



Стратегии поддержки потребностей беженцев и населения принимающей страны в связи с ВИЧ

Совместная публикация Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН)

КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС «ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА»

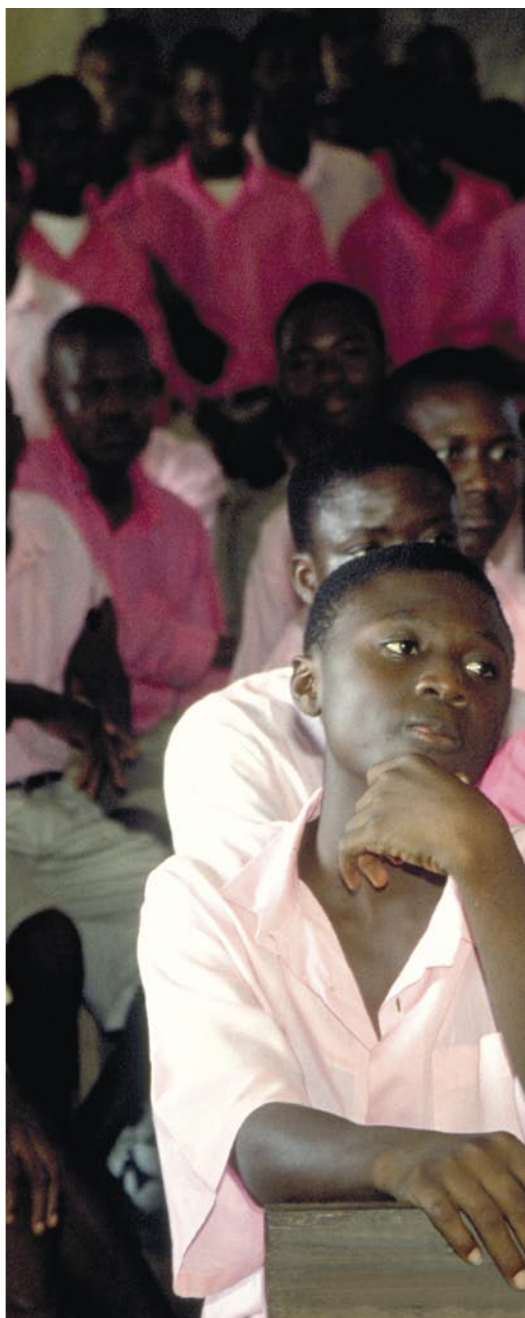
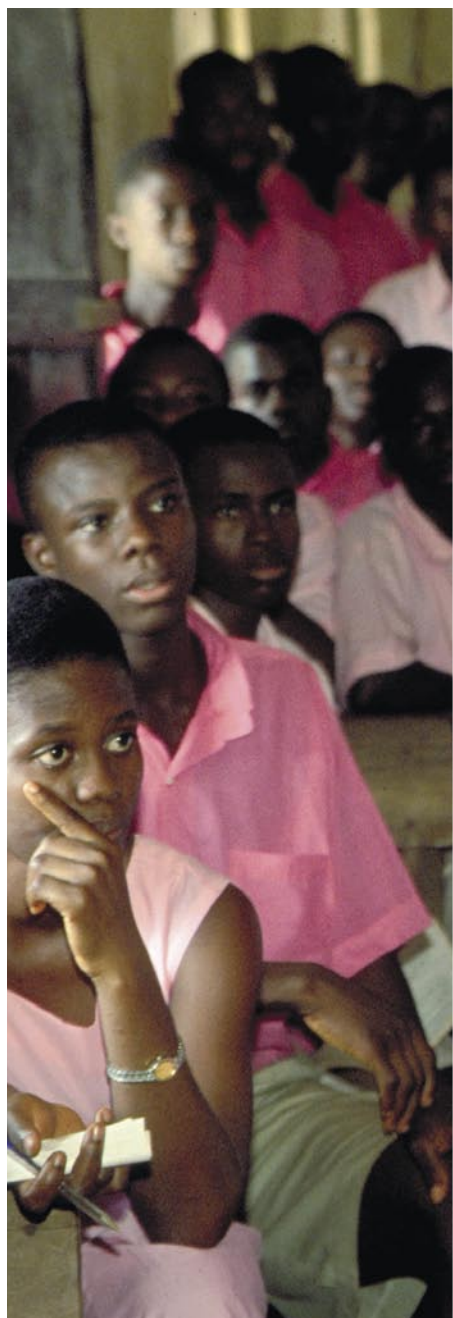


Фото на обложке – ЮНЭЙДС/Л. Тейлор

UNAIDS/06.06R
(перевод на русский язык, февраль 2006 г.)

Оригинал : на английском языке, UNAIDS/05.21E, октябрь 2005 г.:
Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations
A joint publication of the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)
and the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) 2005.

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

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

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

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

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

Данные о публикациях согласно каталогу библиотеки ВОЗ

Стратегии поддержки потребностей беженцев и населения принимающей страны в связи с ВИЧ

(Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика»)
«Совместная публикация Объединенной программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев»
“UNAIDS/05.21E”

Включает библиографические ссылки.

1.ВИЧ-инфекции – профилактика и контроль. 2.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 3.Беженцы. 4.Оказание медицинских услуг. 5.Африка к югу от Сахары. I.ЮНЭЙДС II.УВКБ ООН IV.Серия.

ISBN 92 9 173487 X

(Классификация NLM: WC 503.71)

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland
Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Стратегии поддержки потребностей
беженцев и населения
принимающей страны в связи с ВИЧ

Совместная публикация Объединенной программы
Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
(ЮНЭЙДС) и Управления Верховного комиссара
Организации Объединенных Наций по делам
беженцев (УВКБ ООН)



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

УВКБ • ЮНИСЕФ • МПП • ПРООН • ЮНФПА
ЮНОДК • МОТ • ЮНЕСКО • ВОЗ • ВСЕМИРНЫЙ БАНК



УВКБ ООН

Управление ООН
по делам беженцев

Выражение благодарности

Настоящую коллекцию «Лучшая практика» подготовили: Пауль Шпигель, Андреа Миллер и Мариан Шильпероорд.

Мы также признательны за комментарии и предложения, которые представили:

Лори Бранс, УВКБ ООН; Пол Де Лей, ЮНЭЙДС; Бренда Годдард, УВКБ ООН; Кэтрин Хэнкинс, ЮНЭЙДС; Мэри Хаур-Книпе, МОМ; Терез Джанкерт, ЮНЭЙДС; Рауфу Маку, УВКБ ООН; ПурнимаМане, ЮНЭЙДС; Паттерсон Нджогу, УВКБ ООН; Ричард Сейфман, Всемирный банк; Сюзан Тимберлейк, ЮНЭЙДС; Доминик Тибьямба, УВКБ ООН; Дэвид Уонтейт, УВКБ ООН; Диюдонне Иивеза, УВКБ ООН.

Содержание

Выражение благодарности	2
Сокращения и акронимы	4
Исполнительное резюме	5
Введение	9
Обзорный анализ	10
а) Принципы защиты беженцев	10
б) Положение беженцев	11
в) Цикл перемещения и предоставление услуг в связи с ВИЧ	12
ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Включение вопросов о беженцах в политику и программы принимающей страны	17
ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Осуществление субрегиональных инициатив	23
ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Сочетание гуманитарной финансовой помощи с финансированием в целях развития	27
Заключение	31
Тематическое исследование	
Тематическое исследование 1: Интегрированный подход к информированию о ВИЧ в Танзании	20
Тематическое исследование 2: Преимущества интегрирования программ в связи с ВИЧ в Уганде	21
Тематическое исследование 3: Выгода от реализации Инициативы по СПИДу для региона Великих озер (ГЛИА)	25
Тематическое исследование 4: Получение доступа к дополнительным средствам за счет включения беженцев в программы, осуществляемые правительством Замбии	28
Тематическое исследование 5: Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу (МСП) Всемирного банка для Демократической Республики Конго	30
Приложение	
Приложение 1: Включение беженцев в мероприятия в рамках национального стратегического плана	33
Приложение 2: Включение беженцев в утвержденные заявки по ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда)	35
Приложение 3: Включение беженцев в межстрановые программы по СПИДу для Африки Всемирного банка	37
Литература	39

Сокращения и акронимы

4Р	репатриация, реинтеграция, реабилитация, реконструкция
АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВПЛ	внутренне перемещенные лица
Глобальный фонд	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ДРК	Демократическая Республика Конго
ГЛИА	Инициатива по СПИДу для региона Великих озер Африки
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
МСП	Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу для Африки Всемирного банка
НСП	национальные стратегические планы
ППМР	профилактика передачи от матери ребенку
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССО	стратегия самообеспечения
УВКБ ООН	Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Исполнительное резюме

Нынешнее тяжелое положение беженцев и перемещенных лиц во всем мире является сегодня одной из крупнейших трагедий. В 2005 году глобальное число беженцев и перемещенных лиц увеличилось на 13% и достигло 19,2 миллиона человек. Более четырех миллионов этих беженцев и других перемещенных лиц живут в странах Африки к югу от Сахары.

Эти группы называют группами «людей, которыми занимается» Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН) – ведущее учреждение ООН в области оказания глобальной помощи беженцам и перемещенным лицам. Эти группы могут включать беженцев, гражданских лиц, вернувшихся домой, но по-прежнему нуждающихся в помощи, лиц, перемещенных внутри собственной страны, лиц, ищущих убежища, и лиц без гражданства. Представители этих групп обычно оторваны от своей жизни и семьи, их общинные социальные структуры разрушены и они имеют слабую возможность справляться с ситуацией. Оказавшись в новых «временных» условиях, они борются за выживание на каждом уровне. Поскольку нормальные социальные сети обеспечения безопасности зачастую отсутствуют, женщины и девочки могут подвергаться сексуальному насилию и изнасилованию; кроме того, в целом, широко распространено употребление алкоголя и наркотиков. В то же время услуги по уходу за здоровьем часто минимальны или вообще отсутствуют. Различные сложные факторы, присутствующие в лагерях для беженцев и местах проживания перемещенных лиц, делают этих людей сильно уязвимыми к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ).

В нынешнем мире, пораженном конфликтами, эта ситуация еще более усугубляется в результате того, что число людей, которыми занимается УВКБ ООН, постоянно увеличивается. В то же время в 2004 году общее число людей, живущих с ВИЧ, во всем мире достигло самого высокого уровня за всю историю и составило около 39,4 миллиона человек.¹ Большая часть этих инфекций зарегистрирована в Африке к югу от Сахары – по оценкам, в этом регионе проживало 25,4 миллиона ВИЧ-инфицированных. Предоставление услуг по уходу за здоровьем для всех этих людей составляет очень тяжелую задачу – задачу, которая становится еще труднее при оказании услуг и ухода в связи с ВИЧ.

Многие страны уже испытывают чрезмерное воздействие СПИДа и зачастую не способны или не желают оказывать этим группам населения необходимые для них услуги, связанные с ВИЧ. В результате многие беженцы оказываются в особой ситуации. Им не гарантирована защита в стране происхождения, им часто не оказывается помощь в стране убежища, и они остаются без связанных с ВИЧ услуг, в которых они нуждаются и на которые они имеют право согласно международным документам по правам человека. Такое непредоставление беженцам профилактики и ухода в связи с ВИЧ не только подрывает эффективные усилия по профилактике ВИЧ и уходу, но также препятствует осуществлению эффективной профилактики ВИЧ и ухода среди населения принимающей страны. Поскольку в настоящее время срок пребывания групп беженцев в принимающей стране в среднем составляет 17 лет,² последствия для беженцев и для местного населения очень серьезны.

Удовлетворение связанных с ВИЧ потребностей в контексте ситуации беженцев требует изменения мышления органов управления во многих странах убежища. Невозможно определить фактический срок пребывания беженцев в принимающей стране. Однако критически важно, чтобы в течение этого времени как беженцы, так и население принимающей страны получали все необходимые связанные с ВИЧ услуги, включая услуги, которые требуют долгосрочного финансирования и планирования.

Непредоставление этих мер вмешательства может нанести сильный вред как беженцам, так и населению ВИЧ-инфицированных. С целью удовлетворения связанных с ВИЧ потребностей в контексте ситуации, связанной с беженцами, УВКБ ООН и ЮНЭЙДС выступают за реализацию

лучшей практики, описанной ниже. Обе организации считают, что такая практика позволит создать более эффективные, справедливые и устойчивые рамки с тем, чтобы оказать странам помощь в удовлетворении потребностей беженцев и своих собственных граждан, независимо от того, являются ли они сами перемещенными лицами или принимают беженцев в свои общины.

Лучшая практика для стран, принимающих беженцев

В рамках настоящего исследования УВКБ ООН и ЮНЭЙДС стремятся к тому, чтобы информировать ключевых лиц, вырабатывающих решения, по вопросам, касающимся ВИЧ, и оказать им поддержку для решения проблем, с которыми сталкиваются беженцы, другие группы населения, которыми занимается УВКБ ООН, а также население принимающих стран. Содержание настоящего документа в основном касается региона Африки к югу от Сахары, однако рассматриваемые здесь концепции могут быть применимы к ситуации, связанной с беженцами, в других районах. В настоящем докладе представлен обзор ситуации в следующих областях.

- a) Различные переходные периоды в жизни беженцев – зачастую называемые «циклом перемещения», – которые начинаются с момента наступления сложной чрезвычайной ситуации и длятся до момента реализации долгосрочного решения. В данном контексте в настоящей коллекции «Лучшая практика» описаны возможные взаимосвязи между перемещением людей и уязвимостью беженцев к ВИЧ-инфекции. Здесь также описывается воздействие ВИЧ и различных мер вмешательства с целью профилактики, лечения и ухода в связи с ВИЧ.
- b) Права беженцев, включая, в качестве одного из аспектов, общую ответственность принимающей страны по обеспечению того, чтобы беженцы без какой-либо дискриминации имели доступ к имеющимся связанным с ВИЧ услугам, в том числе к предоставлению антиретровирусного лечения.
- c) Лучшая практика, направленная на поддержку и улучшение качества связанных с ВИЧ услуг, предоставляемых как беженцам, так и населению принимающей страны через интеграцию беженцев, реализацию субрегиональных инициатив и использование комбинированных потоков финансовых средств.

Лучшая практика – пример 1: Включение вопросов о беженцах в национальные программы по здравоохранению и ВИЧ

Включение вопросов о беженцах в национальные программы по здравоохранению и ВИЧ может дать преимущества как беженцам, так и населению принимающей страны. Благодаря интеграции средства, которые в обычной ситуации были бы использованы для создания новых услуг в связи с защитой здоровья и ВИЧ, могут использоваться для усиления местной государственной системы здравоохранения. Это позволяет улучшить услуги, предоставляемые местному населению, а также, как показала практика, повышает экономическую эффективность оказания услуг беженцам.³ Помимо этого, в некоторых случаях беженцы могут быть размещены в удаленных изолированных районах, где местные услуги здравоохранения могут быть недостаточными или же могут вообще отсутствовать. Включение вопросов о беженцах в национальные программы позволяет улучшить инфраструктуру и услуги, что может обеспечить доступ местного населения к услугам в связи со здравоохранением и ВИЧ, которые ранее отсутствовали. Внедрение таких услуг приобретает все большее значение по мере того, как принимающая страна расширяет доступ к профилактике и лечению в связи с ВИЧ.

Лучшая практика – пример 2: Осуществление субрегиональных инициатив

Многие группы стран в Африке к югу от Сахары объединили свои усилия для решения проблемы воздействия миграции и перемещения людей на ВИЧ в различных субрегионах. С помощью доноров и учреждений, работающих в сфере развития, такие страны отложили в сторону политические

противоречия и объединились для разработки субрегиональных планов для удовлетворения связанных с ВИЧ потребностей беженцев и местного населения. Создание таких планов позволяет предоставлять такие услуги мобильным и перемещенным лицам, в том числе беженцам и другим людям, пересекающим границы. Такие мобильные группы населения зачастую не имели никакого иного доступа к связанным с ВИЧ услугам до того, как были созданы указанные субрегиональные инициативы. Такие планы включают предоставление информации о профилактике и товаров. Они также обеспечивают непрерывность лечения и ухода за счет применения стандартизированных протоколов, общих для всех стран. Это позволяет внедрять и предоставлять на постоянной основе антиретровирусное лечение таким мобильным группам населения. Наконец, субрегиональные планы позволяют предоставлять комплексные, интегрированные и скоординированные услуги, а также могут способствовать повышению эффективности программ и снижению расходов на профилактику и уход в связи с ВИЧ.

Лучшая практика – пример 3: Объединение потоков финансовых средств

Включение вопросов о беженцах в национальные программы и политику позволяет улучшить доступ к финансированию как для беженцев, так и для местного населения, проживающих на территории принимающей страны. Обычно финансирование с целью оказания помощи беженцам, включая решение проблем, связанных со здравоохранением и ВИЧ, поступает из гуманитарных финансовых потоков в виде гуманитарной помощи. Относительно простой доступ и минимальные ограничения в связи с получением гуманитарной помощи играют очень важную благоприятную роль во время кризиса. Однако ограниченный срок (приблизительно в течение одного года) реализации рамок финансирования в виде гуманитарной помощи может затруднять процесс долгосрочного планирования мер вмешательства в связи с ВИЧ. В отличие от этого, финансирование для оказания связанных с ВИЧ услуг, предусматриваемое в национальных планах по СПИДу, поступает из потоков финансирования в целях развития. Такое финансирование может осуществляться в течение нескольких лет, однако оно зачастую выделяется для определенных программ, что может ограничивать возможности принимающей страны в плане удовлетворения незапланированных и изменяющихся потребностей, например, потребностей, связанных с перемещением людей. В том случае, когда связанные с ВИЧ потребности беженцев удовлетворяются в контексте существующих национальных и местных планов принимающей страны в связи со здравоохранением и ВИЧ, программы, предназначенные как для местного населения, так и для беженцев, могут дать определенные преимущества благодаря наличию доступа к этим двум различным, но взаимодополняющим потокам финансирования.

Заключение

Конфликты и вынужденное перемещение людей по-прежнему имеют место. В такой ситуации, с точки зрения общественного здравоохранения и программы, более эффективно и рационально удовлетворять связанные с ВИЧ потребности групп населения, затронутых процессом перемещения (беженцев, внутренне перемещенных лиц и населения принимающей страны), используя при этом интегрированный и целостный подход, предпочтительно в рамках национальной стратегии оказания помощи. Такой подход обеспечивает получение беженцами необходимой помощи в связи с ВИЧ. Он также позволяет исключить воздействие процесса перемещения людей на местное население. Учитывая цикл перемещения беженцев, субрегиональные процессы планирования имеют критическое значение для обеспечения координации среди стран, а также непрерывности профилактики и ухода для местного населения, беженцев и лиц, возвращающихся на родину. Интегрирование финансирования для оказания гуманитарной помощи и помощи в целях развития с целью предоставления услуг в связи с ВИЧ беженцам и местному населению оказывается полезным обоим группам населения, поскольку это позволяет улучшить качество и повысить эффективность услуг, а также делает программы более устойчивыми. В настоящем документе УВКБ ООН и ЮНЭЙДС подчеркивают эти преимущества и рассматривают стратегии, которые позволяют улучшить процесс предоставления связанных с ВИЧ услуг как для населения принимающей страны, так и для беженцев.

Введение

Предоставление услуг по уходу за здоровьем беженцам и другим «людям, которыми занимается» Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев (УВКБ ООН), составляет очень сложную задачу – задачу, которая становится еще труднее при оказании услуг и ухода в связи с ВИЧ.

Беженцы оторваны от своей жизни и семьи, их общины и социальные структуры нарушены, а имеющаяся у них возможность справиться с ситуацией очень слабая. Оказавшись в новых «временных» условиях, они борются за выживание на каждом уровне. Поскольку нормальные социальные сети обеспечения безопасности зачастую отсутствуют, женщины и девочки могут подвергаться сексуальному насилию и изнасилованию; кроме того, в целом, широко распространено употребление алкоголя и наркотиков. В то же время услуги по уходу за здоровьем часто минимальны или вообще отсутствуют. Тяжелые условия для беженцев делают этих людей сильно уязвимыми к вирусу иммунодефицита человека.

В нынешнем мире, пораженном конфликтами, эта ситуация еще более усугубляется в результате того, что число людей, которыми занимается УВКБ ООН, постоянно увеличивается. В 2005 году это число выросло на 13% и достигло 19,2 миллиона человек. Более четырех миллионов таких беженцев и других перемещенных лиц живут в Африке к югу от Сахары. В то же время в 2004 году общее число людей, живущих с ВИЧ, во всем мире достигло самого высокого уровня за всю историю и составило около 39,4 миллиона человек.¹ Большая часть этих инфекций зарегистрирована в Африке к югу от Сахары – по оценкам, в этом регионе проживало 25,4 миллиона ВИЧ-инфицированных.

Правительства стран убежища с участием национальных и международных гуманитарных организаций и организаций, оказывающих помощь, стремятся предоставить помощь всем таким группам. Однако многие из этих стран уже испытывают чрезмерное воздействие СПИДа и зачастую неспособны или не желают оказывать этим группам населения необходимые для них услуги, связанные с ВИЧ. Это подрывает эффективные усилия по профилактике ВИЧ и уходу среди беженцев и перемещенных лиц, а также ослабляет эффективность профилактики ВИЧ и ухода среди населения принимающей страны. В настоящее время срок пребывания групп беженцев в принимающей стране в среднем составляет 17 лет², что имеет глубокие последствия как для беженцев, так и для самих принимающих стран.

Предоставление связанных с ВИЧ услуг для групп населения, пострадавших в результате конфликтов, и для перемещенных групп населения составляет трудную и в то же время критически важную задачу. Конвенция 1951 года о статусе беженцев и другие документы о правах человека предусматривают, что страны убежища обязаны обеспечить беженцам равноправный и недискриминационный доступ к существующим услугам здравоохранения. Однако, несмотря на это, потребности беженцев в связи с ВИЧ редко включаются в мероприятия, осуществляемые странами в ответ на эпидемию СПИДа, в частности в национальные планы по СПИДу и/или национальные предложения в связи со СПИДом, направляемые основным донорам.⁵ Это отрицательно сказывается на обеспечении потребностей в профилактике и уходе в связи с ВИЧ и подрывает усилия как самих беженцев, так и населения принимающей страны.

УВКБ ООН и ЮНЭЙДС рекомендуют включать в интегрированном виде медицинский уход за беженцами в национальные стратегические планы и другие программы и политику, касающиеся ВИЧ. Настоящая публикация с описанием примеров лучшей практики демонстрирует ценность такого подхода и потребность в нем. Здесь также рассматриваются обстоятельства, которые делают ситуацию беженцев уникальной, анализируется то, каким образом меры принимающей страны по управлению ситуацией беженцев влияют на местное население, и приводятся предложения для удовлетворения потребностей беженцев, живущих с ВИЧ.

Кроме того, в настоящем документе пропагандируется идея о том, что субрегиональные инициативы оказываются особенно эффективными при работе с беженцами, внутренне перемещенными лицами и теми, кто возвращается на родину. Такие группы перемещенного населения особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции. Этот фактор побудил ряд стран проанализировать свои возможности, не ограничиваясь при этом своими национальными программами и территориями, с целью удовлетворения их потребностей. Субрегиональные инициативы призывают к разработке политики и мер вмешательства в связи с ВИЧ, охватывающих несколько стран, с тем чтобы эти маргинализованные группы имели доступ к комплексным мерам вмешательства в связи с ВИЧ.

Наконец, в настоящем исследовании анализируется нынешняя ситуация в сфере финансирования мер вмешательства; какие средства имеются и из каких источников поступают; что еще требуется и почему включение беженцев в национальные программы и политику в связи с ВИЧ является полезным как для населения стран убежища, так и для стран происхождения.³

Обзорный анализ

а) Принципы защиты беженцев

Согласно Статье 23 Конвенции о статусе беженцев 1951 года, государства-участники обязаны предоставлять беженцам, законно проживающим на их территории, то же положение в отношении «правительственной помощи и поддержки», каким пользуются их граждане, включая медицинский уход. Кроме того, международное право в области прав человека признает право каждого человека на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, согласно Статье 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, включая доступ к медицинскому обслуживанию и медицинскому уходу в случае заболевания. Право на здоровье также признается в ряде других международных и региональных документов о правах человека.^a

Согласно Комитету по экономическим, социальным и культурным правам, Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах «запрещает любую дискриминацию по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, религии, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, имущественного положения, рождения, физических или психических недостатков, состояния здоровья (включая ВИЧ/СПИД), сексуальной ориентации и гражданского, политического, социального или иного статуса в отношении доступа к основным услугам здравоохранения и основополагающим предпосылкам здоровья, а также к средствам и возможностям для их получения, которая имеет намерением или следствием отмену или нарушение равного пользования правом на здоровье».^b

Правительства обязаны обеспечить, чтобы беженцы, внутренне перемещенные лица и лица, возвращающиеся на родину, могли пользоваться, без дискриминации, правом на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. По этой причине указанные группы должны иметь доступ, без какой-либо дискриминации, к существующим национальным программам по здравоохранению и ВИЧ или к эквивалентным услугам в связи со здравоохранением и ВИЧ, предоставляемым в рамках гуманитарной помощи.

Помимо права на медицинский уход, политика принимающей страны в отношении беженцев должна осуществляться на основе фундаментальных принципов, присущих другим соответствующим правам человека. Эти принципы должны включать среди прочего право на отсутствие дискриминации,

^a См. среди прочего Статью 5 (е) (iv) Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации 1965 года, Статьи 11.1 (f) и 12 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин 1979 года и Статью 24 Конвенции о правах ребенка 1989 года. Ряд региональных документов о правах человека также признает право на здоровье, например, Европейская социальная хартия 1961 года в своем пересмотренном варианте (Статья 11), Африканская хартия прав человека и народов 1981 года (Статья 16) и Дополнительный протокол к Американской конвенции о правах человека в области экономических, социальных и культурных прав 1988 года (Статья 10).

^b Комитет по экономическим, социальным и культурным правам, Замечание общего порядка № 14 (2000), пункт 18.

право на частную жизнь и право на свободу и безопасность личности. Исходя из этого, УВКБ ООН и ЮНЭЙДС решительно выступают против обязательного тестирования на ВИЧ или политики в сфере здравоохранения, направленной на беженцев, указывая на то, что такая политика не служит целям общественного здравоохранения. УВКБ ООН и ЮНЭЙДС придерживаются положения о том, что ВИЧ-статус человека ни в коей мере не должен влиять на его права как беженца, включая защиту против высылки из страны. (Запрещение высылки представляет собой концепцию, изложенную в Конвенции ООН о статусе беженцев, которая запрещает государствам принудительно возвращать назад беженца или лицо, ищущее убежища, на территории, где их жизни или свободе угрожает опасность вследствие их расы, религии, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений).

Международные стандарты в отношении тестирования на ВИЧ требуют применения трех принципов в любой ситуации тестирования на ВИЧ: информированное согласие, конфиденциальность и консультирование. Кроме того, требуются меры, нацеленные на обеспечение услуг, связанных с направлением к специалистам и оказанием поддержки. УВКБ ООН и ЮНЭЙДС поддерживают широкий доступ к тестированию на ВИЧ как путь к повышению эффективности усилий по профилактике и лечению. Однако они также подчеркивают, что тестирование на ВИЧ получит широкое распространение только в условиях, когда органы управления обеспечат защиту против стигмы и дискриминации, а также доступ к уходу и лечению.

в) Положение беженцев

В ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, состоявшейся в 2001 году, правительства признали, что «население, дестабилизированное вооруженным конфликтом ..., включая беженцев, внутренних переселенцев и особенно женщин и детей, подвержено повышенному риску инфицирования ВИЧ». В ходе этого, а также многих других форумов было четко подтверждено, что ВИЧ является критическим фактором, который следует учитывать в контексте вынужденного перемещения людей.

1. Однако отношение между уязвимостью к ВИЧ и конфликтом и перемещением населения носит сложный характер и зависит от различных факторов, специфических для определенной ситуации.⁴⁻⁶ Например, существует общее неверное представление о том, что беженцы «приносят с собой ВИЧ». Это зачастую не так. Некоторые беженцы прибывают из районов с более низким показателем распространенности ВИЧ по сравнению с тем же показателем среди принимающих общин; другие прибывают из регионов с более высоким показателем распространенности. Кроме того, уязвимость беженцев и местного населения к ВИЧ⁶ могут повышать или ослаблять многие сложные и часто противоречащие друг другу факторы, специфические для определенного контекста, включая следующее:

- распространенность ВИЧ среди местного населения в стране предоставления убежища;
- интенсивность взаимодействия между местными и перемещенными группами населения;
- степень снижения мобильности и изолированности перемещенного населения вследствие конфликта и перемещения;
- то, в какой мере беженцы, лица, возвращающиеся на родину, и внутренне перемещенные лица имеют *меньший* доступ по сравнению с местным населением к программам профилактики ВИЧ, в том числе к информации, просвещению и средствам профилактики в связи с ВИЧ (презервативам, услугам для лечения при инфекциях, передающихся половым путем, конфиденциальному добровольному тестированию и консультированию); и

- то, в какой мере беженцы, лица, возвращающиеся на родину, и внутренне перемещенные лица имеют *большой* доступ по сравнению с местным населением к программам профилактики ВИЧ, напр., беженцы, получающие национальную и международную помощь, такую как помощь под эгидой УВКБ ООН.

По этой причине чрезвычайно важно повышать уровень понимания обстоятельств, зависящих от контекста жизни беженцев, перемещенных лиц и соответствующих групп населения принимающей страны, и использовать эти обстоятельства для руководства политикой и программами в связи с ВИЧ. Страны, предоставляющие убежище, также должны признавать, что для успешного осуществления мер в ответ на эпидемию СПИДа среди собственного населения им следует включать беженцев, которые живут среди или вблизи такого населения.⁷ В свою очередь страны происхождения должны разрабатывать национальные программы и политику в связи с ВИЧ, направленные на внутренне перемещенных лиц, а также на беженцев, возвращающихся домой.

В принимающих странах беженцев зачастую размещают в удаленных и недоступных районах, где программы в связи с ВИЧ могут быть менее развитыми. По этой причине интегрированное улучшение мер вмешательства в связи с ВИЧ для беженцев и местного населения принимающей страны, безусловно, приведет к улучшению услуг для обеих общин. В принимающих странах, где имеются беженцы и внутренне перемещенные лица, проживающие в городских районах, необходимо прилагать особые усилия с целью охвата указанных групп населения, которые зачастую не учтены и не получают прямой материальной помощи или услуг через правительство принимающей страны или гуманитарные организации.⁸⁻¹⁰

В ходе специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу правительства призвали «все учреждения Организации Объединенных Наций, региональные и международные организации, а также неправительственные организации, занимающиеся оказанием международной помощи странам и регионам, пораженным конфликтами, ... включить в свои планы и программы элементы профилактики ВИЧ/СПИДа, ухода и распространения информации».¹¹ Тем не менее принимающие страны редко включают в свои стратегии, политику и программы вопросы, касающиеся беженцев (см. Приложение 1), а их потребности в целом не рассматриваются в предложениях, направляемых основным донорам или финансируемых ими (см. Приложения 2 и 3).⁷ Это подрывает эффективные усилия по профилактике и уходу в связи с ВИЧ, направленные как на беженцев, так и на население принимающей страны.

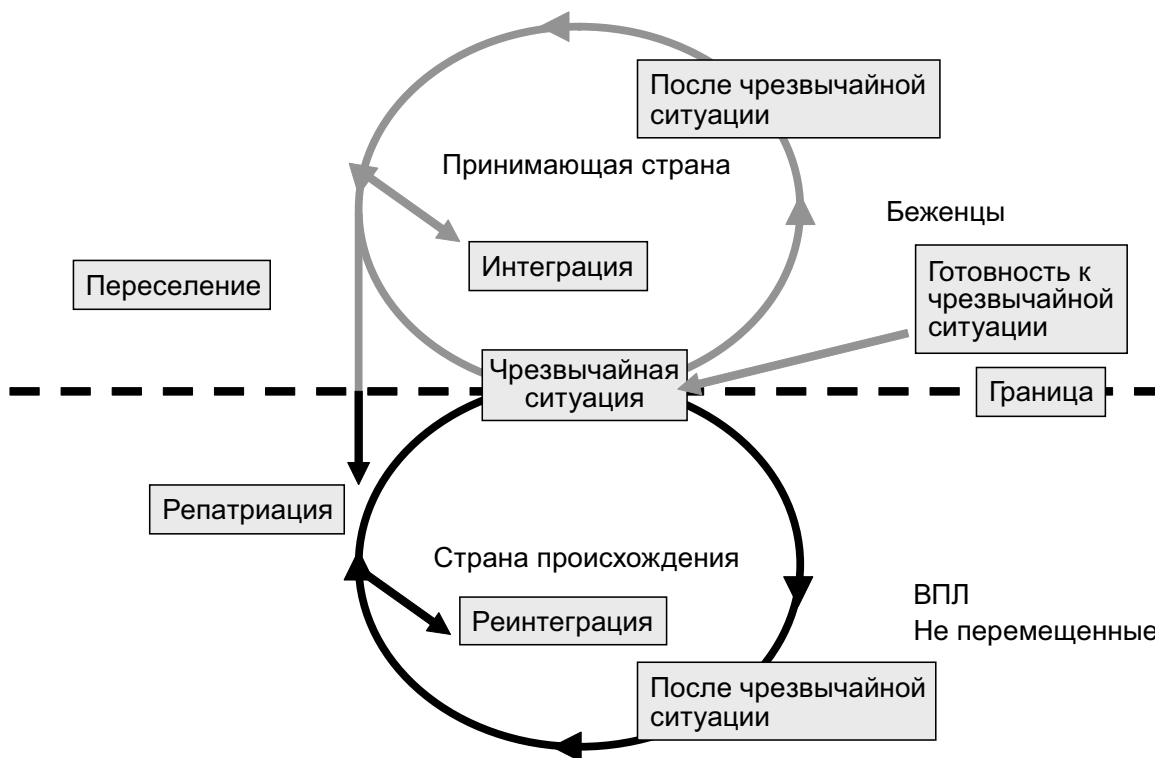
с) Цикл перемещения и предоставление услуг в связи с ВИЧ

Перемещение беженцев в страны, предоставляющие убежище, оказывает огромное воздействие не только на их жизнь, но также на жизнь принимающих общин. Беженцы обычно прибывают в принимающую страну с тем, чтобы избежать преследования, конфликта или иной чрезвычайной ситуации в их родной стране. Таким образом начинается период, который часто характеризуется нестабильностью, а иногда частым перемещением людей – этот период обычно называют «*циклом перемещения*» (см. рисунок 1).

Данный цикл представлен на рисунке в упрощенном виде и включает три основных переходных стадии, хотя в течение этого периода может иметь место дополнительное перемещение, а подгруппы населения могут находиться в различных переходных фазах. Первую фазу обычно называют «*фазой чрезвычайной ситуации*»; она ассоциируется с наступлением сложной чрезвычайной ситуации, которая зачастую вынуждает людей покинуть свою родную страну и искать убежища в другой стране. Вторая фаза или «*фаза после чрезвычайной ситуации*» характеризуется большей стабильностью, когда зачастую беженцам предоставляется возможность получить доступ к более комплексным услугам в стране получения убежища. На *третьей и заключительной стадиях* беженцы имеют возможность вернуться домой, переселиться в третью страну или интегрироваться в население принимающей страны.

Условия жизни беженцев в рамках цикла перемещения зависят от многих сложных взаимодействующих факторов, включая общее число беженцев, пересекающих границу, наличие земли и других ресурсов в принимающей стране и длительность и интенсивность конфликта и/или чрезвычайной ситуации в стране происхождения. В ходе цикла перемещения существует ряд ключевых проблем и возможностей, связанных с удовлетворением потребностей в связи с ВИЧ как для беженцев, так и населения принимающей страны.

Рисунок 1: Цикл перемещения беженцев



i. Фаза чрезвычайной ситуации

Первая фаза или фаза чрезвычайной ситуации может характеризоваться чрезвычайными трудностями, включая лишение жилья, пищи и безопасности, не говоря уже об услугах здравоохранения и информации. Такие трудности могут повышать уязвимость беженцев и/или населения принимающей страны к ВИЧ-инфекции, поскольку в таких ситуациях часто отмечается рост сексуального насилия в отношении женщин и детей, развитие коммерческого секса и увеличение числа половых партнеров, рост числа инфекций, передающихся половым путем, и повышение вероятности контакта с небезопасной кровью и применения небезопасной инъекционной практики, что также дополняется снижением доступа к презервативам, а также к услугам здравоохранения и информации в связи с ВИЧ.

Рекомендуемые меры вмешательства в связи с ВИЧ

Руководящие принципы осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайной ситуации, представленные Межучрежденческим постоянным комитетом,¹² рекомендуют минимальный набор мер вмешательства, которые должны осуществлять органы управления. Эти меры включают, без ограничения, следующее: (i) создание механизмов координации; (ii) предоставление доступа к базовому медицинскому уходу для наиболее уязвимого населения; (iii) обеспечение поставок безопасной крови; (iv) выполнение универсальных мер предосторожности; (v) предоставление основных материалов для просвещения по вопросам ВИЧ; (vi) обеспечение презервативами; (vii) проведение

синдромного лечения при наличии инфекций, передающихся половым путем; (viii) обеспечение должного ухода за потребителями инъекционных наркотиков; (ix) устранение последствий сексуального насилия; и (x) обеспечение безопасных для матерей родов. Эти услуги также составляют основу для осуществления более комплексных мер вмешательства (напр., конфиденциального консультирования и тестирования и профилактики передачи от матери ребенку), которые должны иметь место в периоды более высокой стабильности.

ii. Фаза после чрезвычайной ситуации или фаза стабилизации

Вторая фаза или фаза после чрезвычайной ситуации ассоциируется с повышением уровня стабильности. Показатели смертности снижаются, а основные потребности уже должны быть обеспечены (напр., потребности в продовольствии, воде и жилье). В течение этого периода инфекционные заболевания могут быть локализованы и возможно осуществление дополнительных, более комплексных мер вмешательства для профилактики передачи ВИЧ, а также для предоставления поддержки, ухода и лечения в связи с ВИЧ.

Рекомендуемые меры вмешательства в связи с ВИЧ

Меры вмешательства в связи с ВИЧ должны быть расширены с целью включения комплексных программ для предупреждения сексуального насилия; профилактики после контакта; целенаправленных материалов для информирования, просвещения и коммуникации среди групп высокого риска, в том числе среди потребителей инъекционных наркотиков, работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; добровольного консультирования и тестирования; услуг по защите репродуктивного здоровья молодежи; и услуг для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Кроме того, людям, живущим со СПИДом, следует предоставить паллиативный уход и поддержку на дому. Другие меры вмешательства для ухода и лечения включают профилактику и лечение при оппортунистических инфекциях и антиретровирусную терапию.

iii. Долговременные решения: репатриация, местная интеграция и переселение

На заключительной стадии цикла беженцы готовятся к: (i) репатриации в свою страну; (ii) местной интеграции в принимающей стране; или (iii) переселению в третью страну. В течение этого периода политика и практика могут вызывать у ВИЧ-инфицированных беженцев чувство уязвимости и изолированности. Это может быть обусловлено тем, что беженцев заставляют пройти обязательное тестирование на ВИЧ, беженцы, живущие с ВИЧ, могут подвергаться дискриминации, их ВИЧ-статус может доводиться до сведения органов управления, существует угроза распада семьи, они могут быть лишены постоянного доступа к мерам вмешательства в связи с ВИЧ, в том числе доступа к антиретровирусной терапии.

Показатель распространенности ВИЧ среди групп беженцев, возвращающихся в свою страну происхождения, может быть ниже или выше или таким же, как показатель распространенности ВИЧ среди местного населения или их соотечественников, которые остаются в стране происхождения. Каждая ситуация является уникальной и должна рассматриваться в зависимости от контекста. Беженцы, которые получали помощь через программы по ВИЧ, осуществляемые национальными и международными неправительственными организациями и правительствами принимающих стран, могут иметь более высокий уровень знаний о ВИЧ и в меньшей степени подвергать себя риску заражения ВИЧ, по сравнению с перемещенными лицами или внутренне перемещенными лицами в своей родной стране. Кроме того, многие беженцы проходят обучение и вырабатывают важные навыки в связи с ВИЧ, которые они могут использовать в своей стране.¹³ Связанные с ВИЧ услуги должны предоставляться в первую очередь в стране происхождения. Чтобы избежать стигмы и дискриминации и добиться более широкого эффекта, общая политика и программы в связи с ВИЧ должны быть направлены на всех людей в области возвращения и быть интегрированными, а не рассчитанными только на тех, кто вернулся домой, внутренне перемещенных лиц или другие группы.

Эти и другие связанные с развитием инициативы нуждаются в поддержке со стороны правительства и учреждений, оказывающих помощь. В своей программе «4Р» (репатриация, реинтеграция, реабилитация и реконструкция) УВКБ ООН призывает использовать дополнительные ресурсы для поддержки национального развития с тем, чтобы гарантировать в будущем стабильность в стране и избежать повторения крупномасштабных ситуаций с беженцами. Разработка адекватных программ в связи с ВИЧ должна составлять важнейшую часть любого плана для устойчивой реинтеграции. Организации, предоставляющие помощь, и организации-доноры должны поощрять и поддерживать включение услуг в связи с ВИЧ в процесс реализации программы «4Р». Беженцы, покидающие страны убежища, где предоставляется антиретровирусная терапия, должны быть уверены в том, что такое лечение будет продолжено в течение периода репатриации и после его завершения. Если такие важнейшие препараты и лечение не предоставляются или отсутствуют, беженцы, которые могли бы захотеть вернуться домой, предпочитают остаться в принимающей стране.

В случаях, когда беженцы не репатрируются, а желают и могут интегрироваться в местное население, УВКБ ООН выступает за реализацию долгосрочных решений, таких как программы «Развитие через местную интеграцию и помощь беженцам в целях развития», которые помогают осуществить данный процесс. Эти программы нацелены на районы, куда прибывают беженцы, и, в частности, помогают снизить нагрузку на страны убежища. Они включают оказание целевой помощи, что дает беженцам возможность повысить свою продуктивность и помогает им интегрироваться в принимающую общину. Такая помощь также может снижать вероятность рискованного поведения, которое часто ускоряет процесс распространения ВИЧ.

Беженцы, которые не имеют возможности безопасно вернуться домой или же остаться в стране убежища, могут стремиться к тому, чтобы переселиться в третью страну. Несмотря на то что в некоторых странах для переселения требуется медицинский осмотр до переезда, включая тестирование на ВИЧ, беженцу не следует отказываться в переселении на основании его или ее ВИЧ-статуса. Беженца ни в коем случае нельзя высылать обратно в его страну на основании его ВИЧ-статуса. Если до переезда проводится тестирование, необходимо соблюдать международные стандарты, указанные выше в отношении добровольного консультирования и тестирования, включая профессиональное консультирование до и после тестирования, а также обеспечение конфиденциальности результатов.

Рекомендуемые меры вмешательства в связи с ВИЧ

Мероприятия по профилактике ВИЧ в лагерях для беженцев должны осуществляться постоянно. Однако перед возвращением беженцев в собственную страну следует прилагать усилия для интенсификации существующих программ. В частности, необходимо распространять пакеты для репатриантов в связи с ВИЧ, включающие материалы по информированию, просвещению и коммуникации на соответствующих местных языках и презервативы, а также проводить соответствующее обучение по проблеме ВИЧ. Во многих районах, куда возвращаются беженцы, программы в связи с ВИЧ либо слабо развиты, либо вообще отсутствуют. По этой причине в этих районах, до и в процессе репатриации, следует проводить широкие информационные кампании и осуществлять более комплексные просветительские программы с тем, чтобы снизить вероятность общей дискриминации репатриантов, а также любой дискриминации и неправильного информирования в связи с ВИЧ.

В случаях, когда беженцы не могут репатрироваться, но имеют возможность для местной интеграции или переселения в третью страну, ВИЧ-статус не должен служить препятствием. Странам, которые требуют тестирования на ВИЧ для местной интеграции или переселения, следует автоматически делать исключение для беженцев, имеющих положительный результат теста на ВИЧ.

ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Включение вопросов о беженцах в политику и программы принимающей страны

Введение

В период с 1993 по 2003 годы средняя продолжительность ситуаций, связанных с беженцами, значительно увеличилась – с девяти до 17 лет.² В течение этого периода беженцы зависят от правительства принимающей страны и местного населения, а также там, где это необходимо, от гуманитарных организаций, которые обеспечивают важнейшие потребности, включая медицинский уход. Зачастую для удовлетворения таких потребностей просто не хватает ресурсов.

В ответ на отсутствие ресурсов и постоянную потребность в улучшении координации в рамках международного сообщества ЮНЭЙДС, в сотрудничестве с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) и Всемирным банком, инициировала дискуссии с целью разработки набора ключевых принципов, получивших название «три принципа».¹⁴ Эти принципы включают: (i) **единые** согласованные рамки действий по ВИЧ/СПИДу, обеспечивающие основу для координации действий всех партнеров (ii) **единый** национальный координирующий орган по СПИДу, имеющий широкие межсекторальные полномочия; и (iii) **единую** согласованную национальную систему мониторинга и оценки. Очень важно, чтобы беженцы были включены в качестве заинтересованных участников в процесс планирования «трех принципов». Включение помощи беженцам в политику и программы принимающей страны служит в качестве важнейшего звена для получения дополнительных ресурсов, необходимых для осуществления мер в ответ на СПИД, а также является критическим компонентом для эффективной борьбы с эпидемией.

Тем не менее показатель успешной интеграции вопросов, связанных с беженцами, в национальные стратегические планы в лучшем случае оказывается неодинаковым. В 2004 году 29 стран Африки приняли у себя более 10 000 беженцев. УВКБ ООН проанализировало 25 (89%) национальных стратегических планов и обнаружило, что 17 (68%) таких планов включали вопросы, связанные с беженцами, в то время как восемь планов (32%) такие вопросы не включали. Одиннадцать (44%) из представленных планов включали описание конкретных мероприятий для беженцев, в то время как 14 планов (56%) этого не включали (см. Приложение 1).

Двадцать пять из 28 стран (89%) направили предложения, содержащие компонент по ВИЧ, в Глобальный фонд. Тринадцать (52%) стран, направивших предложения, включили вопросы, связанные с беженцами, в то время как остальные 12 (48%) стран этого не сделали. Восемь (32%) стран указали конкретные мероприятия для беженцев, в то же время 17 (68%) стран этого не сделали (см. Приложение 2).

Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу для Африки (МСП) Всемирного банка также профинансировала проекты в связи с ВИЧ в 19 (67%) из 28 стран Африки, принимавших беженцев. В этой группе 14 (74%) стран включили вопросы, связанные с беженцами; пять (26%) стран этого не сделали. Лишь девять (47%) таких стран включили мероприятия для беженцев, в то время как остальные 10 (53%) стран этого не сделали (см. Приложение 3).

Включение вопросов о беженцах в программу и политику в связи с ВИЧ приносит пользу беженцам и местному населению

Включение вопросов о беженцах в национальные стратегические планы и другие национальные программы и политику в связи с ВИЧ и СПИДом может принести большую пользу населению принимающей страны. Группы беженцев зачастую привлекают дополнительные ресурсы в виде гуманитарной помощи в отдаленные районы своего проживания, где услуги часто недостаточно развиты. Это дает различные преимущества местному населению. Например, в Гвинее финансирование с целью оказания медицинских услуг беженцам было использовано для улучшения местной системы здравоохранения.² Это позволило организациям, оказывающим помощь, избежать расходов, связанных с созданием дублирующей системы, и в то же время позволило снизить затраты в связи с оказанием помощи беженцам. В районах, где местные системы отсутствуют, местные общины зачастую могут пользоваться медицинскими услугами, которые предоставляются гуманитарными организациями в лагерях для беженцев. Это позволяет им получить доступ к основным медицинским услугам и важнейшим мерам вмешательства в связи с ВИЧ, а также обеспечивает развитие инфраструктуры для проведения антиретровирусной терапии. Включение вопросов о беженцах в национальные программы помогает добиться следующих преимуществ:

i. Позволяет получить доступ к дополнительным ресурсам

В некоторых случаях включение вопросов о беженцах в национальные программы позволило принимающим странам получить доступ к дополнительным ресурсам для своего населения. Например, в 2001 году Правительство Республики Замбия предприняло многолетний проект с объемом финансирования 25 миллионов долларов США под названием «Инициатива Замбии» (*Zambia Initiative*). Целью данного проекта было «снижение нищеты, увязывание помощи в виде пособий с помощью в целях развития и содействие миру и стабильности в районах Замбии, принимающих беженцев».¹⁵ Эта программа, поддержанная в основном за счет двустороннего финансирования, позволила оказать помощь в целях развития, которая пошла на благо беженцам и местным общинам, проживающим в западной провинции Замбии. Для получения средств было выбрано несколько мер вмешательства, включая меры вмешательства в связи с ВИЧ и СПИДом. В ходе последнего раунда финансирования данной инициативы шведское правительство предоставило деньги для программ осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ, включая организацию центра для быстрого оказания услуг в связи с ВИЧ.¹⁶

ii. Позволяет избежать создания параллельных услуг и систем и в то же время снизить затраты на услуги здравоохранения для местного населения и беженцев

Организация параллельных услуг в связи с ВИЧ для беженцев не только требует значительных средств и подразумевает дублирование, но также может оказаться вредным для существующих систем. Гуманитарные организации часто могут платить более высокую зарплату по сравнению с национальной системой здравоохранения. Это может приводить к утечке компетентных национальных сотрудников из государственных служб здравоохранения, оказывающих связанные с ВИЧ и другие сопутствующие услуги местному населению. Кроме того, организация дублирующих и зачастую более эффективных систем может привести к возникновению факторов неравенства, которые могут создавать напряженность между беженцами и населением принимающей страны.¹⁷

Как показала практика, привлечение ресурсов для усиления имеющегося потенциала требует намного меньше средств, чем разработка совершенно новых и зачастую дублирующих друг друга структур.³ В Гвинее, где УВКБ ООН платило Правительству за то, что беженцы пользовались местной системой здравоохранения на основе оплаты по факту оказания услуги, общие ежегодные расходы на человека были намного ниже расходов на

оказание таких услуг в лагерях – соответственно около 4 долларов США по сравнению с 20 долларами США³.

iii. Позволяет улучшить качество местных медицинских услуг

Включение вопросов о беженцах в национальную систему здравоохранения может обеспечить ценные ресурсы, необходимые для улучшения качества местных медицинских услуг. Опять же, если взять пример Гвинеи, правительство предоставило беженцам доступ к государственным медицинским услугам на основе оплаты по факту оказания услуги. Ресурсы, полученные в рамках программ для беженцев, были использованы в качестве финансовых средств, необходимых для создания новых центров здравоохранения, а также для улучшения работы существующих центров в районах размещения беженцев. Это оказалось полезным не только для групп беженцев, но также для граждан Гвинеи, проживающих в этом районе, которые получили доступ к более качественному медицинскому обслуживанию.

iv. Позволяет устранить препятствия на пути предоставления услуг, включая антиретровирусное лечение

В удаленных и сильно изолированных районах число беженцев иногда превышает численность принимающих общин. В таких районах службы и инфраструктура, созданные для беженцев, могут оказаться единственными доступными для принимающей общины или же могут предоставлять дополнительные услуги, отсутствующие в районе. Очевидно, создание интегрированных служб здравоохранения может принести дополнительные выгоды принимающему населению и, в частности, может оказаться особенно полезным для проведения антиретровирусного лечения по мере его появления.

Ряд стран, принимающих беженцев, уже направили формальные заявки во Всемирную организацию здравоохранения для получения помощи с целью расширения масштабов антиретровирусного лечения. Для здоровья беженцев и жителей принимающих общин очень важно, чтобы помощь беженцам включалась в эти и во все другие заявки в рамках проектов антиретровирусного лечения. Инфраструктура, создаваемая для лагерей беженцев, например, улучшение транспортной системы, наращивание человеческого потенциала и обучение, способствует внедрению антиретровирусного лечения для беженцев и принимающего населения, в частности, в условиях, где ресурсы сильно ограничены.

Кроме того, помимо терапевтического эффекта, внедрение антиретровирусного лечения должно способствовать снижению уровня передачи ВИЧ среди беженцев и местного населения, а также между этими группами, в результате уменьшения вирусной нагрузки, что связывалось со снижением риска заражения этим вирусом. Как показала практика, предоставление антиретровирусного лечения также усиливает стимулы для использования конфиденциальных и добровольных услуг по консультированию и тестированию.¹⁸ Такой рост практики тестирования позволяет привлекать людей, которые, в противном случае, могут не посещать медицинских учреждений, где лица, имеющие положительный или отрицательный результат теста, могут получить специальную информацию или услуги по профилактике. По мере того как все большее число людей узнают свой ВИЧ-статус и получают дополнительную информацию о заболевании, стигматизация и дискриминация, которые зачастую сопровождают ВИЧ, могут уменьшаться.

v. Позволяет снизить дискриминацию и стигму

Включение вопросов о беженцах в программы принимающей страны помогает устранять неверные представления о том, что «ВИЧ присущ не нашей, а их общине». Во многих

случаях беженцы получают более широкий доступ к информации о профилактике и уходе в связи с ВИЧ через гуманитарную помощь, чем население принимающей страны.

Например, в июле и августе 2004 года в трех лагерях для беженцев в Кении была показана передвижная выставка фотографий людей, живущих с ВИЧ, под названием «Позитивная жизнь» (Positive Lives), спонсируемая УВКБ ООН и Фондом ООН в области народонаселения. Выставка была дополнена мероприятиями, стимулирующими широкое обсуждение населением сопутствующих проблем дискриминация и стигмы, включая просвещение через лиц одного круга, рекламу и распространение презервативов, уличные театрализованные представления и спортивные мероприятия. Эта инициатива дала беженцам важные возможности получить ответы на свои вопросы, а также информацию о профилактике и уходе в связи с ВИЧ. Это также позволило изменить представления и уменьшить дискриминацию и стигму среди участников.

Тематическое исследование 1: Интегрированный подход к информированию о ВИЧ в Танзании

В лагере для беженцев в Кибондо, Танзания, местная организация *Stop AIDS*, созданная беженцами, установила контакты с танзанийской сетью услуг для защиты здоровья и развития людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (*Service Health and Development for People Living with HIV/AIDS*), – группой, работающей среди местного населения принимающей страны, – для информирования и просвещения по вопросам ВИЧ как беженцев, так и местного населения. Эта группа осуществляла просветительские мероприятия и программы по профилактике в средних школах, а также среди молодежи и подростков в рамках внешкольных мероприятий. Обе группы также проводили совместную работу с целью организации совместных концертов и массовых кампаний в школах и общественных местах, где их члены выступали открыто и помогали просвещать участников по вопросам, касающимся жизни с ВИЧ. В будущем многие члены организации *Stop AIDS*, учащиеся в университете Тумаини в Иринге, планируют расширить свою деятельность и охватить студентов этого университета. Кроме того, Христианская служба для беженцев Танганьики, неправительственная организация, поддерживающая группы организации *Stop AIDS* в лагерях беженцев, планирует начать осуществление программы «Мужчины против СПИДа в Танзании». Эта программа будет включена в работу, которую уже проводят члены организации *Stop AIDS* в лагерях для беженцев.

Тематическое исследование 2: Преимущества интегрирования программ в связи с ВИЧ в Уганде

В 1998 году правительство Уганды, Директорат беженцев и УВКБ ООН начали дискуссии по вопросу реализации стратегии самообеспечения (ССО). Эта стратегия была разработана, чтобы нейтрализовать нагрузку, которую испытывали на себе правительства принимающих стран в ходе затянувшихся кризисных ситуаций, связанных с беженцами. Общая цель этой стратегии была направлена на «повышение уровня жизни населения в районах Мойо, Аруа и Аджумани, включая беженцев». Для этого стратегия предусматривала повышение уровня самообеспечения продовольствием, расширение доступа к социальным услугам, таким как здравоохранение и образование, и наращивание потенциала местных органов управления для планирования и оказания основных услуг. В начале 2005 года в Уганде проживало более 220 000 беженцев, которые пользовались теми же услугами системы здравоохранения, что и 135 000 человек населения местных общин. УВКБ ООН планировало свои услуги в связи с ВИЧ в сочетании с национальным стратегическим планом Уганды. В поселениях в Кьянгвали и Палоринья были разработаны программы, нацеленные на расширение и усиление услуг для добровольного консультирования и тестирования, а также для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку для беженцев и местного населения. Центры добровольного консультирования и тестирования получают поддержку со стороны правительства и УВКБ ООН, причем услуги оказываются как населению принимающей страны, так и беженцам. В настоящее время в этих поселениях имеется восемь стационарных центров для конфиденциального и добровольного консультирования и тестирования. На данный момент более 600 беженцев и граждан страны воспользовались услугами для добровольного консультирования и тестирования. Двадцать пять членов этой группы (13 беженцев и 12 граждан страны) создали клуб для лиц, прошедших тестирование, и прошли обучение для повышения уровня понимания беженцев и местного населения вопросов профилактики и ухода в связи с ВИЧ, используя для этого музыку, танцы и театральные представления. Аналогичные клубы для лиц, прошедших тестирование, были созданы и оборудованы в районах Аруа, Аджумани, Мойо и Мбарара, для того чтобы оказывать такие же услуги на местах.

В настоящее время функционируют два центра профилактики передачи от матери ребенку, которые обслуживают как граждан принимающей страны, так и беженцев. Лекарственные препараты, назначаемые ВИЧ-инфицированным женщинам, когда начинаются роды, предоставляются правительством в рамках общенациональной политики. Затраты в связи с обучением консультантов несет правительство Уганды и УВКБ ООН. Выбор участков дозорного эпиднадзора и обучение необходимого персонала также проводилось совместно правительством Уганды и УВКБ ООН. Тест-системы на ВИЧ и сифилис и необходимое оборудование были предоставлены через национальную программу. Собранные пробы проверяются при содействии правительства Уганды, а полученные результаты используются в рамках процесс государственной отчетности. Показатель распространенности ВИЧ, обнаруженный при проверке первой четверти проб (600 проб), составил от 1% до 2,35%. Кроме того, правительство и УВКБ ООН разработали дополнительные услуги в связи с ВИЧ, предоставляемые как беженцам, так и гражданам принимающей страны. Правительство Уганды способствовало реализации проектов, направленных на повышение уровня знаний беженцев и местного населения, обеспечение системами для тестирования на ВИЧ и обучение лабораторного персонала. УВКБ ООН оказало поддержку для обеспечения системами для тестирования на ВИЧ, а также поставило холодильники для хранения проб. Помимо этого, правительство Уганды и УВКБ ООН предоставили другие сопутствующие услуги здравоохранения как беженцам, так и гражданам принимающей страны, включая лечение при оппортунистических инфекциях и инфекциях, передающихся половым путем. Как показала практика, это оказало значительное влияние на состояние здоровья лиц, живущих с ВИЧ. Наконец, Мировая продовольственная программа оказала продовольственную помощь гражданам принимающей страны и беженцам, живущим с ВИЧ.

ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Осуществление субрегиональных инициатив

Введение

В документе Всемирного банка с обоснованием поддержки субрегиональных проектов по ВИЧ говорится, что «распространение инфекционных заболеваний связано с перемещением людей. ВИЧ пересекает границы ... некоторые виды наиболее рискованного поведения имеют место в транспортных коридорах, на пограничных стоянках, в лагерях для рабочих-мигрантов, поселениях для беженцев и т. п.».¹⁹ Внедрение и финансирование субрегиональных инициатив показывает, что правительства и финансирующие организации признают существующую потребность в более широких и инновационных инициативах, «пересекающих границы».

Страны зачастую не хотят вкладывать свои ограниченные ресурсы в удаленные, часто изолированные пограничные районы, несмотря на потребность в таких услугах. Однако возможность передачи ВИЧ людьми, живущими в таких районах и часто пересекающими границы, вынудило многие страны пересмотреть свои национальные планы осуществления ответных мер. При этом они признали необходимость расширения существующих усилий и объединения с соседними странами с целью разработки субрегиональных инициатив, направленных на удовлетворение потребностей маргинализированных групп населения, которые, в противном случае, не смогут извлечь пользу из национальных программ.

За последние несколько лет был разработан ряд субрегиональных инициатив, в частности, для оказания помощи перемещенным лицами и другим людям, пересекающим границы. Сюда входят Инициатива для района Великих озер (ГЛИА; см. тематическое исследование 3), Инициатива по СПИДу для района рек Убанги и Шари в Центральной Африке и Инициатива по СПИДу для Союза стран бассейна реки Манго в Западной Африке. Страны-участницы смогли использовать такие субрегиональные партнерства для получения дополнительных финансовых средств, необходимых для реализации указанных трансграничных инициатив. В марте 2005 года Инициатива ГЛИА получила окончательное одобрение для выделения гранта Всемирного банка в размере 20 миллионов долларов США,²⁰ проект для района рек Убанги и Шари получил грант в размере более 8 миллионов долларов США от Африканского банка развития и дополнительное финансирование ЮНЭЙДС, а Инициатива по СПИДу для Союза стран бассейна реки Манго получила 7 миллионов долларов США от Африканского банка развития.

Субрегиональные инициативы повышают ценность национальных программ

- i. Они обеспечивают доступ к программам по профилактике и уходу в связи с ВИЧ для беженцев и мобильных групп населения.

Развитие субрегиональных инициатив по СПИДу облегчает процесс реализации мер вмешательства в связи с ВИЧ среди различных групп населения, которые могут пересекать границы (напр., транспортных работников, рабочих-мигрантов и беженцев). Повседневная жизнь таких людей, многие из которых подвергаются маргинализации, часто оставляет их без доступа к основным услугам в связи с ВИЧ и другим услугам в области здравоохранения. Как правило, они живут в удаленных приграничных районах, что облегчает их перемещение, но в то же время затрудняет предоставление таких услуг на постоянной основе. Внедрение субрегиональных инициатив позволяет устранить многие препятствия на пути оказания услуг в связи с ВИЧ, с которыми сталкиваются эти люди. Субрегиональные программы могут действовать за пределами границ. По этой причине,

если люди переезжают в другую страну, они по-прежнему имеют возможность получать аналогичные услуги в связи с ВИЧ. Кроме того, районы для реализации программ зачастую выбираются, исходя из схем миграции. Это помогает обеспечить наличие услуг в районах, которые более всего в них нуждаются.

- ii. Они позволяют улучшить меры вмешательства в связи с ВИЧ, предназначенные для местного населения

Субрегиональные инициативы позволяют улучшить доступ местного населения к услугам в связи с ВИЧ. Связанные с ВИЧ меры вмешательства, осуществляемые в рамках субрегиональных программ, предназначены дополнить, а иногда расширить услуги в странах-участницах. Эти инициативы нацелены в основном на удовлетворение потребностей людей, которые могут часто пересекать границы, и в то же время расширение услуг идет на пользу местному населению. Созданные программы улучшают доступ к уходу и обеспечивают проведение ценных мероприятий по профилактике ВИЧ в районе. Использование информационных, просветительских и коммуникационных материалов и обучения ведет к изменениям в поведении, что потенциально снижает риск инфицирования для всех групп населения, живущих в субрегионе.

Кроме того, рамки субрегиональных инициатив позволяют повысить качество оказания услуг в пределах существующих национальных программ. Такие программы, как ГЛИА, направлены и на то, чтобы улучшить координацию и сотрудничество во всем субрегионе. Достижение этих целей обеспечивается за счет укрепления и развития партнерств, а также за счет усиления процесса обмена информацией между странами-участницами. Такие стратегии являются основой для долгосрочного улучшения услуг, что оказывается полезным для всех групп, проживающих в районе.

- iii. Они обеспечивают непрерывность ухода и лечения

Субрегиональные инициативы могут обеспечить консенсус в отношении стандартизированных протоколов и алгоритмов диагностики и лечения, что обеспечивает непрерывность ухода для беженцев и мобильных групп населения в процессе их перемещения в субрегионе. Внедрение таких планов способствует непрерывности антиретровирусного лечения и других мер вмешательства. В прошлом лица, получающие антиретровирусные препараты, могли не иметь возможности продолжить лечение, если они переезжали в другую страну, которая не предоставляла антиретровирусные препараты того же вида. Это оказывается особенно проблематичным для беженцев, которым в течение многих лет приходится неоднократно переезжать с места на место, прежде чем они вернуться в родную страну, интегрируются в местную принимающую общину или переселяются в третью страну.

- iv. Они позволяют повысить эффективность и снизить затраты

Субрегиональные инициативы позволяют снизить затраты и повысить эффективность ухода за здоровьем в странах-участницах. Такие инициативы означают возможность улучшения и интегрирования протоколов, а также возможность заказа препаратов и поставок большими партиями, что снижает общую стоимость для стран субрегиона. Кроме того, возможность перемещения лекарственных препаратов в рамках субрегиона в зависимости от потребностей позволяет уменьшить отходы (напр., в связи с утилизацией препаратов с истекшим сроком годности), что еще более снижает затраты.

- v. Они позволяют создавать возможности для получения дополнительного финансирования

Внедрение субрегиональных инициатив дает правительствам стран-участниц новые возможности для доступа к дополнительным средствам финансирования в связи со СПИДом. Доноры признают, что страновые программы сами по себе не могут обеспечить эффективное принятие мер в ответ на эпидемию СПИДа, и начали финансировать субрегиональные инициативы, направленные на удовлетворение особых потребностей перемещенных групп населения, таких как беженцы. Каждая из 12 стран, участвующих в Инициативе ГЛИА, Инициативе по СПИДу для района рек Убанги и Шари и Инициативе по СПИДу для Союза стран бассейна реки Мано, получила выделенное для такой страны финансирование в целях оказания связанных с ВИЧ услуг по крайней мере из одной из трех основных донорских программ – Глобального фонда, Всемирного банка и Чрезвычайного фонда Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом. Кроме того, 11 из 12 стран получили финансирование по крайней мере от двух таких доноров, и еще четыре страны получили финансирование от всех трех доноров.

- vi. Они позволяют усилить диалог между странами по вопросам, касающимся ВИЧ

Субрегиональные инициативы дают уникальную возможность для коммуникации, диалога и обмена опытом на политическом и техническом уровне. Информация, предоставляемая странами-участницами, о том, что «работает» и что не «работает», может быть очень важной. Страны-участницы могут учиться на опыте своих партнеров и могут избежать использования своих ограниченных ресурсов на осуществление неудачных инициатив. Вместо этого они могут сфокусироваться на программах, имеющих подтвержденные успешные результаты. Их способность реализовывать подтвержденные практикой стратегии позволяет им усиливать свой потенциал для привлечения дополнительных ресурсов с целью осуществления программ в связи с ВИЧ. Наконец, субрегиональные инициативы демонстрируют, что объединенные действия таких партнерств намного сильнее по сравнению с индивидуальными действиями каждого члена. Благодаря совместной работе такая группа способна продемонстрировать большую волю, чем это может сделать каждый ее член, действующий самостоятельно.

Тематическое исследование 3: Выгода от реализации Инициативы по СПИДу для региона Великих озер (ГЛИА)

Предпосылки

В регионе Великих озер показатель распространенности ВИЧ колеблется от 4,1% до 8,8% среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет. По оценкам, более шести миллионов человек живут с ВИЧ в этом субрегионе. Министры здравоохранения шести стран-участниц (Бурунди, Демократическая Республика Конго (ДРК), Кения, Руанда, Танзания и Уганда) признали, что для борьбы с этой нарастающей эпидемией необходимы более широкие ответные меры, сфокусированные на этом регионе. В 1999 году эти страны-участницы объединились и, получив первоначальную поддержку со стороны ЮНЭЙДС, предприняли Инициативу по СПИДу для региона Великих озер (ГЛИА). Эти страны разработали национальные программы по СПИДу, однако они понимали, что они не в состоянии эффективно остановить распространение вируса без решения проблемы миграции и перемещения людей, которая играет ключевую роль в передаче ВИЧ в этом субрегионе. Вскоре после создания ГЛИА был образован секретариат, проведены семинары и организовано пилотное опробование трансграничных мер вмешательства в связи с ВИЧ в транспортном секторе. В 2004 году страны-участницы ГЛИА подписали конвенцию, тем самым превратив эту инициативу в независимую юридическую организацию. Эта конвенция была ратифицирована каждым государством-участником.



Компоненты программы

Проект ГЛИА, финансируемый в рамках МСП Всемирного банка, включает четыре основных компонента. Он обеспечивает: (i) поддержку в связи с ВИЧ для беженцев, пострадавших районов, где проживают беженцы, внутренне перемещенных лиц и лиц, возвратившихся на родину; (ii) поддержку для сетей, связанных с ВИЧ; (iii) поддержку программ регионального сотрудничества в секторе здравоохранения; и (iv) управление, наращивание потенциала, мониторинг и оценку и отчетность в рамках ГЛИА/МСП. Первый компонент был разработан специально для удовлетворения потребностей беженцев, внутренне перемещенных лиц, членов местных общин и лиц, возвратившихся на родину, в связанных с ВИЧ услугах. Участки и районы обслуживания, которые будут получать финансирование для программ, были определены государствами-членами ГЛИА и УВКБ ООН.

Было определено, что в каждой стране будет создан один или два участка; причем в каждый участок будут включены беженцы/внутренне перемещенные лица и местные общины. Программы для лиц в районах, где проживают беженцы, будут осуществляться национальными комиссиями по СПИДу в рамках национальных мероприятий по ВИЧ/СПИДу в каждой стране. УВКБ ООН будет отвечать за мероприятия для беженцев; мероприятия для внутренне перемещенных лиц будут осуществляться в зависимости от конкретной ситуации; программы для лиц, возвратившихся на родину, будут осуществляться совместно под эгидой УВКБ ООН и национальных комиссий по СПИДу.

Для первого компонента проекта УВКБ ООН и ГЛИА составили меморандум о взаимопонимании и контракт. В этих документах рассматривались ключевые вопросы, связанные с получением и распределением финансирования для ГЛИА, утверждением ежегодного рабочего плана и бюджета УВКБ ООН, процедурами реализации подпроектов, а также наймом администратора программы, административного сотрудника УВКБ ООН, имеющего опыт работы с беженцами и лицами, возвратившимися на родину, и консультанта для разработки протоколов и инструментов для мониторинга и оценки, включая биологические и поведенческие обследования.

Конечные результаты и выгоды

В марте 2005 года, в рамках своей второй Межстрановой программы по ВИЧ/СПИДу, Всемирный банк утвердил грант в размере 20 миллионов долларов США для финансирования Инициативы ГЛИА на следующие четыре года. Помимо денежной выгоды, ГЛИА обеспечила создание сильных партнерств в данном регионе, несмотря на определенные трудности в отношениях между некоторыми из шести стран. Партнеры ГЛИА включают шесть правительств стран ГЛИА, организации ООН, двусторонних и многосторонних доноров, неправительственные организации, религиозные организации и частный сектор. Была разработана стандартная схема проведения поведенческого обследования среди перемещенных лиц и местных принимающих общин, включающая компоненты, связанные с процессом перемещения и последующим периодом/взаимодействием; эта схема была опробована в Руанде и Кении. В настоящее время имеются планы по проведению таких обследований и созданию участков дозорного эпиднадзора в дородовых женских консультациях для беженцев и принимающих общин во всех четырех странах в течение первого и четвертого года. Полевые миссии представителей национальных комиссий по СПИДу, УВКБ ООН и ЮНЭЙДС с посещением районов проживания беженцев и принимающих общин были проведены в пяти странах, а также в районах проживания лиц, возвратившихся на родину, в Демократической Республике Конго. Было проведено совместное планирование программ по ВИЧ; во всех шести странах были выполнены планы действий, рассчитанные на первый год.

Другие важные результаты такого партнерства включают разработку операционного пособия на французском и английском языке, создание системы мониторинга и оценки, улучшение обмена информацией о программах здравоохранения для беженцев, внутренне перемещенных лиц и лиц, возвратившихся на родину, и разработку систем для обзорного анализа положения в связи с инфекциями, передающимися половым путем, проведением антиретровирусного лечения, лечения при туберкулезе и других оппортунистических инфекциях с целью гармонизации протоколов среди стран-участниц ГЛИА. Вопросы, касающиеся оппортунистических инфекций, имеют особое значение для данного региона, поскольку в четырех из шести стран субрегиона (Демократической Республике Конго, Кении, Танзании и Уганде) отмечаются самые высокие уровни заболеваемости туберкулезом в регионе Африке к югу от Сахары.

ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА: Сочетание гуманитарной финансовой помощи с финансированием в целях развития

Введение

С 2001 по 2004 годы объем глобального финансирования программ по ВИЧ и СПИДу увеличился почти в три раза – приблизительно с 2,1 миллиарда до 6,1 миллиарда долларов США; по оценкам, объем финансирования в 2007 году составит 10 миллиардов долларов США.²¹ Несмотря на существенное увеличение вкладов, эта цифра составляет менее половины от 20 миллиардов долларов США, которые, по оценкам, потребуются в 2007 году для профилактики и ухода в странах с низким и средним уровнем доходов.¹

Вклады основных доноров, таких как Департамент международного развития (ДМР) Великобритании, Глобальный фонд, Чрезвычайный фонд Президента США для оказания помощи в связи со СПИДом и Всемирный банк, растут, хотя, безусловно, не в достаточной мере. Кроме того, проблемы координации, гармонизации и согласования фондов и технической помощи серьезным образом сдерживали процесс реализации программ.

Для решения этой проблемы была создана Глобальная целевая группа по улучшению координации действий многосторонних учреждений и международных доноров в связи со СПИДом, которая представила доклад с рекомендациями о внесении существенных изменений в работу доноров и учреждений Организации Объединенных Наций.²² Нехватка ресурсов, трудности гармонизации и согласования действий доноров и отсутствие координации и достаточного технического опыта в учреждениях ООН зачастую оказывали диспропорциональное воздействие на маргинализированные группы беженцев.

Ценность включения вопросов, связанных с беженцами, в политику и программы в связи с ВИЧ в принимающих странах уже была продемонстрирована в Африке к югу от Сахары. В таких странах, как Гвинея, Уганда и Замбия, правительства принимающих стран получили дополнительное финансирование, а вопросы, связанные с беженцами, были включены в местные программы здравоохранения и развития (см. пункт «Позволяет получить доступ к дополнительным ресурсам» на странице 18). Как показала практика, доступ к таким дополнительным ресурсам принес очень большую пользу как беженцам, так и принимающим общинам.

Включение мер вмешательства для беженцев в национальные программы в связи с ВИЧ принимающих стран будет представлять собой огромный сдвиг с точки зрения стратегий финансирования связанных с ВИЧ программ для групп беженцев. Нынешняя система финансирования программ для беженцев действует в рамках гуманитарных или чрезвычайных грантов, что затрудняет осуществление долгосрочных мер вмешательства. Однако такие гранты, как правило, оказываются более гибкими и не связаны существенными ограничениями, что может принести значительную пользу правительствам, нуждающимся в финансировании. В отличие от этого, финансирование национальных стратегических планов поступает через программы помощи в целях развития, обычно в виде многосторонней и двусторонней помощи. Такие вклады обычно представляют собой многолетние гранты, увязываемые с более конкретными результатами, т.е. эти схемы менее гибкие. Важно признать, что оба источника финансирования играют важную роль, что рассматривается ниже.

Программы для беженцев и национальные программы обычно осуществляются соответственно по гуманитарной линии и линии развития. Однако такие линии иногда были нечеткими. В последние

годы беженцев включали в определенные инициативы принимающих стран в области развития, такие как национальные стратегические планы и субрегиональные инициативы. Кроме того, такие программы, как МСП, разработали более комплексный подход, предусматривающий выделение средств сразу на все услуги, от институциональной поддержки до профилактики, ухода, смягчения последствий и лечения в связи с ВИЧ. Далее, последние гуманитарные кризисы, усугубленные присутствием ВИЧ, заставили задаться вопросом о том, следует ли оказывать гуманитарную помощь в периоды отсутствия проблемы беженцев, с тем чтобы устранить насущные угрозы, связанные с ВИЧ.²³

Тематическое исследование 4: Получение доступа к дополнительным средствам за счет включения беженцев в программы, осуществляемые правительством Замбии

Благодаря созданию партнерств и при поддержке со стороны сообщества доноров и УВКБ ООН Правительство Республики Замбия смогло получить доступ к дополнительным финансовым средствам и предоставить более качественные услуги как беженцам, так и принимающим общинам. Правительство Замбии признало, что беженцы все шире интегрируются в местные общины, и предприняло соответствующие действия. С помощью УВКБ ООН оно пригласило правительства основных стран-доноров посетить районы проживания беженцев. Такая встреча привела к созданию Инициативы Замбии с привлечением миллионов долларов в виде дополнительной помощи, часть которой предназначена для осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ.

В частности, в период кризиса 2002-2003 годов на юге Африки организации, оказывающие помощь, были вынуждены еще раз проанализировать воздействие ВИЧ на кризис, а также возможности его решения гуманитарными организациями. Воздействие ВИЧ и его потенциальные последствия в регионе послужили поводом для вывода о том, что ВИЧ следует рассматривать как «долговременный кризис»,²⁴ отражающий потребность в осуществлении краткосрочных гуманитарных мер, а также долгосрочных мер в области развития в ответ на это заболевание. Во время кризиса 2002-2003 годов системы здравоохранения не смогли обеспечить доступ к услугам для значительной части населения.²⁴ Это был провал в области развития, однако это привело к усилению потребности в гуманитарной помощи в период кризиса, которая не была удовлетворена должным образом.

Различные потоки финансирования могут дополнять друг друга

- i. Гуманитарная помощь может дополнять помощь в целях развития при осуществлении мер вмешательства в связи с ВИЧ

В случаях, когда вопросы, связанные с беженцами, включаются или интегрируются в национальные программы, имеется возможность использовать два различных потока финансирования для увеличения ресурсов и осуществления более эффективных программ как для беженцев, так и для населения принимающих стран. Например, если беженцы пользуются услугами государственных медицинских клиник, а УВКБ ООН и его партнеры признают потребность в улучшении качества лечения и отслеживании людей, имеющих инфекции, передающиеся половым путем, через обучение и эпиднадзор, это будет полезным как для беженцев, так и для местного населения.

Высокий показатель распространенности ВИЧ в различных группах населения может оказывать серьезное влияние на и без того хрупкие ситуации, когда у людей имеются лишь ограниченные механизмы, позволяющие им справиться. Как рассмотрено выше, распространенность СПИДа в южноафриканском регионе в 2002-2003 годах повысила степень серьезности ситуации, которая первоначально рассматривалась как продовольственный кризис. В течение этого периода было создано Региональное

управление межучрежденческой координации и поддержки для принятия гуманитарных мер в ответ на кризис в сфере продовольственной безопасности в шести странах на юге Африки.²⁵ Когда стало известно о том, что СПИД усиливает этот кризис, данное управление приняло меры для расширения сферы своей деятельности и решения проблемы повышения уязвимости людей вследствие воздействия эпидемии. В течение этого периода механизмы, позволяющие справиться с ситуацией, были разрушены, в результате чего местное население зачастую не могло контролировать свою ситуацию. Это побудило к осуществлению более широких гуманитарных ответных мер в тесном партнерстве с неправительственными организациями для устранения непредвиденных последствий ВИЧ в этом регионе.

- ii. Использование помощи в целях развития для финансирования программ в связи с ВИЧ для беженцев и местного населения

Оказание беженцам услуг, связанных с ВИЧ, не следует рассматривать только как гуманитарную проблему. Во многих случаях необходимы чрезвычайные меры вмешательства, однако программы должны быть также направлены на устранение долгосрочных последствий этого заболевания. Это может иметь место, только если беженцы и местное население включаются в схемы выделения грантов в сфере развития для национальных и субрегиональных программ.

Включение вопросов о беженцах в программы, финансируемые за счет грантов в целях развития, может оказаться полезным как беженцам, так и местным общинам. В таких случаях, как ГЛИА, программа обеспечила важнейшие дополнительные финансовые средства для решения проблемы уязвимости к ВИЧ среди групп беженцев и граждан стран (см. страницы 11 и 24). В частности, исследования в рамках эпиднадзора за поведением были включены в процесс планирования с целью мониторинга и оценки мероприятий, нацеленных на эти группы населения. Если эти меры окажутся успешными, страны ГЛИА и доноры смогут тиражировать эти меры.²¹ Такие программы, как ГЛИА, позволяют странам получить доступ к финансированию, необходимому для осуществления долгосрочных мер вмешательства, имеющих важнейшее значение для глобальных действий с целью эффективной борьбы со СПИДом. Международное сообщество должно способствовать странам в получении доступа, создавая и используя новые потоки финансирования, нацеленные на беженцев и мобильные группы населения.

Глобальный фонд и Всемирный банк уже сделали огромные шаги вперед с тем, чтобы процесс финансирования стал более доступным для определенных получателей помощи. Обе организации стремились создать более гибкие и в то же время подотчетные системы для обеспечения доступа к дополнительным ресурсам. В частности, Глобальный фонд разработал систему, при которой заявки на получение грантов составляются через страновой координационный механизм, в который входят представители государственного и частного сектора.

Такой акцент на партнерство в течение всего цикла выделения грантов помог многим странам усилить свой потенциал на местах. Такие партнерства стимулировали новую дискуссию и позволили улучшить сотрудничество между всеми заинтересованными секторами. Кроме того, они также предоставили неправительственным организациям, религиозным организациям и общинам людей, живущих с ВИЧ, беспрецедентные возможности для активного участия в выработке политики в сфере здравоохранения и принятии решений об использовании средств.²⁶ Если рекомендации Глобальной целевой группы будут полностью выполнены донорами и организациями ООН, это пойдет на пользу беженцам и другим перемещенным группам населения.

В докладе целевой группы подчеркивается принцип реализации планов и приоритетов в связи с ВИЧ в режиме национального исполнения. По этой причине тематическим группам ООН по ВИЧ/СПИДу в странах необходимо объединить свои усилия с тем, чтобы вопросы о беженцах включались в планы и приоритеты принимающих стран.

Тематическое исследование 5: Межстрановая программа по ВИЧ/СПИДу (МСП) Всемирного банка для Демократической Республики Конго

Предпосылки

В 2003 году, во время обсуждения Демократической Республикой Конго (ДРК) и Всемирным банком вопроса, касающегося МСП для этой страны, УВКБ ООН изложил возможность включения вопросов о беженцах в предложение Демократической Республики Конго. Сотрудники Всемирного банка и Национальной программы борьбы со СПИДом встретились с представителями УВКБ ООН в Киншасе для обсуждения данного предложения. После проведения ряда встреч и посещения лагеря для конголезских беженцев в Нижнем Конго было решено, что УВКБ ООН станет партнером в рамках данного процесса, а вопросы о беженцах будут включены в заявку этой страны для МСП. Решение Демократической Республики Конго работать вместе с УВКБ ООН было принято под воздействием роли данного учреждения ООН, которую оно сыграло в разработке заявки в МСП для ГЛИА, а также с учетом его присутствия в удаленных районах, где правительственные услуги ограничены. Согласно нынешним оценкам, от 10% до 20% от общего числа пациентов, пользующихся медицинскими услугами, предназначенными для беженцев, являются представителями принимающей общины.

Реализация

В ответ на соглашение с ДРК, УВКБ ООН подготовило план действий для осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ с указанием целевых результатов, который был предоставлен Национальной программе борьбы со СПИДом. Данный план был принят Всемирным банком. План предусматривает осуществление мер вмешательства в связи с ВИЧ для групп беженцев и внутренне перемещенных лиц, проживающих вблизи мест размещения беженцев, а также для лиц, возвратившихся на родину из Анголы и Конго-Браззавиль. Конкретные программы, нацеленные на профилактику, уход и лечение, включают меры вмешательства для изменения поведения и обеспечения коммуникации, распределение презервативов и просвещение, универсальные меры предосторожности и обеспечение безопасности крови, добровольное консультирование и тестирование, услуги для профилактики передачи от матери ребенку, лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и при оппортунистических инфекциях, а также возможное внедрение антиретровирусного лечения.

Программа МСП для ДРК была утверждена Всемирным банком в 2004 году. В 2005 году УВКБ ООН начало реализацию дополнительных мероприятий в связи с ВИЧ в определенных условиях среди групп беженцев, внутренне перемещенных лиц и лиц, возвратившихся на родину. УВКБ ООН и Национальная программа борьбы со СПИДом проведут совместные миссии для оценки и посетят районы размещения беженцев, которые предлагается включить в план. Правительство Демократической Республики Конго согласилось использовать контракт между УВКБ ООН и ГЛИА и соглашение, предусмотренное меморандумом о взаимопонимании, в качестве модели для составления заявки этой страны в МСП.

Заключение

Пандемия СПИДа оказала опустошительное глобальное воздействие; это заболевание диспропорционально сильно повлияло на Африку к югу от Сахары. Страны в этом регионе располагают слабыми ресурсами и часто не в состоянии оказать услуги в связи с ВИЧ своим гражданам, не говоря уже о принимаемых беженцах. Тем не менее, если правительства смогли выполнить свои обязательства и удовлетворить потребности в медицинских услугах для беженцев, это также оказалось на благо местному населению, особенно в связи с ВИЧ.

Однако, как показывает опыт, несмотря на очень высокое значение, концепция включения вопросов о беженцах в местные инициативы все еще не реализуется в широком масштабе. Это означает, что существует необходимость в осуществлении более широких инновационных субрегиональных инициатив и политики. Принимающим странам, гуманитарным организациям и организациям, работающим в области развития, и донорам необходимо продолжить поиск новых путей решения трансграничных проблем, обусловленных эпидемией СПИДа. Практика показала, что развитие субрегиональных инициатив, таких как ГЛИА, играет критическую роль. Эти инициативы пересекают национальные границы и позволяют разрабатывать транснациональную политику и меры вмешательства для оказания услуг, связанных с ВИЧ; они предоставили шести странам-участницам средства для удовлетворения особых потребностей перемещенных и мобильных групп населения, которые взаимодействуют с гражданами этих стран. Необходимо разработать и реализовать в полном объеме другие субрегиональные инициативы.

Однако эти субрегиональные планы и политика в связи с ВИЧ, охватывающие потребности беженцев, внутренне перемещенных лиц и лиц, возвратившихся на родину, могут быть реализованы только при наличии дополнительных средств финансирования. Для устранения долгосрочных последствий ВИЧ такое финансирование помимо традиционных источников гуманитарной помощи должно также включать финансирование в целях развития. Однако глобальные ресурсы по-прежнему намного отстают от потребностей в финансировании, которые, согласно последним оценкам, следует привлечь для адекватного решения проблемы эпидемии.

Если мы хотим, чтобы беженцы и другие перемещенные лица получали хотя бы минимальные базовые услуги в связи с ВИЧ, необходимы более широкие и творческие усилия, для того чтобы получить доступ ко всем имеющимся ресурсам, поступающим из источников гуманитарной помощи и помощи в целях развития. Если мы хотим, чтобы беженцы и другие перемещенные лица получили пользу благодаря реализации рекомендаций Глобальной целевой группы по улучшению координации действий многосторонних учреждений и международных доноров в связи со СПИДом, все участники, особенно система ООН, должны активно выступать от имени беженцев и других перемещенных групп населения.

В настоящем документе описаны стратегии реализации лучшей практики, которые помогают обеспечить потребности беженцев и населения принимающей страны в связи с ВИЧ, в том числе рамки, с помощью которых правительства, доноры, гуманитарные организации и организации, действующие в области развития, смогут лучше удовлетворять потребности таких групп населения. УВКБ ООН и ЮНЭЙДС выражают надежду, что все, кто участвует в планировании и оказании услуг в связи с ВИЧ во всех странах, пострадавших от конфликтов и принимающих беженцев, проанализируют возможности для реализации рекомендованных стратегий при осуществлении дальнейшей жизненно важной работы для эффективного принятия мер в ответ на эпидемию СПИДа. Эти усилия помогут обеспечить такое положение, когда все группы населения, местные или иностранные, подвергающиеся маргинализации или стигматизации, будут получать важнейшие и комплексные услуги по профилактике, уходу и лечению в связи с ВИЧ.

Приложение 1: Включение беженцев в мероприятия в рамках национального стратегического плана

Национальные стратегические планы по ВИЧ/СПИДу

Страна	План существует 1 = да; 2 = нет; 3 = неизвестно	В планах указаны беженцы 1 = да; 2 = нет	Конкретные мероприятия 1 = да; 2 = нет	Период охвата
Алжир	1	2	2	2002-2006
Ангола	1	1	2	2003-2008
Бурунди	1	1	1	2002-2006
Габон	1	1	1	2001-2005
Гана	1	2	2	2001-2005
Гвинея	1	1	1	2003-2007
Демократическая Республика Конго	1	2	2	Новый план будет проанализирован
Джибути	1	2	2	2003-2007
Египет	2	2	2	
Замбия	1	1	1	2002-2005
Камерун	1	2	2	2000-2005
Кения	1	2	2	2000-2005
Конго-Браззавиль	1	1	1	2003-2007
Кот-д'Ивуар	1	1	2	2002-2004
Либерия	1	1	1	2004-2007
Ливийская Арабская Джамахирия	2	2	2	
Намибия	1	1	1	2004-2009
Объединенная Республика Танзании	1	1	1	2003-2007
Руанда	1	1	1	2002-2006
Сенегал	1	1	2	2002-2006
Судан	1	1	2	2003-2007
Сьерра-Леоне	1	1	2	2002-2006
Того	1	2	2	2001-2005
Уганда	1	1	1	2000/1-2005/6
Центрально-Африканская Республика	1	1	1	2002-2004
Чад	2	2	2	Новый план предстоит доработать
Эфиопия	1	1	1	2001-2005
Южная Африка	1	2	2	2000-2005
	Имеет план	Беженцы указаны	Мероприятия для беженцев указаны	
Ответ	28	24	25	
ДА	25 (86%)	17 (68%)	11 (44%)	
НЕТ	3 (14%)	8 (32%)	13 (56%)	

Приложение 2: Включение беженцев в утвержденные заявки по ВИЧ Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобального фонда)

Утвержденные заявки по ВИЧ Глобального фонда

Страна	Утверждена 1 = да; 2 = нет	Раунд	В планах указаны беженцы 1 = да; 2 = нет; 3 = данных нет	Конкретные мероприятия 1 = да; 2 = нет; 3 = данных нет
Алжир	1	Раунд 3	2	2
Ангола	1	Раунд 4	1	1
Бурунди*	1	Раунд 1	1	2
Габон	1	Раунд 3	2	2
Гана*	1	Раунд 1	2	2
Гвинея	1	Раунд 2	1	2
Демократическая Республика Конго	1	Раунд 3	1	2
Джибути	1	Раунд 4	1	2
Египет	2		2	2
Замбия*	1	Раунд 1 Финансирование для 4 различных групп, раунд 4 – финансирование АРТ (мероприятия для беженцев во всех трех предложениях раунда 1)	1	1
Камерун**	1	Раунд 3 и раунд 4	2	2
Кения*	1	Раунд 1 и раунд 2 (раунд 1 проверен вручную)	2	2
Конго-Браззавиль	2		2	2
Кот-д'Ивуар	1	Раунд 2 и раунд 3 (мероприятия для беженцев в раунде 3)	1	1
Либерия	1	Раунд 2	2	2
Ливийская Арабская Джамахирия	2		2	2
Намибия	1	Раунд 2	1	1
Объединенная Республика Танзании *	1	Раунд 1 (проверено вручную), раунд 2 (Занзибар), раунд 3 и раунд 4 (беженцы включены в раунд 4)	1	2
Руанда*	1	Раунд 1 и раунд 3 (раунд 1 проверен вручную)	2	2
Сенегал*	1	Раунд 1	2	2

ЮНЭЙДС

Судан*	1	Раунд 3 и раунд 4 (мероприятия для беженцев в раунде 3)	1	1
Сьерра-Леоне	1	Раунд 4	1	1
Того	1	Раунд 2, раунд 4	2	2
Уганда	1	Раунд 1 и 3 (мероприятия для беженцев в раунде 1)	1	1
Центрально- Африканская Республика	1	Раунд 2 и раунд 4	2	2
Чад	1	Раунд 3	1	1
Эфиопия	1	Раунд 2 и раунд 4	2	2
Южная Африка	1	Раунды 1. 2 и 3	2	2
Ответ	28		25	25
ДА	25 (89%)		13 (52%)	8 (32%)
НЕТ	3 (11%)		12 (48%)	17(68%)

* Документ был проверен вручную.

** Полное предложение отсутствует на веб-сайте, проанализировано краткое предложение.

Приложение 3: Включение беженцев в межстрановые программы по СПИДу для Африки Всемирного банка

Всемирный банк: Межстрановая программа по СПИДу для Африки (МСП)*

Страна	Утверждена 1 = да; 2 = нет	В планах указаны беженцы 1 = да; 2 = нет	Конкретные мероприятия 1 = да; 2 = нет
Алжир	2	2	2
Ангола	1	1	2
Бурунди	1	1	1
Габон	2	2	2
Гана	1	2	2
Гвинея	1	1	1
Демократическая Республика Конго	1	1	1
Джибути	1	1	1
Египет	2	2	2
Замбия	1	1	2
Камерун	1	2	2
Кения	1	1	2
Конго-Браззавиль	1	1	1
Кот-д'Ивуар	1	1	2
Либерия	2	2	2
Ливийская Арабская Джамахирия	2	2	2
Намибия	2	2	2
Объединенная Республика Танзании	1	2	2
Руанда	1	1	1
Сенегал	1	1	1
Судан	2	2	2
Сьерра-Леоне	1	1	1
Того**	1	1	2
Уганда	1	2	2
Центрально-Африканская Республика	1	2	2
Чад	2	2	2
Эфиопия	1	1	1
Южная Африка	2	2	2
Ответ	28	19	19
ДА	19 (68%)	14 (74%)	9 (47%)
НЕТ	9 (32%)	5 (26%)	10 (53%)

* Результаты основаны на документах по оценке проектов (ДОП) МСП.

** Проанализирован документ с информацией о проекте (ДИП)

Литература

1. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Женева, 2004.
2. United Nations High Commissioner for Refugees. Protracted Refugee Situations, Standing Committee 30th meeting. EC/54/SC/CRP.14. Geneva, 10 June 2004.
3. Van Damme W, DE Brouwere V, Boelaert M, et al. Effects of a refugee-assistance programme on host populations in Guinea as measured by obstetric interventions. *Lancet*, 1998, 351:1609-13.
4. Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, and Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *Aids*, 2002, 16(17):2245-52.
5. Mock NB, Duale S, Brown LF, et al. Conflict and HIV: A framework for risk assessment to prevent HIV in conflict-affected settings in Africa. *Emerging Themes Epidemiology*, 2004, 1(1):6.
6. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*, 2004, 28(3):322-39.
7. "In the war on AIDS refugees are often excluded": Lubbers R. UNHCR (<http://www.unhcr.ch> accessed January 17, 2005, November 28, 2003).
8. Bruns L, Spiegel PB. Assessment of HIV/AIDS programmes among refugees in South Africa, Namibia and Zambia. Pretoria, United Nations High Commissioner for Refugees, 2003.
9. Spiegel PB. Forgotten refugees and other displaced populations. *Lancet*, 2003;362(3): 72-74.
10. Salama P, Spiegel PB, Brennan R. No less vulnerable: the internally displaced in humanitarian emergencies. *Lancet*, 2001; 357:1430-1.
11. Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Организация Объединенных Наций и ЮНЭЙДС, Женева, 2001.
12. Межучрежденческий постоянный комитет (МПК). Руководящие принципы осуществления мер вмешательства в связи с ВИЧ/СПИДом в условиях чрезвычайной ситуации. Женева: референс-группа МПК, 2003.
13. Spiegel PB, De Jong E. HIV/AIDS and Refugees/Returnees: Mission to Angola. Luanda, UNHCR, 2003.
14. "Three Ones" key principles: Coordination of national responses to HIV/AIDS, guiding principles for national authorities and their partners, UNAIDS (<http://www.unaids.org>, accessed February 21, 2005, 2004).
15. Zambia Initiative Launched, UNHCR (<http://www.unhcr.ch>, accessed January 27, 2005).
16. The Zambia Initiative: In pursuit of sustainable solutions for refugees in Zambia, UNHCR (<http://www.unhcr.ch>, accessed January 27, 2005).
17. Lawrie N, and Van Damme W. The importance of refugee-host relations: Guinea 1990-2003. *Lancet*, 2003, 362:575.
18. HIV Prevention in the Era of Expanded Treatment Access, (<http://www.kff.org/hiv/aids/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=36967>, accessed February 1, 2005).

19. The Second Multi-Country HIV/AIDS Program for Africa (MAP2), (http://www.worldbank.org/afr/aids/map/mapII_abstract.pdf, accessed January 25, 2005).
20. Great Lakes Initiative on HIV/AIDS (GLIA) Support Project. Bank W. Project Information Document (<http://www-wds.worldbank.org>, accessed January 25, 2005).
21. Доклад о состоянии эпидемии СПИДа. Женева, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)/Всемирная организация здравоохранения, 2004.
22. Глобальная целевая группа по улучшению координации между многосторонними учреждениями и международными донорами в рамках борьбы со СПИДом, Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Женева, 2005.
23. Griekspoor A, Spiegel P, Aldis W, and Harvey P. The health sector gap in the southern Africa crisis in 2002/2003. *Disasters*, 2004; 28(4):388-404.
24. Harvey P. HIV/AIDS and humanitarian action. *Food Nutrition Bulletin*, 2004; 25(3):283-7.
25. Ускорение действий против СПИДа в Африке. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), Женева, 2003.
26. A Force for Change : The Global Fund at 30 Months, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (http://www.theglobalfund.org/en/files/publications/forceforchange/bangkok_2004_full.pdf accessed February 28, 2005).

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

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

КОЛЛЕКЦИЯ ЮНЭЙДС «ЛУЧШАЯ ПРАКТИКА»

Коллекция ЮНЭЙДС «Лучшая практика»

- представляет собой серию информационных материалов ЮНЭЙДС, способствующих обучению, обмену опытом и расширению возможностей людей и партнеров (людей, живущих с ВИЧ, пострадавших общин, гражданского общества, правительства, частного сектора и международных организаций), участвующих в расширенных мерах противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее последствий;
- дает возможность услышать тех, кто борется с эпидемией и работает над смягчением ее последствий;
- предоставляет информацию о мерах, оказавшихся эффективными в определенных условиях, для тех, перед кем стоят аналогичные вызовы;
- заполняет пробелы в ключевых областях политики и программ путем предоставления технического и стратегического руководства и современных знаний о профилактике, уходе и смягчении последствий в различных условиях;
- стремится стимулировать новые инициативы в интересах расширения мер противодействия эпидемии ВИЧ/СПИДа на уровне стран; и
- представляет собой совместный межучрежденческий проект ЮНЭЙДС в партнерстве с другими организациями и сторонами.

Дополнительную информацию о коллекции ЮНЭЙДС «Лучшая практика» и других публикациях ЮНЭЙДС можно найти на сайте www.unaids.org. Приглашаем читателей присылать свои комментарии и предложения в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу: Best Practice Manager, UNAIDS, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Стратегии поддержки потребностей беженцев и населения принимающей страны в связи с ВИЧ

УВКБ ООН и ЮНЭЙДС стремятся информировать и поддерживать ключевых лиц, принимающих решения, для решения проблем в связи с ВИЧ, с которыми сталкиваются беженцы, другие группы населения, которыми занимается УВКБ ООН, и население принимающих стран. Несмотря на то что содержание настоящего исследования касается преимущественно Африки к югу от Сахары, рассмотренные здесь концепции применимы к ситуациям беженцев за пределами этого региона. Данное исследование включает обзорный анализ различных переходных ситуаций в жизни беженцев, которые часто называют «циклом перемещения», прав беженцев, включая, без ограничения, общую ответственность принимающей страны по обеспечению доступа беженцев, без какой-либо дискриминации, к существующим услугам в связи с ВИЧ и лучшей практике, нацеленным на оказание поддержки и улучшение качества услуг, предоставляемых в связи с ВИЧ как беженцам, так и населению принимающей страны, за счет интеграции беженцев, осуществления субрегиональных инициатив и объединения потоков финансирования.

В ситуации конфликтов и перемещения людей с точки зрения эффективности общественного здравоохранения и программы более эффективно и рационально удовлетворять связанные с ВИЧ потребности групп населения, затронутых процессом перемещения (беженцев, внутренне перемещенных лиц и населения принимающей страны), используя при этом интегрированный и целостный подход, предпочтительно в рамках национальной стратегии оказания помощи. Такой подход не только обеспечивает получение беженцами необходимой помощи в связи с ВИЧ, но также позволяет избежать отрицательного воздействия процессов перемещения людей на местное население.



Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

УВКБ · ЮНИСЕФ · МПП · ПРООН · ЮФПА
ЮНДХ · МОТ · ЮНЕСКО · ВОЗ · ВСЕМИРНЫЙ БАНК