65,00 долл. США
Мексика	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Стоимость охвата одного человека	14,00 долл. США
Мали	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Стоимость одного выданного набора для самотестирования на ВИЧ	28,00 долл. США
Сенегал	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Стоимость одного выданного набора для самотестирования на ВИЧ	27,00 долл. США
Южная Африка	Секс-работницы	Стоимость ДКП на одного человека в год	146,60 долл. США
Таиланд	Секс-работники мужчины	Стоимость услуг, предоставленных одному человеку	74,90 долл. США
	Лица, употребляющие инъекционные наркотики (Yala)	Стоимость услуг, предоставленных одному человеку	144,20 долл. США
Уганда	Геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами	Стоимость тестирования одного человека	15,90 долл. США
Вьетнам	Люди, употребляющие инъекционные наркотики	Стоимость лечения одного человека с помощью заместительной терапии опиоидами в год	378,00 долл. США
Зимбабве	Ключевые группы населения (без разбивки)	Стоимость начала ДКП на одного клиента	86,00 долл. США

Приложение 2. **Функции аутич- и управленческих команд**

Равные консультанты/аутич-работники	Равные навигаторы
<p>Равные консультанты и аутич-работники действуют как часть группы по ведению пациентов, выполняя следующие задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Охват членов ключевых групп населения. ■ Обеспечение их интеграции в систему профилактических и клинических услуг, а при необходимости — повторное включение в систему получения услуг. ■ Помощь группе в поиске лиц, прервавших лечение или выпавших из поля зрения. <p>В зависимости от программы равные консультанты и аутич-работники при наличии соответствующей подготовки и опыта часто могут переходить к выполнению функций равных навигаторов или равных супервизоров.</p>	<p>Навигация силами равных — это подход, используемый в программах разных стран для того, чтобы представители ключевых групп населения были направлены и сопровождаемы в процессе получения (и удержания) необходимых услуг, а также для обеспечения их участия в работе группы сопровождения (совместно с работниками, осуществляющими ведение пациентов, и при необходимости с клиническим персоналом).</p> <p>Равные навигаторы, как правило, являются ВИЧ-положительными людьми (или людьми, затронутыми ВИЧ), демонстрирующими твердую приверженность лечению и служащими примером для других; они понимают, как получить доступ к основным услугам и пользоваться ими, и способны ясно и точно распространять эту информацию. Цель навигации (сопровождения) силами равных — обеспечить поддержку людям с недавно установленным диагнозом, чтобы они могли:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Записаться на лечение и оставаться в системе оказания услуг для достижения вирусной супрессии. ■ Записаться на медикаментозную профилактику (например, антиретровирусную терапию) в системе оказания услуг. ■ Сохранять приверженность лечению. <p>Навигация силами равных начинается там, где обычно завершаются функции равных аутич-работников. Равные навигаторы работают полный рабочий день в составе группы по ведению пациентов и помогают ВИЧ-положительным пациентам зарегистрироваться и получить доступ к услугам по уходу и лечению. Они помогают им выявлять и преодолевать барьеры, препятствующие достижению личных целей, связанных со здоровьем. Они также помогают ВИЧ-отрицательным пользователям услуг получать научно обоснованные профилактические услуги и оказывают им поддержку.</p> <p>Равные навигаторы могут набираться из числа равных аутич-работников, однако они должны пройти дополнительное обучение, чтобы обладать экспертными знаниями обо всех соответствующих услугах, предоставляемых клиниками и силами сообществ и доступных для их подопечных. Также необходимо, чтобы они были обучены оказанию услуг по ведению пациентов и четко понимали свою ответственность за соблюдение конфиденциальности.</p>

Равные супервизоры

Равные супервизоры усиливают эффективность аутрич-работы, обеспечивая поддержку и контроль деятельности равных консультантов по охвату ключевых групп населения и удержанию их в программах профилактики и клинических услуг.

Они тесно взаимодействуют с равными консультантами, анализируя их работу и собираемые ими данные, помогая планировать последующую деятельность и участвуя в совместном решении проблем. В их обязанности также входит обобщение данных об аутрич-деятельности, полученных от равных консультантов, и обеспечение их передачи на вышестоящий уровень отчетности; кроме того, они участвуют в соответствующих управленческих совещаниях и совещаниях по анализу данных.

Работник, осуществляющий ведение пациентов

Работники, осуществляющие ведение пациентов, способствуют у улучшению результатов лечения пациентов на протяжении всего цикла профилактики и ухода в связи с ВИЧ, в том числе обеспечивают:

- Направление на получение услуг по профилактике на основе антиретровирусной терапии.
- Своевременное включение в программы ухода и лечения.
- Удержание в системе ухода и лечения.
- Поддержание устойчивой приверженности антиретровирусной терапии на основе оценки потребностей клиента.
- Разработка, мониторинг и оценка планов лечения и достигнутого прогресса.
- Взаимодействие между клиентом и другими поставщиками услуг в целях обеспечения комплексного ухода.

В зависимости от условий (на уровне сообщества или медицинского учреждения) роль работников, осуществляющих ведение пациентов, может изменяться. Различные категории лиц (включая равных навигаторов) могут предоставлять услуги по ведению пациентов, и им может поручаться ведение пациентов в зависимости от условий и программы. Работник, осуществляющий ведение пациентов, может также выполнять свои функции в координации с медучреждениями и персоналом, находящимися вне зоны охвата, чтобы обеспечить поддержку членов ключевых групп населения и их перенаправление для получения соответствующих услуг.

Приложение 3. Матрица оценки прогресса для платформ доверительного доступа

Таблица 15. Модель зрелости ПДД

	Неадекватная практика	Начальный этап	Этап консолидации	Высокое качество
Планирование/ перепланирование	<ul style="list-style-type: none"> ■ Бессистемные выезды мобильных бригад в горячие точки в погоне за разовыми показателями. ■ Нет регулярной работы в местах проведения мероприятий в условиях повышенного риска или системного взаимодействия с сообществом. ■ Отсутствие контроля за работой равных консультантов. ■ Отсутствие повторного картирования для актуализации оценок численности населения и локаций. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Картирование высокого уровня для определения приоритетных областей и пробелов в программах на национальном уровне. ■ Программное картирование и оценка численности населения в целях ориентирования аутрич-работы/работы по перенаправлению пациентов для получения услуг. ■ Аутрич-работа силами равных, предусматривающая постоянное присутствие в горячих точках. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Микропланирование, позволяющее аутрич-работникам в сообществах оценивать и улучшать свою деятельность. ■ Целевые показатели с регулярным анализом приоритетных программных показателей (ППП), тестирования на ВИЧ и консультирования по вопросам ВИЧ, а также включения в систему ухода в целях оценки прогресса. ■ Периодическая валидация мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска в целях уточнения знаменателей оценки численности населения и целевых показателей, а также выявления лиц, не охваченных услугами. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Достижение масштаба за счет охвата основных районов активности секс-бизнеса на национальном уровне. ■ Охват услугами в рамках аутрич-работы. ■ Охват более 90% оценочной численности населения на большинстве объектов. ■ Периодичность аутрич-контактов — не реже одного раза в месяц. ■ Регулярное тестирование на ВИЧ и консультирование ВИЧ-отрицательных лиц в соответствии со стандартными национальными операционными процедурами. ■ Прочная связь с системой медицинской помощи и приверженность лечению. ■ Особые усилия по выявлению и охвату лиц, не получающих услуги.

	Ненадлежащая практика	Начальный этап	Этап консолидации	Высокое качество
Постановка целей	<ul style="list-style-type: none"> ■ Узкий охват, целевые показатели тестирования и результативности. ■ Отсутствие уникальных идентификаторов не позволяет соотносить показатели результатов деятельности с оценками численности населения. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Четко установленные целевые показатели как минимум по четырем приоритетным программным показателям (ППП) аутрич-деятельности: уровень охвата аутрич-работой и регулярность аутрич-контактов, охват клиническими услугами и частота посещения клиник. ■ Четкие целевые показатели перенаправления пациентов на лечение и удержания пациентов. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Документально подтвержденный прогресс в достижении охвата аутрич-работой более 90%, высокой частоты аутрич-контактов, охвата клиническими услугами более 80% и регулярного прохождения обследований. ■ Задokumentированный прогресс в перенаправлении пациентов на лечение и удержании пациентов. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Целевые показатели аутрич-деятельности, стратифицированные по уровню риска, с более частыми контактами (еженедельно) для лиц, отнесенных к группе наиболее высокого риска. ■ Разработанные подходы к дифференцированным моделям перенаправления на лечение и удержания пациентов.
Мониторинг/ супервизия	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие мониторинга/ супервизии за ходом работы (уровень охвата аутрич-деятельностью/ регулярность аутрич-контактов). ■ Отсутствие данных о численности населения. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Наличие системы мониторинга и супервизии, позволяющих отслеживать прогресс и поддерживать аутрич-работников и клинический персонал. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Системы микропланирования с еженедельным надзором и планированием аутрич-работы с акцентом на приоритетные программные показатели (ППП). ■ Равные навигаторы планируют последующее сопровождение членов ключевых групп населения. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ежемесячные и ежеквартальные совещания на более высоком уровне в целях анализа данных, решения сохраняющихся проблем и поддержки местных команд.

	Ненадлежащая практика	Начальный этап	Этап консолидации	Высокое качество
Аутрич-деятельность	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие мониторинга охвата и частоты обращений. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Организация аутрич-работы равных консультантов с охватом мест проведения мероприятий в условиях повышенного риска при соблюдении надлежащих норм нагрузки (примерно 1 равный консультант на 50 представителей ключевой группы населения). ■ Равные навигаторы организованы для оказания поддержки членам ключевых групп населения, получающим лечение или медицинскую профилактику (соотношение примерно 1 равный навигатор на 20–30 членов ключевых групп населения, нуждающихся в услугах). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Показатели охвата аутрич-услугами приближаются к 90% при ежемесячных аутрич-контактах. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Высокий уровень охвата (90% или «насыщенность»), полный охват с частными контактами.
Вмешательства по обеспечению профилактическими средствами (презервативы/лубриканты, иглы и шприцы)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие регулярности, отсутствие планирования, систем и целевых показателей, основанных на потребностях; перебои в поставках и случаи отсутствия запасов. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Регулярное распространение презервативов/лубрикантов (а также игл и шприцев) в рамках аутрич-работы при поддержке отлаженной логистики и с закреплением информации во время посещений клиник. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Пропаганда и распространение презервативов соответствуют оцененным потребностям (т. е. соотносятся с количеством заявленных клиентов). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Эффективная система пропаганды и распространения презервативов без перебоев и дефицита запасов. ■ Оценка использования презервативов проводится с помощью опросов методом избирательных участков. ■ Или с использованием сопоставимых методов.

	Ненадлежащая практика	Начальный этап	Этап консолидации	Высокое качество
Клинические/ медицинские услуги	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие мониторинга охвата и частоты обращений. ■ Отсутствие поддержки или последующего сопровождения пациентов после выдачи направлений. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Стимулирование посещения клиники для регулярных осмотров. ■ Создана система выдачи направлений для получения дополнительных дополнительных медицинских услуг. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Охват услугами клиники более 80% с последующим регулярным диспансерным наблюдением. ■ Лицам, получившим направления, оказывается помощь в посещении клиник и предпринимаются усилия по поддержке приверженности лечению. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Регулярные ежеквартальные медицинские осмотры. ■ Наличие фактических данных о снижении заболеваемости ИППП. ■ Функционирует устойчивая система ведения пациентов с документально подтвержденным высоким уровнем соблюдения режима медицинского лечения и профилактики.
Структурные вмешательства	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие внимания к этому вопросу. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Проведение оценки и диалога по основным проблемам. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Наличие механизма информирования о случаях насилия и реагирования на них. ■ Налаженные связи с национальными сетями ключевых групп населения. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Группы самопомощи/ комитеты сообществ определяют приоритеты, осуществляют меры реагирования и ведут мониторинг воздействия.
Ответственность сообществ	<ul style="list-style-type: none"> ■ Отсутствие внимания к этому вопросу. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Оценка и своевременное вовлечение в программу ключевых групп населения. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Программа осуществляет вмешательства совместно с сообществом ключевых групп населения. ■ Сообщество участвует в принятии решений. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Члены ключевых групп населения наращивают свой потенциал и все в большей степени выполняют руководящие функции в неправительственных организациях и организациях на базе сообществ. ■ Наличие четкого плана по поэтапному расширению ответственности и лидерской роли сообществ.

Приложение 4. Пример бюджета на проведение программного картирования

В таблице 16 представлен пример бюджета на проведение партисипаторного картирования программ (ПКП) для ключевых групп населения^е. Приведенные цифры являются иллюстративными и должны быть адаптированы к ситуации в стране и размеру территорий, подлежащих картированию. В таблице 17 показаны оценочные затраты на проведение ПКП и оценки численности ключевых групп населения.

Таблица 16. Пример бюджета для проведения партисипаторного картирования программ и оценки численности ключевых групп населения⁹⁸

Этап	#	Удельная стоимость	# недель	% нагрузки	Итого
1. Бюджет подготовительного этапа					
Оценка правовой среды	1	-	-	-	1000 долл. США
Оценка готовности к проведению картирования	1	-	-	-	500 долл. США
Формирующее исследование типологии территорий и подгрупп	1	-	-	-	1500 долл. США
Вовлечение сообществ	1	-	-	-	500 долл. США
Этическая экспертиза	1	-	-	-	500 долл. США
Консультативный совет сообщества	1	-	-	-	300 долл. США
Формирующая работа по подготовке протокола и инструментов	1	-	-	-	200 долл. США
Разработке плана действий в чрезвычайных ситуациях и обеспечения юридической помощи	1	-	-	-	500 долл. США
2. Бюджет полевых работ					
А. Национальный уровень					
Руководитель в стране	1	500 долл. США	22	100%	11 000 долл. США
Специалист по картированию	1	300 долл. США	13	50%	1950 долл. США
Специалист по бюджету и административной работе	1	300 долл. США	22	100%	6600 долл. США

е. В этом примере предполагается наличие десяти географических регионов и в общей сложности 49 зон: один город с населением 1 000 000 человек; один город с населением 250 000 человек; один округ с населением 200 000 человек; пять городов с населением 150 000 человек и два района с населением 100 000 человек.

Менеджер по данным	2	300 долл. США	16	100%	9600 долл. США
Четырехдневный обучающий семинар — участники: национальные заинтересованные стороны	10	100 долл. США	-	-	1000 долл. США
Четырехдневный обучающий семинар — участники: национальная команда	5	100 долл. США	-	-	500 долл. США
Участники: по два человека из каждого региона (десять регионов)	20	500 долл. США	-	-	10 000 долл. США
Транспортные и командировочные расходы в районы для проведения полевых работ	1	400 долл. США	20	-	8000 долл. США
Национальный семинар по обратной связи и разработке планов действий	1	300 долл. США	-	-	1000 долл. США
В. Уровень выбранной географической территории (может включать несколько зон): 1 на каждую географическую территорию					
Местный полевой супервизор	1	300 долл. США	2	100%	600 долл. США
Ассистент супервизора	2	200 долл. США	2	100%	800 долл. США
Обучение — по два дня каждое	3	800 долл. США	1	1	2400 долл. США
Обучение интервьюеров	10	150 долл. США	1	100%	1500 долл. США
Подготовка специалистов по социальной мобилизации	10	150 долл. США	1	100%	1500 долл. США
Расходные материалы	1	400 долл. США	1	1	400 долл. США
Совещание с местными заинтересованными сторонами для представления исследования перед началом полевого этапа	1	500 долл. США	1	1	500 долл. США
Семинар по обратной связи и разработке планов действий	1	500 долл. США	1	1	500 долл. США
Итого по одной выбранной географической территории	—	—	—	—	8200 долл. США

С. Уровень зоны (население зоны: 50 000 человек)

Местный полевой супервизор	1	300 долл. США	0,5	100%	150 долл. США
Ассистент супервизора	2	200 долл. США	0,5	100%	200 долл. США
Интервьюеры	10	150 долл. США	0,5	100%	750 долл. США
Специалисты по социальной мобилизации	10	150 долл. США	0,5	100%	750 долл. США
Копирование анкет и информационных листов	800	0,25 долл. США	1	1	200 долл. США
Транспорт	1	1000 долл. США	0,5	1	500 долл. США
Операторы ввода данных	2	150 долл. США	0,5	50%	75 долл. США
Локальный итог по одной зоне	—	—	—	—	2625 долл. США
ОБЩАЯ СУММА					244 650 долл. США

Таблица 17. Расчет затрат на проведение ПКП и оценки численности ключевых групп населения

Размер территории, подлежащей картированию	Оценочная стоимость (долл. США)
Город с населением 2 млн человек	113 000 долл. США
Город с населением 1 млн человек	61 000 долл. США
Город с населением 500 000 человек	34 500 долл. США
Город с населением 250 000 человек	21 500 долл. США
Город с населением 100 000 человек или менее	13 500 долл. США или менее
Область с городскими и сельскими территориями/населением 100 000 человек или менее	15 000 долл. США

Приложение 5. Шаблон бюджета на проведение упрощенного биоповеденческого исследования

Оценочная стоимость упрощенного биоповеденческого исследования составляет 80 000 долл. США (таблица 18) по сравнению с примерно 200 000 долл. США для полного КБИ⁹⁹.

Таблица 18. Шаблон бюджета на проведение упрощенного биоповеденческого исследования

	Единицы	Количество/частота	Удельная стоимость	Общая стоимость
Затраты на персонал				
Главный исследователь				
Соисследователи				
Координатор исследования				
Сборщики данных (сотрудники медицинских учреждений/НПО)				
Менеджер по данным				
Статистик				
Административная поддержка				
Промежуточный итог				
Общие затраты на персонал				
Затраты на проведение совещаний				
Аренда помещения для проведения мероприятий				
Прохладительные напитки				
Промежуточный итог				
Затраты на исследования				
Этическая экспертиза				
Промежуточный итог				
База данных				
Разработка базы данных и инструментов опроса				
Сервер для размещения базы данных (ежемесячная оплата)				
Промежуточный итог				
Набор участников и сбор данных				
Печать материалов (формы согласия и информационные листки, купоны)				
Планшеты (покупка, аренда, использование имеющихся)				

	Единицы	Количество/частота	Удельная стоимость	Общая стоимость
Возмещение расходов участников				
Промежуточный итог				
Отчетность и публикация				
Дизайн				
Печать				
Промежуточный итог				
Вспомогательные расходы				
Канцелярские принадлежности				
Транспорт				
Промежуточный итог				
Общие расходы, не связанные с персоналом				
Общая сумма расходов				

Приложение 6. Пример бюджета на мониторинг методом тайного клиента силами сообществ

В таблице 19 приведен пример бюджета для проведения МРС с использованием модели «Тайный клиент» и привлечением лиц из числа равных, сотрудничающих с ПДД. Согласно этому примеру, основанному на данных из трех крупных мегаполисов, наибольшие расходы были связаны с набором и обучением тайных клиентов из числа равных. Средние стартовые затраты составили 10 001 долл. США. Средние затраты на осуществление одного посещения за четырехмесячный период составляли 228 долл. США. Среднегодовые затраты на реализацию проекта в расчете на одно посещение были на 33% ниже и составили 151 долл. США. Следует отметить, что данный пример относится к Соединенным Штатам Америки. В странах с низким и средним уровнем дохода затраты могут быть значительно ниже.

Ориентировочные расходы для организаций, внедряющих и использующих системы МРС на базе медицинских учреждений, могут составлять от 100 000 до 150 000 долл. США в год¹⁰⁰. Эта сумма включает затраты на сбор данных, управление данными и анализ данных, операционное управление проектом и затраты на персонал, обучение и наращивание потенциала, адвокационные вмешательства, проведение встреч с заинтересованными сторонами, а также мониторинговые визиты/аудиторские проверки качества данных. Этот диапазон затрат варьируется в зависимости от страны и определяется общим уровнем стоимости жизни, количеством точек сбора данных, использованием бумажных или цифровых носителей, численностью персонала, удаленностью объектов друг от друга, а также их расположением (в городах, пригородных зонах или сельской местности).

Таблица 19. Мероприятия и затраты на мониторинг методом тайного клиента силами сообществ в рамках одной из программ для ключевых групп населения в Соединенных Штатах Америки¹⁰¹

Мероприятия и затраты	Крупный город 1	Крупный город 2	Крупный город 3	% от общей суммы
Развертывание деятельности				
Управление запуском проекта	5779 долл. США	5873 долл. США	5804 долл. США	58%
Разработка протокола для клиента	3284 долл. США	3284 долл. США	3284 долл. США	33%
Обучение членов исследовательской группы протоколу проведения визита на проверяемый объект	898 долл. США	898 долл. США	898 долл. США	9%
Промежуточный итог: затраты на запуск проекта	9961 долл. США	10 055 долл. США	9986 долл. США	100%
Мероприятия по реализации				
Выбор клиники	466 долл. США	466 долл. США	466 долл. США	5%
Набор тайных клиентов	2529 долл. США	2824 долл. США	3862 долл. США	31%
Обучение тайных клиентов	843 долл. США	811 долл. США	1216 долл. США	10%
Вознаграждение за участие в обучении методу тайного клиента	600 долл. США	900 долл. США	900 долл. США	8%

Мероприятия и затраты	Крупный город 1	Крупный город 2	Крупный город 3	% от общей суммы
Прочие расходы на обучение (питание, стоянка автомобилей)	101 долл. США	134 долл. США	44 долл. США	< 1%
Координация посещения объектов тайными клиентами	1111 долл. США	1048 долл. США	1816 долл. США	13%
Вознаграждение за посещение объекта тайным клиентом	1600 долл. США	2000 долл. США	4500 долл. США	27%
Разбор результатов персоналом вместе с тайными клиентами по итогам визитов на объекты	578 долл. США	441 долл. США	728 долл. США	6%
Промежуточный итог: затраты на реализацию	7828 долл. США	8623 долл. США	13 533 долл. США	100%
Общая стоимость Объекты	17 789 долл. США	18 678 долл. США	23 519 долл. США	100%
Количество объектов (n)	17	19	30	
Количество визитов (n)	34	38	60	
Затраты на четырехмесячный тестовый период				
Затраты на проведение одного визита	230 долл. США	227 долл. США	226 долл. США	
Общая стоимость одного визита	523 долл. США	492 долл. США	392 долл. США	
Стоимость в год				
Затраты на проведение одного визита	145 долл. США	150 долл. США	159 долл. США	
Общая стоимость одного визита	248 долл. США	233 долл. США	214 долл. США	

ССЫЛКИ

- 1 HIV Prevention Coalition. Key population trusted access platforms. Considerations in planning and budgeting for a key population platform to deliver scaled, quality HIV prevention and treatment services and for addressing critical enablers. Geneva: UNAIDS; 2020 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/considerations-planning-and-budgeting-key-population-trusted-access-platform-july-2020>; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- 2 Godbole R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Center for Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 3 Congressional Budget Justification, FY 2026 Washington, DC: U.S. Department of State; 2025; p.126 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2025/05/FY-2026-State-CBJ-.pdf>).
- 4 Nolen S. Trump budget office is withholding H.I.V. funds that Congress appropriated. New York: The New York Times; 21 August 2025 (<https://www.nytimes.com/2025/08/21/health/hiv-aids-pepfar-funding-trump.html>).
- 5 GC7 reprioritization and revision of grant activities. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (<https://resources.theglobalfund.org/en/gc7-reprioritization/>).
- 6 Alcorn K. US funding cuts cause immediate drops in numbers testing and on HIV treatment. Aidsmap. 21 July 2025 (<https://www.aidsmap.com/news/jul-2025/us-funding-cuts-cause-immediate-drops-numbers-testing-and-hiv-treatment>).
- 7 PrEP delivery imperiled. New York: AVAC; 2025 (<https://avac.org/resource/infographic/prep-delivery-imperiled/>).
- 8 Ten Brink D, Martin-Hughes R, Bowering AL, Wulan N, Burke K, Tidhar T. Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet HIV. 2025;12(5):e346-e354 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(25\)00074-8/fulltext#fig3](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(25)00074-8/fulltext#fig3)).
- 9 Godbole R. Analyzing USAID program disruptions: Implications for PEPFAR programming and beneficiaries. Washington, DC: Center for Global Development; 2025 (<https://www.cgdev.org/publication/analyzing-usaid-program-disruptions-implications-pepfar-programming-and-beneficiaries>).
- 10 GC7 programmatic reprioritization approach: protecting and enabling access to lifesaving services. Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2025 (https://resources.theglobalfund.org/media/sveowiic/cr_gc7-programmatic-reprioritization-approach_summary_en.pdf).
- 11 Rapid operational guidance on maintaining essential HIV, Hepatitis and STI services during the US Government Funding Pause. Geneva: WHO, to be published.
- 12 INPUD, NSWP, GATE, MPact, GBGMC WE INSIST! Non-negotiables for and by key populations in the reprioritisation and revision of Global Fund programmes in Grant Cycle 7. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2025.
- 13 Global HIV Prevention Coalition. Prevention 2030: A global access framework for country-led HIV responses. Готовится к публикации

- 14 Ncube G. Lessons learnt implementing Integrated KP-focused HIV/SRHR programs in the public sector, Zimbabwe. CQUIN 7th Annual Meeting. 13-17 November 2023. Johannesburg.
- 15 Global HIV Prevention Coalition, South to South Learning Network. Impact case: developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania. Johannesburg: SSLN; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhIpQYmnr_yt6jVYTd/view; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 16 Cowan FM, Musemburi S, Matambanadzo P, Chida P, Steen R, Makandwa R. Using a programme science approach to substantially reduce the risk of HIV transmission and acquisition in sex transactions among female sex workers in Zimbabwe. *J Int AIDS Soc.* 2024;27:e26262 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11236902/>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- 17 Smart ladies mobilizes the community to promote the rights and well-being of sex workers in Nakuru, Kenya. EpiC success story. Durham, NC: FHI 360; 2021 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2024/02/resource-epic-kenya-success-story-kpif.pdf>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 18 *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.* Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 19 WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Geneva: WHO; 10 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378164/9789240097230-eng.pdf?sequence=1>; дата обращения: 10 апреля 2025 г.)
- 20 Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre-exposure prophylaxis. Geneva: WHO; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240111608>; дата обращения: 30 июля 2025 г.).
- 21 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for sex workers. Policy Brief. Geneva: WHO; 2024. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076198>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 22 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for people who inject drugs. Policy Brief. (Geneva 2023). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071858>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 23 Recommended package of interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for men who have sex with men. Policy Brief. Geneva: WHO; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076174>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 24 Recommended package of enabling and health interventions for HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for trans and gender diverse people. Policy Brief. Geneva: WHO; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076211>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 25 New good practice statement on counselling behavioural interventions for key populations to prevent HIV, viral hepatitis and STIs. Policy Brief. Geneva: WHO; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240072275>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).

- 26 Sustaining HIV, viral hepatitis and STI priority services in a changing funding landscape: operational guidance. Geneva: WHO; 2025. (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/sustaining-hiv--viral-hepatitis-and-sti-priority-services-in-a-changing-funding-landscape_pre-launch.pdf?sfvrsn=a7d3ea3f_6&download=true; дата обращения: 30 июля 2025 г.).
- 27 *Consolidated guidelines* on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/item/978924005239>
- 28 USAID, PEPFAR, Linkages, Bill & Melinda Gates Foundation, University of Manitoba. Monitoring guide and toolkit for key population JHIV prevention, care and treatment programs. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 29 UNFPA, Global Forum on MSM and HIV, UNDP, UNAIDS, WHO, USAID. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men (MSMIT). Geneva: WHO; 2015 (<https://impactglobal.org/wp-content/uploads/2015/11/MSMIT-for-Web.pdf>; дата обращения: 1 марта 2025 г.).
- 30 Bhattacharjee P, Musyoki H, Prakash R, Malaba S, Dallabetta G, Wheeler T, et al. Microplanning at scale with key populations in Kenya: Optimising peer educator ratios for programme outreach and HIV/STI service utilization. PLoS One. 2018;13(11):e0205056 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0205056>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- 31 Global HIV Prevention Coalition, South to South Learning Network. Impact Case: Developing an effective community outreach system for the key populations programme in Tanzania. Johannesburg: SSLN; 2024 (https://drive.google.com/file/d/1LZsGu9nRgu2WD9EhIpQYmnr_yt6jVYTd/view; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 32 Designing outreach and microplanning for key population programmes. Johannesburg: South to South Learning Network (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6d301d1986ad990d3f8fb_Kenya-Malawi-Zim-outreach-and-microplanning-case-study_FINAL.pdf; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 33 Avahan, Bill & Melinda Gates Foundation. Micro-planning in peer led outreach programs—a handbook. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation; 2013 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf); дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 34 Linkages. Programmatic mapping and microplanning. Standard operating procedure, Sri Lanka. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2020 (https://www.aidscontrol.gov.lk/images/publications/UNAIDS_FHI360/Hotspot-Mapping-and-Validation-SOP-English.pdf; дата обращения: 2 марта 2025 г.).
- 35 Linkages. Ensuring compliance with LINKAGES data safety and security checklists. Durham, NC: FHI 360 Linkages; 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/data-safety-guidance.pdf>; дата обращения: 4 марта 2025 г.).
- 36 UNAIDS, WHO. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate. Policy brief. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; дата обращения: 14 апреля 2025 г.).

- 37 Linkages. Social media mapping for planning online HIV outreach and service delivery. Durham, NC: FHI 360, Linkages; 2019 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-social-media-mapping.pdf>; дата обращения: 4 марта 2020 г.).
- 38 UNAIDS, WHO. Virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Innovate-implement-integrate. Policy Brief. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf; дата обращения: 14 апреля 2025 г.).
- 39 Там же.
- 40 Bateganya M. Experiences and lessons in optimizing decentralized drug distribution for key populations. Differentiated service delivery for key populations—Virtual meeting. New York: ICAP-Columbia University; 2021 (https://cquin.icap.columbia.edu/wp-content/uploads/2021/08/Bateganya-CQUIN-Key-Pops-Meeting_Final-8_25.pdf; дата обращения: 6 марта 2025 г.).
- 41 *Consolidated guidelines* on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).
- 42 Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS*. 2014;9(2):107–114 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6787402/pdf/nihms-1053821.pdf>).
- 43 Mapping and population size estimates of sex workers. Edinburgh: Global Network of Sex Work Projects; 2015, p.3 (https://www.nswp.org/sites/default/files/Mapping%26Population%20Size%20Estimates%20Policy%20Brief%2C%20NSWP%20-%20November%202015_0.pdf).
- 44 Loeb T, Willis K, Velishavo F, Lee D, Rao A, Baral S.. Leveraging routinely collected program data to inform extrapolated size estimates for key populations in Namibia: small area estimation study. *JMIR Public Health Surveill*. 2024;10(1):e48963 (<https://publichealth.jmir.org/2024/1/e48963/>)
- 45 SANAC, NDOH. South Africa’s national sex worker HIV, TB and STI plan: 2019–2022. Pretoria: South African National AIDS Council; 2021, p.32 (<https://sanac.org.za/wp-content/uploads/2021/07/NATIONAL-SEX-WORKER-PLAN-WEB-FINAL.pdf>
- 46 Global Prevention Coalition. New directions in measuring combination HIV prevention: a think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UNAIDS; 2022, p.8 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
- 47 The BBS-lite implementation tool. Geneva: UNAIDS; 2024, pp.56–64 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 48 Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Appendix I–4: survey design checklist. Geneva: WHO; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2>).
- 49 Monitoring HIV programmes with key populations. Geneva: UNAIDS; 2024, p.51 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf; дата обращения: 10 февраля 2025 г.).

- 50 Ibid, p.10 (https://jointsiwg.unaids.org/wp-content/uploads/2025/03/Monitoring-HIV-Programs_English.pdf).
- 51 Ngure K, Ortblad KF, Mogere P, Bardon AR, Thomas K, Mangale D. Six-month PrEP dispensing with HIV self-testing to improve the efficiency of delivery in Kenya: a randomized non-inferiority implementation trial. *The Lancet HIV*. 2022;9(7):e464.
- 52 Avahan, Bill and Melinda Gates Foundation. Micro-planning in peer led outreach programs: a handbook based on the experience of the Avahan India AIDS initiative. Detailed guidelines, best practices and implementation tools. New Delhi: Bills and Melinda Gates Foundation; 2013; Tools 4 and 8 ([https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)).
- 53 Global Prevention Coalition. New directions in measuring combination HIV prevention. A think tank series to align measurement of HIV prevention to the Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: UNAIDS; 2022, p.11 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/New-Directions-in-HIV-Prevention-Measurement-Series-Report-Final.pdf>).
- 54 Innovate–implement–integrate: policy brief on virtual interventions in response to HIV, sexually transmitted infections and viral hepatitis. Geneva: UNAIDS; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/policy-brief_virtual-interventions_en.pdf).
- 55 Linkages. Monitoring guide and toolkit for key population HIV prevention, care, and treatment programs. Geneva: UNAIDS; 2016, p.40 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>).
- 56
- 57 Linkages. Unique identifier codes: guidelines for use with key populations. Durham, NC: FHI 360, Linkages; 2016 (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/drupal/documents/resource-linkages-uic-guidance.pdf>).
- Offering mental health services for LGBTQI+ people in Algeria, Morocco, and Tunisia. Durham, NC: FHI 360; 2022. (https://unitedgmh.org/app/uploads/2025/03/ilovepdf_merged-1.pdf; дата обращения: 24 ноября 2025 г.).
- 58 KELIN, Kenya Key Populations Consortium. “Everyone said no” Biometrics, HIV and human rights: a Kenya case study. Nairobi: KELIN; 2018 (<https://www.kelinkenya.org/wp-content/uploads/2022/12/Everyone-said-no.pdf>).
- 59 Global summary of findings of an assessment of HIV services packages for key populations in six regions. Washington, DC: AMPG Health; 2019; p.15 (<https://www.globalfundadvocatesnetwork.org/wp-content/uploads/2019/04/ASSESSMENT-OF-HIV-SERVICES-PACKAGES-FOR-KEY-POPULATIONS-IN-SIX-REGIONS.pdf>).
- 60 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Tracking HIV outcomes among key populations in the routine health information management system: a systematic review. *Sexes*. 2025;6(3):32 (<https://www.mdpi.com/2411-5118/6/3/32>).
- 61 Rampilo M, Phalane E, Phaswana-Mafuya RN. Piloting the inclusion of the key populations unique identifier code in the South African routine health information management system: protocol for a multiphased study. *JMIR Res Protocols*. 2024;13(1):e55092 (<https://www.researchprotocols.org/2024/1/e55092/>).

- 62 UNAIDS, WHO. The bio-behavioural survey “lite”: a methodology for monitoring programmes providing HIV, viral hepatitis and sexual health services to people from key populations. Implementation tool. Geneva: UNAIDS; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/BBS-lite-tool_en.pdf).
- 63 HIV prevention outcome monitoring toolkit (POMT). Geneva: Global Fund for Fighting AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2024; Annex 2. (https://resources.theglobalfund.org/media/13909/cr_me-measurement-hiv-prevention-programs_guidance_en.pdf).
- 64 Chabata S, Jones HS, Hove T, Ali S, Bansi-Matharu L, Machingura F, Takaruzo A, Matambanadzo P, Dirawo J, Steen R, Busza J, Yekeye R, Mugurungi O, Phillips A, Cowan FM, Hargreaves JR. Decline in HIV prevalence among female sex workers in Zimbabwe between 2013 and 2023 (in press).
- 65 Establishing community-led monitoring of HIV services. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/establishing-community-led-monitoring-hiv-services_en.pdf).
- 66 Resource tracking for HIV prevention research and development. Working Group annual publication. New York: (AIDS Vaccine Advocacy Coalition (AVAC) (<https://www.hivresourcetracking.org/>)).
- 67 Global HIV policy watch. Washington, DC: International Association of Providers of AIDS Care (<https://www.hivpolicywatch.org/>).
- 68 Community engagement monitoring tool manual 2023. Bryanston, South Africa: International Treatment Preparedness Coalition; 2023 (https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2023/09/Community-Engagement-Monitoring-Tool-Manual-Version-1.0_English.pdf).
- 69 The rights–evidence–ACTion (REAct) tool. Brighton: Frontline AIDS; 2021(<https://frontlineaids.org/our-programmes/react/>).
- 70 PEPFAR 2023 country and regional operational plan (COP/ROP). Guidance for all PEPFAR-supported countries. Washington, DC: U.S. Department of State, PEPFAR; 2023; p.109 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2023/02/PEPFAR-2023-Country-and-Regional-Operational-Plan.pdf>).
- 71 SKPA2. Community-led monitoring of HIV services toolkit: a guide for key populations. Surry, New South Wales: Health Equity Matters; 2024 (https://assets.healthequitymatters.org.au/wp-content/uploads/2024/10/04034619/DIGITAL_SKPA-2_CLM_Toolkit_FINAL.pdf).
- 72 Oberth G, Lauer K, Bozinovski J, Mwebe S, Tshuma N, Soboyisi M, et al. Strengthening the use of community-led monitoring data in the HIV response: findings from an operational research initiative in Malawi and South Africa. Gates Open Res Preprint. VeriXiv. 2025;2(12):12.
- 73 Mystery shopper assessment report. Kingston: JFLAG Equality for All Jamaica; 2019 (<https://www.equalityjamaica.org/wp-content/uploads/2021/08/Mystery-Shopper-Assessment-Report.pdf>).
- 74 Moore L, Chersich MF, Steen R, Reza-Paul S, Dhana A, Vuylsteke B. Community empowerment and involvement of female sex workers in targeted sexual and reproductive health interventions in Africa: a systematic review. Globalization Health. 2014;10(1):47 (<https://link.springer.com/article/10.1186/1744-8603-10-47>).

- 75 Kenya Ministry of Health. The successful chase: TSU initiatives reduce HIV risk among key populations in Kenya. Nairobi: Ministry of Health; p.6 (https://cdn.prod.website-files.com/63ff2c1bed17e622bce9c2ea/64f6cf65675d8b902cad104b_Kenya-KP-TSU-Case-Study_FINAL.pdf).
- 76 World Bank. Targeted interventions. India's pathbreaking approach to address the HIV/AIDS epidemic: key successes, lessons and the future. Washington, DC: World Bank; 2012; p.10 (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/818261616735177221/pdf/Targeted-Interventions-India-s-Pathbreaking-Approach-to-Address-the-HIV-AIDS-Pandemic-Key-Successes-Lessons-and-the-Future.pdf>).
- 77 Versteegh L, Amatavete S, Chinbunchorn T, Thammasiha N, Mukherjee S, Popping S. The epidemiological impact and cost-effectiveness of key population-led PrEP delivery to prevent HIV among men who have sex with men in Thailand: A modelling study. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia* 2022;7 ([https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682\(22\)00113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lansea/article/PIIS2772-3682(22)00113-5/fulltext)).
- 78 Там же.
- 79 KPLHS: Key population-led health services. Birkirkara, Malta: International Health Research Institute; 2021 (<https://ihri.org/wp-content/uploads/2022/10/KPLHS-factsheet.pdf>).
- 80 Pengnonyang S, Ramautarsing RA, Janyam S, Chaisalee T, Chanlearn P, Vannakit R. Certification of lay providers to deliver key population-led HIV services in Thailand's National Healthcare System: lessons learned. *J Int AIDS Soc.* 2022;25(7):e25965 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25965>).
- 81 HIV response sustainability primer. Geneva: UNAIDS; 2024 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV%20response%20sustainability%20response%20primer_web.pdf).
- 82 Global HIV Prevention Coalition. Scalable and sustainable HIV primary prevention models for people from key populations; to be published.
- 83 EpiC. Global black gay men connect. Sustaining the HIV response: a report on consultations with key population communities. Version 1. Durham, NC: FHI 360; (2024) (<https://www.fhi360.org/wp-content/uploads/2022/02/resource-epic-report-kp-consultation.pdf>).
- 84 Coleman M, Akolo C, Mbanusi A, Sithole B, Siberry GK, Schowen R, et al. Integrating HIV and primary healthcare for key populations: community-led models from Vietnam, Nigeria and Eswatini. *J Int AIDS Soc.* 2025;28(9):e70027 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.70027>).
- 85 Malaysian AIDS foundation annual report 2023. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation; 2024 (https://maf.org.my/V2/wp-content/uploads/2024/08/Annual-Report-2023_MAF_A4_A_07082024-s.pdf).
- 86 Taking stock of budget advocacy efforts in Eastern Europe, South-Eastern Europe and Central Asia: Kazakhstan country case. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Association; 2021 (<https://old.harmreductioneurasia.org/wp-content/uploads/2022/02/Казахстан-англ.pdf>).
- 87 Sauranbayeva M. Kazakhstan: How advocacy with the Almaty City Deputies led to the allocation of US\$355,000 in 2023 and 2024 for social contracting of HIV prevention interventions among key populations, including community-led harm reduction interventions. Presentation at virtual learning event on 3 September 2024. Influencing the Allocation of Sub-National Public Financing for Community-led HIV Responses in Asia and the Pacific: Strategies and Approaches for Effective Budget Advocacy, convened by UNAIDS and Seven Alliance; 2024.

- 88 Aidsfonds, Love Alliance. Dangerously off track: how funding for the HIV response is leaving key populations behind. Amsterdam: Aidsfonds; 2025; p.5 (https://aidsfonds.org/wp-content/uploads/2024/11/Dangerously_off_track_EN_web.pdf).
- 89 AIDS, crisis and the power to transform: UNAIDS Global AIDS Update 2025. Geneva: UNAIDS; 2025; pp.8 and 55 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update>).
- 90 Stover JG, Mattur D, Siapka M, Pliakas T, Valladares-Cardona R. The impact and cost of reaching the UNAIDS global HIV targets. medRxiv, 2025-07; p.13 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.07.01.25330647v1.full.pdf>).
- 91 Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations. New York: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.12 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 92 Oberth G, Bozinovski J, Lauer K, Rafif N, Sithole S, Mwanza H, et al. Service-level effects of HIV funding cuts in Southern Africa. Findings from a community-led early warning system. Gates Open Research Pre-print. 2025 (<https://verixiv.org/articles/2-94/v1>).
- 93 Impact of the PEPFAR funding freeze on programs for key populations. New York: Global Black Gay Men Connect; 2025; p.13 (<https://gbgmc.org/wp-content/uploads/2025/03/Frozen-Out.pdf>).
- 94 Malaysian AIDS Foundation Annual Report 2021. Kuala Lumpur: Malaysia AIDS Foundation; 2022 (https://mac.org.my/v4/wp-content/uploads/2023/05/Annual-Report-2021_MAC_A4_.pdf); Suleiman A. Seamless care: integrating HIV services into primary health care model; 2024 (https://www.iasociety.org/sites/default/files/EduFund/meeting-material/pakistan/SeamlessCare-IntegrationOfHIVServicesIntoPHC-MalaysiaModel_AnitaSuleiman.pdf).
- 95 Financial dashboard. Geneva: UNAIDS (<https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html>).
- 96 https://hivfinancial.unaids.org/CLR_Systematic_Review_2024-06-06.xlsx
- 97 Там же.
- 98 Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, WHO, UNDP, PEPFAR, University of Manitoba, UNAIDS, et al. Using programmatic mapping to improve program access and coverage for key populations: guidelines for countries. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/sites/default/files/attachments/Programmatic-mapping-to-improve-program-access-and-coverage-of-KPs.pdf>).
- 99 UNAIDS, WHO The BBS-lite implementation tool. Geneva: UNAIDS; 2024; p.10 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/BBS-lite-tool>).
- 100 The community treatment observatory (CTO) model explained: how communities can collect and analyze health data to ensure accountability and drive change. Bryanston, South Africa: International Treatment Preparedness Coalition; 2019 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2019/02/ITPC-CTO-Model-Full-Eng.pdf>).
- 101 Phillips VL, Xue A, Castillo M, Santiago D, Wimply T, Hightow-Weidman LB. Cost of peer mystery shopping to increase cultural competency in community clinics offering HIV/STI testing to young men who have sex with men: results from the get connected trial. Health Econ Rev. 2023;13(1):34 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13561-023-00447-6.pdf>).

