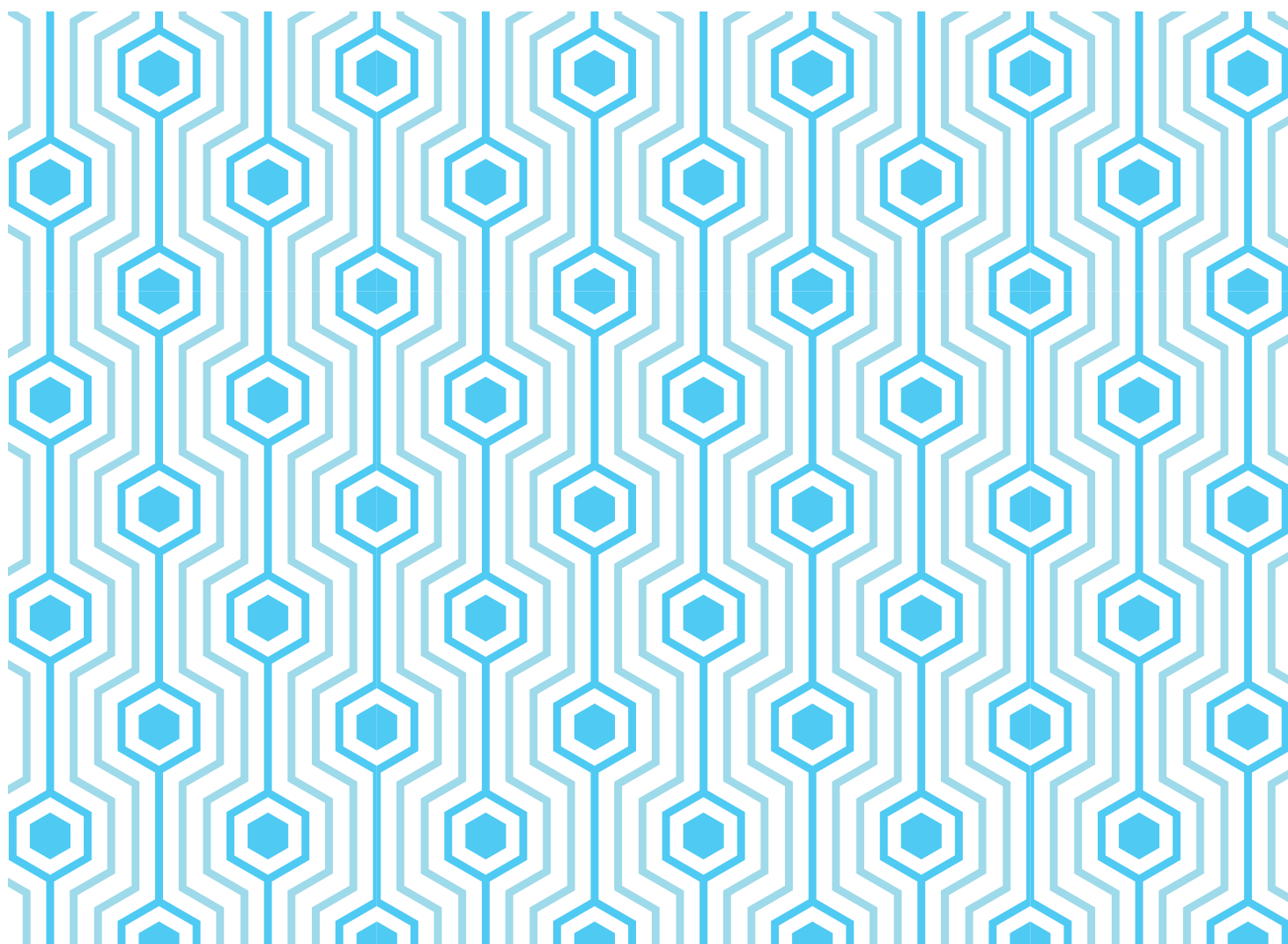


Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2018

Индикаторы для мониторинга выполнения
Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (2016)



СОДЕРЖАНИЕ

Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	5
Аббревиатуры и сокращения	9
Введение	10
Цель и предпосылки	10
Обоснование программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	11
Отчетность за предыдущие периоды	13
Формат отчетности	15
Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов	16
Выполнение мониторинга на национальном уровне	17
Построение национальных показателей	17
Инструменты измерения и источники данных	17
Числители и знаменатели	19
Разбивка данных, особенно по полу и возрасту	19
Субнациональные данные	20
Данные самых недавних и репрезентативных исследований	21
Интерпретация и анализ	22
Роль гражданского общества	22
Содержание отчета	23
Руководство о процессе предоставления данных	24
Инструмент отчетности и предоставление данных	24
Процедура национальной отчетности: требуемые действия	25
Процедура проверки данных за 2018 год	27
Краткий обзор изменений в предоставлении отчетности в 2018 году	29
Об изменениях индикаторов в отчетности 2018 года	29
Об изменениях инструмента отчетности и предоставлении данных в 2018 году	33
Будущее глобального мониторинга эпидемии СПИДа	33
Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	37

Воспользуйтесь веб-сайтом программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа (aidsreportingtool.unaids.org), чтобы отправить свои данные о показателях до 29 марта 2018 года.

Оценочные показатели распространенности ВИЧ-инфекции, смоделированные с помощью обновленного программного обеспечения Spectrum, должны быть получены до 22 марта 2018 г.

Обязательство 1. Обеспечить доступ к лечению для 30 миллионов людей, живущих с ВИЧ, за счет достижения целей «90–90–90» к 2020 году

1.1 Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе	37
1.2 Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию	40
1.3 Удержание в программе антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев после начала	42
1.4 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку	44
1.5 Поздняя диагностика ВИЧ	46
1.6 Нехватка антиретровирусных препаратов	44
1.7 Смертность от СПИДа	49

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 2. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей к 2020 году, обеспечив доступ к лечению ВИЧ-инфекции для 1,6 миллионов детей к 2018 году

2.1 Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев	50
2.2 Передача ВИЧ от матери ребенку	52
2.3 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	54
2.4 Сифилис среди беременных женщин	57
2.5 Заболеваемость врожденным сифилисом (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)	59
2.6 HIV testing among pregnant women	60

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 3. Обеспечить доступ к комбинированным стратегиям профилактики, включая доконтактную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание, снижение вреда и распространение презервативов, к 2020 году для не менее чем 90 % людей, особенно для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью и для ключевых групп населения — мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	60
3.2 Оценочная численность ключевых групп населения (А-Д)	63
3.3 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (А-Д)	64
3.4 Знание о своем ВИЧ-статусе в ключевых группах населения (А-Г)	66
3.5 Охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения (А-Д)	68
3.6А Использование презервативов среди работников секс-бизнеса	70
3.6Б Использование презервативов среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами	72

3.6В Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	74
3.6Г Использование презервативов среди трансгендерных лиц	76
3.7 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции людей, входящих в ключевые группы населения (А-Д)	78
3.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	80
3.9 Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека)	82
3.10 Охват опиоидной заместительной терапией	84
3.11 Активный сифилис среди работников секс-бизнеса	85
3.12 Активный сифилис среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами	86
3.13 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах	87
3.14 Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения	88
3.15 Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)	89
3.16 Распространенность мужского обрезания	91
3.17 Количество мужчин, прошедших добровольную медицинскую процедуру обрезания, за год	92
3.18 Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска	93

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 4. Устранить гендерное неравенство и искоренить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 году

4.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ	94
4.2 Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (А-Г)	96
4.3 Распространенность случаев насилия со стороны интимного партнера за недавний период	98
4.4 Опыт людей, сталкивающихся с дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения	100

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 5. Обеспечить 90 % молодежи знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты себя от ВИЧ-инфекции, а также доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья до 2020 года, чтобы уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 100 000 в год

5.1 Молодежь (15 24): знания о профилактике ВИЧ-инфекции	102
5.2 Удовлетворение спроса на услуги в сфере планирования семьи на основе современных методов (15 49)	103

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 8. Обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии.

8.1 Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ	105
--	------------

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 10. Обеспечить отход от практики изолированного решения вопросов противодействия СПИДу на основе интеграции систем предоставления услуг с учетом конкретных нужд и потребностей людей и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая лечение туберкулеза, рака шейки матки, гепатитов В и С

10.1 Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции	109
10.2 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, у которых был выявлен туберкулез в активной форме	111
10.3 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза	112
10.4 Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры в последние 12 месяцев	113
10.5 Гонорея у мужчин	114
10.6 Тестирование на гепатит В	115
10.7 Процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, получающих комбинированное лечение	116
10.8 Тестирование на гепатит С	117
10.9 Процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавших лечение ВГС	118
10.10 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки	119

Руководство по заполнению промежуточного вопросника по политике	120
Промежуточный опрос по вопросам политики	125
Приложение 1. Избранная библиография	142
Приложение 2. Матрица национального финансирования для показателя 8.1: Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ	143
Приложение 3. Объем и цена за единицу закупленных и распределенных антиретровирусных препаратов	155

Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Обязательства по ускоренному достижению целей на период до 2020 г. и расширенные задачи по прекращению эпидемии СПИДа.

Снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции до уровня менее 500 000 в год во всем мире к 2020 г.

- ➔ Распространение ВИЧ-инфекции (см. обязательство 3)

Снизить смертность от причин, связанных со СПИДом, до уровня менее 500 000 человек во всем мире к 2020 г.

- ➔ Смертность от СПИДа (см. обязательство 1)

Искоренить стигму и дискриминацию в связи с ВИЧ к 2020 г.

- ➔ Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ (см. обязательство 4)

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 1.

Обеспечить доступ к лечению для 30 миллионов людей, живущих с ВИЧ, за счет достижения целей «90–90–90» к 2020 году

Приверженность достижению целей «90–90–90»

- ➔ 1.1 Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе
- ➔ 1.2 Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию
- ➔ 1.3 Удержание в программе антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев после начала
- ➔ 1.4 Люди, живущие с ВИЧ, у которых вирусная нагрузка снижена до неопределяемого уровня
- ➔ 1.5 Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции
- ➔ 1.6 Нехватка антиретровирусных препаратов
- ➔ 1.7 Смертность от СПИДа

Работа с нормативными положениями, действующей политикой и процедурами, препятствующими получению доступа к безопасным, действенным и приемлемым по цене непатентованным лекарственным средствам (генерикам), методам диагностики и сопутствующим медицинским технологиям, в том числе за счет полноценного применения гибких положений Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности

(ТАПИС/ТРИПС), и укрепление регионального и местного потенциала для разработки, производства и предоставления доступной и качественной медицинской продукции
Промежуточный опрос по вопросам политики

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 2. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей к 2020 году, обеспечив доступ к лечению ВИЧ-инфекции для 1,6 миллионов детей к 2018 году

- ➔ 2.1 Ранняя диагностика заболевания у младенцев
- ➔ 2.2 Передача ВИЧ от матери ребенку
- ➔ 2.3 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
- ➔ 2.4 Сифилис среди беременных женщин
- ➔ 2.5 Заболеваемость врожденным сифилисом (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)
- ➔ 2.6 Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин

К этой цели относятся следующие дополнительные индикаторы, получаемые из других областей (связанные с выполнением других обязательств либо формируемые в процессе подготовки оценочных данных о ВИЧ):

- ➔ Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей (см. «Заболеваемость ВИЧ-инфекцией»)
- ➔ Лечение ВИЧ-инфекции у детей: антиретровирусная терапия (см. «Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию»)

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 3. Обеспечить доступ к комбинированным стратегиям профилактики, включая доконтактную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание, снижение вреда и распространение презервативов, к 2020 году для не менее чем 90 % людей, особенно для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью и для ключевых групп населения — мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

- ➔ 3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией

Обеспечить доступ к комплексным услугам профилактики ВИЧ-инфекции для 90 % людей, подверженных наиболее высокому риску инфицирования, в том числе для

работников секс-бизнеса и их клиентов, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

- ➔ 3.2 Оценочная численность ключевых групп населения
- ➔ 3.3 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения
 - 3.3А Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса
 - 3.3Б. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами
 - 3.3В. Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики
 - 3.3Г. Распространенность ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц
 - 3.3Д. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных
- ➔ 3.4 Тестирование на ВИЧ в ключевых группах населения:
 - 3.4А Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса;
 - 3.4Б. Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами;
 - 3.4В. Тестирование на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
 - 3.4Г. Тестирование на ВИЧ среди трансгендерных лиц.
- ➔ 3.5 Охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения:
 - 3.5А Охват антиретровирусной терапией среди работников секс-бизнеса, живущих с ВИЧ;
 - 3.5Б Охват антиретровирусной терапией среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ;
 - 3.5В Охват антиретровирусной терапией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, живущих с ВИЧ;

- 3.5Г Охват антиретровирусной терапией среди трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ;
 - 3.5Д Охват антиретровирусной терапией среди заключенных, живущих с ВИЧ
- ➔ 3.6 Использование презервативов в ключевых группах населения:
 - 3.6А Использование презервативов среди работников секс-бизнеса;
 - 3.6Б Использование презервативов среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами;
 - 3.6В Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
 - 3.6Г Использование презервативов среди трансгендерных лиц
 - ➔ 3.7 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения:
 - 3.7А Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса;
 - 3.7Б Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами;
 - 3.7В Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики;
 - 3.7Г Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц.

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

- ➔ 3.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики
- ➔ 3.9 Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека)
- ➔ 3.10 Охват опиоидной заместительной терапией

Работники секс-бизнеса

- ➔ 3.11 Active syphilis among sex workers

Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами

- ➔ 3.12 Активный сифилис среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами

Заключенные

- ➔ 3.13 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Вирусные гепатиты В и С

- ➔ 3.14 Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения

Охватить доконтактной профилактикой 3 миллиона человек к 2020 году

- ➔ 3.15 Лица, получающие доконтактную профилактику (ДКП)

Охватить услугами по проведению добровольной медицинской процедуры мужского обрезания 25 миллионов мужчин в странах с высокой заболеваемостью к 2020 году

- ➔ 3.16 Распространенность мужского обрезания
- ➔ 3.17 Количество мужчин, прошедших добровольную процедуру обрезания, за год

Обеспечить распространение 20 миллиардов штук презервативов ежегодно в странах с низким и средним уровнем доходов к 2020 году

- ➔ 3.18 Использование презервативов при последнем половом контакте с высоким риском инфицирования.

Количество распространенных презервативов (Промежуточный опрос по вопросам политики).

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 4. Устранить гендерное неравенство и искоренить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 году

- ➔ 4.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ
- ➔ 4.2 Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения:

- 4.2A Уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди работников секс-бизнеса по причине стигматизации и дискриминации в обществе;
- 4.2Б Уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, по причине стигматизации и дискриминации в обществе;
- 4.2В Уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, по причине стигматизации и дискриминации в обществе;
- 4.2Г Уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди трансгендерных лиц по причине стигматизации и дискриминации в обществе.

Обеспечить показатели всеобщего доступа, к качественным и доступным услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам, связанным с ВИЧ, для женщин

- ➔ 4.3 Распространенность случаев насилия со стороны интимного партнера за недавний период.

Процент стран, которые представляют данные с разбивкой по полу (аналитические данные в онлайн-инструменте формирования отчетности).

Устранить связанные с ВИЧ стигматизацию и дискриминацию в учреждениях здравоохранения к 2020 году

- ➔ 4.4 Опыт людей, сталкивающихся с дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Пересмотреть и реформировать законодательные положения, способствующие укреплению стигмы и дискриминации, в том числе такие нормы, которые связаны с определением возраста добровольного согласия (вступления в брак); привлечением к ответственности за передачу ВИЧ, неразглашение ВИЧ-положительного статуса или создание опасности заражения для другого

лица; с запретами и ограничениями на поездки на основании ВИЧ-статуса; а также с проведением обязательного тестирования

Промежуточный опрос по вопросам политики

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 5. *Обеспечить 90 % молодежи знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты себя от ВИЧ-инфекции, а также доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья до 2020 года, чтобы уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 100 000 в год*

- ➔ 5.1 Молодежь (15-24): знания о профилактике ВИЧ-инфекции.
- ➔ 5.2 Удовлетворение спроса на услуги в сфере планирования семьи на основе современных методов (15-49).

К этой цели относятся следующие дополнительные индикаторы, получаемые из других областей (связанные с выполнением других обязательств либо формируемые в процессе подготовки оценочных данных о ВИЧ):

- ➔ Число новых случаев ВИЧ-инфекции среди женщин в возрасте от 15 до 24 лет (см. «Заболеваемость ВИЧ-инфекцией»)
- ➔ Использование презервативов молодыми женщинами в возрасте от 15 до 24 лет при последнем половом контакте с высоким риском инфицирования (см. «Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска»).

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 6. *Обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ к 2020 году для 75 % всех людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заболевания*

или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции.

Индикаторы для включения в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа в 2019 г

Промежуточный опрос по вопросам политики

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 7. *Довести к 2020 году объем услуг, предоставляемых силами сообществ, до уровня не менее 30 % от общих объемов услуг*

Индикаторы для включения в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа в 2019 г

Промежуточный опрос по вопросам политики

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 8. *Обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии*

- ➔ 8.1 Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ

Национальные расходы в сфере противодействия ВИЧ в разрезе программных мероприятий и источников финансирования.

- 8.1A Расходы, связанные с проведением тестирования на ВИЧ и консультирования
- 8.1Б Расходы на антиретровирусную терапию
- 8.1В Расходы на лабораторную диагностику (определение количества CD4-лимфоцитов, вирусной нагрузки)

- 8.1Г Расходы на программы противодействия сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез
- 8.1Д Расходы на реализацию пяти основных компонентов комбинированной профилактики
- 8.1Е Расходы на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку
- 8.1Ж Расходы на системы социального обеспечения
- 8.1З Расходы на финансовую помощь для молодых женщин и девочек

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 9. Обеспечить расширение прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ, а также всех, кто подвергается риску инфицирования или оказывается затронутым эпидемией, чтобы они понимали свои права и могли получить юридическую помощь и правую поддержку для обеспечения доступа к правосудию, для отстаивания своих прав и предотвращения нарушения прав человека

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 10. Обеспечить отход от практики изолированного решения вопросов противодействия СПИДу на основе интеграции в

системы предоставления услуг с учетом конкретных нужд и потребностей людей и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая лечение туберкулеза, рака шейки матки, вирусных гепатитов В и С

Снизить смертность от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 75 % к 2020 году

- ➔ 10.1 Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции
- ➔ 10.2 Люди, живущие с ВИЧ, у которых был выявлен туберкулез в активной форме
- ➔ 10.3 Люди, живущие с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза

К этой цели относятся следующие дополнительные индикаторы, получаемые из других областей (связанные с выполнением других обязательств либо формируемые в процессе подготовки оценочных данных о ВИЧ):

Смертность от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ

Инфекции, передающиеся половым путем

- ➔ 10.4 Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры в последние 12 месяцев
- ➔ 10.5 Гонорея у мужчин

Вирусные гепатиты В и С

- ➔ 10.6 Тестирование на вирусный гепатит В (ВГВ)
- ➔ 10.7 Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, получающие комбинированное лечение
- ➔ 10.8 Тестирование на вирусный гепатит С (ВГС)
- ➔ 10.9 Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавшие лечение ВГС

Рак шейки матки

- ➔ 10.10 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки

Дополнительные индикаторы, относящиеся к данному целевому показателю, но полученные ВОЗ из других источников:

Вакцинация против рака шейки матки

Аббревиатуры и сокращения

ЗТС	Ламивудин
FTC	Эмтрицитабин
VDRL-тест	Серологическая проба на сифилис
AZT	Зидовудин
АТП	Проба агглютинации трепонемы паллидум
DTG	Dolutegravir
ВГВ	Вирусный гепатит В
ВГС	Вирусный гепатит С
ВПЧ	Вирус папилломы человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ГАТП	Проба гемагглютинации трепонемы паллидум
ДКП	Доконтактная профилактика
ЛПВ/р	Комбинация лопинавира и ритонавира
МОТ	Международная организация труда
НВП	Невирапин
НИОТ	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НГО	Негосударственная организация
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
РПР	Экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
ТДФ	Тенофовира дизопроксил фумарат
ЭФВ	Эфавиренц
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
УНП ООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения

Введение

Цель и предпосылки

Цель этого документа — предоставить государственным программам и партнерам в сфере противодействия СПИДу рекомендации по использованию показателей для проведения оценки и осуществления отчетности о реализации мер противодействия на национальном уровне.

Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИДу: «Ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году»¹, принятая Генеральной Ассамблеей ООН на заседании высокого уровня по СПИДу 8 июня 2016 года, поручает ЮНЭЙДС оказывать поддержку странам в предоставлении отчетности о выполнении принятых в декларации обязательств. Эта Политическая декларация была разработана на основе трех предыдущих политических деклараций ООН: Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом (2001), Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2006) и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2011).

Декларация 2001 года была единогласно принята государствами-членами на специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу в 2001 году. Декларация 2001 года отражала глобальный консенсус в рамках комплексной программы достижения цели в области развития № 6, сформулированной в Декларации тысячелетия (ЦРТ): «Остановить к 2015 году распространение ВИЧ/СПИДа и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». В этой декларации была признана необходимость межсекторной программы действий по целому ряду направлений и принятия соответствующих мер на глобальном, региональном и национальном уровнях для

¹ Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИДу (2016): «Ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году». Женева: ЮНЭЙДС; 2016 г. Резолюция 70/266 Генеральной Ассамблеи ООН. URL: <http://www.unaids.org/ru/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS> (дата обращения: 15.03.2017).

предотвращения новых случаев ВИЧ-инфекции, повышения доступности услуг здравоохранения для

населения и минимизации последствий эпидемии. В Политической декларации 2006 года признавалась неотложная необходимость обеспечить показатели всеобщего доступа, к услугам для профилактики, лечения, ухода и поддержки в связи с ВИЧ-инфекцией. В Политической декларации 2011 года были сформулированы 10 целей для активизации усилий по прекращению распространения ВИЧ/СПИДа. Наконец, Политическая декларация 2016 года посвящена задачам на предстоящий 5-летний период; в ней сформулирован обновленный подход для интеграции мер противодействия ВИЧ во всем мире в более общие программы содействия устойчивому развитию.

Эти декларации были приняты государствами-членами ООН на правительственном уровне, однако для реализации таких масштабных задач, помимо усилий государственного сектора, необходимо также активное участие частного сектора и трудовых объединений, религиозных сообществ, негосударственных организаций (НГО) и других организаций и представителей гражданского общества, включая группы людей, живущих с ВИЧ.

Как сказано в политической декларации 2016 года, успешность реализации мер противодействия СПИДу должна оцениваться в зависимости от выполнения конкретных целевых показателей в четко определенные сроки. Декларация призывает осуществлять тщательный мониторинг хода выполнения взятых обязательств и требует, чтобы Генеральный секретарь ООН представлял ежегодный

отчет о достигнутых результатах. В этих отчетных докладах должны быть проанализированы проблемы и препятствия, а также рекомендованы меры для ускорения реализации поставленных целей.

2018 год — второй год после перехода глобального мониторинга эпидемии СПИДа от Целей развития тысячелетия к выполнению Целей устойчивого развития; он также станет вторым отчетным годом в рамках мониторинга ВИЧ-инфекции за период 2016-2020 гг. В этом году руководства по сбору и анализу данных содержат пересмотренный набор индикаторов, использованных для осуществления глобальной отчетности за предыдущие годы. В результате тесного сотрудничества ВОЗ, ЮНЭЙДС и партнеры разработали сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения², которое легло в основу руководства по проведению глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

В предыдущих раундах предоставления отчетности странам предлагалось интегрировать эти показатели при осуществлении текущего мониторинга. Эти показатели разработаны с целью помощи странам в оценке прогресса в реализации национальных целей в сфере противодействия ВИЧ. Они позволят получить более глубокое понимание мер противодействия эпидемии на глобальном уровне, а также достигнутого прогресса в выполнении ряда глобальных целей, установленных Политической декларацией 2016 года, и Целей устойчивого развития³.

Эти рекомендации служат для повышения качества и целостности данных, собираемых на страновом уровне, что также позволит повысить точность выводов,

2 Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/> (дата обращения: 15.11.2016).

3 Обязательства по ускоренной реализации мер, направленных на прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году: Fast-Track Commitments to End AIDS by 2030 URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf (на англ. яз.).

Как пользоваться этим руководством

Это руководство было разработано для того, чтобы помочь странам максимально эффективно проводить сбор данных и осуществлять отчетность по реализации национальных мер противодействия ВИЧ. В разделе индикаторов для глобального мониторинга эпидемии СПИДа каждому индикатору посвящена отдельная страница, где указаны причины для его включения в список индикаторов, а также методы сбора данных, выведения и измерения индикатора; также сильные и слабые стороны каждого индикатора.

формулируемых на национальном, региональном и мировом уровнях

Обоснование программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Выбор показателей для отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring) основан на следующих принципах:

- **Уменьшение мониторинговой нагрузки.** Набор показателей сократился, уменьшилось также и число отдельных опросников (по субиндикаторам и источникам данных). Совокупность показателей включает показатели мониторинга и отчетности по ответным мерам в связи с ВИЧ в секторе здравоохранения (которые ранее назывались показателями всеобщего доступа к услугам в сфере ВИЧ); эти показатели также приведены в соответствие с показателями для мониторинга хода выполнения Целей устойчивого развития. Это позволит облегчить процесс сбора данных на национальном уровне. Описание показателей в данном руководстве заменяет собой описания индикаторов в ранее опубликованных руководствах, в том числе в глобальном списке 100 рекомендованных ключевых показателей

⁴, а также сводном руководстве ВОЗ по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения (2015 г.)

⁵. Для обеспечения полного соответствия требованиям отчетности по 10 обязательствам по ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии к 2030 году (Fast-Track Commitments), показатели разбиты по возрасту, полу, географическому местоположению и ключевым группам населения (по мере возможности).

- **Более совершенный инструмент разработки программ для стран.** Благодаря разбивке данных, наличию множества источников и степени детализации по географическому положению (в том числе на уровне городов), показатели позволяют учитывать ситуацию в стране во всем многообразии, а также позволяют определить области, в которых реализация программ даст максимальный эффект. По отдельным показателям также предусмотрена опция проведения мониторинга реализации программ.
- **Понимание эпидемии и перераспределение ресурсов.** Качество расчетных эпидемиологических данных за последние годы значительно улучшилось, и они все чаще используются наряду с данными по реализации программ на субнациональном уровне для

4 Рекомендательный список 100 ключевых индикаторов в сфере здравоохранения: Global Reference List of 100 Core Health Indicators, 2015. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en> (дата обращения: 15.11.2016).

5 Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/> (дата обращения: 15.11.2016).

оценки охвата услугами в сфере ВИЧ. Это позволяет более эффективно осуществлять финансирование.

- **Взаимосвязанность.** Набор показателей также составлен с учетом того, что они не являются независимыми, а дополняют друг друга, формируя более полное представление о необходимых мерах противодействия СПИДу с учетом конкретной ситуации в каждой стране.
- **Инновационность и дальновидность.** Для обеспечения гибкости в ближайшем будущем, по

отдельным показателям имеется возможность использовать при формировании отчетности альтернативные источники данных (различные виды исследований и программные данные). В качестве дополнения к индикаторам, рассматривается возможность использовать данные, генерируемые альтернативными источниками (социальные сети, сайты знакомств и др.) — эти данные позволят получить более полное представление о сложившейся ситуации в сфере ВИЧ.

Рисунок 1.

Тенденции в изменении процентного соотношения стран, предоставляющих отчетность (2004–2017 гг.).

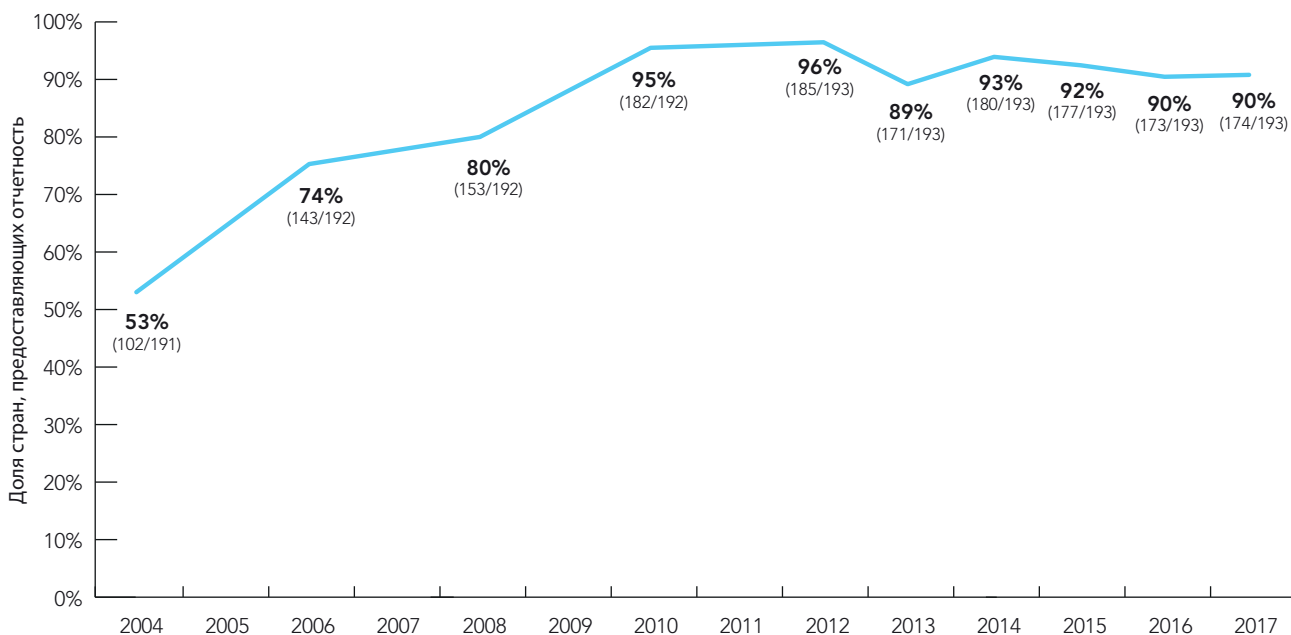
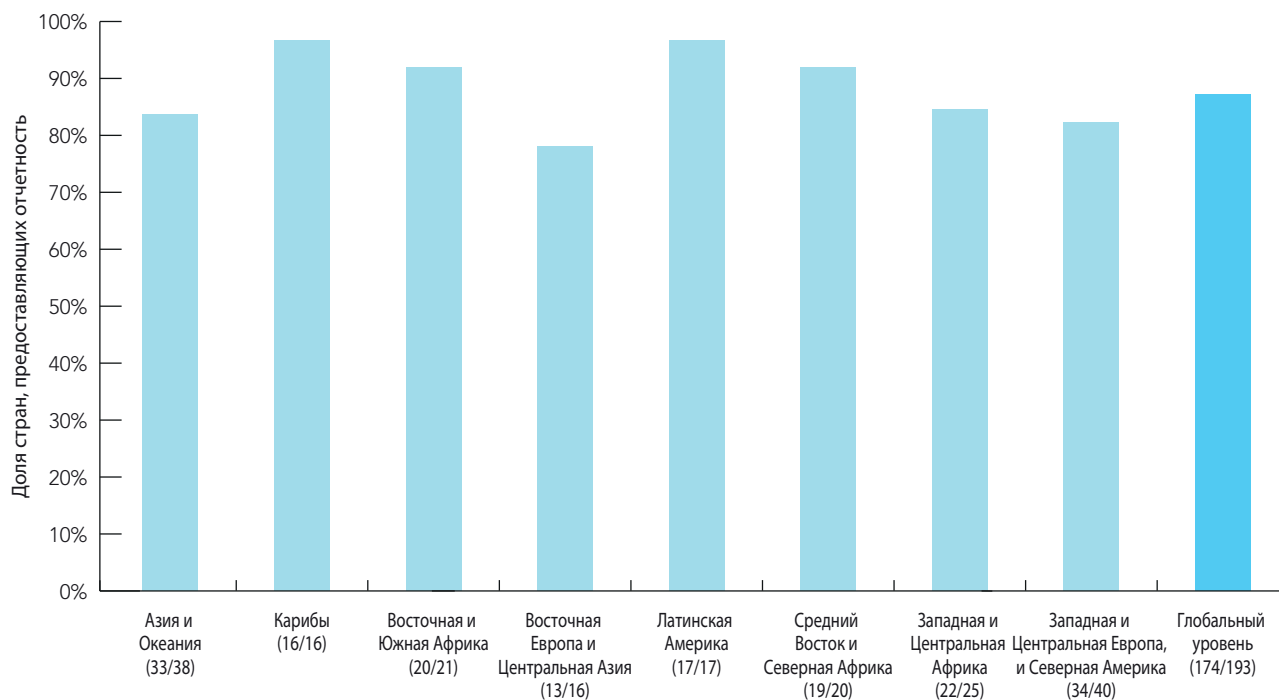


Рисунок 2.

Процент стран, предоставивших отчетность по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа в отчетном периоде 2017 года.



Отчетность за предыдущие периоды

В рамках мониторинга выполнения различных политических деклараций, ЮНЭЙДС осуществляет сбор отчетности государств-членов ООН о достигнутом прогрессе в реализации поставленных целей: с 2004 по 2012 гг. сбор данных проводился раз в два года, а начиная с 2012 года — ежегодно. Число государств-членов ООН, предоставляющих

отчетность, выросло со 102 (53 %) в 2004 году до 185 (96 %) в 2012 году. После 2012 года число государств-членов ООН, предоставляющих отчетность, оставалось стабильным: на уровне 174 (90 %) в 2017 году (Рисунок 1, 2).

В отчетах стран о достигнутом прогрессе в реализации поставленных целей содержатся наиболее полные данные об эпидемиологической ситуации и принимаемых

мерах. Данные предыдущих отчетов доступны онлайн по адресу: <http://aidsinfo.unaids.org>. Полная база данных доступна по адресу: www.aidsinfoonline.org, она может быть использована для построения графиков, карт и таблиц. Неотредактированные описательные отчеты стран за 2016 год доступны на веб-сайте:

<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2016countries>

Обращаем ваше внимание на то, что откорректированные и обновленные данные по показателям вносятся после проверки представленной отчетности в приложение AIDSinfo, и могут отсутствовать в описательных отчетах.

Формат отчетности

Для осуществления отчетности в 2018 году требуется предоставить данные по всем показателям, а также данные промежуточного опроса по вопросам политики⁶. При представлении данных по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, странам рекомендуется также представить и описательный отчет. В онлайн-инструменте формирования отчетности есть шаблон описательного отчета, который состоит из кратких резюме по каждому обязательству ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии к 2030 году (Fast-Track commitments). В качестве альтернативы страна может представить свой последний национальный доклад, содержащий анализ эпидемиологической ситуации и мер противодействия (при наличии такового).

Данные по показателям считаются неотъемлемой частью отчета каждой страны по достигнутому прогрессу в реализации поставленных целей. Таким образом, в

ходе консультаций и в процессе подготовки отчетности необходимо уделять внимание как описательной части отчета о достигнутом прогрессе, так и сбору страновых данных по показателям, как указано в разделе о представлении отчетности о достигнутом прогрессе в реализации мер на национальном уровне.

Данные по показателям глобального мониторинга эпидемии СПИДа следует отправлять через веб-сайт для представления отчетности в режиме онлайн (<https://aidsreportingtool.unaids.org/>) в целях обеспечения полноты и высокого качества данных, а также расширения возможностей для обработки и анализа данных на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Крайний срок подачи данных через веб-сайт — 29 марта 2018 года.

Показатели глобального мониторинга эпидемии СПИДа важны по двум причинам. Во-первых, они помогают отдельным странам оценить эффективность мер, реализуемых на национальном уровне. Во-вторых, при проведении анализа данных одновременно по нескольким странам эти показатели могут дать критически важную информацию о более общей эффективности реализуемых мер, что даст основу для анализа достигнутого прогресса на региональном и глобальном уровнях. А кроме того, страны смогут получить представление о реализации программ противодействия на национальном уровне в других странах.

Все изменения в требованиях к предоставлению отчетности в 2018 году по сравнению с 2017 годом перечислены ниже в разделе «Краткий обзор изменений в предоставлении отчетности в 2018 году».

⁶ Промежуточный опрос по вопросам политики включает в себя подмножество вопросов из Части А инструмента НОПИ (Национальные обязательства и политические инструменты), которые касаются элементов политики, наиболее часто подверженных изменениям.

Страны должны учитывать, насколько применим каждый показатель к их конкретной эпидемиологической ситуации на национальном уровне. На веб-сайте для предоставления отчетности страны должны указать по каждому показателю, является ли он для них применимым, и если да, то имеются ли у них новые данные по этому показателю. В случае отказа от предоставления данных по какому-либо конкретному показателю страны должны указать причины отказа. Это необходимо для того, чтобы дифференцировать оценку в случае отсутствия данных по показателю и в случае нерелевантности самого показателя к эпидемиологическим условиям конкретных стран.

Большинство национальных показателей применимы ко всем странам. Показатели, учитывающие особенности поведения ключевых групп населения, связанные с риском инфицирования ВИЧ, применимы во всех странах независимо от национальных показателей распространенности ВИЧ-инфекции. Например, в стране с более высокими показателями распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии, которая охватывает преимущественно людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Поэтому в таком случае также важно произвести расчеты и представить отчетность по показателям, которые относятся к ключевым группам населения, практикующим поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ.

Странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции также рекомендуется осуществлять сбор данных о поведении молодежи с целью отслеживания тенденций в поведении, которые в будущем могут повлиять на реализацию ответных мер на национальном уровне. Однако некоторые показатели применимы только при определенных условиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции.

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует странам использовать эти же показатели в своих национальных системах для мониторинга и оценки эпидемиологической ситуации. В случае если в какой-либо стране для эффективного мониторинга по той или иной проблеме используется какой-то другой индикатор, можно описать этот индикатор

в поле для комментариев в онлайн-инструменте отчетности (в частности, дав его полное описание и методы измерения) и представить имеющиеся данные по этому индикатору.

В данном руководстве представлены полные определения всех индикаторов, используемых для глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов

Приняв Политическую декларацию ООН по ВИЧ/СПИДу 2016 года, страны с высоким уровнем доходов взяли на себя обязательства по предоставлению отчетности о достигнутом прогрессе в реализации национальных мер противодействия ВИЧ. В этих странах могут использоваться относительно сложные информационные системы и данные из широкого спектра различных источников, что может значительно затруднять вычисление того или иного отдельного национального показателя. Однако это не отменяет необходимости получения данных по странам с высоким уровнем доходов для мониторинга общего прогресса в выполнении целей, поставленных в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу. В странах Европейского союза (ЕС) и Европейской экономической зоны (ЕЭЗ) использовались инновационные решения для более тесной привязки глобальных систем мониторинга ВИЧ к региональным условиям.

В 2018 году ЮНЭЙДС и Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний договорились укреплять сотрудничество и сокращать бремя отчетности для стран. Страны ЕС и Европейской экономической зоны будут предоставлять отчетность в Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний, который в дальнейшем будет предоставлять данные ЮНЭЙДС. В случае необходимости ЮНЭЙДС рекомендует странам с высоким уровнем доходов обращаться в Отдел стратегической информации ЮНЭЙДС (AIDSreporting@unaid.org) за более подробной консультацией по техническим вопросам подготовки отчетности по их национальным программам.

Выполнение мониторинга на национальном уровне

Построение национальных показателей

В этом руководстве представлена информация, необходимая для выведения каждого из показателей, включая следующее:

- Описание того, что измеряет конкретный показатель.
- Обоснование показателя.
- Числитель, знаменатель и расчет.
- Разбивка данных показателя.
- Рекомендуемые инструменты для измерения.
- Частота проведения измерений.
- Сильные и слабые стороны, преимущества и недостатки показателя (включая его краткое толкование).

Инструменты измерения и источники данных

Основные (первичные) инструменты измерения зависят от индикатора и включают:

- Выборочные репрезентативные демографические обследования.
- Поведенческий эпидемиологический надзор.
- Специальные исследования и опросы населения, в том числе обследования среди конкретных групп населения (например, исследования охвата определенными услугами).
- Системы отслеживания пациентов.
- Информационные системы в секторе здравоохранения.
- Дозорный эпидемиологический надзор.

- Оценочные показатели по ВИЧ-инфекции, смоделированные с помощью программного обеспечения Spectrum.

Помимо первичных измерительных инструментов, следует использовать и другие имеющиеся источники данных, в том числе существующие базы данных и данные медицинских учреждений, образовательных учреждений, а также информацию по конкретным аспектам, собранную в рамках эпиднадзорных мероприятий и программ в сфере ВИЧ.

Еще одним источником данных, которым можно воспользоваться для получения знаменателей, необходимых в отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, является пакет программного обеспечения Spectrum⁷. С его помощью страны могут рассчитывать оценочные показатели числа людей, живущих с ВИЧ; беременных женщин, нуждающихся в получении антиретровирусных препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку; а также детей с высоким риском заражения

ВИЧ-инфекцией, нуждающихся в проведении обследования с использованием вирусологических методов.

В целях гармонизации результатов, в 2018 году подготовка файлов данных для программы Spectrum будет завершаться непосредственно перед подачей данных по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа. Финальный срок сдачи файлов в Spectrum — 22 марта 2018 года. Благодаря этому будет достаточно времени для проверки данных, представленных по показателям, и соответствующих данных в Spectrum. Страновые рабочие группы получают информацию о порядке получения оценочных данных за 2018 год в январе 2018 года. У стран есть возможность импортировать данные по определенным показателям в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа непосредственно из своего финального файла в Spectrum. В таком случае эти данные не нужно будет вводить в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу.

Границы погрешности для показателей ЮНЭЙДС⁸

С помощью программного обеспечения рассчитываются границы погрешностей по каждому показателю, определяющие диапазон, в пределах которого находится истинное значение (если его можно измерить). Если этот диапазон узкий, это означает, что оценочный показатель является точным. Широкий диапазон предполагает вероятность более высокой погрешности.

В странах, использующих эпиднадзорные данные по ВИЧ-инфекции, источник и количество имеющихся в наличии данных отчасти обуславливают степень точности показателей. В странах с большими объемами данных эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией диапазоны показателей будут уже, чем у стран, располагающих эпиднадзорными данными в меньшем объеме или полученными на выборке меньшего объема. В странах, где проводились национальные демографические обследования населения, диапазоны показателей обычно более узкие, чем в странах, где такие обследования не проводились. В странах, где разрабатываются оценочные показатели субнационального уровня (по национальным субъектам или провинциям/регионам), диапазоны показателей будут более широкими. В тех странах, где используются данные системы учета случаев ВИЧ-инфекции и данные о смертности по причинам, связанным со СПИДом, точность оценки будет зависеть от того, за сколько лет предоставляются данные, а также от масштабы данных о зарегистрированных случаях заболевания или смертности вследствие СПИДа.

Ориентировочные допущения или расчеты, необходимые для определения оценочного показателя, также влияют на величину диапазона этого показателя. Коротко говоря, чем больше число ориентировочных допущений или расчетов, тем шире диапазон отклонений, поскольку каждое допущение вносит дополнительную неопределенность. Например, диапазоны оценочных значений показателя распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослых людей будут более узкими, чем диапазоны показателя заболеваемости среди детей, поскольку последний рассчитывается на основании дополнительных данных о распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин и о вероятности передачи ВИЧ от матери ребенку — и каждые из них вносят свою дополнительную неопределенность.

У ЮНЭЙДС нет сомнений в том, что фактическое количество людей, живущих с ВИЧ, число новых случаев ВИЧ-инфекции или число людей умерших по причинам, связанным со СПИДом, находится в указанных странами диапазонах значений. С течением времени объем высококачественных данных, предоставляемых государствами-участниками, будет возрастать, а уровень погрешности по каждому показателю — неуклонно сокращаться.

7 Spectrum/EPP (веб-сайт). Женева: ЮНЭЙДС; 2017. URL: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>

8 Прекращение эпидемии СПИДа: прогресс в достижении целей 90-90-90. Женева: ЮНЭЙДС, 2017. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_ru.pdf

Файлы Spectrum разрабатывает рабочая группа, в состав которой входят национальные эксперты, обученные работе с этим программным обеспечением. Очень важно, чтобы группа, занимающаяся вводом данных в онлайн-инструмент глобального мониторинга эпидемии СПИДа, использовала самые последние оценочные показатели, полученные группой национальных экспертов по ВИЧ. Организации гражданского общества являются неотъемлемыми участниками национального ответа на ВИЧ, и могут предоставлять данные по многим показателям, касающимся мер, в которых НПО и религиозные организации играют ведущую роль. Например, в работе с молодыми людьми, с ключевыми группами населения.

Во многих странах большая часть данных, необходимых для индикаторов национального уровня, может быть недоступна из существующих источников.

Сбор таких данных потребует адаптации существующих инструментов мониторинга, или проведения ополнительных обследований. Страны, которые проводят регулярные, национальные обследования, такие как оценки воздействия ВИЧ на уровне населения, демографические и медико-санитарные обследования, смогут собирать необходимую информацию, в том числе поведенческие данные о молодежи. В странах, в которых проводятся другие виды демографических обследований, в том числе для целей, отличных от ВИЧ, эти обследования могут быть адаптированы для сбора данных по отдельным показателям.

Числители и знаменатели

По каждому показателю предоставляется подробная информация для оценки реализации мер на национальном уровне. В большинстве национальных показателей используются числители и знаменатели для расчета процентных значений, с помощью которых измеряется реализация мер на национальном уровне. При расчете значений показателей странам настоятельно рекомендуется уделить особое внимание соответствию временных диапазонов сбора данных. Если для определения числителя и знаменателя будут использоваться данные, которые собраны в разное время, это отрицательно повлияет на точность и достоверность информации.

Описанные методы были разработаны для того, чтобы обеспечить расчет глобальных показателей на основе

данных, полученных на национальном уровне. Хотя эти методы можно применить на субнациональном уровне, существуют более простые, эффективные и гибкие подходы, разработанные с учетом условий на местах, которые лучше использовать в процессе принятия решений на субнациональном уровне.

В некоторых показателях, относящихся к охвату услугами в сфере ВИЧ, в знаменателе необходимо использовать данные по общей численности населения (а не по числу людей, обратившихся в лечебные учреждения). Расчет показателей, основанных на численности населения, требует оценки общего числа людей, которые могут обратиться за услугами. Например, чтобы оценить, насколько близко та или иная страна подошла к обеспечению 100-процентного охвата услугами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, необходимо знать общее число беременных женщин, живущих с ВИЧ. ЮНЭЙДС рекомендует странам-участницам для расчета подобных знаменателей, необходимых для представления отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, использовать пакет программного обеспечения Spectrum.

Разбивка данных, особенно по полу и возрасту

Один из ключевых уроков, полученных в процессе предоставления отчетности за предыдущие годы, заключается в необходимости получения данных с разбивкой: например, по полу и возрасту, а также с разбивкой по ключевым группам населения. Критически важно, чтобы страны осуществляли сбор данных с разбивкой по каждому компоненту, а не общим массивом. Без разбивки данных трудно обеспечить мониторинг охвата и глубины мер противодействия ВИЧ на национальном и международном уровнях. Не менее проблематично было бы обеспечить мониторинг доступа к услугам или предоставления равного доступа к ним для всех нуждающихся, или подтвердить правильность определения приоритетов в предоставлении услуг тем или иным наиболее нуждающимся группам населения, или отслеживать значимые изменения на протяжении длительного периода времени.

Странам настоятельно рекомендуется осуществлять сбор данных с разбивкой, особенно по полу и возрасту, так как это один из фундаментальных элементов их деятельности по мониторингу и оценке данных. По возможности, следует анализировать предоставление равного доступа⁹. Разбивка эпидемиологических данных и поведенческих показателей по полу и возрасту, а также с разбивкой по ключевым группам населения, поможет показать гендерную динамику. Соответствующие министерства должны пересмотреть свои информационные системы, исследования и другие инструменты сбора данных, чтобы обеспечить получение данных субнационального уровня (в том числе на уровне учреждений и проектов) с соответствующей разбивкой. Необходимо принять меры для того, чтобы дезагрегированные данные можно было отслеживать вплоть до национального уровня. Кроме того, частный сектор и организации гражданского общества, вовлеченные реализацию мер противодействия ВИЧ на национальном уровне, должны быть проинформированы о важности предоставления данных в разбивке, и сбор, распространение и анализ таких данных должен быть одним из приоритетов в их деятельности.

В онлайн-инструменте формирования отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) четко определено, какие данные с разбивкой требуются для точных расчетов числителя и знаменателя по каждому показателю (см. дополнительную информацию о числителях и знаменателях в предыдущем подразделе). Как правило, по мере возможности все данные должны даваться с разбивкой по полу и возрасту. В случае если обеспечить сбор данных с разбивкой оказалось проблематичным, можно вводить данные частично.

При отсутствии доступных дезагрегированных данных информацию, необходимую для показателей, можно взять из более общих массивов данных, однако источники таких данных в разных странах могут быть разными. Странам рекомендуется обращаться за технической поддержкой

в учреждения системы ООН (включая ЮНЭЙДС, ВОЗ и отделения ЮНИСЕФ), а также к партнерам ЮНЭЙДС; они могут помочь в получении доступа к данным с разбивкой, необходимым для надлежащего выполнения измерений по индикаторам.

Правительствам рекомендуется не ограничиваться своими внутренними источниками информации для сбора и проверки данных. Во многих случаях организации гражданского общества могут предоставлять ценные первичные и вторичные данные, особенно по ключевым группам населения.

Странам следует предоставлять (в поле для комментариев на странице каждого индикатора) имеющиеся в наличии дополнительные данные, отражающие гендерные аспекты индикаторов и полученные из других источников, включая количественные и качественные данные, собранные гражданским обществом. Эти дополнительные данные позволят провести более полный, комплексный анализ конкретной ситуации по индикаторам с учетом гендерных аспектов.

Субнациональные данные

Многие страны успешно совершенствуют методы использования данных на субнациональном уровне. Благодаря этому все ключевые партнеры и заинтересованные стороны могут лучше понять особенности развития эпидемии и реализации мер противодействия в конкретных сообществах и географических регионах. В 2015 году в докладе ЮНЭЙДС ко Всемирному дню борьбы со СПИДом¹⁰ были представлены успешные примеры усилий стран по ускорению мер, направленных на прекращение распространения ВИЧ в определенных группах населения и местах проживания.

Начиная с середины 2014 года, онлайн-инструмент отчетности позволяет пользователям вносить следующие данные субнационального уровня: число беременных

9 ВОЗ, ЮНЭЙДС. Практический инструмент, позволяющий более четко учитывать и отражать гендерные особенности при работе в национальных системах мониторинга и оценки данных в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, а также противодействия ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения. — Готовится к публикации.

10 On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on locations and populations («Сосредоточение усилий на местах проживания и группах населения: на пути ускорения мер по искоренению СПИДа к 2030 году», на английском языке). Женева: ЮНЭЙДС; 2015. URL: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/FocusLocationPopulation> (дата обращения: 15.11.2016).

женщин, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусные препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (индикатор 2.3); число людей, получающих антиретровирусную терапию (индикатор 1.2); а также данные по ключевым группам населения (см. более подробную информацию в следующем пункте документа).

Текущая версия инструмента также позволяет пользователям представлять данные по приоритетным городам для дополнительных индикаторов по оценке достигнутого прогресса в реализации национальных целей противодействия ВИЧ в городах. При этом акцент делается на городах с наиболее высокой распространенностью заболевания или городах, включенных в перечень программы ускоренной реализации мер противодействия, которые взяли на себя обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Данные самых недавних и репрезентативных исследований

Странам следует предоставлять только самые последние данные. В случае если самые последние имеющиеся данные уже были предоставлены в предыдущем раунде отчетности, их не следует вводить снова.

При расчете индикаторов на основе данных обследований общего населения странам следует использовать данные самого последнего национального репрезентативного обследования.

При расчете значений индикаторов на основе данных обследований в ключевых группах технически очень сложно обеспечить репрезентативность имеющейся выборки для более широкой группы населения.

В настоящее время разрабатываются методы, с помощью которых можно пытаться обеспечить репрезентативность выборки по данным группам населения: в качестве примера можно привести, например, метод под названием «выборка, управляемая респондентом». Поскольку эти методы пока находятся в стадии доработки, страны не могут быть уверены в репрезентативности тех выборок, которые используются в обследованиях ключевых групп населения, подверженных высокому риску инфицирования

ВИЧ. Странам рекомендуется использовать самые последние данные из обследований ключевых групп населения, которые проверялись и утверждались местными техническими специалистами, — например, членами рабочих групп по мониторингу и оценке данных или национальных научно-исследовательских советов. Странам рекомендуется сообщать обо всех высококачественных обследованиях ключевых групп населения, проведенных за последнее время, с указанием места/региона и использованного числителя, знаменателя и объема выборки, в онлайн-инструменте отчетности о глобальном мониторинге эпидемии СПИДа.

Одна из трудностей при расчете оценочных показателей заболеваемости и планировании потребностей программ связана с описанием численности ключевых групп населения. Странам нужно предоставить оценки численности ключевых групп населения, указывая при этом методы и любые оценочные значения по конкретным городам или региональным субъектам, которые рассчитывались эмпирическим путем (см. более подробную информацию в разделе 3.7). Некоторые страны, у которых оценочные данные по численности ключевых групп населения на национальном уровне получены эмпирическим путем, могут также объединять данные по программам профилактики. В случае если страна может отчитаться по какому-либо индикатору, представив данные из национальной программы, в этом году это можно сделать, используя поля для комментариев.

Странам, которым необходима дополнительная информация по этому вопросу, следует обращаться за технической поддержкой к своим консультантам в Отделе стратегической информации ЮНЭЙДС, в ЮНИСЕФ или ВОЗ, а также к рабочим группам, занимающимся мониторингом и оценкой данных о ВИЧ. Техническую поддержку также предоставляют региональные консультанты Отдела стратегической информации ЮНЭЙДС, которые являются членами групп региональной поддержки, и Департамента стратегической информации ЮНЭЙДС. Связаться с ними можно по адресу электронной почты: AIDSreporting@unaid.org.

Интерпретация и анализ

В этом руководстве предоставляется информация о каждом индикаторе, включая его сильные и слабые стороны. Странам следует внимательно изучить содержание этого раздела до сбора и анализа данных, так как здесь объясняется, как интерпретировать каждый индикатор и какие вопросы могут быть с ним связаны. Вопросы, возникающие при изучении этого раздела, следует решить до завершения подготовки отчетности и составления описательного отчета, чтобы иметь уверенность в соответствии предоставляемых данных по каждому индикатору.

Разделы, касающиеся преимуществ и недостатков каждого индикатора, разработаны для повышения точности и целостности данных, которые страны-участницы предоставляют ЮНЭЙДС. В других пунктах этого раздела предоставляется дополнительная информация о значимости каждого конкретного индикатора. В этом разделе также подчеркивается, что в разных странах возникают различные проблемные вопросы в зависимости от таких сильно различающихся факторов, как соотношение затрат к местному уровню доходов населения, применяемых на местах стандартов качества и различий в схемах лечения.

После компилирования данных странам настоятельно рекомендуется продолжить анализ результатов. Это позволит им лучше понимать степень эффективности своих ответных мер, а также выявить возможные пути повышения этой эффективности. Странам следует обратить пристальное внимание на взаимосвязи между проводимой политикой, распределением ресурсов и их эффективностью, реализацией программ противодействия ВИЧ, подтвержденными изменениями поведения и динамикой развития эпидемии.

Например, если в стране есть политика, направленная на сокращение вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, существуют ли в этой стране соответствующие программы с достаточным объемом финансирования, обеспечивающие доступность услуг профилактики для беременных женщин? Если такие программы существуют, достаточно ли активно женщины пользуются ими, чтобы эти программы могли

обеспечить сокращение числа младенцев с ВИЧ-инфекцией, которые появляются на свет в этой стране?

Эти взаимосвязи проявляются в каждом аспекте национальных программ противодействия ВИЧ, а национальные индикаторы, включенные в это руководство, отражают многие из наиболее важных взаимосвязей. Для того чтобы эффективно проанализировать эти взаимосвязи, странам необходимо использовать самый широкий спектр имеющихся данных, включая количественные и качественные данные, полученные из государственного и частного секторов, а также от групп и сообществ. Чрезмерное использование лишь одного вида данных или данных, полученных из одного-единственного источника, может помешать получить информацию, необходимую для понимания всех взаимосвязей, а также выявления существующих или новых тенденций.

Роль гражданского общества

Гражданское общество играет ключевую роль в реализации мер противодействия СПИДа в странах во всем мире. Обладая самым разнообразным опытом работы, организации гражданского общества являются идеальными партнерами в процессе подготовки страновых отчетов по прогрессу в реализации поставленных целей. В частности, эти организации в состоянии предоставить количественную и качественную информацию в дополнение к данным, собранным государственными организациями, а также помочь в интерпретации данных. При подготовке отчетов по национальным индикаторам в рамках выполнения Политической декларации 2016 года, национальные советы, комитеты или комиссии по национальным программам противодействия ВИЧ и другие подобные организации должны стремиться получить информацию от всего спектра организаций гражданского общества, включая НГО, сообщества людей, живущих с ВИЧ, религиозные организации, объединения женщин и молодежи, профсоюзы и трудовые объединения, а также другие группы и сообщества. Нельзя недооценивать важность получения информации от всех слоев гражданского общества, включая сообщества людей, живущих с ВИЧ. Гражданское общество представляет интересы множества людей и озвучивает самые разнообразные точки зрения, каждая

из которых может быть важной для мониторинга и оценки эффективности мер противодействия ВИЧ, принимаемых на страновом уровне.

Национальным комитетам противодействия СПИДу и другим подобным организациям следует предоставить организациям гражданского общества доступ к своим планам и программам по сбору данных, включая данные для знаменателей. Для этого необходимо разработать простой механизм подачи и оценки информации. Также в рамках этой работы следует приглашать представителей гражданского общества на семинары и мероприятия, проводимые на национальном уровне, чтобы определить оптимальные пути для их участия в подготовке страновой отчетности. В каждой стране представителям гражданского общества следует предоставить действенные возможности для участия в анализе и интерпретации данных на всех этапах, предшествующих окончательной сдаче отчетности. Отчет, представленный в ЮНЭЙДС, должен быть широко распространен, и доступ к нему должен быть открыт для всех слоев общественности.

Сотрудники программы ЮНЭЙДС на национальном уровне готовы содействовать представителям гражданского общества в предоставлении информации в процессе подготовки отчетности. В частности, сотрудники программы ЮНЭЙДС будут выполнять следующие задачи:

- Предоставлять консультации организациям гражданского общества по индикаторам и процедуре осуществления отчетности.
- Предоставлять техническую поддержку для сбора, анализа и предоставления данных, уделяя особое внимание предоставлению поддержки людям, живущим с ВИЧ.
- Содействовать распространению подготовленных отчетов, в том числе, по возможности, на языке конкретной страны.

Как и ранее, ЮНЭЙДС будет принимать независимые (альтернативные) доклады о реализации страновых программ противодействия, подготовленные организациями гражданского общества. Тем не менее,

такие отчеты не рассматриваются в качестве параллельной отчетности, предоставляемой гражданским обществом. ЮНЭЙДС рекомендует как можно полнее интегрировать гражданское общество в процедуру осуществления отчетности на национальном уровне, как описано выше. Независимые отчеты предназначены для представления альтернативной позиции в тех случаях, когда есть достаточные основания полагать, что гражданское общество не было в должной мере вовлечено в национальную процедуру осуществления отчетности, или когда правительственные организации не представили отчетность, или когда предоставленные ими данные существенно отличаются от данных, собранных гражданским обществом в процессе мониторинга прогресса, достигнутого государством в предоставлении услуг. Независимые отчеты можно направлять по электронной почте по адресу: aidsreporting@unaids.org.

Содержание отчета

В 2018 году страны должны представить данные по всем применимым национальным индикаторам, относящимся к реализации мер противодействия СПИДу. Правительства стран отвечают за предоставление отчетности по национальным индикаторам при поддержке гражданского общества и с привлечением, в соответствующих случаях, иных партнеров в области развития. Описанные в этом руководстве процедуры следует использовать для сбора и расчета необходимой информации по каждому индикатору.

Также странам рекомендуется по возможности прилагать копии документов или ссылки на исходные отчеты, которые послужили источниками данных для различных индикаторов. Эти материалы можно представить в онлайн-инструменте отчетности. Это облегчит интерпретацию данных, в том числе анализ тенденций и сравнение между странами.

Как сказано выше и в соответствии с требованиями Политической декларации 2016 года, гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ, должно быть вовлечено в процедуру осуществления отчетности. В равной степени возможности для участия в этой процедуре должны быть предоставлены представителям частного сектора в

целом. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует национальным органам власти организовывать семинары или форумы для открытого представления и обсуждения собранных данных перед подачей отчетности. Рабочие группы Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу присутствуют во многих странах и готовы оказывать содействие в организации такого обсуждения.

Данные по индикаторам будут доступны на веб-сайте aidsinfo.unaids.org после завершения обработки, верификации и согласования данных.

В случае возникновения вопросов странам следует обращаться за консультацией в местные отделения ЮНЭЙДС или в штаб-квартиру программы; отправить запрос можно по электронной почте: AIDSreporting@unaids.org.

Вся самая последняя информация о глобальном мониторинге эпидемии СПИДа доступна на веб-сайте ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>

Руководство в процессе предоставления данных

В случае необходимости для получения дополнительной информации об использовании инструмента отчетности и механизмов работы с данными страны могут обратиться за технической поддержкой к своим консультантам в Отдел стратегической информации ЮНЭЙДС, а также в страновые рабочие группы по мониторингу и оценке в сфере противодействия ВИЧ. Связаться с ними можно по электронной почте, отправив письмо на адрес AIDSreporting@unaids.org.

Инструмент отчетности и предоставление данных

Данные по индикаторам, ответы на промежуточный вопросник по политике, краткие описания данных по выполнению каждого обязательства или имеющиеся описательные отчеты национального уровня необходимо подать в онлайн-систему отчетности до 29 марта 2018 года.

Эти данные необходимо ввести в режиме онлайн через веб-сайт для осуществления глобальной отчетности:

<https://aidsreportingtool.unaids.org>. Это облегчит процесс обработки данных и позволит минимизировать возможные ошибки. В каждой стране есть специально назначенный национальный координатор, в обязанности которого входит работа с этим инструментом и ввод информации. Страны могут дополнительно назначить нескольких ответственных лиц для представления данных, в случае если данные собираются из нескольких источников и структур отчетности.

Страновые координаторы, отвечающие за представление данных, могут получить доступ в систему инструмента отчетности с помощью учетной записи, которая использовалась в предыдущих раундах отчетности. Новым координаторам необходимо создать имя пользователя и пароль. На основании решений, принятых в ходе официальных обсуждений, каждая страна назначает одного редактора для обработки данных, однако при желании страновой координатор может предоставить эти права и другим лицам. Редакторы могут вносить дополнения или изменения в представляемую отчетную информацию. Как и в предыдущие годы, страновой координатор также может предоставить возможность просмотра информации и другим лицам, чтобы обеспечить более широкое обсуждение. Эти люди (обозреватели) могут осуществлять просмотр предоставляемой информации, но не могут вносить в нее изменения. Более подробная информация по этому вопросу представлена в электронном руководстве по использованию инструмента отчетности, опубликованном на веб-сайте глобального мониторинга эпидемии СПИДа: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>.

Как говорилось выше, в случае непредоставления данных по какому-либо индикатору страны должны указать, по какой причине эти данные не предоставляются (из-за отсутствия данных или из-за того, что данный индикатор считается нерелевантным в конкретных эпидемиологических условиях). Поля для комментариев следует использовать для коротких пояснений о том, как осуществлялись расчеты числителя и знаменателя, а также оценка репрезентативности и точности сводных данных и данных с разбивкой. В случае необходимости при проведении обзора

на национальном уровне данные можно распечатать как один файл.

Оценить полноту представленных данных можно на главной странице, где показан процент или количество индикаторов, по которым отчетность уже предоставлена. При необходимости помимо ввода данных за текущий год страны могут составить запрос на изменение данных, предоставленных ими за предыдущие годы. Чтобы изменить данные за предыдущие годы, направьте сообщение на электронную почту AIDSreporting@unaids.org, и индикатор в онлайн-инструменте отчетности станет доступным для редактирования.

Для завершения процедуры ввода данных нажмите на кнопку «Отправить». При этом будет завершен сеанс подачи данных по конкретной стране в глобальном инструменте отчетности. С этого момента страна не сможет редактировать данные или добавлять новые с помощью инструмента отчетности. Сотрудники ЮНЭЙДС изучат представленные данные и при необходимости обратятся за разъяснениями. В случае возникновения вопросов у сотрудников ЮНЭЙДС

в отношении данных, представленных той или иной страной, эти данные будут вновь открыты для редактирования на веб-сайте отчетности.

Данные в программу Spectrum могут быть импортированы непосредственно из файла в формате CSV, предоставленного национальной группой экспертов по расчету оценочных показателей по ВИЧ-инфекции. ЮНЭЙДС сравнит финальные данные, чтобы убедиться в том, что в программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа используется тот же самый файл, который был представлен на финальном этапе процесса разработки оценочных показателей по ВИЧ-инфекции.

Обо всех возникающих проблемах в работе с глобальным инструментом отчетности просим сообщать по электронной почте: AIDSreporting@unaids.org.

Процедура национальной отчетности: требуемые действия

Предоставление полной отчетности по индикаторам необходимо для того, чтобы обеспечить основу для разработки и реализации национального комплекса мер, а также содействовать реализации международных мер противодействия эпидемии СПИДа. Странам настоятельно рекомендуется установить контрольные сроки и этапы выполнения всех задач, связанных с предоставлением отчетности. Ниже предлагается перечень основных шагов в процессе подготовки страновой отчетности.

Под эгидой национального/странового комитета по СПИДу или другой подобной организации, странам необходимо сделать следующее:

1. Назначить национального координатора для представления отчетности и сообщить в ЮНЭЙДС имя и контактные данные этого лица (по электронной почте AIDSreporting@unaids.org) в срок до 1 февраля 2018 года.
2. Определить, какие данные необходимы в соответствии с национальным стратегическим планом и настоящим руководством по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа.
3. Назначить координаторов для заполнения промежуточного вопросника по политике.
4. Разработать и распространить план по сбору данных для индикаторов глобального
5. мониторинга эпидемии СПИДа и модуля по политике, указав, в частности, конкретные сроки выполнения и функциональные обязанности национального/странового комитета по СПИДу или другой подобной организации, государственных органов, гражданского общества и других партнеров.
 - Проведение встречи с национальной группой экспертов, занимающейся расчетом оценочных показателей в сфере ВИЧ.
 - Согласование графика сбора данных с:
 - Графиками мероприятий по сбору данных других партнеров и фондов, включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), Чрезвычайный

план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) и учреждений ООН.

- Графиком объединения данных на национальном уровне для индикаторов, относящихся к учреждениям здравоохранения.
6. Осуществлять сбор и сортировку данных во взаимодействии с государственными партнерскими организациями, гражданским обществом и международным сообществом, включая следующее::
- Формирование протоколов обработки и управления данными:
 - Проведение очистки и валидации исходных данных.
 - Создание единой базы данных для осуществления анализа и предоставления данных.
 - Проверка данных.
 - Заполнение промежуточного вопросника по политике (см. более подробную информацию ниже).
7. Запросить у национальной группы экспертов, занимающейся расчетом оценочных показателей по ВИЧ-инфекции, финальную версию того файла в формате CSV с оценочными показателями, который использован в программе Spectrum.
8. Ввести данные по индикаторам и данные для инструмента национальных обязательств и политики в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
9. Предоставить заинтересованным сторонам, включая государственные органы и гражданское общество, возможность комментирования предварительных данных.
10. Провести семинар по проверке и анализу данных по индикаторам, в том числе по расходам и по реализации политики в сфере СПИДа (Промежуточный опрос по вопросам политики), совместно и во взаимодействии

с партнерскими организациями из государственного сектора, представителями гражданского общества и международным сообществом, чтобы оценить достигнутый прогресс, выявить имеющиеся пробелы и приоритетные задачи, определить последующие шаги для выполнения каждого из 10-ти обязательств по ускоренной реализации мер и расширенных целевых показателей по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году, а также достичь консенсуса в отношении представления страновых данных по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа. Результаты этого анализа следует объединить и ввести по каждому из обязательств в разделе описательного отчета онлайн-инструмента отчетности

11. Выслать все введенные данные, основанные на выводах консультационного семинара.
12. Предоставить все данные по индикаторам, заполненный вопросник по политике, а также описательные отчеты по каждому из обязательств в срок до **29 марта 2018 года** включительно
13. Загрузить финальный файл Spectrum в специальную папку, предназначенную для национальных оценочных показателей, в срок до **22 марта 2018 года** включительно.
14. Своевременно отвечать на запросы от ЮНЭЙДС, ВОЗ или ЮНИСЕФ по поводу данных, предоставленных с помощью онлайн-инструмента отчетности или направленных национальному координатору по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа по электронной почте AIDSreporting@unaids.org.

Предоставленные данные должны быть согласованы и утверждены всеми страновыми партнерами. Онлайн-инструмент отчетности упрощает эту процедуру, предоставляя возможность пользоваться учетными записями всем национальным партнерам и заинтересованным сторонам. Целый ряд стран сообщает, что эта функция позволила представителям гражданского общества и другим партнерам программы осуществлять просмотр и предоставление данных в процессе подготовки отчетности. Таким образом, функция позволяет

активизировать процесс консультаций с участием широкого круга ключевых партнеров и заинтересованных сторон, и ускорить проверку данных.

Процедура проверки данных за 2018 год

После подачи странами отчета по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа с помощью онлайн-инструмента отчетности, сотрудники ЮНЭЙДС, при поддержке ЮНИСЕФ и ВОЗ, проведут рассмотрение предоставленных данных в следующих целях:

- Помочь странам в обнаружении возможных ошибок при вводе данных.
- Убедиться в том, что представленные данные соответствуют определениям индикаторов, указанным в руководстве по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа.

Данные, предоставленные с помощью инструмента глобального мониторинга эпидемии СПИДа, будут опубликованы в приложении AIDSinfo и использованы для проведения анализа на глобальном и региональном уровнях. Для этого данные из разных стран должны быть сопоставимыми и отвечать единым требованиям, установленным для глобальных индикаторов, используемых для мониторинга прогресса в реализации международных обязательств в сфере противодействия СПИДу.

В случае если страны не располагают данными, полностью соответствующими установленному определению индикатора, им рекомендуется рассмотреть возможность использования в процессе отчетности других данных, которые могут иметь отношение к выполнению обязательств, чтобы иметь возможность оценить прогресс в выполнении этих обязательств. Однако по указанным причинам эти данные не могут быть опубликованы в приложении AIDSinfo и не будут использоваться при проведении анализа на глобальном уровне.

В финальные пакеты данных по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа за 2018 год будут включены только новые данные, представленные странами. Данные, которые уже предоставлялись ранее в предыдущих раундах отчетности

по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, в эту базу не включаются. В случае если представленные ранее данные впоследствии подвергались пересмотру и были скорректированы, можно обновить пакет данных за тот год, внося в него уточненные значения.

В ходе рассмотрения данных ЮНЭЙДС взаимодействует с национальными координаторами по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа для прояснения различных аспектов или пересмотра и исправления данных, представленных с помощью онлайн-инструмента

Проверка данных осуществляется в несколько этапов.

- ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС сверяют базы данных различных обследований.
- Координаторы по индикаторам в штаб-квартирах ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ проводят первичную оценку данных и фиксируют вопросы, возникшие в ходе рассмотрения.
- Группы региональной поддержки ЮНЭЙДС изучают представленные данные и рассматривают вопросы, возникшие в ходе первичного рассмотрения.
- Секретариат ЮНЭЙДС вводит запросы на уточнение информации в онлайн-инструмент отчетности.
- Секретариат ЮНЭЙДС и группы региональной поддержки ЮНЭЙДС контролируют отработку этих запросов, взаимодействуя с соответствующими странами.

В процессе проверки и валидации данных по всем индикаторам необходимо учитывать следующие аспекты.

По индикаторам, данные для которых получены из обследований:

- Проверить правильность математических расчетов, в том числе то, получается ли общая сумма при сложении всех дезагрегированных данных.
- Проверить на наличие значительных отклонений от ранее представленных данных.
- Убедиться в том, что данные не представлялись ранее в рамках программы глобального мониторинга эпидемии

СПИДа или отчетности о достигнутом прогрессе в реализации глобальных мер в борьбе со СПИДом. Если какие-то данные уже были представлены ранее, направить стране запрос на удаление этих данных и указать, что новые данные по этому индикатору отсутствуют.

- Сравнить полученные данные с имеющимися данными обследований: числители, знаменатели и данные с разбивкой.
- Проверить годы проведения обследований и даты сбора данных, введенные в онлайн-инструмент отчетности.
- Проверить методы проведения обследований и объемы выборки для подтверждения репрезентативности.
- Рассмотреть отчеты.
- В случае если данные относятся к комбинированному индикатору, убедиться, что при ответе на все вопросы использовались данные из одного источника, а все комбинированные значения соответствуют сумме значений по отдельным вопросам.

По индикаторам, знаменатели которых получены на основе оценочных данных:

- Проверить соответствие оценочных показателей тому финальному файлу *Spectrum*, который был отослан в ЮНЭЙДС.
- Проверить правильность математических расчетов, в том числе получается ли общая сумма при сложении всех дезагрегированных данных.
- Проверить числители относительно сравнимых данных.

Изучаются все комментарии, представленные странами по индикаторам.

Дополнительные замечания по валидации данных по индикаторам

Оценка численности групп населения:

- Проверить на наличие сильных/скачкообразных изменений по сравнению с предыдущими годами.
- Проанализировать отчеты.
- Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию:
- Проверить, согласуются ли логистические данные по поставкам с данными статистики о предоставлении услуг в том, что касается предоставления антиретровирусной терапии.
- Обсудить имеющиеся расхождения между этими массивами данных. В случае отсутствия уникальных идентификаторов для людей, получающих антиретровирусную терапию, причинами значимых несоответствий между этими двумя массивами статистических данных могут быть: незарегистрированные случаи смерти, большое число пациентов, «потерянных» для последующего наблюдения, а также миграция пациентов, выбывающих в другие страны или учреждения.

Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2018 году

В рамках отчетности в 2018 году необходимо представить данные по индикаторам, заполненный вопросник по политике, а также описательный отчет.

Некоторые индикаторы были изменены в соответствии с рекомендациями международной технической консультативной группы по мониторингу в рамках пересмотра отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа в ноябре 2017 года. Несколько индикаторов было добавлено. В разделе о задачах глобального мониторинга эпидемии СПИДа на будущий период дана более подробная информация об изменениях в осуществлении отчетности в этом году.

Ниже представлена сводная информация об изменениях в процедуре отчетности в 2018 году.

- Включены 2 индикатора для отчетности о достигнутом прогрессе в полном предотвращении передачи ВИЧ от матери ребенку и в искоренении стигмы и дискриминации в учреждениях здравоохранения до 2020 года:
 - Индикатор 2.6: Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин.
 - Индикатор 4.4: Опыт людей, сталкивающихся со стигмой и дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Изменены 14 индикаторов, используемых для предоставления отчетности в этом году:

- Индикатор 2.3: Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
- Обновлены общие для вариантов В+ и В примеры схем лечения АРВ-препаратами.

- Индикатор 3.4(А–Г): Тестирование на ВИЧ в ключевых группах населения
 - Названия этих индикаторов были изменены во избежание путаницы с индикатором 1.1, который оценивает достигнутый прогресс в выполнении первой из ключевых целей «90–90–90».
- Индикатор 3.14: Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения
 - Убран показатель по вирусным гепатитам среди заключенных, поскольку эти данные будут включены в качестве составного элемента в индикатор 3.13.
- Индикатор 3.15: Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)
 - Вместо сбора данных по числу людей, впервые получивших АРВ-препараты для доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, будут собираться данные по числу людей, в течение отчетного периода получивших ДКП хотя бы один раз.
 - Будет добавлена разбивка данных по числу людей, впервые получивших ДКП в течение данного отчетного периода.
- Индикатор 4.2(А–Г): Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения
 - Расширено определение этого индикатора — теперь он учитывает не только уклонение от обращения за услугами в сфере ВИЧ, но и уклонение от обращения за любыми услугами здравоохранения.
- Индикатор 8.1: Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ.
- Как и в раундах отчетности за предыдущие годы, данные по общему объему расходов в сфере ВИЧ с разбивкой по категориям программ и источникам финансирования представлены в таблице «Национальное финансирование». Никаких изменений в эту матрицу не вносилось, поскольку классификация по категориям программ противодействия ВИЧ по-прежнему производится в соответствии с обязательствами, сформулированными в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2016 г.). В руководстве даны определения основных субиндикаторов и связанных с ними метаданных; в Приложении 2 представлен полный спектр категорий программ противодействия ВИЧ и показана их связь с существующими категориями затрат в инструменте «Оценка национальных расходов в связи со СПИДом» (ОНРС).
- Титульная страница таблицы финансирования теперь дается в расширенном формате и должна включать информацию о бюджете и идентификационные данные проведенных в стране мероприятий по анализу и отслеживанию ресурсов.
- Помимо этого, добавлена новая таблица, в которой должны быть представлены данные по объемам и ценам за единицу антиретровирусных препаратов/продукции (Приложение 3).
- 10.3 Число людей, живущих с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза
 - Страны, которые не могут представить данные о числе людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза, могут подать данные о числе людей, живущих с ВИЧ и в настоящее время включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ-инфекцией, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза.

- 10.10 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки
- При отсутствии данных о результатах скрининговых обследований женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки странам дается возможность представить для отчетности данные о тестировании на ВИЧ среди женщин, которые проходили скрининговые обследования на рак шейки матки.
- Помимо этого, страны могут представить данные по числу положительных результатов обследований на ВИЧ у женщин, которые прошли скрининговое обследование на рак шейки матки.

Программа ЮНЭЙДС сотрудничает с ключевыми организациями для гармонизации в рамках Технической консультативной группы по мониторингу (Monitoring Technical Advisory Group / MTAG) новых индикаторов с международными стандартами. Эти индикаторы глобальной отчетности предназначены для представления стандартизированных данных, на основе которых можно проводить сравнительный анализ между странами и общий анализ на глобальном уровне.

Предоставление данных по приоритетным городам

Города играют критически важную роль в реализации мер противодействия ВИЧ, так как в них сконцентрировано огромное число людей, живущих с ВИЧ. Уязвимость к заболеванию может быть связана с такими факторами динамики городской среды, как высокая плотность населения, активная миграция, усиление социального неравенства и высокая концентрация ключевых затронутых групп населения. Города обладают огромным потенциалом и могут играть стратегически важную, лидирующую роль в противодействии ВИЧ, обеспечивая все необходимые экономические и образовательные факторы, инновационные подходы, доступность услуг, а также инклюзивное общество, построенное на участии самых широких слоев населения в процессах управления.

К концу 2017 года более 250 городов подписали Парижскую декларацию, взяв на себя обязательства по ускоренной реализации мер противодействия (Fast-Track commitments), включая устранение неравенства в предоставлении доступа к основным услугам, обеспечение социальной справедливости и экономических возможностей для прекращения эпидемии СПИДа до 2030 года.

Для оценки прогресса в противодействии ВИЧ и выполнения обязательств по ускоренной реализации ответных мер (Fast-Track commitments) в городах, необходимы данные городского уровня по ключевым индикаторам, связанным с ВИЧ. Инструмент глобального мониторинга эпидемии СПИДа адаптирован для сбора соответствующей информации по приоритетным городам.

- Выбор городов: странам следует предоставить данные по определенному количеству индикаторов (см. ниже) по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками. Например, к ним могут относиться города с самыми высокими показателями развития эпидемии или города, взявшие обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.
- Индикаторы, по которым необходимы данные на городском уровне: 1.1–1.5, 1.7, 2.3, 3.1–3.5, 3.6A–D, 3.8–3.10, 3.15–3.17, 10.1.
- Соответствующим городам настоятельно рекомендуется в ходе сбора отчетных данных городского уровня работать совместно друг с другом, в процессе постоянных консультаций.

Заключенные

В отличие от предыдущих лет, в этом руководстве используется общий термин «заклученный» вместо всех остальных терминов, обозначающих людей, содержащихся под стражей, задержанных или находящихся в местах лишения свободы (тюрьмах и других учреждениях закрытого типа).

Обоснование: термин «заклученный» означает лицо, которому суд вынес приговор, в то время как для

содержания под стражей или в учреждениях закрытого типа могут применяться и другие основания (например, предварительное задержание до уплаты залога или ввиду нарушения режима условно-досрочного освобождения). В некоторых случаях к «лицам, находящимся в учреждениях закрытого типа», можно отнести не только заключенных в тюрьмах, но и некоторые другие группы населения, например: пациентов психиатрических клиник, помещаемых в изолятор; лиц, подвергнутых административному задержанию; лиц, удерживаемых в каких-либо учреждениях без их согласия, против воли, незаконно или с нарушением этических норм; перемещенных лиц, мигрантов, беженцев;

душевнобольных или лиц с ограниченной дееспособностью, и т.д.

Термин «заключенные» выбран потому, что программы профилактики чаще всего присутствуют в тюрьмах, и это определенным образом расширяет возможности (по сравнению с другими учреждениями закрытого типа) для охвата заключенных услугами (включая тестирование на ВИЧ и лечение), с учетом того что срок пребывания заключенных в тюрьме обычно является достаточно длительным.

Краткий обзор изменений в онлайн-инструменте отчетности в рамках предоставления данных в 2018 году

В рамках отчетного раунда 2018 года странам будет предоставлена возможность импортировать данные из программы Spectrum в онлайн-инструмент отчетности. Кроме того, будет возможность получить на выходе промежуточные аналитические результаты по гендерным отчетным данным (дезаггегированным), а также аналитические результаты по отчетным данным в целом. В онлайн-инструмент отчетности также будет включена опция, облегчающая написание описательного отчета.

Импорт данных Spectrum в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Каждый год страны производят национальные оценочные показатели в программе Spectrum и заполняют отчетные данные в системе глобального мониторинга эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring/GAM). В каждом случае компилируются данные по охвату АРВ-терапией и ППМР. ЮНЭЙДС и партнеры выявляют различия в данных, представленных через эти две системы отчетности, и согласованные данные публикуются на веб-сайте AIDSinfo.org. Кроме того, прямо из программы Spectrum ЮНЭЙДС берет сведения по заболеваемости ВИЧ-инфекцией, смертности вследствие СПИДа, а также по ППМР, и эти сведения публикуются на AIDSinfo.org.

В 2018 году вводится новый процесс в рамках отчетности через онлайн-инструмент программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа, с помощью которого национальная группа экспертов по расчету оценочных показателей по ВИЧ-инфекции может экспортировать результаты, полученные ими в Spectrum, в CSV-файл, чтобы координатор программы глобального мониторинга СПИДа затем мог импортировать этот файл в программу глобального мониторинга. Этот шаг позволит сократить объемы ввода необходимых данных, снизит вероятность

ошибок и улучшит согласованность данных, используемых в двух системах.

Простой инструмент был разработан для того, чтобы экспортировать полученные оценочные показатели из программы Spectrum и импортировать эти данные в систему глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Можно импортировать оценочные показатели из Spectrum многократно, в любой момент в процессе ввода данных в онлайн-инструмент отчетности по программе глобального мониторинга. После того финальный вариант файла Spectrum будет согласован на страновом уровне, эти окончательные данные необходимо импортировать в программу глобального мониторинга. ЮНЭЙДС проверит, чтобы имеющийся финальный файл для программы Spectrum соответствовал тому, что включено в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа, и в случае расхождений вновь выйдет на страновой уровень для уточнения. Чтобы импортировать оценочные показатели в программу глобального мониторинга, необходимо обеспечить взаимодействие между национальной группой экспертов по оценочным показателям в сфере ВИЧ и координатором программы глобального мониторинга

СПИДа (если это разные люди) — необходимо убедиться в том, что используется самая окончательная версия файла.

Примечания общего характера по процессу:

- Прежде чем начать процесс импортирования данных, координатор программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа должен выбрать показатели, которые необходимо загрузить (команда “Use Spectrum estimates” — «Использовать оценочные показатели Spectrum»). Для всех выбранных индикаторов все ранее введенные в систему данные будут заменены данными из Spectrum.
 - В Spectrum не требуется полная детальная разбивка (деагрегация) по возрастам. После импортирования данных из Spectrum координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа должен просмотреть страницы ввода данных по показателю 1.2 и ввести дополнительно имеющиеся дезагрегированные данные по возрастам и данные субнационального уровня.
1. Последовательность действий **для национальной группы по разработке оценочных показателей** в сфере ВИЧ: экспорт данных из программы Spectrum:

Сроки*	Мероприятия	Ответственные
Декабрь–март	Разработать файл для программы Spectrum, показать ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
15 марта*	Отправить финальную версию файла Spectrum в ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
15–28 марта	Отправить файл формата CSV, экспортированный из программы Spectrum, координатору программы глобального мониторинга СПИДа	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
22 марта	Сводные результаты по оценочным показателям послать на утверждение национальному координатору по СПИДу	Группа по разработке глобальных показателей
22 марта	Импортировать показатели, полученные в Spectrum, в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа для первоначального рассмотрения	Координатор по программе глобального мониторинга СПИДа (страновой координатор, отвечающий за представление данных)
22–28 марта	Рассмотреть полученные из Spectrum промежуточные данные и направить очищенные сведения в ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
22–28 марта	Отправить обновленный CSV-файл с полученными в Spectrum оценочными показателями координатору программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа со всеми имеющимися дополнениями	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
22–29 марта	Импортировать финальные показатели, полученные в Spectrum, в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа для окончательного рассмотрения в системе глобального мониторинга эпидемии СПИДа	Координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа
3–10 апреля	Сравнить конечный файл программы Spectrum с финальными данными, представленными в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа, и в случае расхождений вновь выйти на страновой уровень для уточнения.	Группа по разработке глобальных показателей

* Эти даты несколько различаются у определенных стран, которые в целях планирования должны предоставлять отчетные данные в более ранние сроки

2. Открыть **компьютерную программу Spectrum**, но свой страновой файл не открывать.
3. Среди закладок вверху страницы выбрать меню **Tools/Инструменты**.
4. В меню выбрать **More tools /Дополнительные инструменты**, из опции AIM tools / Инструменты AIM выбрать GAM.
5. В программе Spectrum откроется диалоговое окно, с помощью которого вы сможете **выбрать свой страновой файл** либо субнациональный файл регионального субъекта (если такие файлы есть).
6. Выберите опцию «set **GAM results file name/Дать имя файлу с результатами GAM**» и присвойте файлу четкое и понятное имя, которое бы отражало название файла в программе Spectrum.
7. Запомните, куда вы сохраняете этот файл формата CSV.
8. По электронной почте отправьте CSV-файл вашему координатору по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (GAM); если же отдельного координатора по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа нет и его функции выполняет другой специалист — следуйте инструкциям ниже

Последовательность действий **координатора по программе глобального мониторинга GAM / странового координатора, отвечающего за представление данных**, для импорта выборки из Spectrum в программу глобального мониторинга

1. Войти в онлайн-инструмент отчетности по программе глобального мониторинга СПИДа/GAM (<https://aidsreportingtool.unaids.org>)
2. В верхнем меню выбрать опцию **Spectrum import/Импортировать из Spectrum**
3. Нажать команду **Choose file/Выбрать файл** и выбрать файл формата CSV, экспортированный из программы Spectrum
4. Нажать команду **Import/Импортировать**
5. Система выдаст перечень всех данных по индикаторам, которые обновляются в процессе импорта данных.

Вы можете распечатать этот перечень, нажав команду **Print/Печать** в нижней части страницы

- б. Чтобы вернуться к экранам ввода данных по индикаторам, выберите команду **Close/Заккрыть**

Из программы Spectrum можно импортировать следующие показатели:

- 1.2 Охват АРВ-терапией (2011–2017 гг.)
 - С разбивкой по возрасту и полу
- Смертность вследствие СПИДа на 100 тысяч чел. (для 2011–2017 гг.)
 - Среди всех; в возрасте до 5 лет; 5–14 лет; 15+ лет с разбивкой по полу
- 2.2 Процент передачи от матери ребенку (итоговые данные) (для 2011–2017 гг.)
- 2.3 Охват ППМР — эффективные схемы лечения (исключая данные о применении невирапина в однократной дозе/sdNVP) (для 2011–2017 гг.)
 - Схемы лечения и охват
- 3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 1000 неинфицированного населения (2011–2017 гг.)
 - 15–49 лет, 15–24 лет, 50+ лет с разбивкой по полу
 - Среди всех возрастных групп, моложе 15 лет

Оценочные показатели распространенности ВИЧ-инфекции и оценки численности ключевых групп населения (индикаторы 3.2 и 3.3) импортируются только для концентрированных эпидемий с помощью пакета разработки оценочных показателей и прогнозирования Estimates and Projections Package (EPP). При этом имеющиеся данные сохраняются: эти показатели не записываются вместо имеющихся данных, а показываются для сравнения на странице ввода данных.

- 3.2 Оценка численности основных групп населения (для стран с применением EPP; для концентрированных эпидемий, и исключительно в целях сравнительного анализа) (для 2011–2017 гг.)
 - По всем имеющимся основным группам населения

- 3.3 Распространенность ВИЧ-инфекции в основных группах населения (для стран с применением ЕРР; для концентрированных эпидемий, и исключительно в целях сравнительного анализа) (для 2011–2017 гг.)
 - По всем имеющимся основным группам населения

Использование промежуточных аналитических результатов в программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа для оценки отчетных данных, имеющих разбивку по гендерному признаку

Теперь с помощью онлайн-инструмента отчетности можно оценить, какова в итоге процентная доля индикаторов, по которым представлены данные с разбивкой по гендерному признаку, от общего числа всех индикаторов, по которым страны представили данные и по которым рекомендована разбивка данных по гендерному признаку.*

Числитель: Количество показателей/индикаторов, по которым страны представили данные с разбивкой по гендерному признаку*

Знаменатель: Число показателей, по которым страны представили данные и по которым рекомендована разбивка данных по гендерному признаку*

Расчет: Числитель/знаменатель

Источник: Промежуточные аналитические результаты, получаемые с помощью онлайн-инструмента отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа:

Пояснение числителя и знаменателя:

Числитель: Будет считаться, что по тому или иному индикатору страны представили данные с разбивкой по гендерному признаку, если в общее значение индикатора включены данные по мужчинам и по женщинам. Страна будет входить в числитель, даже если она не представила

данных с разбивкой по гендерному признаку по каждой возрастной группе.

Знаменатель: Число показателей, по которым: в руководстве по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа рекомендована разбивка данных по гендерному признаку; индикатор является релевантным; и в наличии имелись новые данные.*

**Не включая показатели по основным группам населения*

Формирование описательного отчета в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Начиная с этого года, в онлайн-инструменте отчетности появляется новая функция, которая облегчит процессы проверки качества данных и написания описательного отчета. По каждому индикатору дается диаграмма, на которой отображаются данные, введенные в рамках отчетности по данному году и в некоторых случаях — также в предыдущих раундах отчетности, что позволит наглядно увидеть тенденции и их динамику за определенный период времени.

Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

1.1 Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе

Процент людей, живущих с ВИЧ, знающих о своем ВИЧ-статусе на момент окончания отчетного периода

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в увеличении процентного числа людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своем ВИЧ-статусе, а также повышении эффективности мер по тестированию на ВИЧ.

Обоснование

Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе, будут получать доступ к услугам по уходу и лечению, необходимым для здоровой и продуктивной жизни, а также для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции другим людям. Самый эффективный способ добиться того, чтобы люди, живущие с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе, заключается в предоставлении услуг по обследованию на ВИЧ в тех местах и группах населения, которые связаны с самой высокой распространенностью ВИЧ и риском заболевания.

Эти данные относятся к 10-ти глобальным индикаторам, включенным в сводное руководство ВОЗ 2015 года о стратегической информации по ВИЧ в секторе здравоохранения. Показатель помогает осуществлять мониторинг выполнения первого из трех условий стратегической цели «90–90–90», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2020 году 90 % людей, живущих с ВИЧ, должны знать о своем ВИЧ-статусе.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ, знающих о своем ВИЧ-статусе.

Знаменатель

Число людей, живущих с ВИЧ.

Расчет

Числитель/знаменатель.

Примечание: Начиная с 2018 года, у стран есть возможность формировать этот индикатор по группам населения с широкой разбивкой по возрасту и полу с помощью программы Spectrum, и после подготовки финального варианта странового файла импортировать эти данные в инструмент отчетности

Метод измерения

Существует три метода расчета процентного числа людей, живущих с ВИЧ, знающих о своем ВИЧ-статусе. Выбор метода зависит от наличия данных в каждой конкретной стране.

1. Отчетность о зарегистрированных/выявленных случаях ВИЧ-инфекции, по данным систем рутинного эпиднадзора в системе здравоохранения

Числитель. В странах с хорошо функционирующими системами эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией минимальное число людей, живущих с ВИЧ и знающих о своем ВИЧ-статусе, равно числу людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция и которые зарегистрированы в системе эпиднадзора наблюдения и в настоящий момент живы.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

Об использовании методов рутинного эпиднадзора. Считается, что в стране имеется хорошо функционирующая система рутинного эпиднадзора за случаями ВИЧ-инфекции, если обеспечивается сбор данных из всех медицинских учреждений, предоставляющих услуги тестирования для подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции, а также услуги ухода и лечения, как минимум с 2013 года; при этом эта система позволяет представить совокупные данные о кумулятивном числе людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция, и кумулятивном числе людей, которые умерли от заболеваний, связанных с ВИЧ. Страны должны обеспечить, чтобы данные о выявленных случаях ВИЧ-инфекции предоставлялись оперативно (с задержкой не более трех месяцев), либо им необходимо соответствующим образом скорректировать конец отчетного периода с учетом задержек в предоставлении отчетных данных.

Укажите год, с которого начала функционировать национальная система эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции.

2. Выборочные репрезентативные демографические обследования с проведением тестирования на ВИЧ, а также прямым опросом пациентов о том, знают ли они о своем серологическом статусе

Числитель. В числителе — число участников, которые сообщили, что у них была диагностирована ВИЧ-инфекция при проведении последнего обследования, и у которых при тестировании на ВИЧ в рамках опроса также получен положительный результат.

Знаменатель. Количество людей с положительным результатом тестирования на ВИЧ в рамках опроса.

2. Выборочные репрезентативные демографические обследования национального уровня с проведением тестирования на ВИЧ и прямым опросом пациентов о том, знают ли они о своем серологическом статусе

Числитель. Числитель рассчитывается следующим образом:

$$PLHIV_N \times \left(\frac{E_S}{PLHIV_S} \right)$$

$PLHIV_N$: Число людей, живущих с ВИЧ, на национальном уровне

E_S : Число участников обследования, которые сообщили, что у них была диагностирована ВИЧ-инфекция при проведении последнего обследования, и у которых при тестировании на ВИЧ в рамках опроса также получен положительный результат

$PLHIV_S$: Число людей с положительным результатом теста на ВИЧ в рамках опроса

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

3. Выборочное репрезентативное демографическое обследование с использованием биомаркеров ВИЧ и косвенным вопросом о том, знает ли пациент о своем серологическом статусе, а также с использованием программных данных о количестве людей, получающих лечение в связи с ВИЧ-инфекцией.

Числитель. Этот показатель для текущего года вычисляется как произведение национального показателя числа людей, живущих с ВИЧ, на среднюю величину от следующих значений:

- Процент людей, получивших положительный результат при тестировании на ВИЧ в ходе опроса, которые сообщили, что когда-либо проходили обследование на ВИЧ и получили результат своего последнего анализа. Для обследований, проводившихся ранее (не позднее пяти лет до отчетного года), этот процентный показатель прогнозируется на основе информации о разнице процентных пунктов в охвате АРВТ в тот год, когда проводилось обследование, и в текущем отчетном году.
- Процент людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию, в соответствии с индикатором 1.2 по текущему году и в зависимости от региона (обычно между 50 и 100%).

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

О методах проведения обследований. При необходимости ЮНЭЙДС может предоставить техническую поддержку странам, которые не пользовались программным обеспечением Spectrum.

Поскольку обследования домохозяйств часто ограничиваются участием только респондентов репродуктивного возраста (15–49 лет), может потребоваться отдельный оценочный показатель осведомленности о своем ВИЧ-статусе среди детей (0–14 лет) с использованием программных данных (количество детей, получающих лечение, по индикатору 1.2, от общего оценочного числа детей). Этот процентный показатель среди детей является наиболее консервативным. Для получения общего процентного показателя людей, живущих с ВИЧ, которые знают о своем ВИЧ-статусе, берется среднее значение от показателей по разным возрастам, взвешенным по количеству детей и взрослых (отдельно), живущих с ВИЧ.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей, от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых
- При наличии: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1–4 лет, 5–9 лет и 10–14 лет для детей; 15–19 лет, 20–24 лет, 25–49 лет и 50+ лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо представить данные субнационального уровня или данные по городам. В таблице ввода данных есть место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Сильные и слабые стороны

Использование отчетности о зарегистрированных/выявленных случаях ВИЧ-инфекции

Использование отчетности о зарегистрированных/выявленных случаях ВИЧ-инфекции может обеспечить адекватную оценку осведомленности людей о ВИЧ-статусе в следующих случаях:

- Система надзора используется в течение достаточно продолжительного времени, достаточно для того чтобы получить информацию обо всех людях, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция и которые сейчас живы.
- Имеются полноценные механизмы своевременного оповещения системы надзора обо всех новых случаях ВИЧ-инфекции, выявляемых в любых медицинских учреждениях, в которых проводится диагностическое обследование на ВИЧ.
- Существуют механизмы для предотвращения дублирования данных (во избежание ввода сведений об одних и тех же людях повторно или из нескольких учреждений сразу).
- Последующее наблюдение обеспечивается в достаточном объеме, позволяя своевременно выявить умерших или выбывших.

Если системы надзора недостаточно развиты, данные по осведомленности людей о своем ВИЧ-статусе в страновой отчетности могут быть заниженными или завышенными, что может объясняться следующими причинами:

- Отсутствуют механизмы для устранения дублирования данных о случаях ВИЧ-инфекции (переоценка).
- Не учитываются данные об умерших или выбывших среди общего числа людей с выявленной ВИЧ-инфекцией, зарегистрированных в системе надзора (переоценка).
- Регистрация случаев заболевания не является рутинной процедурой для всех медицинских учреждений, предоставляющих услуги тестирования на ВИЧ для подтверждения поставленного диагноза (недооценка).

Использование выборочных демографических обследований

Обследования обеспечивают адекватную оценку осведомленности людей о своем ВИЧ-статусе, а также эффективности специализированных услуг тестирования на ВИЧ в странах в следующих случаях:

- Обследования выполняются в достаточном масштабе для того, чтобы определить процентное число людей, знающих о своем ВИЧ-статусе, на уровне страны или среди ключевых групп населения, в которых проводятся эти обследования.
- Данные обследований актуальные (получены за последние пять лет).
- Раскрываемая респондентами информация о ВИЧ-статусе и обращаемости за услугами тестирования соответствует действительности.

Показатели осведомленности людей о своем ВИЧ-статусе, основанные на данных обследований, могут быть заниженными в следующих случаях:

- Прямой вопрос о ВИЧ-статусе в ходе опроса показывает, что многие респонденты скрывают свой статус.
- При косвенной оценке люди с положительным результатом тестирования на ВИЧ сообщали на момент проведения опроса, что никогда не проходили тестирование, но затем прошли тестирование и узнали о своем ВИЧ-статусе.

«Люди, знающие о своем ВИЧ-статусе», и «Люди, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция»:

Определение «люди, живущие с ВИЧ, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция» иногда используется для описания первого из трех компонентов «90», входящих с стратегическую цель «90 90 90» (90 % людей, живущих с ВИЧ, знают о своем ВИЧ-статусе). ЮНЭЙДС предпочитает фразу «знают о своем ВИЧ-статусе», так как она включает и людей, получивших положительный результат при самостоятельном тестировании на ВИЧ: они знают о своем ВИЧ-положительном статусе, но медицинский диагноз не поставлен.

Дополнительная информация

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/> (дата обращения: 15.11.2016).

Программное обеспечение Spectrum. г. Гластонбери (штат Коннектикут, США): Avenir Health, 2016. URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

Обследования в области демографии и здравоохранения. URL: <http://dhsprogram.com>.

1.2 Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию

Процент и число взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа детей и взрослых, живущих с ВИЧ, на момент окончания отчетного периода

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении антиретровирусной терапии всем людям, живущим с ВИЧ.

Обоснование

Антиретровирусная терапия снижает заболеваемость ВИЧ-инфекцией и связанную с ней смертность среди людей, живущих с ВИЧ, а также риск передачи вируса. Исследования также показывают, что раннее (независимо от числа клеток CD4) начало антиретровирусной терапии может усилить лечебный эффект и спасти жизни людей. В настоящее время ВОЗ рекомендует предоставление терапии всем людям, живущим с ВИЧ.

Процент людей, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа людей, живущих с ВИЧ, служит контрольной точкой для долгосрочного мониторинга выполнения глобальных целей, а также для сравнения достигнутого прогресса в различных странах. Эти данные относятся к 10-ти глобальным индикаторам, включенным в сводное руководство ВОЗ 2015 года о стратегической информации по ВИЧ в секторе здравоохранения.

Этот показатель также помогает осуществлять мониторинг выполнения второго из трех условий стратегической цели «90–90–90», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2020 году 90 % людей, знающих о своем ВИЧ-статусе, должны получать антиретровирусную терапию.

Числитель

Число людей, получающих антиретровирусную терапию на момент окончания отчетного периода

Знаменатель

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Примечание: Начиная с 2018 года, у стран есть возможность формировать этот индикатор по группам населения с широкой разбивкой по возрасту и полу с помощью программы Spectrum, и после подготовки финального варианта странового файла импортировать эти данные в инструмент отчетности.

Метод измерения

For the Числитель. Числитель можно вывести путем подсчета числа взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию на момент окончания отчетного периода.

В это число не следует включать людей, прервавших курс лечения, умерших, выбывших в другую страну, или потерянных для последующего наблюдения в медицинском учреждении за данный период. В системе должны действовать протоколы для предотвращения дублирования данных учета людей по всем учреждениям или за разные периоды времени (во избежание ввода сведений об одних и тех же людях повторно или из нескольких учреждений сразу), а также для обеспечения своевременной подачи данных, собираемых на уровне учреждений.

В некоторых случаях при визите к врачу люди получают запас антиретровирусных препаратов на несколько месяцев лечения. В случае если полученного количества антиретровирусных препаратов достаточно для приема терапии на протяжении отчетного периода вплоть до последнего месяца, этих людей следует учитывать как получающих антиретровирусную терапию (в отличие от тех, кто прервал лечение).

Числитель должен включать людей, получающих антиретровирусную терапию в учреждениях государственного и частного секторов, при наличии таких данных.

Этот индикатор не учитывает прием антиретровирусных препаратов исключительно для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а также в курсах постконтактной профилактики. Индикатор учитывает беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию пожизненно.

Для получения числителя странам следует применять метод триангуляции данных, объединяя программные данные с данными из национальных систем поставок и систем контроля лекарственных средств, корректируя полученные данные по мере необходимости. Оценочные показатели охвата антиретровирусной терапией, полученные по данным обследований, также можно использовать для вычисления или проверки данных числителя. Не следует пользоваться результатами обследований, опирающихся исключительно на сообщения самих пациентов о приеме препаратов, поскольку точность и качество таких данных, как правило, достаточно низкие.

Важно: Странам, проводящим оценку качества данных или обзорный анализ данных, которые дают возможность отслеживать, насколько точно медицинские учреждения сообщают число людей, получающих антиретровирусную терапию за отчетные периоды, следует также скорректировать программные данные в числителе с учетом выявленных несоответствий. ЮНЭЙДС будет работать со странами, чтобы с учетом специфики конкретной страны подобрать наиболее подходящие практики для корректировки представленных программных данных. Эти корректировки должны быть описаны в поле «Дополнительная информация»; необходимо также указать год, когда проводился анализ качества данных.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

Частота измерения

Необходимо регулярно осуществлять сбор данных на уровне учреждений и периодически сводить их вместе — желательно, ежемесячно или ежеквартально. Для отчетности должны использоваться наиболее актуальные данные за последний месяц или квартал.

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей и от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых; данные, представленные без указания возраста или пола, должны быть отнесены в ячейки данных, дезагрегированных по возрасту и полу, с использованием такого же распределения, какое применяется для данных с указанным возрастом и полом. Запись об этих коррективах необходимо оставить в поле, предназначенном для дополнительной информации.
- При наличии: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1–4 лет, 5–9 лет и 10–14 лет для детей; 15–19 лет, 20–24 лет, 25–49 лет и 50+ лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых.
- Государственный или частный сектор
- Города и другие важные административные единицы
- Число людей, начинающих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года (эти данные должны быть доступны в тех же источниках, откуда взято общее число людей, получающих антиретровирусную терапию).

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо предоставить данные по детям с более детальной разбивкой по возрастам, и данные отдельно по полу — по взрослым. Требуется указать число людей, начинающих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года.

Предоставьте для этого индикатора субнациональные данные с разбивкой по административным единицам и городам. Предоставьте информацию по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками. Например, к ним могут относиться города с самыми высокими показателями развития эпидемии или города, взявшие обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

В таблице ввода данных для этого выделено отдельное место. Все необходимые отчеты можно приложить, загрузив их в электронном виде с помощью опции загрузки файлов.

Сильные и слабые стороны

Этот индикатор позволяет отслеживать тенденции в показателях охвата антиретровирусной терапией, делая возможным проведение сравнительного анализа по разным странам и за разные периоды времени. В то же время, индикатор не дает представления о затратах на лечение, его качестве, эффективности, или о приверженности к лечению у пациентов, так как эти факторы различаются как на страновом уровне, так и в разных странах, и изменяются в разные периоды времени.

Точность показателя числа людей, получающих антиретровирусную терапию, будет зависеть от качества системы отчетности, с помощью которой предоставляются данные. Число людей, получающих антиретровирусную терапию, может быть заниженным в случае несвоевременной или неполной передачи данных отчетности из медицинских учреждений в систему учета на национальном уровне. Число людей, получающих антиретровирусную терапию, может быть также завышенным в случае если в системе своевременно не отражены данные о людях, прекративших прием препаратов, умерших или выбывших в другие учреждения. К другим ошибкам, которые также могут стать причиной более или менее значимых искажений сведений по этому показателю, можно отнести неверную выборку данных из регистрационных баз медицинских учреждений или неверное заполнение форм отчетности.

Дополнительная информация

Руководства ВОЗ по применению антиретровирусной терапии для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

URL: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/ru/>

1.3 Удержание в программе антиретровирусной терапии на 12 месяцев

Процент взрослых и детей, живущих с ВИЧ, и продолжающих получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев с момента ее начала

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в повышении выживаемости среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ, за счет их удержания в программе антиретровирусной терапии.

Обоснование

Целью любой программы антиретровирусной терапии является повышение выживаемости среди взрослых и детей, живущих с ВИЧ. Поскольку антиретровирусная терапия получила широкое распространение во всем мире, важно понимать, по каким причинам и какое число людей выбывает из программ лечения. Данные можно использовать для демонстрации эффективности программ и выявления препятствий, которые мешают их расширению и усовершенствованию.

Числитель

Число взрослых и детей, которые сейчас живы и продолжают получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев с момента ее начала в 2016 году

Знаменатель

Общее число взрослых и детей за отчетный период, которые начали получать антиретровирусную терапию в 2016 году, включая тех, кто умер с момента ее начала, прекратил лечение или зарегистрирован как пациент, потерянный для последующего наблюдения в медицинском учреждении, на 12-м месяце

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Программные инструменты мониторинга. Формы для когортного и группового анализа.

Журналы учетов антиретровирусной терапии и форма отчетности для анализа данных об антиретровирусной терапии по когортам.

Отчетный период имеет следующее определение: любой период продолжительностью 12 месяцев, который закончился в течение установленного числа месяцев с момента подачи отчета. Заранее установленное число месяцев может быть определено требованиями к осуществлению национальной отчетности. Если отчетный период длится с 1 января по 31 декабря 2017 года, страны будут осуществлять расчет этого индикатора с учетом всех пациентов, начавших антиретровирусную терапию в любой момент времени в период с 1 января по 31 декабря 2016 года.

Частота измерения

С момента начала пациентом антиретровирусной терапии необходимо непрерывно осуществлять сбор когортных данных на ежемесячной основе. Затем необходимо объединить собранные данные по ежемесячным когортам пациентов, которые завершили как минимум 12-месячный период лечения.

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей, от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых
- Статус грудного вскармливания в момент начала терапии

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Пояснение числителя

Числитель определяется по числу взрослых и детей, которые были живы и продолжали получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев после ее начала. Для полного понимания необходимы следующие данные по выживаемости:

- число взрослых и детей в группах пациентов, готовых начать антиретровирусную терапию, и начинающих ее как минимум за 12 месяцев до окончания отчетного периода;
- число взрослых и детей, которые живы и продолжают получать антиретровирусную терапию спустя 12 месяцев с момента ее начала.

The Числитель does not require people to have been receiving antiretroviral therapy continuously for the 12-month period. People who missed one or two appointments or drug pick-ups and temporarily stopped treatment during the 12 months but are recorded as still receiving treatment at month 12 are included in the Числитель. In contrast, people who have died, stopped treatment or been lost to follow-up at 12 months since starting treatment are not included.

Для числителя неважно, чтобы люди получали антиретровирусную терапию непрерывно в течение всего 12-месячного периода. Люди, пропустившие один или два визита к врачу или не явившиеся для получения препаратов и временно прекратившие лечение в течение этих 12 месяцев, но зарегистрированные в качестве пациентов, которые продолжают получать терапию на 12-й месяц, — включаются в числитель. С другой стороны, если пациент умер, прекратил лечение или не явился для последующего наблюдения на 12-й месяц с момента начала лечения, данные по нему в числитель не включаются.

Возьмем для примера людей, начавших принимать антиретровирусную терапию в мае 2016 года: если в какой-то момент в период с мая 2016 года по май 2017 года кто-то из этих людей умрет, не явится для последующего наблюдения (и будет потерян для наблюдения) или прекратит лечение (и больше не возобновит его), то к 12-му месяцу (май 2017 года) с момента начала лечения он не будет продолжать антиретровирусную терапию — и не включается в числитель. Однако человек, который начал принимать антиретровирусную терапию в мае 2016 года, не явился для последующего наблюдения в июне 2016 года, но в мае 2017 года (на 12-й месяц) был зарегистрирован как продолжающий получать терапию — включается в числитель. Важно, чтобы пациент, начавший антиретровирусную терапию в мае 2016 года, был зарегистрирован как пациент, который жив и продолжает получать терапию, через 12 месяцев после начала лечения — независимо от того, что с ним происходит с мая 2016 года по май 2017 года.

Учетные формы по антиретровирусной терапии должны включать ряд переменных, описывающих характеристики людей — например, возраст в момент начала лечения. Кроме того, многие учетные формы включают информацию о том, кормила ли пациентка грудью на момент начала лечения. , Необходимо представить данные по числу пациентов, удерживаемых в программах терапии в этих подгруппах, с момента начала лечения.

Пояснение знаменателя

Знаменатель — это общее число взрослых и детей в группах пациентов, готовых начать антиретровирусную терапию, которые начали ее в любой момент времени в течение 12 месяцев до начала отчетного периода, независимо от того, живы ли они до сих пор, потеряны для наблюдения, прекратили лечение, либо умерли.

Например, в отчетный период, длящийся с 1 января по 31 декабря 2017 года, будут включены данные по каждому человеку, начавшему антиретровирусную терапию в 12-месячный период с 1 января по 31 декабря 2016 года. Сюда будут включены все, кто получает антиретровирусную терапию, а также все кто умер, прекратил лечение или не явился для последующего наблюдения на 12-й месяц.

На уровне медицинских учреждений число взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию на 12-й месяц, включает людей, переведенных в конкретное учреждение в любой момент с начала лечения до окончания 12-месячного периода. Это число не включает пациентов, переведенных/выбывших из этого учреждения в течение этого периода. Таким образом, это число будет отражать чистую (нетто) когорту, существующую в каждом учреждении. Иными словами, на уровне медицинских учреждений выбывшие пациенты не учитываются ни в числителе, ни в знаменателе. Пациенты же поступившие/переведенные в конкретное учреждение учитываются и в числителе, и в знаменателе. На национальном уровне, число переведенных в медицинские учреждения должно соответствовать числу выбывших. Таким образом, чистая численность существующей когорты (пациенты, исходы лечения которых должно регистрировать данное медицинское учреждение, то есть число людей в группах пациентов, готовых начать антиретровирусную терапию, плюс число всех поступивших/переведенных в учреждение и минус число всех выбывших из него) на 12-й месяц должна быть равна численности когорты пациентов, готовых начать антиретровирусную терапию, зафиксированной за 12 месяцев до начала лечения.

Преимущества и недостатки

Этот знаменатель может занижать фактический показатель выживаемости, поскольку некоторые люди, не явившиеся для последующего наблюдения, тем не менее живы. Знаменатель отражает число людей, которые живы и получают антиретровирусную терапию (удержание в программе антиретровирусной терапии) в когорте лечения.

Приоритетной является отчетность о совокупной выживаемости на 12-м месяце лечения. Странам, которые обладают полноценными, комплексными учетными формами когортных пациентов, рекомендуется ежегодно отслеживать удержание пациентов в программе антиретровирусной терапии на 24-й, 36-й и 48-й месяцы, соответственно. Это позволит сравнивать выживаемость пациентов, получающих антиретровирусную терапию, в различные периоды времени. Можно определить, повышается ли выживаемость людей на 12-м месяце лечения с течением времени — или же она снижается. Однако причины, связанные с этими изменениями, определить в отчетности нельзя. Например, если выживаемость людей на 12-м месяце терапии со временем повышается, это может быть связано с совершенствованием методов лечения и ухода за пациентами либо с началом приема антиретровирусной терапии в более ранние сроки. Удержание пациентов в программе антиретровирусной терапии на 12-м месяце следует интерпретировать с учетом изначальных характеристик когорты в исходной точке, то есть в начале терапии. Смертность будет выше там, где люди получали доступ к антиретровирусной терапии на более поздней стадии инфекции. Таким образом, сбор и предоставление данных о выживаемости при более длительных периодах, по которым известны исходы лечения, может дать более четкое представление об эффективности антиретровирусной терапии в долгосрочной перспективе.

Дополнительная информация

Руководства ВОЗ по применению антиретровирусной терапии для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. URL: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/gu/>

1.4 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку

Процент и число людей, живущих с ВИЧ, у которых вирусная нагрузка снижена до определенного уровня на момент окончания отчетного периода

Что он измеряет

Индивидуальная вирусная нагрузка является рекомендованным показателем для оценки эффективности антиретровирусной терапии, указывает на уровень приверженности к лечению и на риск передачи ВИЧ-инфекции. Успешное лечение определяется предельным значением вирусной нагрузки <1000 копий/мл, в соответствии со Сводным руководством ВОЗ по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (2016 г.). Считается, что люди, у которых результаты исследований подтверждают подавление вирусной нагрузки ниже этого уровня, имеют сниженную вирусную нагрузку.

Обоснование

Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, относится к 10-ти глобальным индикаторам, включенным в сводное руководство ВОЗ 2015 года о стратегической информации по ВИЧ в секторе здравоохранения. Показатель помогает осуществлять мониторинг выполнения третьего из трех условий стратегической цели «90–90–90», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2020 году у 90 % людей, получающих антиретровирусную терапию, должно быть обеспечено подавление вирусной нагрузки.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ, имеющих сниженную вирусную нагрузку (≤ 1000 копий/мл) в течение отчетного периода

Знаменатель

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Подавление вирусной нагрузки определяется достижением порогового показателя числа копий вируса в плазме крови <1000 копий/мл. Для стран, где установлены другие пороговые показатели (например, снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня <50 копий/мл или <400 копий/мл), предварительные данные нескольких исследований позволяют предположить, что процентная доля людей с вирусной нагрузкой 50 копий/мл или выше, а также ниже 1000 копий/мл, мала, и не требует корректировки. Следует сообщать предельное значение показателя вирусной нагрузки, полученное при проведении исследования, если оно отлично от уровня <1000 копий/мл; для этого в инструменте отчетности используется поле «Дополнительная информация».

Подавление вирусной нагрузки можно измерить, используя данные из двух разных источников. Эти источники содержат 1) клинические и программные данные, либо 2) данные национальных репрезентативных обследований. Странам следует представить данные из того источника, который является наиболее репрезентативным на национальном уровне и обеспечивает наиболее свежие данные.

Начиная с 2018 года странам, проводящим мониторинг по индикатору 1.4, рекомендуется использовать программное обеспечение Spectrum для расчета этого значения. Также можно обращаться в ЮНЭЙДС, если необходима техническая помощь для оценки числа людей, имеющих сниженный уровень вирусной нагрузки.

1. Рутинные исследования на вирусную нагрузку у людей, получающих антиретровирусную терапию, по данным из клинических и лабораторных регистрационных систем или систем эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции

Для числителя. Странам следует сообщить фактическое или оценочное число людей (в национальном масштабе), имевших сниженную вирусную нагрузку в отчетный период (см. ниже).

Исследования на вирусную нагрузку должны проводиться регулярно, а не от случая к случаю: например, не следует включать в отчетность результаты исследований, полученные до начала лечения или при подозрении на неудачный исход лечения.

В случае неоднократного проведения исследований на вирусную нагрузку в течение года для какого-либо пациента, следует использовать только результат последнего рутинного исследования.

Для знаменателя. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

О предоставлении отчетных данных о фактическом или оценочном числе людей со сниженной вирусной нагрузкой (на национальном уровне) на основе клинических и программных данных. Странам, которые в Таблице 1 онлайн-инструмента отчетности по программе глобального мониторинга СПИДа указывают, что исследования на вирусную нагрузку у них полностью доступны для всех людей, находящихся на лечении, необходимо представить фактическое число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, от общего числа всех людей, находящихся на лечении и живущих с ВИЧ. ЮНЭЙДС определяет «полностью доступную» ситуацию, когда все люди, получающие антиретровирусное лечение, имеют право на тестирование на вирусную нагрузку и доступ к тестированию (как правило, люди, которые проходили лечение в течение 6 месяцев и более). Число людей, которые по отчетным данным проходили такое исследование, от общего числа тех, кто получает лечение, в норме должно быть выше 90 %.

У тех стран, которые указывают, что исследования на вирусную нагрузку у них доступны частично, но их данные репрезентативны для неисследованной группы населения в национальном масштабе, в этих случаях в числителе должны быть оценочные значения. Чтобы получить национальный оценочный показатель, охват исследованиями на вирусную нагрузку среди получающих лечение, как правило, должен составлять от 50% до 90%. Чтобы рассчитать национальный показатель, доля людей со сниженной вирусной нагрузкой среди испытуемых, умножается на число людей, получающих антиретровирусную терапию. Страны, использующие данные по более низкому охвату исследованиями на вирусную нагрузку (менее 50 %), должны представить дополнительную информацию об их репрезентативности.

Для примера рассмотрим страну, в которой, по оценкам, насчитывается 100 000 человек, живущих с ВИЧ, результаты рутинных исследований на вирусную нагрузку есть для 12 000 из 24 000 человек, получающих антиретровирусную терапию. Охват исследованиями на вирусную нагрузку составляет 50 %, и страна считает эти данные репрезентативными для национального уровня. Из 12 000 человек, прошедших исследование, у 10 000 человек вирусная нагрузка снижена до необходимого уровня; национальное оценочное число людей, живущих с ВИЧ, у которых имеется сниженная вирусная нагрузка, составляет: $(10\,000/12\,000) \times 24\,000$ или 20 000 человек.

Странам, которые указывают, что исследования на вирусную нагрузку у них либо доступны лишь частично, либо эти данные нерепрезентативны для необследованной группы населения, либо отсутствует доступ к исследованиям в рутинном режиме, — необходимо представить только данные о числе рутинных исследований на вирусную нагрузку. Определить оценочный показатель процентного числа людей, живущих с ВИЧ, или получающих лечение, у которых достигнута вирусная супрессия, когда рутинные исследования на вирусную нагрузку не доступны, невозможно.

Важно: Странам, проводящим оценку качества данных или обзорный анализ данных, которые дают возможность отслеживать, насколько точно медицинские учреждения сообщают число людей со сниженной вирусной нагрузкой за отчетные периоды, следует скорректировать программные данные в числителе с учетом выявленных несоответствий. ЮНЭЙДС будет работать со странами над тем, чтобы с учетом конкретной страновой ситуации подобрать наиболее подходящие практики для корректировки представленных программных данных. Эти корректировки должны быть описаны в поле «Дополнительная информация»; необходимо также указать год, когда проводился анализ качества данных.

2. Выборочные репрезентативные демографические обследования

Числитель. Чтобы получить число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, необходимо умножить сообщенный процент людей со сниженной вирусной нагрузкой среди общего числа людей, имеющих положительные результаты анализов в данном демографическом обследовании, на оценочное число людей, живущих с ВИЧ, в стране. Полученное значение может быть немного завышенной оценкой числа людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, среди всех кто получает лечение, поскольку в это значение войдут и некоторые из тех, у кого вирусная нагрузка снижена в силу естественных причин и кто не получает лечения.

Примечание: Страны, применяющие данные демографических обследований, все равно должны представить данные о числе людей, получающих лечение, проходивших рутинные обследования на вирусную нагрузку в течение отчетного периода.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

3. Индикаторы раннего оповещения в рамках исследований резистентности к препаратам АРВ-терапии

Числитель. Чтобы определить число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, необходимо умножить сообщенный процент людей со сниженной вирусной нагрузкой среди общего числа людей, включенных в данное демографическое обследование, на общее число людей, получающих антиретровирусную терапию в национальном масштабе. Могут использоваться данные пациентов из 12-месячных или 48-месячных когорт.

Примечание: Страны, применяющие данные демографических обследований, все равно должны представлять данные о числе людей, получающих лечение, проходивших рутинные обследования на вирусную нагрузку в течение отчетного периода.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования других инструментов моделирования (вместо Spectrum) необходимо предоставить документацию по данному методу оценки с указанием границ погрешности.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей и от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых; данные, представленные без указания возраста или пола, должны быть отнесены в ячейки данных, дезагрегированных по возрасту и полу, с использованием такого же распределения, какое применяется для данных с указанным возрастом и полом. Запись об этих коррективах необходимо оставить в поле, предназначенном для дополнительной информации.
- При наличии: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1–4 лет, 5–9 лет и 10–14 лет для детей; 15–19 лет, 20–24 лет, 25–49 лет и 50+ лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых.
- Города и другие важные административные единицы

Преимущества и недостатки

В случае, если данных о подавлении вирусной нагрузки собираются по результатам лабораторных исследований всех людей, получающих антиретровирусную терапию, или по данных репрезентативной выборки национального уровня, такой показатель обеспечивает важную информацию о приверженности к лечению, эффективности терапии и риске передачи ВИЧ-инфекции на индивидуальном и программном уровнях. Помимо этого индикатора, страны, осуществляющие сбор данных об удержании в программах терапии и подавлении вирусной нагрузки на 12-м месяце лечения по когортам пациентов, могут с помощью триангуляции этих различных показателей получить более качественное описание уровня эффективности антиретровирусной терапии.

Несмотря на важность этого индикатора, при использовании имеющихся в наличии данных для его тщательного мониторинга можно столкнуться с определенными трудностями. Первая проблема связана с тем, что, несмотря на расширение технических возможностей для мониторинга вирусной нагрузки, потенциал для проведения соответствующих лабораторных исследований остается ограниченным в условиях недостаточного финансирования (низкого уровня доходов). В результате, оценочные показатели по подавлению вирусной нагрузки, полученные из программных данных, могут быть нерепрезентативными для определения вирусной нагрузки для более общей необследованной популяции пациентов, — особенно если высок процент людей, только недавно начавших получать лечение, или если масштаб охвата обследования искажается в зависимости от того, насколько эффективно или неэффективно работают пункты тестирования. Если исходить из предположения, что в обследованных и необследованных популяциях уровень подавления вирусной нагрузки будет одинаковым, либо если к проведению обследований привлекаются крупнейшие лабораторные учреждения и пункты тестирования с наиболее высоким потенциалом, то полученные данные могут давать завышенную оценку достигнутого прогресса в выполнении целевых показателей «90–90–90».

Вторая проблема в использовании имеющихся данных может быть обусловлена тем, что исследования на вирусную нагрузку, бывает, проводятся только выборочно: для определения момента, когда необходимо начинать лечение, или для выявления потенциальных неэффективных исходов лечения. Данные на вирусную нагрузку, получаемые в результате обследования людей с сомнительными результатами лечения (с подозрением на неудачный исход терапии), будут влиять на общий показатель подавления вирусной нагрузки (в сторону его занижения). ЮНЭЙДС рекомендует странам тщательно просматривать представленные данные, отсеивая данные тех исследований, которые не являются рутинными.

Третья проблема при использовании рутинных программных данных связана с тем, что представленные данные исследований на вирусную нагрузку охватывают только подмножество людей, получающих антиретровирусную терапию. Это может приводить к занижению общего уровня вирусной супрессии в популяции, поскольку в числителе не будут включены люди, имеющие сниженную вирусную нагрузку в силу естественных причин. ЮНЭЙДС изучает имеющиеся подтверждающие данные из когортных исследований и демографических обследований населения для более точной количественной оценки и уточнения финального значения этого показателя при представлении отчетных данных о достигнутом прогрессе по индикатору 1.4 на глобальном и региональном уровне.

Дополнительная информация

ЮНЭЙДС, ВОЗ. Руководство по мониторингу воздействия эпидемии ВИЧ-инфекции на основании данных обследований населения (Guidelines on monitoring the impact of the HIV epidemic using population-based surveys). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/si-guidelines-population-survey/en/#> (на англ. яз.)

Сводное руководство ВОЗ 2015 года по использованию антиретровирусных препаратов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Рекомендации для подхода к общественному здравоохранению – второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/>.

Руководства ВОЗ по применению антиретровирусной терапии для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. URL: <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/ru/>

1.5 Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции

Процент людей, живущих с ВИЧ, с первичными показателями числа клеток CD4 < 200 клеток/мм³ и <350 клеток/мм³ в течение отчетного периода

Что он измеряет

Число людей с показателями числа клеток CD4 в крови <200 клеток/мм³ и <350 клеток/мм³, от числа всех людей, имевших определенные исходные показатели числа клеток CD4 в течение отчетного периода

Обоснование

По мере наращивания масштабов предоставления услуг в сфере ВИЧ в странах необходимо отслеживать, обеспечивается ли диагностика ВИЧ-инфекции у людей на ранних стадиях, а также каков процент людей, у которых заболевание по-прежнему диагностируется на поздних стадиях.

Числитель

1. Процент людей, живущих с ВИЧ, у которых первичные показатели числа клеток CD4 составляют < 200 клеток/мм³
 2. Процент людей, живущих с ВИЧ, у которых первичные показатели числа клеток CD4 составляют <350 клеток/мм³ в течение отчетного периода.
-

Знаменатель

Общее число людей, живущих с ВИЧ, с определенными первичными показателями числа клеток CD4 в течение отчетного периода

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

На основании данных лабораторных информационных систем и медицинских карт людей, получающих лечение. Данные можно получить из учетных форм учреждений здравоохранения, индивидуальных регистрационных карт пациентов или лабораторных информационных систем.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей, для взрослых от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины)
-

Пояснение числителя

Люди, живущие с ВИЧ, у которых первичные показатели числа лимфоцитов CD4 в крови составляли менее 200 клеток/мм³, и люди, живущие с ВИЧ, у которых первичные показатели числа лимфоцитов CD4 составляли менее 350 клеток/мм³ в течение отчетного периода. Представленные отчетные данные по числу людей с уровнем лимфоцитов CD4 менее 350 клеток/мм³ должны включать и людей с уровнем лимфоцитов CD4 менее 200 клеток/мм³.

Пояснение знаменателя

Общее число людей, живущих с ВИЧ, с определенными первичными показателями числа клеток CD4 в течение отчетного периода.

Преимущества и недостатки

Показатели исходного числа клеток CD4 не всегда определяются своевременно или в момент постановки диагноза. Имеющиеся в наличии данные могут не коррелировать с данными об общем числе людей, у которых была диагностирована ВИЧ-инфекция за отчетный год.

Этот индикатор не позволяет провести различие между людьми, у которых заболевание было диагностировано на поздних стадиях, и людьми, которые поздно обратились за терапией. Для такой дифференциации необходимо проверить даты выявления заболевания и даты определения первичных показателей числа клеток CD4. Если разница между этими датами составляет более месяца, это может означать, что пациенты поздно получили медицинскую помощь. Если разница между этими датами менее одного месяца, это может означать, что заболевание диагностировано на поздней стадии. Кроме того, у одного и того же пациента может иметь место и поздняя диагностика, и позднее получение медицинской помощи.

Имеющиеся данные могут включать не всех пациентов, у которых было выявлено заболевание в течение отчетного года.

1.6 Нехватка антиретровирусных препаратов

Процент лечебных учреждений, которые испытывали перебои в снабжении одним или несколькими из необходимых антиретровирусных препаратов в течение определенного периода

Что он измеряет

Этот индикатор служит для оценки эффективности работы системы закупок и поставок в снабжении лекарственными препаратами. Последствия нехватки антиретровирусных препаратов — масштабы прерывания терапии и риск развития резистентности вируса к антиретровирусным препаратам — зависят от того, какое число людей в итоге смогут вновь получить доступ к необходимым препаратам.

Обоснование

По мере того, как страны расширяют масштабы предоставления услуг АРВ-терапии, необходимо обеспечить доступность антиретровирусных препаратов для всех нуждающихся. Антиретровирусная терапия — это долгосрочная стратегия лечения для людей, живущих с ВИЧ, и перерывы в лечении могут привести к его неэффективности и развитию устойчивости вируса к АРВ-препаратам. Для бесперебойного снабжения необходимыми антиретровирусными препаратами необходима эффективная организация поставками.

Числитель

Число медицинских учреждений, предоставляющих пациентам антиретровирусные препараты, которые испытывали нехватку одного или более необходимых антиретровирусных препаратов за определенный период

Знаменатель

Общее число медицинских учреждений, предоставляющих пациентам антиретровирусные препараты, за тот же период.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Сбор этой информации осуществляется централизованно на том уровне, на котором медицинские учреждения представляют свои отчеты по инвентаризации и распределению лекарственных средств или формы заказа на антиретровирусные препараты.

Для этого индикатора требуются:

- Контрольные отчеты о наличии лекарственных препаратов, предоставленные учреждениями здравоохранения, с указанием имеющихся запасов по каждой товарной позиции.
- Формы заказа антиретровирусных препаратов, поданные медицинскими учреждениями в определенный период (например, предыдущий период заказа, предыдущий квартал или прошлый год).
- Список препаратов, которые должно предоставлять своим пациентам медицинское учреждение, если они еще не были указаны в контрольных отчетах о наличии лекарственных средств или в формах заказа.

Эти инструменты будут полезными, если в стране действует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения. Если такой информационной системы нет, можно использовать данные обследований медицинских учреждений (например, по оценке поставщиков услуг здравоохранения или картированию доступности услуг) при условии, что они включают вопросы, связанные с нехваткой антиретровирусных препаратов.

При наличии единой информационной системы организации материально-технического снабжения, которая содержит данные о наличии антиретровирусных препаратов на уровне медицинских учреждений, информацию для этого показателя следует брать из этой системы. В противном случае, информацию можно собрать с помощью проведения обследования или при посещении учреждений.

При небольшом числе учреждений, отпускающих АРВ-препараты, все эти учреждения следует включить в проводимое обследование или в перечень посещаемых учреждений. Если учреждений, отпускающих антиретровирусные препараты, в стране много, может потребоваться репрезентативная выборка по всем учреждениям. Полный перечень таких учреждений должен быть в наличии на национальном уровне.

При проведении выборки важно обеспечить, чтобы она включала учреждения различных уровней (центрального, районного и периферийного). В странах, где АРВ-препараты отпускаются в аптеках и других пунктах, которые не относятся к учреждениям здравоохранения, также необходимо отслеживать перебои в снабжении препаратами и в этих учреждениях. Возможность такого мониторинга будет зависеть от того, насколько полный охват данных обеспечивает информационная система управления снабжением и поставками.

Индикатор по перебоям в снабжении АРВ-препаратами из группы индикаторов раннего предупреждения риска развития резистентности к АРВТ обеспечивает мониторинг по такому значению, как процентное число месяцев бесперебойного снабжения за отчетный год. Это значение может измеряться на уровне медицинских учреждений, с последующим укрупнением данных для выведения общего показателя на национальном уровне.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

По видам учреждений выдачи препаратов: например, больница общего профиля, центры здоровья матери и ребенка или противотуберкулезное учреждение.

Запрашиваемая дополнительная информация

Укажите в комментариях, основана ли информация на национальных данных или данных обследования, проведенного по определенной выборке учреждений. Предоставьте комментарии, которые могут помочь в интерпретации данных: например, включает ли выборка данные только по государственному или по частному сектору, и насколько вероятно, что эти данные могут быть завышенными или, наоборот, заниженными.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор позволяет отслеживать критически важный компонент программы антиретровирусной терапии: наличие бесперебойного снабжения антиретровирусными препаратами на уровне учреждений здравоохранения.

Индикатор не дает информации о том, что является причиной дефицита; каких антиретровирусных препаратов нет или не было в наличии, как долго наблюдался дефицит конкретных АРВ-препаратов; он также не дает информации о качестве условий хранения, доставки и распределения этих препаратов.

При наличии дефицита препаратов оцените, что является его причиной: проблемы, связанные с эффективностью работы национальной системы распределения лекарственных средств, или проблемы в распределении финансирования, или глобальный дефицит АРВ-препаратов. Выясните, связана ли проблема с ошибками в прогнозных расчетах при планировании поставок, системой распределения лекарственных средств или с другой причиной. Используйте эту ситуацию, чтобы определить, насколько хорошо функционирует информационная система управления поставками.

В некоторых ситуациях простой мониторинг дефицита препаратов может вводить в заблуждение, так как медицинское учреждение может иметь резервный запас препаратов, но не выдавать их из-за соответствующей политики, запрещающей использовать «неприкосновенный запас». Согласно определению показателя, такие учреждения не включаются в число учреждений, испытывающих нехватку препаратов, даже если люди в них не получают необходимые препараты для лечения. В учреждениях, где при нехватке АРВ-препаратов они из резервных запасов не выдаются, предпочтительнее собирать информацию о функциональном дефиците — то есть невозможности получения доступа или использования необходимого АРВ-препарата.

Дополнительная информация

Гармонизированные индикаторы мониторинга и оценки работы системы управления закупками и поставками препаратов. Индикаторы раннего предупреждения, служащие для предотвращения дефицита и переизбытка антиретровирусных, противотуберкулезных и противомалярийных препаратов (Harmonized monitoring and evaluation indicators for procurement and supply management systems. Early-warning indicators to prevent stock-outs and overstocking of antiretroviral, antituberculosis and antimalaria medicines). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: http://www.who.int/hiv/pub/amds/monitoring_evaluation/en/# (на англ. яз.)

1.7 Смертность от СПИДа

Общее число людей, умерших по причинам, связанным со СПИДом, на 100 000 населения

Что он измеряет

Воздействие программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Обоснование

Принятые за последнее время меры по расширению масштабов доступа к жизненно необходимой антиретровирусной терапии, включая предоставление лечения всем без исключения ЛЖВ в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2016 года, должны значительно снизить смертность вследствие СПИДа при условии доступности и качественного предоставления этих услуг. Оценку эффективности и воздействия мер противодействия ВИЧ следует проводить посредством мониторинга динамики показателей смертности от СПИДа в разные периоды времени. Этот индикатор в измененном виде — как общее число людей, умерших по причинам, связанным со СПИДом, за отчетный период, в расчете на 100 000 населения — также включен в сводное руководство ВОЗ по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения.

Числитель

Общее число людей, умерших по причинам, связанным со СПИДом, в 2016 году

Знаменатель

Общая численность населения, независимо от ВИЧ-статуса

Расчет

Числитель/знаменатель x 100 000

Метод измерения

Число людей, умерших по причинам, связанным со СПИДом, можно получить различными способами, в том числе с помощью системы записи актов гражданского состояния (учета естественного движения населения) в рамках проведения обследований на уровне учреждений или на популяционном уровне, которые могут включать опрос членов семьи об обстоятельствах смерти; или с помощью математического моделирования с использованием таких программ, как Spectrum. Как правило, для расчета смертности с помощью инструментов моделирования требуются демографические данные; данные о распространенности ВИЧ-инфекции, полученные из обследований или системы эпиднадзора; данные о числе людей, получающих антиретровирусную терапию; данные о заболеваемости ВИЧ-инфекцией; и предположения касательно моделей выживаемости, которые необходимы для оценки числа летальных исходов. В некоторых случаях при таком моделировании также можно учитывать данные систем учета естественного движения населения и оценочные данные о погрешностях в системе отчетности (занижении числа умерших или неправильной классификации причин смертности).

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол
 - Возраст (<5, 5-14 лет и старше 15 лет)
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо указать источник оценочных показателей. Страны, сообщающие число людей, умерших по причинам, связанным со СПИДом, полученное из другого источника, помимо Spectrum, должны также предоставить все сопутствующие показатели погрешности и загрузить электронную копию отчета с описанием метода расчета.

Желательно, чтобы страны сообщали смоделированные оценочные показатели, а не показатели, рассчитанные по данным страновой системы учета естественного движения населения, за исключением случаев, когда эта система признана достоверно эффективной по результатам оценки, проведенной в последнее время. Пользователи могут указать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или данные национальных репрезентативных обследований населения, на выбор. В случае использования оценочных значений из Spectrum, они будут импортированы непосредственно из программы после сохранения финального файла национальных данных.

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

В странах с эффективными системами учета естественного движения населения, изменения в оценочных показателях смертности вследствие СПИДа дают достаточно точное представление об эффективности программ профилактики, лечения и ухода. Даже в таких системах полезно периодически оценивать возможные задержки или искажения в представлении данных о смертности вследствие СПИДа (в том числе на предмет выявления заниженных сведений или неверного указания причин смерти).

В странах, где нет эффективных систем учета естественного движения населения, оценочные показатели смертности вследствие СПИДа представляют собой важный инструмент мониторинга программ, однако погрешность этих показателей может быть более высокой. В частности, важна информация о моделях выживаемости людей, получающих или не получающих антиретровирусную терапию. Странам необходимо сообщать оценочные показатели смертности вследствие СПИДа наряду с соответствующими диапазонами погрешности. Надежность оценочного показателя целиком зависит от надежности данных, используемых при моделировании, а также от обоснованности предположений, на которых строится каждая конкретная модель.

Дополнительная информация

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/>

Программное обеспечение Spectrum. г. Гластонбери (штат Коннектикут, США): Avenir Health, 2016. URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

2.1 Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев

Процент младенцев, родившихся у ВИЧ-положительных женщин, которым проводился вирусологический тест на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в охвате тестированием младенцев, родившихся у ВИЧ-положительных женщин, в течение первых двух месяцев после рождения, для определения их ВИЧ-статуса и соответствия критериям для назначения антиретровирусной терапии. Измерение производится с разбивкой по результатам тестирования

Обоснование

Младенцы, инфицированные ВИЧ во время беременности, родов или в ранний послеродовой период, часто умирают раньше, чем определяется их положительный ВИЧ-статус. ВОЗ рекомендует странам в рамках национальных программ предусмотреть возможности для проведения раннего вирусологического тестирования на ВИЧ среди младенцев в возрасте 6 недель или как можно скорее после достижения ими этого возраста, чтобы обеспечить принятие клинических решений на максимально ранней стадии заболевания. ВИЧ-инфекция у детей прогрессирует быстро, и начинать лечение у них необходимо на самой ранней стадии, так как в противном случае около 50 % детей умирают до достижения ими двухлетнего возраста.

Числитель

Nu Число младенцев, обследованных на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни, на протяжении отчетного периода. Каждый младенец, прошедший обследование на ВИЧ, учитывается только один раз

Знаменатель

Число ВИЧ-положительных беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель. Данные диагностических лабораторий, проводящих раннюю диагностику ВИЧ-инфекции у младенцев.

Знаменатель. Моделирование показателей с помощью Spectrum, или данные эпиднадзорных обследований в учреждениях дородового наблюдения, в сочетании с демографическими данными, с соответствующими корректировками по охвату обследованиями в таких учреждениях

Частота измерения

Ежегодно или чаще, в зависимости от потребностей конкретной страны в проведении мониторинга

Разбивка данных

Данные числителя следует давать с разбивкой по результатам обследований: положительный, отрицательный, неопределенный результат или непригодный для тестирования (отказ лаборатории принять образцы).

Пояснение числителя

Сбор данных для числителя следует осуществлять на основе баз данных диагностических лабораторий, проводящих раннее диагностическое тестирование младенцев. Числитель должен представлять число младенцев, прошедших вирусологическое тестирование в течение 2 месяцев после рождения, а не число образцов, протестированных в лаборатории. Сводные данные должны быть сформированы с использованием баз данных лабораторий. По возможности, необходимо максимально сократить случаи двойного подсчета при агрегации данных с целью определения данных для национального уровня. Ожидается, что число младенцев, прошедших более одного вирусологического теста в течение первых двух месяцев жизни, будет незначительным. Необходимо принять меры для включения в показатель данных из всех учреждений здравоохранения в государственном, частном и негосударственном секторах, которые проводят тестирование на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

Результаты лабораторного тестирования следует представлять со следующими статусами: положительный, отрицательный, неопределенный или непригодный для тестирования (отказ лаборатории принять образцы). В отчете следует отражать только самые последние данные о результате тестирования младенца в течение первых двух месяцев жизни.

Пояснение знаменателя

Это косвенный показатель числа младенцев, рожденных ВИЧ-положительными женщинами. Существует два метода расчета значения знаменателя. Первый метод – это моделирование оценочного показателя, например, с помощью программного обеспечения Spectrum, в которой получаемый на выходе показатель числа беременных женщин, нуждающихся в услугах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, используется в качестве репрезентативных данных.

Второй метод используют в том случае, если оценочные показатели не удалось получить с помощью Spectrum, и он заключается в следующем: общее число беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (которое можно получить из оценочных показателей о рождаемости базы данных центрального статистического управления или Отдела по народонаселению ООН), необходимо умножить на самый последний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин на национальном уровне (который можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях дородового наблюдения, с соответствующими корректировками по охвату обследованиями в таких учреждениях).

Для обеспечения сопоставимости результат, рассчитанный с помощью Spectrum, будет использован при расчете знаменателя при проведении анализа на глобальном уровне.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор позволяет странам осуществлять мониторинг прогресса в проведении раннего вирусологического тестирования младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ, до достижения ими двухмесячного возраста, что критически важно для обеспечения надлежащего лечения и ухода. Ограничение возраста тестирования до двух месяцев позволяет исключить возможность повторного тестирования одного и того же младенца и, соответственно, избежать дублирования данных при подсчетах. Для данного индикатора необходимы только следующие три вида данных: дата сбора образцов биоматериала, возраст на момент сбора (фактический или рассчитанный по дате рождения), и результаты. Эти данные систематически вносятся в центральные базы данных диагностических лабораторий по раннему диагностическому обследованию младенцев на ВИЧ.

Ввиду того, что таких лабораторий немного, а данные по ранней диагностике у младенцев заносятся в электронном формате, сбор данных для определения данного показателя не должен представлять особых трудностей. Как правило, качество лабораторных данных является высоким, что обеспечивает надежность индикатора. Этот индикатор не включает число детей, которым был поставлен заключительный клинический диагноз ВИЧ-инфекции, и не позволяет определить, были ли предоставлены ребенку соответствующие услуги последующего наблюдения на основе интерпретации результатов тестирования. Также этот индикатор не позволяет провести оценку качества тестирования или систем, используемых при тестировании. Однако низкое значение показателя может указывать на системные недостатки, в том числе плохое управление поставками тест-систем для проведения вирусологических тестов на ВИЧ на национальном уровне, некачественный сбор данных, недостатки в последующем наблюдении пациентов, а также неправильное обращение с образцами биоматериала.

Разбивку данных по результатам тестирования нельзя использовать в качестве косвенных данных для общих показателей вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. При низких уровнях общего охвата младенцев услугами ранней диагностики на ВИЧ либо охвата ранней диагностикой на ВИЧ младенцев в первые два месяца после рождения (показатели национального уровня) низкий процент положительных результатов среди протестированных младенцев не обязательно будет означать успешную реализацию соответствующих программ, так как эта выборка не включает данные о многих других младенцах, результат обследования которых также может быть положительным.

Хотя раннее вирусологическое обследование на ВИЧ является критически важной мерой для выявления детей, живущих с ВИЧ, странам также необходимо повышать качество последующего наблюдения младенцев с высоким риском инфицирования ВИЧ, и обучать медицинских работников распознавать признаки и симптомы раннего развития ВИЧ-инфекции у таких младенцев, особенно в условиях ограниченного доступа к вирусологическому тестированию. Неэффективное управление поставками может негативно повлиять на значение индикатора и значительно снизить доступ к услугам тестирования на ВИЧ для младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями. Странам необходимо обеспечить функционирование соответствующих систем и инструментов, особенно информационных систем логистики и управления поставками, которые необходимы для организации закупок, распределения и управления поставками на уровне учреждений, административных районов, а также на страновом уровне.

Дополнительная информация

Отчеты о достигнутом прогрессе в сфере противодействия ВИЧ. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en/> (на англ. яз.).

Справочное руководство по индикаторам нового поколения (Next generation indicators reference guide). Вашингтон (округ Колумбия): Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), 2013. URL: <http://www.pepfar.gov/documents/organization/206097.pdf> (на англ. яз.).

Оценка воздействия национальных программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку: глобальный план устранения новых случаев заражения ВИЧ среди детей до 2015 года и оказания помощи матерям, чтобы они могли оставаться в живых. Краткое руководство по методам (Measuring the impact of national preventing the mother-to-child transmission of HIV programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75478/1/9789241504362_eng.pdf (на англ. яз.).

2.2 Передача ВИЧ от матери ребенку

Оценочное процентное число новых случаев инфицирования ВИЧ у детей в результате передачи ВИЧ от матери ребенку среди ВИЧ-положительных матерей, родивших в течение последних 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении женщинам антиретровирусных препаратов для снижения частоты передачи ВИЧ от матери ребенку

Обоснование

Принимаются меры для повышения доступа к мероприятиям, которые позволяют снизить частоту передачи ВИЧ от матери ребенку, включая назначение различных схем комбинированной профилактики и лечения антиретровирусными препаратами, а также расширение услуг консультирования по грудному вскармливанию. Необходимо оценить уровень воздействия мероприятий, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, в сокращении числа новых случаев передачи ВИЧ от матери ребенку.

Процент детей, живущих с ВИЧ, должен снизиться, по мере расширения охвата мероприятиями профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и использования более эффективных схем профилактики и лечения.

Числитель

Оценочное число новых случаев передачи ВИЧ от матери ребенку среди детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, в течение последних 12 месяцев

Знаменатель

Оценочное число детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от назначенных режимов антиретровирусной терапии и практик грудного вскармливания. Частоту передачи ВИЧ можно рассчитать с помощью программного обеспечения Spectrum. При этом используют следующую информацию:

- Распределение беременных ВИЧ-положительных женщин, получающих антиретровирусные препараты по разным режимам до и во время родов (околородовой период), по категориям числа клеток CD4 у матери;
- Распределение женщин и детей, получающих антиретровирусные препараты после родов (в послеродовой период), по категориям числа клеток CD4 у матери;
- Процент младенцев, которые не получают грудного вскармливания в рамках программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, с разбивкой по возрасту ребенка;
- Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку в зависимости от применения различных схем антиретровирусной терапии и практик грудного вскармливания.
- Оценочное число рожаящих ВИЧ-положительных женщин

Оценочный национальный показатель частоты передачи ВИЧ от матери ребенку выводится в отчетах Spectrum в итоговом окне по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Эту переменную также можно рассчитать с помощью Spectrum. Для этого необходимо разделить число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей в возрасте 0-14 лет на число женщин, нуждающихся в услугах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Для включения в программу моделирования других путей передачи ВИЧ детям данных недостаточно. Кроме того, считается, что другие пути передачи ВИЧ представляют собой лишь незначительную часть в общей структуре путей передачи ВИЧ детям. Выходная переменная «новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей в возрасте от 0 до 1 года» в программе Spectrum в данном случае не используется, так как в некоторых случаях инфицирование при грудном вскармливании происходит у детей в возрасте старше 1 года.

В целях обеспечения сопоставимости результат, смоделированный с помощью Spectrum, будет использован для расчета индикатора для проведения анализа на глобальном уровне.

Пользователи могут указать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или данные национальных репрезентативных обследований населения, на выбор. В случае использования оценочных значений из Spectrum, они будут импортированы непосредственно из программного обеспечения после создания файла национальных данных. При использовании программных данных, сообщите эти данные с разбивкой на одинаковые для числителя и знаменателя когорты по дате рождения, а не по году установления диагноза.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

В целях обеспечения сопоставимости результат, смоделированный с помощью Spectrum, будет использован для расчета индикатора для проведения анализа на глобальном уровне

В случае использования программных данных, сообщите их с разбивкой на равные для числителя и знаменателя когорты по дате рождения, а не по году установления диагноза. Пользователи могут указать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или данные национальных репрезентативных обследований населения, на выбор. В случае использования оценочных значений из Spectrum, они будут импортированы непосредственно из программного обеспечения после создания файла национальных данных.

Преимущества и недостатки

Преимущества. Этот показатель позволяет определять эффективность программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во времени, оценивая влияние таких мер, как расширение доступа к антиретровирусным препаратам и использование более эффективных режимов терапии и оптимальных практик грудного вскармливания. Этот индикатор позволяет странам оценить, какое воздействие оказывают программы антиретровирусной терапии на число детей, которым передается ВИЧ, с помощью оценочного показателя частоты передачи ВИЧ-инфекции от ВИЧ-положительных матерей их детям. Смоделированный оценочный показатель позволяет провести такую оценку, в то время как рассчитать показатель для этого индикатора прямым методом практически невозможно. Использование моделированного оценочного показателя позволяет разрешить три проблемы:

1. Отслеживать пары «мать—ребенок» сложно, особенно на национальном уровне, по причине задержек в сообщении данных, а также из-за наличия большого количества различных учреждений, в которые могут обращаться такие пары для получения самых разных услуг, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и лечения ребенка, за весь период времени.
2. Дети (особенно дети, живущие с ВИЧ) могут умереть до того, как пройдут обследование на ВИЧ, которое покажет, произошла ли передача инфекции.
3. Показатель, определяемый прямым измерением, не учитывает тех женщин и их детей, которые не обращаются в программы (в частности, возможно, из-за сильной стигматизации в обществе).

Недостатки. Этот индикатор генерируется на основе модели, дающей оценочные данные о распространенности ВИЧ-инфекции у детей. Оценочный показатель надежен настолько, насколько надежны допущения и данные, используемые в модели расчета. В странах, где широко практикуется кесарево сечение, данный показатель частоты передачи ВИЧ от матери ребенку будет завышенным. Показатель также основывается на программных данных, которые зачастую дают информацию о назначаемых, а не о реально применяемых пациентом схемах приема антиретровирусных препаратов, потому вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку в нем может быть заниженной.

Этот индикатор не охватывает такие меры, влияющие на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку, как сокращение числа женщин репродуктивного возраста, болеющих ВИЧ-инфекцией, или сокращение числа незапланированных беременностей среди женщин, живущих с ВИЧ.

В странах, где эти данные доступны, обращаемость в медицинские учреждения высока, а исследования для подтверждения диагноза проводятся на регулярной основе, следует принять меры для мониторинга эффективности путем прямого измерения процентного числа детей, живущих с ВИЧ, среди детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами. Всем странам следует принять меры для мониторинга ВИЧ-статуса и выживаемости детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, на основе данных, собираемых во время посещения пациентами медицинских учреждений для последующего наблюдения.

Дополнительная информация

Публикации ВОЗ по мониторингу и оценке (на англ. яз.). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/#>

2.3 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Процент беременных женщин, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Что он измеряет

Эффективность профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов посредством предоставления пациентам антиретровирусных препаратов.

Этот индикатор позволяет странам осуществлять мониторинг охвата беременных женщин, живущих с ВИЧ, антиретровирусными препаратами для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родов. При разбивке данных по режимам терапии этот индикатор может показать повышенный доступ к более эффективным режимам антиретровирусной терапии среди беременных женщин, живущих с ВИЧ. Так как этот показатель обычно измеряет назначенные, а не реально употребляемые антиретровирусные препараты, уровень приверженности к данному режиму терапии в большинстве случаев определить невозможно.

Обоснование

Предоставление антиретровирусных препаратов (в качестве профилактики или пожизненной терапии) женщинам во время беременности и родов может значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Это предусматривает профилактику ВИЧ-инфекции антиретровирусными препаратами для младенцев, профилактику для матери или ребенка при грудном вскармливании, использование безопасных практик родовспоможения и более безопасных методов вскармливания.

Данные будут использоваться, чтобы отследить прогресс в достижении целей прекращения новых случаев передачи ВИЧ от матери ребенку на глобальном и страновом уровнях, обеспечить разработку и реализацию соответствующей политики и стратегическое планирование, организовать адвокативную работу, а также оптимально использовать имеющиеся ресурсы для наращивания масштабов реализации услуг. Данный показатель будет использоваться для оценки тенденций в охвате услугами профилактики и лечения антиретровирусными препаратами, а при разбивке по схемам лечения — также и для оценки прогресса в реализации наиболее эффективных схем антиретровирусной терапии.

Числитель

Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые родили в течение последних 12 месяцев, и которые получали антиретровирусную терапию для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку. В отчеты глобального уровня, содержащие сводные показатели охвата антиретровирусной терапией для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, не будут включаться данные о женщинах, получавших однократную дозу невирапина (НВП), так как этот режим не считается оптимальным. Тем не менее, данные о числе женщин, получивших только разовую дозу невирапина, должны быть отражены в страновых отчетах.

Знаменатель

Оценочное число женщин, живущих с ВИЧ, родивших в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель. Данные национальных программ, агрегированные с помощью инструментов программного мониторинга, таких как журналы учета пациентов и формы итоговой отчетности.

Знаменатель. Модели расчета оценочных показателей с помощью программного обеспечения Spectrum или эпиднадзорные обследования в учреждениях дородового наблюдения, наряду с демографическими данными, с соответствующими корректировками по охвату обследованиями в таких учреждениях.

Частота измерения

Ежегодно или чаще, в зависимости от потребностей конкретной страны в проведении мониторинга

Разбивка данных

- Города и другие важные административные единицы
- Данные для числителя следует представлять с разбивкой по шести основным режимам терапии, описанным ниже.

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году

Пояснение числителя

Данные числителя следует разбить по шести указанным ниже категориям (первые три режима терапии рекомендованы ВОЗ) для беременных женщин, живущих с ВИЧ, для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Нельзя считать одного человека несколько раз; данные по каждой женщине могут быть включены только в одну из следующих шести ячеек:

1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности.
2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности.
3. Профилактика с применением трех АРВ-препаратов для матери (компонент профилактики по варианту Б в рекомендациях ВОЗ)
4. Профилактика для матери с применением препарата АЗТ (компонент профилактики во время беременности и в родах по варианту А в рекомендациях ВОЗ).
5. Невирапин в однократной дозе (с последующим послеродовым курсом или без него).
6. Другое (укажите: например, назовите другую схему лечения; поясните, если меры не относятся ни к одной из категорий и т. п.).

Описание схем терапии по категориям

Категории	Дополнительная информация	Типичные примеры
<p>Первые две категории включают женщин, получающих антиретровирусную терапию пожизненно (включая вариант Б+), которые</p> <ol style="list-style-type: none">1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности.2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности	<p>Режим с приемом трех препаратов, предназначенный для антиретровирусной терапии на протяжении всей жизни:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, выявленных в течение отчетного периода, начинающих пожизненный курс антиретровирусной терапии.2. Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, выявленных в течение отчетного периода, которые уже получали антиретровирусную терапию до первого визита в клинику дородового наблюдения. <p>Если женщина начинает получать пожизненную антиретровирусную терапию во время родов, ее относят в категорию 1.</p> <p>Если нет данных о количестве женщин, получающих антиретровирусную терапию, с разбивкой по времени, когда они начали принимать терапию, общее число этих женщин можно указать в ячейку под названием «Общее число беременных женщин, получающих антиретровирусную терапию пожизненно».</p>	<p>Стандартная национальная схема лечения, например:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ.▪ ТДФ + ЗТС + DTG
<ol style="list-style-type: none">3. Профилактика для матери с применением трех АРВ-препаратов (компонент профилактики во время беременности и в родах, вариант Б в рекомендациях ВОЗ)	<p>Режим с приемом трех препаратов для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, который начат во время беременности или прямо во время схваток или в родах и должен завершиться после окончания периода грудного вскармливания (или после родов — если грудное вскармливание не осуществляется).</p> <p>В случае если женщина первый раз получает тройную антиретровирусную терапию во время схваток или в родах, ее все равно следует зачислить в эту категорию, если данное медицинское учреждение применяет вариант Б.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ ТДФ + ЗТС + DTG▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ▪ АЗТ + ЗТС + ЭФВ▪ АЗТ + ЗТС + ЛПВ/р
<ol style="list-style-type: none">4. Профилактика для матери с применением препарата АЗТ (компонент профилактики во время беременности и в родах по варианту А в рекомендациях ВОЗ)	<p>Режим профилактики с применением препарата АЗТ (или другого нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы/НИОТ), начатый с 14-й недели беременности либо во время схваток или в родах, для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.</p> <p>В случае если женщина первый раз получает этот курс во время схваток или в родах, ее все равно следует зачислить в эту категорию, если данное медицинское учреждение применяет вариант А.</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ АЗТ в любое время до начала схваток + невирапин интранатально▪ АЗТ в любое время до начала схваток + НВП интранатально + 7-дневный курс АЗТ+ЗТС в послеродовый период
<ol style="list-style-type: none">5. Невирапин в однократной дозе (НВП) для матери в период беременности или родов	<p>Считается в том случае, если невирапин — единственный препарат, который ВИЧ-положительная беременная женщина получала во время беременности, в период схваток или в родах.</p> <p>К этому режиму не относятся следующие случаи:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ невирапин дается во время беременности в соответствии с вариантом А, <p>или</p> <ul style="list-style-type: none">▪ ВИЧ-положительной беременной женщиной начинается курс терапии в соответствии с вариантом А, Б или Б+ в момент схваток или родов.	<ul style="list-style-type: none">▪ Только невирапин в однократной дозе для матери при наступлении схваток.▪ Только однократная доза невирапина + 7-дневный послеродовый курс АЗТ+ЗТС▪ Только однократная доза невирапина для матери в начале родов и невирапин в однократной дозе для ребенка

Числитель обязательно должен соответствовать значениям, введенным в Spectrum, или рабочей группе будет отправлен автоматический запрос на приведение данных в соответствие

Отчетность по показателям достигнутого прогресса в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу (Global AIDS Response Progress Reporting)

Программа Spectrum

1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности.	Вариант Б+: антиретровирусная терапия была начата в течение текущей беременности (данные подразделяются следующим образом: данные по женщинам, которые начали принимать АРВТ менее чем за четыре недели до родов, и данные по женщинам, которые начали принимать АРВТ ранее чем за четыре недели до родов).
2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности	Вариант Б+: антиретровирусная терапия была начата до начала текущей беременности
3. Профилактика для матери с применением трех АРВ-препаратов (компонент профилактики во время беременности и в родах, вариант Б в рекомендациях ВОЗ)	Вариант Б: профилактика тремя препаратами, начиная с 14-й недели
4. Профилактика для матери с применением препарата АЗТ (компонент профилактики во время беременности и в родах по варианту А в рекомендациях ВОЗ)	Вариант А — профилактика для матери с применением препарата АЗТ
5. Невирапин (НВП) в однократной дозе для матери в период беременности или родов	Невирапин в однократной дозе
6. Другое (как правило, используется странами, в которых будущим матерям на поздних сроках беременности по-прежнему назначается препарат АЗТ)	Препарат АЗТ для матери, в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2006 года. В Spectrum требуется предоставление данных о схемах лечения, применявшихся ранее. Эта категория предназначена для описания схем лечения, применявшихся в прошлом.

Пояснение знаменателя

Существует два метода расчета оценочного значения знаменателя. Первый метод – это моделирование показателя, например, с помощью программного обеспечения Spectrum; используется показатель на выходе: «число беременных женщин, нуждающихся в услугах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку». Второй метод используют в том случае, если оценочные показатели не удалось получить с помощью Spectrum, и он заключается в следующем: общее число беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (которое можно получить из оценочных показателей о рождаемости базы данных центрального статистического управления или Отдела по народонаселению ООН), необходимо умножить на самый последний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин на национальном уровне (который можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях дородового наблюдения, с соответствующими корректировками по охвату обследованиями в таких учреждениях).

Для обеспечения сопоставимости результат, рассчитанный с помощью Spectrum, будет использован при расчете знаменателя при проведении анализа на глобальном уровне.

Преимущества и недостатки

Странам рекомендуется отслеживать и сообщать число женщин, получающих разные режимы терапии, чтобы можно было смоделировать влияние антиретровирусных препаратов на частоту передачи ВИЧ от матери ребенку на основании степени их эффективности. В случае если в странах отсутствует система сбора и сообщения этих данных, следует создать такую систему. Необходимо принять меры для удаления дублирующихся данных о женщинах в системах отчетности. Подавление вирусной нагрузки является важнейшим фактором, от которого зависит эффективность курса профилактики передачи вируса от матери ребенку: была ли на момент зачатия ребенка вирусная нагрузка у женщины сниженной до определенного уровня? Поэтому необходимо, чтобы в журналах учета ППМР указывались данные с разбивкой по такому фактору, начала ли женщина получать АРВТ еще до того, как она обратилась в учреждение антенатальной помощи.

Дополнительная информация

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку – это быстро развивающийся сектор программ, и методы мониторинга охвата этими услугами также развиваются и совершенствуются. Актуальную информацию можно найти по указанным ссылкам.

Публикации ВОЗ о передаче ВИЧ от матери ребенку: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>

Публикации ВОЗ о мониторинге и оценке: <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

2.4 Сифилис среди беременных женщин

Процент женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли обследование на сифилис, имели положительный результат обследования на сифилис, и которые прошли лечение по поводу этого заболевания

Что он измеряет

- А. Охват тестированием на сифилис беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения.
 - Б. Процент беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения, у которых оказался положительный (реактивный) результат серологического исследования на сифилис.
 - В. Процент беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения в течение определенного периода времени, у которых серологические реакции на сифилис были положительными (реактивными), и которые получили адекватное лечение
-

Обоснование

- А. Тестирование на сифилис на ранней стадии беременности важно для здоровья матери и плода. Оно способствует мониторингу качества работы служб дородового наблюдения и профилактики ВИЧ-инфекции среди беременных женщин. Также это индикатор процесса для оценки данных о работе программ по искоренению случаев вертикальной передачи (передача сифилиса от матери ребенку).
 - Б. Данные по случаям сифилиса среди беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения, можно использовать в качестве основания для развертывания программ профилактики инфекций, передающихся половым путем. Они могут служить показателем раннего предупреждения о потенциальных изменениях в частоте передачи ВИЧ от матери ребенку в общей совокупности населения.
 - В. Лечение беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения, у которых оказался положительный результат тестирования на сифилис, позволяет провести непосредственную оценку эффективности программ противодействия передаче сифилиса от матери ребенку, а также совершенствования мер первичной профилактики ВИЧ-инфекции. Также это индикатор процесса, позволяющий подтвердить данные по искоренению случаев вертикальной передачи сифилиса от матери ребенку.
-

Числитель

- А. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли тестирование на сифилис.
 - Б. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, у которых получен положительный результат тестирования на сифилис.
 - В. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, у которых получен положительный результат тестирования на сифилис и которые получили хотя бы одну дозу бензатин-пенициллина 2,4 МЕ внутримышечно.
-

Знаменатель

- А. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения.
 - Б. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли тестирование на сифилис.
 - В. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, у которых получен положительный результат тестирования на сифилис
-

Расчет

Числитель/знаменатель (для вариантов А, Б и В, соответственно)

Метод измерения

А. Все беременные женщины должны проходить тестирование (скрининг) на сифилис во время своего первого визита в клинику дородового наблюдения. В идеале, странам следует сообщать данные о прохождении женщинами тестирования как при первом, так и при любом другом обращении в клинику. Странам, которые не имеют возможности определить, было ли тестирование проведено при первом или при любом другом обращении, следует сообщать данные по этому индикатору. Однако при этом следует удостовериться в том, что в отчетности четко сказано, что сообщаемые данные могут относиться к любому визиту. Необходимо проводить ежегодную оценку этого индикатора.

Скрининг может проводиться с использованием нетрепонемных тестов, позволяющих измерить количество реакиновых антител в крови (например, специализированная проба на сифилис (VDRL-тест) или экспресс-тест на реакиновые антитела в плазме крови (РПП)), или трепонемных тестов, позволяющих измерить уровень трепонемных антител (включая, например, пробу гемагглютинации трепонемы паллидум (ГАТП), пробу агглютинации трепонемы паллидум (ГАТП), иммуноферментный анализ или быстрые трепонемные тесты). Для этого индикатора достаточно провести обследование любым видом тестов, однако рекомендуется провести оба. В разделе для комментариев укажите, какой вид обследований обычно используют в вашей стране. Вид теста является одним из факторов при анализе данных.

В идеале, следует использовать данные национальных программ, собранные из данных медицинских учреждений. Однако в случае, если таких данных нет в наличии, следует сообщить данные дозорной эпидемиологического надзора или специальных обследований, если они считаются репрезентативными для понимания ситуации в конкретной стране. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные национальной программы по всем 12 регионам).

Б. Положительные результаты тестирования на сифилис могут быть определены с помощью нетрепонемных (например, РПП или VDRL) или трепонемных тестов (ГАТП, АТП, иммуноферментного анализа или различные доступные экспресс-тесты), либо, в идеале, тестов обоих видов в сочетании. Реактивный (положительный) результат нетрепонемного теста, особенно при высоких титрах, указывает на наличие активного сифилиса, а в трепонемных — на имевшееся ранее заболевание, даже если оно было успешно пролечено. Для целей этого индикатора (измеряющего серопозитивность), допустимо сообщение о положительном результате на основании проведения одного теста. Если у конкретного пациента имеются результаты как нетрепонемного, так и трепонемного теста, то положительный серостатус на сифилис определяется как положительный результат обоих тестов.

Использование трепонемных экспресс-тестов позволило проводить тестирование на сифилис в учреждениях, не имеющих лабораторных мощностей, что значительно увеличило число женщин, которые могут пройти тестирование и получить лечение сифилиса во время беременности. Сбор данных следует осуществлять ежегодно. Важно сообщать, какой тип теста обычно используют в вашей стране. Вид теста является одним из факторов при анализе данных.

Можно использовать следующие источники данных: данные национальных программ, собранные из данных медицинских учреждений, данные эпидемиологического надзора или специальных обследований, а также результаты серологических тестов на определение титра реакиновых или трепонемных антител. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные дозорной эпидемиологического надзора о беременных женщинах, обратившихся в службы дородового наблюдения в двух из 10 регионов). Также следует сообщить, какой вид обследования обычно используют в вашей стране для определения позитивного результата среди беременных женщин: например, нетрепонемные тесты (РПП или VDRL-тест) или трепонемные тесты (экспресс-тесты или ГАТП), положительный результат на тесты обоих типов, либо неизвестный результат.

Странам рекомендуется использовать уникальные (персональные) идентификаторы пациентов или учетные формы, в которых отдельно показаны результаты первого и последующих тестов для того, чтобы данные отражали фактическую распространенность или заболеваемость сифилисом, а не наличие людей, когда-либо имевших положительный результат.

Поскольку в большинстве стран данные будут получены при использовании тестов разных типов, анализ данных, относящихся к подгруппе (разбивка данных) женщин в возрасте от 15 до 24 лет, может повышать вероятность того, что положительные результаты тестирования относятся к недавним случаям заболевания.

В. Сбор данных следует осуществлять ежегодно. Серопозитивного результата на трепонемный или нетрепонемный тест достаточно для того, чтобы засчитать результат теста на сифилис как положительный для этого индикатора.

В идеале, следует использовать данные национальных программ, собранные из данных медицинских учреждений. Однако в случае, если таких данных нет в наличии, следует сообщить данные дозорной эпидемиологического надзора или специальных обследований, если они считаются репрезентативными для понимания ситуации в конкретной стране. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные национальной программы по всем 12 регионам).

Частота измерения

Данные необходимо фиксировать ежедневно и подавать на национальный или субнациональный уровень ежеквартально. Данные также необходимо ежегодно консолидировать и представлять в ВОЗ.

Разбивка данных

А. Прошедшие тестирование при любом обращении, прошедшие тестирование при первом обращении.

Б. Возраст (15-24 лет и старше 25 лет)

В. Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

В комментарии укажите, являются ли предоставляемые данные рутинными программными данными, которые можно считать репрезентативными для страны в целом, и какой вид обследований использовался для определения серопозитивности среди беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения (например, нетрепонемный, трепонемный, позитивность по обоим тестам, или же смешанный/неизвестный тип).

Преимущества и недостатки

А. Страны также могут осуществлять мониторинг того, на какую неделю беременности проходит тестирование каждая женщина. Для профилактики врожденного сифилиса требуется проведение тестирования на ранней стадии беременности, поскольку сифилис может стать причиной рождения мертвого плода во втором триместре. Данные о том, что женщины проходят тестирование на поздней стадии беременности, могут указывать на низкую обращаемость в службы дородового наблюдения на ранних сроках или на то, что женщины не проходят тестирование на ранних сроках беременности.

Программы, в рамках которых отдельно проводится тестирование беременных женщин на сифилис и ВИЧ, должны функционировать слаженно, чтобы обеспечить эффективность работы.

На глобальном уровне. Необходимо изучить динамику тенденций в достижении целевых показателей охвата тестированием для прекращения передачи сифилиса от матери ребенку. Для интерпретации тенденций в показателях охвата необходимо знание политики и практики проведения тестирования. Далее, данные о тестировании беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, можно комбинировать с данными об обращаемости в эти службы для расчета общего оценочного показателя охвата тестированием на сифилис среди беременных женщин.

На местном уровне. Данные можно использовать для выявления клинических учреждений, которые не реализуют национальную политику в полном объеме.

Различия в типах используемых тестов или изменениях в методах тестирования могут влиять на представляемые данные. Информацию о методах тестирования, применяемых в конкретной стране (таких как соотношение используемых трепонемных и нетрепонемных тестов), следует использовать для интерпретации тенденций в отношении активности заболевания.

На глобальном и региональном уровнях. Необходимо провести оценку перинатальной смертности и заболеваемости, связанных с сифилисом, которые можно предотвратить с помощью эффективных программ профилактики передачи сифилиса от матери ребенку. Определить области, в которых наиболее остро необходимы комплексные меры профилактики врожденного сифилиса. Данные используются для оценки распространенности и заболеваемости сифилисом.

На местном уровне. Необходимо отслеживать динамику тенденций для оценки изменения бремени этого заболевания и программных потребностей в сфере профилактики ИППП. Данные используются для оценки распространенности и заболеваемости сифилисом.

На всех уровнях. Сравнить данные по тенденциям в распространенности/заболеваемости сифилисом и ВИЧ-инфекцией, чтобы выявить ранние предупреждающие признаки повышения риска передачи ВИЧ.

В. Данные о лечении сифилиса у беременных женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, зачастую собираются в рамках систем рутинного эпиднадзора.

Для сбора данных о лечении может потребоваться сотрудничество с программами охраны здоровья матери и ребенка, чтобы обеспечить доступность таких данных на национальном уровне.

Для этого индикатора достаточно документирование однократной дозы пенициллина. Лечение беременных женщин с положительным результатом тестирования на сифилис посредством однократной инъекции бензатин-пенициллина 2,4 МЕ в срок до 24-й недели беременности, достаточно для профилактики передачи сифилиса от матери ребенку. Однако для лечения латентного сифилиса и профилактики сифилиса у матери в последнем триместре рекомендуется сделать три инъекции препарата с недельными интервалами.

На глобальном, региональном и местном уровнях. Необходимо провести оценку эффективности программы в снижении перинатальной смертности и заболеваемости сифилисом.

На местном уровне. Необходимо определить области, в которых требуется помощь в реализации программ или дополнительные ресурсы.

На всех уровнях. Для интерпретации тенденций в области лечения необходимо знание о применяемой политике и практиках, связанных с лечением

Дополнительная информация

МОНИТОРИНГ ДОСТИЖЕНИЯ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА К РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ: Концептуальные и практические вопросы. Соответствующие индикаторы. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241596831/ru/>

Методы эпидемиологического надзора и наблюдения за ликвидацией врожденного сифилиса в рамках существующих систем. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ru/>

Глобальное руководство по критериям процессам валидации ЛПМП ВИЧ-инфекции и сифилиса. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/5/9789244505885_rus.pdf

2.5 Заболеваемость врожденным сифилисом (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)

Процент случаев врожденного сифилиса (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в искоренении случаев передачи сифилиса от матери ребенку

Обоснование

Невылеченное заболевание сифилисом во время беременности может не только повысить риск передачи заболевания от матери ребенку, но также привести к рождению мертвого плода, смерти новорожденного и заболеванию врожденным сифилисом (что в целом определяется как врожденный сифилис). Учитывая высокую эффективность, простоту и низкую затратность проведения обследования и лечения сифилиса, целый ряд международных и региональных инициатив направлен на искоренение передачи сифилиса от матери ребенку. Заболеваемость врожденным сифилисом позволяет оценить эффективность существующих программных мер по профилактике передачи сифилиса от матери ребенку.

Числитель

Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных) за последние 12 месяцев.

Знаменатель

Число детей, родившихся живыми

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного эпиднадзора и сбора данных в секторе здравоохранения. В разделе для комментариев важно указать определение случая врожденного сифилиса, используемое в вашей стране.

Частота измерения

Сбор данных следует осуществлять ежедневно, предоставлять на национальный или субнациональный уровень ежеквартально. Данные также необходимо ежегодно консолидировать и предоставлять в ВОЗ.

Частота измерения

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Странам следует указать, имеются ли какие-либо существенные различия между национальным определением случая заболевания и определением, применяемым в рамках глобального эпиднадзора за этим заболеванием, которое приведено на странице 15 «Базового доклада за 2012 год о глобальном надзоре за инфекциями, передающимися половым путем» (Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/#>)

В частности, странам следует указать, включаются ли случаи мертворождения в применяемое национальное определение.

Преимущества и недостатки

Диагностика врожденного сифилиса наиболее надежна при использовании специальных диагностических тестов, которые редко имеются в наличии даже в странах с высоким уровнем доходов. Однако в большинстве стран диагноз ставят на основе анамнеза заболевания и проведенного обследования, что затрудняет эпиднадзор. Несмотря на то, что существует общее определение случая заболевания, разработанное ВОЗ для целей надзора за врожденным сифилисом, фактическое определение может различаться в разных странах и регионах.

При осуществлении отчетности о сифилисе важно, чтобы страны сообщали о том, в какой степени эти данные считаются репрезентативными для страны в целом. Если страна не может предоставить сведения по знаменателю, ВОЗ использует знаменатель, полученный по данным Отдела народонаселения ООН.

Принимая во внимание трудности, связанные с диагностикой врожденного сифилиса, а также в зависимости от используемого определения случая заболевания, проблема может быть связана с предоставлением завышенных или заниженных данных. При определении заболеваемости врожденным сифилисом следует всегда учитывать вероятные погрешности данных по этому заболеванию. Однако если используется согласованное определение случая заболевания, можно получить полезную информацию о динамике и тенденциях заболеваемости.

Дополнительная информация

Методы эпидемиологического надзора и наблюдения за ликвидацией врожденного сифилиса в рамках существующих систем. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/44790>.

Глобальное руководство по критериям процессам валидации ЛПМП ВИЧ-инфекции и сифилиса. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. URL: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112858>; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/5/9789244505885_rus.pdf

2.6 Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин

Процент беременных женщин, ВИЧ-статус которых известен

Что он измеряет

Охват на первом этапе каскада услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР). Высокий охват позволяет начать предоставление медицинской помощи и лечения ВИЧ-положительным матерям на самых ранних этапах. Зная общее число женщин с известным ВИЧ-положительным статусом, можно получить число ВИЧ-инфицированных беременных для различных учреждений здравоохранения, чтобы на базе этих учреждений начать реализацию каскада услуг ППМР.

Обоснование

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ПМР) можно значительно снизить с помощью антиретровирусных препаратов — назначаемых как пожизненно, так и в составе профилактических курсов — женщинам во время беременности и родов; проведения курсов профилактики АРВ-препаратами младенцу в течение первых недель жизни; назначения АРВ-препаратов матери или ребенку в период грудного вскармливания (если применимо); а также за счет акушерских вмешательств (родоразрешение путем выборочного кесарева сечения) и перехода на более безопасные методы вскармливания. Данные будут использованы в следующих целях: для отслеживания прогресса в достижении глобальных и национальных целевых показателей по прекращению ПМР; для разработки политики и планирования стратегически важных мер на основе этих данных; для адвокативной деятельности; и для оптимального использования всех ресурсов для быстрого наращивания охвата услугами. Данные помогут оценить тенденции в охвате антиретровирусной профилактикой и лечением. При наличии данных с разбивкой по режимам терапии, можно оценить прогресс в расширении наиболее эффективных режимов лечения и в охвате антиретровирусной терапией.

Числитель

Число беременных женщин, которые обращались в женские консультации и учреждения дородовой помощи и/или рожали в родильных отделениях и прошли обследование на ВИЧ во время беременности, или уже знали о своем ВИЧ-положительном статусе

Знаменатель

Числитель на основе демографических данных: количество ВИЧ-инфицированных женщин, у которых были роды в течение последних 12 месяцев.

Числитель на основе программных данных: количество беременных женщин, которые обращались в женские консультации и учреждения дородовой помощи и/или рожали в родильных отделениях в течение последних 12 месяцев.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель: программная документация — например, учетные/регистрационные формы беременных; учетная документация родильных отделений. В некоторых случаях за одно посещение люди получают на руки запас антиретровирусных препаратов на несколько месяцев. Если запас выданных на руки препаратов охватывает в том числе и последний месяц отчетного периода, то этих людей следует учитывать как по-прежнему получающих антиретровирусную терапию (в отличие от тех, кто прекратил лечение) в данный период.

Знаменатель на основе программных данных: оценочные показатели из центрального статистического управления, данные Отдела народонаселения ООН, или данные статистического учета естественного движения населения.

Знаменатель на основе учрежденческих данных: программная документация — например, учетные/регистрационные формы дородового наблюдения, учетная документация родильных отделений и послеродовых отделений.

Частота измерения

Ежегодно или чаще, в зависимости от национальных потребностей в мониторинге.

Разбивка данных

ВИЧ-статус/результаты тестирования:

- ВИЧ-положительный статус известен при поступлении в дородовое учреждение
- Положительный результат теста на ВИЧ получен при обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности
- Города и другие важные административные единицы
- Отрицательный результат теста на ВИЧ получен при обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности

По усмотрению:

- Беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Рассмотрите динамику тенденций за весь период. Если есть данные с разбивкой по регионам — посмотрите, можно ли выявить среди них регионы с относительно более низкой эффективностью. Посмотрите, есть ли данные о том, какой процент обратившихся в женские консультации/дородовые учреждения знает свой статус, включая тех, чей ВИЧ-статус был подтвержден ранее (до наступления текущей беременности), и тех, кто проходил тестирование; а также какой процент женщин, поступивших в родильные и послеродовые отделения, знали свой статус.

Преимущества и недостатки

С помощью этого показателя страна может отслеживать тенденции в тестировании на ВИЧ среди беременных женщин. Данный индикатор не дает представления о том, в какой момент и по каким причинам происходят отрывы от лечения и неявки в процессе тестирования и консультирования. Этот индикатор не измеряет качество тестирования или консультирования. Он также не учитывает, сколько женщин проходило дотестовое консультирование.

Дополнительная информация

Global Guidance on Criteria and Processes for Validation: Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis («Глобальное руководство по валидации критериев и процессов: полное прекращение передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку»). WHO 2014 (на англ. яз.).

URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf?ua=1

3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекций

Число новых случаев ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода на 1 000 неинфицированного населения

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в борьбе с эпидемией СПИДа

Обоснование

Главная цель глобальных мер противодействия СПИДу заключается в снижении числа ежегодно регистрируемых новых случаев ВИЧ-инфекции ниже 200 000 к 2030 году. Мониторинг изменения показателя числа новых случаев ВИЧ-инфекции в разные периоды времени позволяет оценить прогресс в достижении этой цели. Этот индикатор относится к 10-ти глобальным индикаторам, включенным в сводное руководство ВОЗ 2015 года о стратегической информации по ВИЧ в секторе здравоохранения.

Числитель

Число новых случаев ВИЧ-инфекции за отчетный период

Знаменатель

Общая численность неинфицированного населения (или человеко-лет с риском инфицирования)

Расчет

Коэффициент: (числитель x 1000)/знаменатель

Метод измерения

Методы мониторинга заболеваемости могут различаться в зависимости от конкретных эпидемиологических условий, и обычно подразделяются по подходу на прямое и косвенное измерение. Прямое измерение на популяционном уровне является предпочтительным, однако зачастую его сложно произвести. В результате большинство стран (если не все) полагаются на косвенные показатели, или триангулируют оба типа показателей — прямые и косвенные.

Стратегии для прямого измерения заболеваемости включают продолжительное диспансерное наблюдение и проведение повторного тестирования среди людей, у которых нет ВИЧ-инфекции, и расчет оценочного показателя с использованием лабораторного теста по недавно выявленным случаям ВИЧ-инфекции и клинических данных населения. Продолжительное диспансерное наблюдение — зачастую дорогостоящий и труднореализуемый метод на популяционном уровне. Лабораторное тестирование пациентов для определения давности заражения также сопряжено с затратами и сложностями, поскольку, как правило, для получения показателей требуется проведение репрезентативного обследования популяционного уровня.

Чаще всего, методы косвенного измерения основаны на использовании оценочных показателей, рассчитанных с помощью инструментов математического моделирования, таких как Spectrum, или Asian Epidemic Model. Эти модели могут включать обследования по ВИЧ-инфекции в определенных географических регионах и группах населения, эпиднадзорные данные, данные о стоящих на учете, данные о смертности, программные и клинические данные и, в некоторых случаях, предположения о моделях поведения, связанных с риском инфицирования и передачи ВИЧ. В некоторых случаях страны могут триангулировать эти данные с другими оценочными данными о количестве новых случаев ВИЧ-инфекции, например, по таким источникам, как серии обследований по распространенности ВИЧ-инфекции среди населения или обследований по распространенности ВИЧ-инфекции среди людей молодого возраста, которые подвергались риску инфицирования ВИЧ в недавнем времени.

Обратите внимание, что системы эпиднадзора, осуществляющие надзор за ВИЧ-инфекцией на основе данных о регистрации новых случаев ВИЧ-инфекции, не следует использовать в качестве непосредственного источника числа новых случаев ВИЧ-инфекции в отчетном году. Учитывая задержки в предоставлении отчетности и недиагностированные случаи, зарегистрированные новые случаи ВИЧ-инфекции могут не отражать фактическое число людей, были инфицированы ВИЧ в отчетный период. Однако эта информация может использоваться для триангуляции или валидации данных, особенно в комбинации с данными тестирования для определения давности заболевания ВИЧ-инфекцией.

Данные с разбивкой, сообщенные для числителя, можно использовать для мониторинга прогресса в искоренении новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, а также сокращения числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня ниже 100 000 случаев в год.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол (мужской и женский)
- Возраст (0-14 лет, 15-24 года, 15-49 лет и старше 50 лет)
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо указать источник оценочных показателей. Странам, которые сообщают оценочные показатели заболеваемости, полученные из иного источника, нежели Spectrum, следует также предоставить любые сопутствующие оценочные показатели погрешности, и загрузить электронную копию отчета с описанием метода расчета, при его наличии.

Странам рекомендуется сообщать смоделированные показатели, а не рассчитанные лишь на основе данных популяционных обследований или числе новых случаев ВИЧ-инфекции, которые зарегистрированы в системе эпиднадзора. Теперь пользователи могут выбрать: указывать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или указать данные национальных репрезентативных обследований популяционного уровня. В случае использования оценочных значений из Spectrum, они будут импортированы непосредственно из программного обеспечения после создания файла национальных данных.

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

Оценка числа новых случаев ВИЧ-инфекции и динамика изменений этого показателя в разные периоды времени считаются «золотым стандартом» в мониторинге эффективности программ. Однако даже в группах населения с высоким риском новые случаи ВИЧ-инфекции являются относительно редким явлением. Таким образом, в данных о числе новых случаев ВИЧ-инфекции и о динамике изменений этого показателя в разные периоды времени могут быть определенные погрешности. Эти погрешности необходимо указывать при использовании показателей заболеваемости ВИЧ в целях мониторинга уровня воздействия программ, особенно если данные разбиты по полу и возрасту, а ключевым группам населения или определенным географическим регионам. Странам следует соблюдать осторожность при применении показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией, полученных из небольших обследований, в более крупных масштабах (на уровне населения в целом).

Дополнительная информация

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/>

Программное обеспечение Spectrum. г. Гластонбери (штат Коннектикут, США): Avenir Health, 2016 г. (<http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>).

3.2 Оценочная численность ключевых групп населения (А-Д)

Что он измеряет

Число людей, вовлеченных в определенное поведение, которое повышает риск передачи ВИЧ в данной группе населения, или косвенный показатель, относящийся к таким видам поведения

- А. Работники секс-бизнеса
 - Б. Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами.
 - В. Люди, употребляющие инъекционные наркотики.
 - Г. Трансгендерные лица
 - Д. Заключенные
-

Обоснование

Планирование программ для ключевых групп населения может быть более эффективным, если имеется возможность точного расчета численности этих групп. Эти показатели позволяют национальным программам противодействия СПИДу, министерствам здравоохранения, донорам, а также некоммерческим и многосторонним организациям осуществлять эффективное распределение ресурсов для адекватного удовлетворения нужд и потребностей определенных групп населения с повышенным риском ВИЧ в услугах профилактики. Для моделирования эпидемиологических процессов также необходимо знать оценочную численность этих групп населения.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Существует несколько методов расчета оценочных показателей, включая метод двойного охвата; использование поправочных коэффициентов, основанных на данных об обращаемости за определенными услугами; и масштабирование сети. Смотрите подробные данные в информационном разделе ниже.

Частота измерения

Расчет численности групп населения следует проводить каждые пять лет. Однако при проведении комплексных биоповеденческих обследований, в них всегда следует включать оценочные показатели численности рассматриваемых групп населения, хотя бы с целью их добавления в базу данных для подтверждения или корректирования данных о численности.

Разбивка данных

- По определенным ключевым группам населения (работники секс-бизнеса, мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные лица и заключенные).
 - Оценка распределения ключевых групп населения по возрасту или полу в целом является нецелесообразным. Однако, например, если в исследовании осуществляется расчет числа женщин, употребляющих инъекционные наркотики, или мужчин, работающих в секс-бизнесе, оценочный показатель их численности следует включить.
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Чтобы лучше понимать представленные данные о численности групп населения, просим также предоставлять следующую дополнительную информацию в поле для комментариев:

- Определение, применяемое для данной группы населения, и критерии включения, установленные в рамках данного обследования (в зависимости от того, что применимо).
- Метод расчета численности группы.
- Данные с учетом специфики местоположения, по всем имеющимся показателям

С учетом общего стремления обеспечить предоставление как можно более детальных данных, такие показатели дадут возможность картировать данные знаменателя в сопоставлении с программными данными, если они были собраны при обследовании в одних и тех же областях.

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Качество показателя численности населения варьируется в зависимости от используемых методов расчета, а также степени точности их применения. Необходимо принять все возможные меры для оценки систематической ошибки и соответствующей корректировки оценочных показателей, а также предоставить объяснение для этих мер. Показатели численности групп населения в небольших областях не следует использовать для оценки численности на национальном (популяционном) уровне. Необходимо либо продуманно использовать метод экстраполяции с соответствующим объяснением, либо представлять эти данные о численности групп исключительно для соответствующих небольших регионов.

Дополнительная информация

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV (Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. «Руководство по оценке численности групп населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, 2010. URL: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf (на англ. яз.).

3.3 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (А-Д)

Процент людей, живущих с ВИЧ, в определенных ключевых группах населения

Этот показатель подразделяется на пять субпоказателей:

- А. Распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса
- Б. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами
- В. Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики
- Г. Распространенность ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц
- Д. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в снижении распространенности ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения

Обоснование

- А. Как правило, распространенность ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса выше, чем среди населения в целом, как при концентрированной, так и при генерализованной стадиях эпидемии. Распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе населения может более чем вдвое превышать распространенность среди общего населения. Снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса является критическим показателем эффективности национальных мер противодействия ВИЧ.
- Б. Как правило, самая высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, наблюдается в странах с концентрированной или генерализованной эпидемией. Распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе населения может более чем вдвое превышать распространенность среди общего населения. Снижение распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, является критическим показателем эффективности национальных мер противодействия ВИЧ.
- В. Самая высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, обычно наблюдается в странах с концентрированной или генерализованной эпидемией. Распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе населения может более чем вдвое превышать распространенность среди общего населения. Снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, является критически важным показателем эффективности национальных мер противодействия ВИЧ.
- Г. Распространенность ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц часто выше, чем среди населения в целом. Зачастую, Распространенность ВИЧ-инфекции в этой группе населения может более чем вдвое превышать распространенность среди общего населения. Снижение распространенности ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц является важным показателем для мониторинга национальных мер противодействия ВИЧ.
- Д. Распространенность ВИЧ-инфекции среди заключенных выше, чем среди населения в целом. Реализация мер для снижения распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных является важным компонентом национальных программ противодействия ВИЧ.

В странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии, которая охватывает преимущественно людей из одной или нескольких ключевых групп населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ. В таких случаях следует рассчитать и предоставить данные для этого индикатора и для этих групп населения.

Числитель

Число людей в конкретной ключевой группе населения, имеющих положительный результат тестирования на ВИЧ

Знаменатель

Число людей в конкретной ключевой группе населения, прошедших тестирование на ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

А-Г. Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. Руководство по оценке численности групп населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, 2010. URL: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf (на англ. яз).

Этот индикатор рассчитывается на основе данных тестирования на ВИЧ среди респондентов в пунктах проведения дозорного эпиднадзора или среди участников биоповеденческих обследований.

Пункты дозорного эпиднадзора, используемые для расчета этого индикатора, должны оставаться постоянными, что позволит отслеживать динамику изменений показателей.

Д. Этот индикатор рассчитывается на основе данных тестирования на ВИЧ в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. Здесь можно использовать данные программы тестирования на ВИЧ. Проведение обследований может быть проблематичным, поэтому на эти данные не стоит полагаться. Тестирование должно проводиться только с согласия заключенных.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- **А, В, Г и Д:** пол (мужской, женский, трансгендерные лица)
 - **А-Д:** возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет)
 - **А-Д:** Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

А-Д: При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Теоретически оценку прогресса в снижении числа новых инфекций лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости во времени. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости. При проведении анализа данных о распространенности среди ключевых групп населения для оценки эффективности программ профилактики ВИЧ, желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а анализировать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, подвергающее их риску заражения.

Например, можно анализировать данные по лицам, которые работают в секс-бизнесе менее одного года; или мужчинам, которые имели первый половой контакт с мужчинами в течение прошлого года; или лицам, которые начали употреблять инъекционные наркотики в течение прошлого года. Такой анализ дает и другое преимущество — он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения выживаемости (продолжительности жизни) и, следовательно, увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить по таким категориям, как: секс-работники работающие в секс-бизнесе больше года и меньше года; мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами в течение более 1 года и менее 1 года; люди, употребляющие инъекционные наркотики в течение более 1 года и менее 1 года — странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в свои страновые отчеты и представить соответствующие дезагрегированные данные в поле для комментариев по данному показателю.

Ввиду того ключевые группы населения являются труднодоступными и сбор данных по ним затруднен, отклонения и ошибки в эпиднадзорных данных об их серологическом статусе могут быть намного более значительными, чем в других группах населения, которые не подвергаются такой высокой стигматизации в связи с ВИЧ (например, беременные женщины в женских консультациях). Любые сомнения относительно этого следует отразить при интерпретации данных.

Для интерпретации этого индикатора критически важно иметь понимание того, каким образом данная выборка соотносится с какой-либо другой более крупной группой населения, для которой характерно аналогичное рискованное поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Период времени, в течение которого люди принадлежат к ключевой группе населения, более тесно связан с риском инфицирования ВИЧ, чем их возраст. Поэтому при анализе желательно не ограничиваться данными о молодежи, но также сообщать данные о других возрастных группах.

Тенденции в изменении распространенности ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения в столичном городе представляют полезную информацию об эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции в этом городе. Однако эта информация не будет репрезентативной для эпидемиологической ситуации в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора повышает степень репрезентативности выборки и позволяет получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ-инфекции. В то же время, добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

При осуществлении отчетности в предыдущие годы некоторые страны сообщили данные о распространенности ВИЧ-инфекции в подгруппах трансгендерных женщин в поле для дополнительных комментариев онлайн-инструмента отчетности по показателям достигнутого прогресса в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу. Это подтверждает тот факт, что необходимые данные можно получить в различных контекстах.

Обследования, охватывающие исключительно трансгендерных лиц, проводятся редко. Большинство данных о сообществах трансгендерных лиц получают из обследований среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, или работников секс-бизнеса. По представленным данным, большинство трансгендерных сообществ сталкиваются с очень опасной средой, в которой риск инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции особенно высок для трансгендерных женщин. Примеры нескольких стран Латинской Америки показывают, что в таких сообществах можно проводить успешные обследования. В случае если трансгендерные женщины являются респондентами в обследованиях среди работников секс-бизнеса, включите эти данные в отчетность, с данными работников секс-бизнеса в отдельной разбивке. Если трансгендерные лица являются респондентами опросов среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, включите эти данные во вкладку «Трансгендерные лица».

Охват услугами заключенных обеспечивается соответствующими службами на регулярной основе, а после освобождения бывшие заключенные могут быть направлены в соответствующие учреждения для получения услуг профилактики и лечения. Показатель распространенности ВИЧ-инфекции можно легко рассчитать, а кроме того, он предоставляет необходимую информацию для реагирования.

В условиях, когда люди, практикующие поведение, связанное с высоким риском инфицирования ВИЧ, могут подвергаться за это уголовному наказанию, это потенциально может приводить к росту распространенности ВИЧ-инфекции и завышенной интерпретации результатов. Для анализа необходимо иметь полное представление о популяции заключенных, особенно о мотивах их задержания.

Дополнительная информация

Публикация ЮНЭЙДС по эпидемиологии : <http://www.unaids.org/ru/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications>

Рабочая группа ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. Руководство по эпиднадзору в группах населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ (WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf (на англ. яз.).

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people («Руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и трансгендерных лиц»). Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation, 2011 URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a> (на англ. яз.).

3.4 Тестирование на ВИЧ в ключевых группах населения (А–Г)

Процент людей в ключевой группе населения, которые были обследованы на ВИЧ за последние 12 месяцев либо знают свой статус

Этот показатель подразделяется на четыре субпоказателя:

- А. Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса.
- Б. Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.
- В. Тестирование на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Тестирование на ВИЧ среди трансгендерных лиц.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении услуг тестирования на ВИЧ представителям ключевых групп населения

Обоснование

Чтобы люди, живущие с ВИЧ, получали услуги по уходу и лечению ВИЧ, необходимые для здоровой и продуктивной жизни, а также для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции другим людям, необходимо, чтобы они знали о своем ВИЧ-статусе. Во многих странах целевое предоставление услуг тестирования и консультирования в тех местах и группах населения, которые связаны с самой высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, является наиболее эффективным способом для того, чтобы охватить людей, живущих с ВИЧ, необходимыми услугами, а также обеспечить, чтобы они знали о своем ВИЧ-статусе. Этот индикатор позволяет оценить эффективность услуг по тестированию на ВИЧ непосредственно в группах населения с высоким риском инфицирования ВИЧ.

Числитель

Респондент знает, что живет с ВИЧ (ответ на вопрос 3: положительный) (см. вопросы в «Метод измерения»)

или

Респондент сообщает, что сдавал(а) тест на ВИЧ за последние 12 месяцев, и результат был отрицательным (ответы на вопросы 3: отрицательный и 2:[а или б]) (см. вопросы в «Метод измерения»)

		Результат последнего теста на ВИЧ		
		Положительный	Отрицательный	Неопределенный
Когда вы проходили последнее тестирование на ВИЧ	<6 месяцев			
	6–12 месяцев			
	>12 месяцев			

Число респондентов в желтых ячейках — это числитель.

Знаменатель

Число людей в ключевых группах населения, которые ответили на вопрос 1, указанный ниже.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

1. Знаете ли вы свой ВИЧ-статус по результату тестирования на ВИЧ?
 - а. Нет, я никогда не сдавал(-а) тест на ВИЧ.
 - б. Да, я сдавал(а) тест на ВИЧ.
2. Если да, когда вы проходили тестирование в последний раз?
 - а. 6 месяцев назад
 - б. 6–12 месяцев назад
 - с. Более 12 месяцев назад
3. Каким был результат вашего теста?
 - а. Положительным
 - б. Отрицательным
 - с. Неопределенным

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- **А, В, и Г:** Пол (женщины, мужчины и трансгендерные лица)
 - **А-Г:** Возраст (<25 и 25+ лет)
 - **А-Г:** Города и другие важные административные единицы
-

Преимущества и недостатки

Консультирование и тестирование на ВИЧ — первый необходимый шаг, который человек должен сделать на пути к решению проблем, связанных с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, должны знать о своем ВИЧ-статусе и принимать соответствующие меры для получения услуг профилактики и лечения ВИЧ-инфекции, чтобы предотвратить передачу вируса другим людям. Одна из целей национальных программ заключается в том, чтобы 90 % людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе. Пересмотр этого индикатора повышает его значимость, обеспечивая более валидную оценку прогресса в обеспечении тестирования на ВИЧ среди людей, имеющих высокий риск инфицирования. В индикаторе по тестированию на ВИЧ, который использовался ранее, учитывались только данные о проходивших тестирование за последние 12 месяцев. Соответственно, этот индикатор не охватывал людей, которые давно живут с ВИЧ. Новая формулировка позволяет исправить этот недочет.

На сегодняшний день, возможно, новая формулировка еще не получила широкого распространения в проводимых обследованиях, и в ближайшее время объем отчетных данных по нему будет сниженным. Респонденты могут уклоняться от точного ответа на вопрос о своем ВИЧ-статусе, что будет приводить к занижению данных об охвате услугами тестирования среди людей, живущих с ВИЧ.

Дополнительная информация

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en>. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Международная рабочая группа по стратегической информации по ВИЧ. Женева, Швейцария (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>)

3.5 Охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения (А-Д)

Процент людей, живущих с ВИЧ, в ключевой группе населения, которые получают антиретровирусную терапию в течение последних 12 месяцев

Этот показатель подразделяется на пять субпоказателей:

- А. Охват антиретровирусной терапией среди работников секс-бизнеса, живущих с ВИЧ.
- Б. Охват антиретровирусной терапией среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, живущих с ВИЧ.
- В. Охват антиретровирусной терапией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, живущих с ВИЧ.
- Г. Охват антиретровирусной терапией среди трансгендерных лиц, живущих с ВИЧ.
- Д. Охват антиретровирусной терапией среди заключенных, живущих с ВИЧ.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении антиретровирусной терапии людям, живущим с ВИЧ, в ключевых группах населения

Обоснование

Доказано, что антиретровирусная терапия снижает заболеваемость и смертность, связанную с ВИЧ-инфекцией, среди людей, живущих с ВИЧ, а также снижает риск передачи вируса. Люди, живущие с ВИЧ, в ключевых группах населения должны иметь возможность обратиться во все основные службы, которые предоставляют антиретровирусную терапию, не опасаясь столкнуться при этом со стигмой и дискриминацией, и у них должна быть возможность получать помощь от медицинских работников, обладающих необходимой квалификацией и клиническими знаниями для удовлетворения специфических потребностей таких пациентов. В идеале, все основные службы должны соответствовать этим стандартам, чтобы они могли обеспечивать потребности ключевых групп населения. Соответственно, охват антиретровирусной терапией является решающим фактором оценки доступа к основным услугам в сфере ВИЧ.

За последние годы рекомендации и руководства, определяющие соответствие критериям для назначения антиретровирусной терапии, подвергались многократным изменениям. Национальные руководства (протоколы) не всегда соответствуют международным. В результате данные об охвате антиретровирусной терапией предоставлялись на основе самых разных определений этого понятия — то в соответствии с международными рекомендациями, то в соответствии с национальными руководствами, то в соответствии и с теми, и с другими. Когда в руководства вносятся изменения, расширяющие критерии для назначения антиретровирусной терапии (=больше людей, живущих с ВИЧ, будут соответствовать критериям для назначения антиретровирусной терапии), показатели охвата уменьшаются. Во избежание получения разных показателей охвата АРВ-терапией, число представителей ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию, будет представлено в соотношении с общим числом представителей ключевых групп населения, живущих с ВИЧ.

Этот индикатор будет согласован с индикатором охвата антиретровирусной терапией всех людей, живущих с ВИЧ.

Числитель

Число респондентов, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию в течение последних 12 месяцев

Знаменатель

Число респондентов, живущих с ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Биоповеденческие обследования

В рамках большинства программ лечения данные о поведении, связанном с риском инфицирования, не отражаются в медицинских картах пациентов. В связи с этим программные данные имеют ограниченное применение

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

А, В, Г и Д: Пол (мужской, женский, трансгендерные лица)

А Д: Возраст (<25 и 25+ лет)

А Д: Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Если имеются данные субнационального уровня, предоставьте данные в разбивке по административным единицам, городам или определенным территориям. Имеющиеся отчеты по обследованиям приложите в электронном виде с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Это новый индикатор, который признает важность антиретровирусной терапии и необходимость в обеспечении равного доступа к ней для всех нуждающихся. Этот вопрос не был стандартным вопросом, включаемым в биоповеденческие обследования. Однако он все чаще используется в обследованиях, в том числе в обследованиях домохозяйств. В рамках большинства программ лечения не проводится сбор данных о поведении, связанном с высоким риском инфицирования, поэтому программные данные не являются источником данных рутинного эпиднадзора. Данные о предоставлении антиретровирусной терапии позволяют оценивать выполнение второго из трех условий стратегической цели «90–90–90» и обеспечивают информацию, необходимую для проведения адвокации, направленной на обеспечение равного доступа к лечению для всех ключевых групп населения.

Неясно, какое число людей будет точно отвечать на вопрос в рамках обследования. Для оценки точности ответов и усовершенствования процесса для получения валидных ответов в будущем необходимы дополнительные исследования и анализ.

Дополнительная информация

United States Centers for Disease Control and Prevention, WHO, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention (Центры по контролю и профилактике заболеваний США, ВОЗ, ЮНЭЙДС, FHI 360. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Атланта: Центры по контролю и профилактике заболеваний (США); готовится к публикации.

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/#> (на англ. яз.)

3.6А Использование презервативов среди работников секс-бизнеса

Процент работников секс-бизнеса, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем половом контакте со своим клиентом

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в снижении риска контакта с ВИЧ у работников секс-бизнеса при незащищенных половых контактах с клиентами

Обоснование

Существуют различные факторы, повышающие риск инфицирования ВИЧ среди работников секс-бизнеса, включая наличие большого числа непостоянных партнеров и высокую частоту половых контактов. В то же время, работники секс-бизнеса могут существенно снизить риск передачи ВИЧ (как от клиентов, так и клиентам), если будут постоянно и правильно использовать презервативы.

Страны с генерализованной эпидемией могут одновременно иметь и концентрированную субэпидемию, которая охватывает преимущественно работников секс-бизнеса. В данном случае для этих стран будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель и для этой группы населения.

Числитель

Число работников секс-бизнеса, сообщивших, что они использовали презерватив при последнем половом контакте со своим клиентом

Знаменатель

Число работников секс-бизнеса, которые сообщили, что они участвовали в продаже сексуальных услуг в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующий вопрос:

Использовали ли вы презерватив при последнем половом контакте со своим клиентом?

По мере возможности данные о работниках секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые уже достаточно много работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также собранные о них данные относятся к конфиденциальным сведениям и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Пол (мужской, женский, трансгендерные лица)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Презерватив является эффективным средством защиты при условии его систематического использования, а не от случая к случаю. Этот индикатор будет давать завышенную оценку регулярности пользования презервативами. Однако альтернативный вариант опроса — как часто вы пользовались презервативом [постоянно/иногда/никогда] во время контактов с нерегулярными сексуальными партнерами в течение определенного периода времени? — может давать ошибочные данные из-за субъективной забывчивости (трудно вспомнить). Кроме того, тенденции, характеризующие использование презерватива во время самого последнего полового контакта, обычно более или менее точно отражают тенденции, характеризующие постоянное использование презерватива.

Данный показатель описывает оказание платных сексуальных услуг за период последних 12 месяцев. При наличии данных за другой период времени (например, за последние 3 или 6 месяцев), просим включить эти дополнительные данные, дав определение используемого альтернативного индикатора в разделе комментариев онлайн-инструмента отчетности.

Провести обследование среди работников секс-бизнеса трудно. Следовательно, полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для общей популяции работников секс-бизнеса в стране. Все сомнения относительно репрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчете по данному показателю необходимо указать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и любую другую соответствующую информацию.

При осуществлении отчетности в предыдущие годы некоторые страны сообщили данные об использовании презервативов в подгруппах трансгендерных женщин в поле для дополнительных комментариев онлайн-инструмента отчетности по показателям достигнутого прогресса в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу. Это подтверждает тот факт, что необходимые данные можно получить в различных контекстах.

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту выборку, которая применялась для данного показателя, для расчета всех остальных показателей по данным группам населения.

Дополнительная информация

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations («Стратегические рамки для мониторинга и оценки программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf (на англ. яз.)

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access («Практическое руководство по усилению профилактики ВИЧ-инфекции: обеспечение всеобщего доступа»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf (на англ. яз.)

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people («Руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и трансгендерных лиц»). Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation, 2011 URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a> (на англ. яз.).

3.6Б Использование презервативов среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами

Процент мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем анальном половом контакте с партнером мужского пола

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в снижении риска контакта с ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые отношения с мужчинами

Обоснование

Использование презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Таким образом, постоянное и правильное использование презерватива имеет большое значение для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Кроме того, у мужчин, практикующих анальный секс с другими мужчинами, могут также быть партнеры женского пола, для которых также высок риск инфицирования ВИЧ. Использование презерватива при последнем половом контакте с партнером мужского пола считается надежным индикатором поведения в долгосрочной перспективе.

В странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии, которая охватывает преимущественно мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами. В таких случаях следует рассчитать и предоставить данные для этого индикатора и для данной группы населения.

Числитель

Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем анальном половом контакте с партнером мужского пола

Знаменатель

Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которые сообщили, что у них был анальный секс с партнером мужского пола в течение последних шести месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

В поведенческом эпиднадзоре с использованием выборки мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, респондентам задают вопросы о таких половых контактах за последние шесть месяцев и об использовании презерватива при последнем анальном сексе с партнером мужского пола. Использование презерватива будет в равной степени касаться и активных, и принимающих партнеров.

По мере возможности данные о мужчинах, имеющих половые отношения с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые уже достаточно много работали с этой группой населения на местах.

Сведения, обеспечивающие доступ к работникам секс-бизнеса, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Сильные и слабые стороны

Для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, использование презерватива при последнем анальном сексе с любым партнером является хорошим показателем общего уровня и тенденций в отношении защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. Этот индикатор не дает какого-либо представления об уровнях рискованного поведения при половых контактах с женщинами среди мужчин, которые имеют половые контакты как с мужчинами, так и женщинами. В странах, где мужчины, включаемые в данную обследуемую подгруппу, могут иметь партнеров обоего пола, следует анализировать (определять частоту) использования презервативов во время полового контакта и с женщинами, и с мужчинами. В этих случаях данные об использовании презервативов всегда следует предоставлять отдельно по партнерам-мужчинам и партнерам-женщинам.

Данный показатель описывает половые контакты между мужчинами за период последних 6 месяцев. При наличии данных за другой период времени (например, за последние 3 или 12 месяцев), включите эту информацию в метаданные в разделе для комментариев онлайн-инструмента отчетности.

Полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для исследуемой популяции мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, на страновом уровне. Все сомнения относительно репрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчете по данному показателю необходимо указать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и любую другую соответствующую информацию.

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту выборку, которая применялась для данного показателя, для расчета всех остальных показателей по данным группам населения..

Дополнительная информация

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations («Стратегические рамки для мониторинга и оценки программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf (на англ. яз.)

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access («Практическое руководство по усилению профилактики ВИЧ-инфекции: обеспечение всеобщего доступа»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf (на англ. яз.)

3.6В Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем половом контакте

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ половым путем среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

Обоснование

Безопасные инъекционные практики и сексуальное поведение среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, необходимы даже в тех странах, где парентеральный путь передачи ВИЧ не является основным путем в развитии эпидемии, поскольку риск инфицирования ВИЧ при использовании зараженного инъекционного инструментария чрезвычайно высок, а ВИЧ может распространяться от людей, употребляющих инъекционные наркотики, в более широкие слои населения (например, половым путем).

Следует отметить, что в странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. В таких случаях следует рассчитать и предоставить данные для этого индикатора и для данной группы населения.

Числитель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщают, что использовали презерватив при последнем половом контакте

Знаменатель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что они употребляли инъекционные наркотики и вступали в половые отношения в течение последнего месяца

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Лицам, употребляющим инъекционные наркотики, задают вопросы в следующем порядке:

1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики в течение последнего месяца?
2. Если да, то вступали ли вы в половые отношения в течение последнего месяца?

If they answer Да to both 1 and 2:

3. Вы использовали презерватив при последнем половом контакте?

По возможности сбор данных о людях, употребляющих инъекционные наркотики, следует осуществлять в сотрудничестве с организациями гражданского общества, которые уже достаточно много работали с этой группой населения на местах.

Сведения, обеспечивающие доступ к респондентам, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Пол (мужской, женский, трансгендерные лица)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Провести обследование среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, трудно. Следовательно, полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для общей исследуемой популяции людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране. Все сомнения относительно репрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчете по данному показателю необходимо указать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и любую другую соответствующую информацию.

Распространение ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (1) масштаба, стадии развития и путей передачи страновой эпидемии СПИДа; (2) распространенности потребления инъекционных наркотиков; (3) частоты использования зараженного инъекционного инструментария среди людей, употребляющих инъекционные наркотики; и (4) модели поведения в смене половых партнеров и использовании презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также при контактах между людьми, употребляющими инъекционные наркотики, и представителями других слоев и групп населения. Данный показатель дает частичную информацию по четвертому фактору. Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту выборку, которая применялась для данного показателя, для расчета всех остальных показателей по данным группам населения.

Дополнительная информация

ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновленное издание 2012 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations («Стратегические рамки для мониторинга и оценки программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf (на англ. яз.)

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access («Практическое руководство по усилению профилактики ВИЧ-инфекции: обеспечение всеобщего доступа»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf (на англ. яз.)

UNAIDS, WHO, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs (ЮНЭЙДС, ВОЗ, проект Measure Evaluation, Центры по контролю и профилактике заболеваний (США), Агентство США по международному развитию, ИКАСО, УНП ООН: «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики»). URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs> (на англ. яз.).

3.6 Г Использование презервативов среди трансгендерных лиц

Процент трансгендерных лиц, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем половом контакте или анальном сексе

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ половым путем среди трансгендерных лиц при незащищенных половых контактах с партнерами

Обоснование

Использование презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Таким образом, постоянное и правильное использование презервативов имеет большое значение для трансгендерных лиц, в особенности для трансгендерных женщин, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Использование презерватива при последнем половом контакте с партнером мужского пола считается надежным индикатором поведения в долгосрочной перспективе.

В странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии, которая охватывает преимущественно трансгендерных лиц. В таких случаях следует рассчитать и предоставить данные для этого индикатора и для данной группы населения.

Числитель

Число трансгендерных лиц, сообщавших, что они использовали презерватив при последнем половом контакте или анальном сексе

Знаменатель

Число трансгендерных лиц, охваченных обследованием

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующий вопрос:

Использовали ли вы презерватив при последнем половом контакте или анальном сексе?

По возможности сбор данных о трансгендерных лицах следует осуществлять в сотрудничестве с организациями гражданского общества, которые уже достаточно много работали с этой группой населения на местах.

Сведения, обеспечивающие доступ к респондентам, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Пол (трансгендерный мужчина или трансгендерная женщина)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Преимущества и недостатки

Для трансгендерных лиц использование презерватива при последнем половом контакте или анальном сексе с любым партнером является хорошим показателем общего уровня и тенденций в отношении практик защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. В странах, где трансгендерные лица в обследуемой подгруппе могут иметь партнеров обоих полов (включая трансгендерных лиц), следует анализировать (определять частоту) использования презервативов при половых контактах с партнерами женского и мужского пола, а также с трансгендерными лицами. В этих случаях данные об использовании презервативов всегда следует предоставлять отдельно по партнерам женского и мужского пола, а также партнерам из числа трансгендерных лиц.

Данный показатель описывает половые контакты или анальный секс за последние 6 месяцев. При наличии данных за другой период времени (например, за последние 3 или 12 месяцев), включите эти дополнительные данные в раздел для комментариев онлайн-инструмента отчетности.

Провести обследование среди трансгендерных лиц трудно. Полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для исследуемой популяции с повышенным риском инфицирования ВИЧ на страновом уровне. Все сомнения относительно репрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчете по данному показателю необходимо указать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и любую другую соответствующую информацию.

При осуществлении отчетности в предыдущие годы некоторые страны сообщили данные об использовании презервативов в подгруппах трансгендерных женщин в поле для дополнительных комментариев онлайн-инструмента отчетности по показателям достигнутого прогресса в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу. Это подтверждает тот факт, что необходимые данные можно получить в различных контекстах.

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту выборку, которая применялась для данного показателя, для расчета всех остальных показателей по данным группам населения

Дополнительная информация

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations («Стратегические рамки для мониторинга и оценки программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf (на англ. яз.)

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access («Практическое руководство по усилению профилактики ВИЧ-инфекции: обеспечение всеобщего доступа»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf (на англ. яз.)

Operational guidelines for monitoring and evaluation of HIV programmes for sex workers, men who have sex with men, and transgender people («Руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и трансгендерных лиц»). Chapel Hill (NC): MEASURE Evaluation, 2011 URL: <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a> (на англ. яз.).

3.7 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения (А-Г)

Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции: процент людей в ключевой группе населения, которые сообщили, что они получили комбинированный пакет услуг профилактики ВИЧ-инфекции

Этот показатель подразделяется на четыре субпоказателя:

- А. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди работников секс-бизнеса.
- Б. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.
- В. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди трансгендерных лиц.

Что он измеряет

Люди в ключевых группах населения, которые получили как минимум две услуги для профилактики ВИЧ-инфекции в течение последних трех месяцев

Обоснование

Для успешного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо сочетание антиретровирусной терапии и распространения более безопасных поведенческих практик для снижения риска инфицирования. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции, разрабатываемых и проводимых на основе подтвержденной информации, является критически важным компонентом ответных мер, и его значимость отражена в Стратегии ЮНЭЙДС

Числитель

Число людей в ключевой группе населения, которые получили две или более из перечисленных мер профилактики ВИЧ-инфекции

Знаменатель

Число опрошенных людей в данной ключевой группе населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Существует два метода оценки этого индикатора. Странам рекомендуется представить и программные данные, и данные опроса.

Поведенческие или другие специальные обследования

Процент респондентов, которые сообщают, что они получили как минимум две из перечисленных услуг для профилактики ВИЧ-инфекции, которые были им предоставлены НГО, поставщиком услуг здравоохранения или из других источников:

- Выдавались ли вам презервативы и лубриканты в течение последних трех месяцев? (например, в аутрич-службах, центрах низкого порога доступа или программах сексуального и репродуктивного здоровья)
- Вы проходили консультирование об использовании презервативов и безопасном сексе в течение последних трех месяцев? (например, в аутрич-службах, центрах низкого порога доступа или программах сексуального и репродуктивного здоровья)
- Вы проходили обследование на инфекции, передающиеся половым путем, в течение последних трех месяцев? (работники секс-бизнеса, трансгендерные лица и мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами)
- Выдавались ли вам новые, чистые иглы или шприцы в течение последних трех месяцев? (люди, употребляющие инъекционные наркотики)

Программные данные

Число работников секс-бизнеса, охваченных мерами профилактики ВИЧ-инфекции (предназначенных для конкретной целевой группы) на индивидуальном уровне или в малых группах, **а также** число презервативов, распространенных среди работников секс-бизнеса.

Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, или трансгендерных лиц, охваченных мерами профилактики ВИЧ-инфекции (предназначенных для конкретной целевой группы) на индивидуальном уровне или в малых группах, **а также** число презервативов и лубрикантов, распространенных среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, охваченных мерами профилактики ВИЧ-инфекции (предназначенных для конкретной целевой группы) на индивидуальном уровне или в малых группах, **а также** число игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

А также [3.5.1] — число пунктов предоставления услуг, предназначенных для ключевых групп населения, по каждой административной единице.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Для опросов: возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет) и пол (мужской, женский, трансгендерные лица)
 - Для программных данных: нет
-

Преимущества и недостатки

Данные обследований позволяют оценить потребление различных профилактических услуг респондентами. Измеряемый период короткий, поскольку группы населения должны иметь регулярный доступ к услугам, а практики с высоким риском инфицирования должны быть часто применяемыми. Недостатки, связанные с данными обследований, могут включать систематические ошибки (смещения, отклонения) выборки данных или ответов, а также ограниченный географический охват.

Программные данные отражают страновую картину, то есть показывают, насколько широко предоставляются программные услуги на национальном уровне. Программные данные отражают выполнение национального обязательства о предоставлении услуг указанным сообществам (ключевым группам населения). Программные данные недостаточно полно отражают информацию об отдельных людях, которые получили услуги. Как правило, дублирование данных невозможно. Кроме того, анализ двух разных массивов программных данных возможен только в экологическом разрезе. То есть, мы можем увидеть число людей, контактировавших с программами, и число презервативов, предоставленных программами, но не сможем узнать, кто из людей, с которыми контактировали, получил презервативы.

Запрашиваемая дополнительная информация

Пункты предоставления услуг, предназначенные специально для одной или нескольких ключевых групп населения, демонстрируют приверженность в предоставлении услуг, необходимых в конкретных условиях сообществам, которые зачастую подвергаются сильной стигме и дискриминации. Укажите общее число таких пунктов, а также общее число административных единиц первого (например, штат/область/региональный субъект) или второго уровня (например, округ/район), в которых предоставляется хотя бы одна из услуг, и общее их число в конкретной стране. Например, страна А осуществляет отчетность по 10-ти программам игл и шприцев, которые проводятся на территории 5 региональных субъектов. В стране А насчитывается 7 региональных субъектов. Если известно, сообщите, функционирует пункт под эгидой национальной (государственной) программы или общественной организации (гражданское общество или НГО).

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations: supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/#> (на англ. яз.)

UNAIDS, WHO, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs (ЮНЭЙДС, ВОЗ, проект Measure Evaluation, Центры по контролю и профилактике заболеваний (США), Агентство США по международному развитию, ИКАСО, УНП ООН: «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики»). URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs> (на англ. яз.).

3.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что они использовали стерильный инъекционный инструментарий при последней инъекции

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ инъекционным путем при употреблении наркотиков

Обоснование

Безопасные инъекционные практики и безопасное сексуальное поведение среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, необходимы даже в тех странах, где парентеральный путь передачи ВИЧ не является основным путем в развитии эпидемии, поскольку риск инфицирования ВИЧ при использовании зараженного инъекционного инструментария чрезвычайно высок, а ВИЧ может распространяться от людей, употребляющих инъекционные наркотики, в более широкие слои населения (например, половым путем).

Следует отметить, что в странах с генерализованной эпидемией может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. В таких случаях следует рассчитать и предоставить данные для этого индикатора и для данной группы населения.

Числитель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что они использовали стерильный инъекционный инструментарий при последней инъекции

Знаменатель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые сообщили, что они употребляли инъекционные наркотики в течение последнего месяца

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования

Респондентам задают следующие вопросы:

1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики в течение последнего месяца?

Если да:

2. Вы использовали стерильную иглу и шприц при последнем употреблении инъекционных наркотиков?

По возможности сбор данных о людях, употребляющих инъекционные наркотики, следует осуществлять в сотрудничестве с организациями гражданского общества, которые уже достаточно много работали с этой группой населения на местах.

Сведения, обеспечивающие доступ к респондентам, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Пол (женщины, мужчины и трансгендерные лица)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Провести обследование среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, трудно. Следовательно, полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для общей исследуемой популяции людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране. Все сомнения относительно репрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчете по данному показателю необходимо указать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных и любую другую соответствующую информацию.

Распространение ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (1) масштаба, стадии развития и путей передачи страновой эпидемии СПИДа; (2) распространенности потребления инъекционных наркотиков; (3) частоты использования зараженного инъекционного инструментария среди людей, употребляющих инъекционные наркотики; и (4) модели поведения в смене половых партнеров и использовании презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, а также при контактах между людьми, употребляющими инъекционные наркотики, и представителями других слоев и групп населения. Данный показатель дает частичную информацию по третьему фактору. Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту выборку, которая применялась для данного показателя, для расчета всех остальных показателей по данным группам населения.

Дополнительная информация

ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновленное издание 2012 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations («Стратегические рамки для мониторинга и оценки программ по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/17_Framework_ME_Prevention_Prog_MARP_E.pdf (на англ. яз.)

Practical guidelines for intensifying HIV prevention: towards universal access («Практическое руководство по усилению профилактики ВИЧ-инфекции: обеспечение всеобщего доступа»). Женева: ЮНЭЙДС, 2007. URL: http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/20070306_Prevention_Guidelines_Towards_Universal_Access_en.pdf (на англ. яз.)

UNAIDS, WHO, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs (ЮНЭЙДС, ВОЗ, проект Measure Evaluation, Центры по контролю и профилактике заболеваний (США), Агентство США по международному развитию, ИКАСО, УНП ООН: «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики»). URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs> (на англ. яз.).

UNAIDS, WHO, Measure Evaluation, CDC, USAID, ICASO, UNODC. Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People (ЮНЭЙДС, ВОЗ, проект Measure Evaluation, Центры по контролю и профилактике заболеваний (США), Агентство США по международному развитию, ИКАСО, УНП ООН: «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для работников секс-бизнеса, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, и трансгендерных лиц»). URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people/operational-guidelines-for-monitoring-and-evaluation-of-hiv-programmes-for-sex-workers-men-who-have-sex-with-men-and-transgender-people> (на англ. яз.).

3.9 Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека)

Число игл и шприцев, распространенных в рамках программ игл и шприцев среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в расчете на одного человека
Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека) год

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в расширении охвата предоставляемыми иглами и шприцами как ключевой услуги по профилактике ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

Обоснование

Потребление наркотиков - основной путь передачи ВИЧ; с ним связано около 10 % всех случаев ВИЧ-инфекции во всем мире и 30 % случаев ВИЧ-инфекции за пределами стран Африки к югу от Сахары. Предотвращение передачи ВИЧ инъекционным путем при потреблении наркотиков — одна из ключевых задач на пути к снижению бремени заболевания.

Программы игл и шприцев входят в число девяти основных компонентов комплексного пакета услуг по профилактике, лечению и уходу, рекомендованного ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС для противодействия ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.

Программы игл и шприцев значительно улучшают профилактику ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, и множество научных данных подтверждают эффективность этих программ в предотвращении распространения ВИЧ-инфекции.

Числитель

Количество игл и шприцев, распространенных за последние 12 месяцев в рамках программ игл и шприцев

Знаменатель

Оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Программные данные используются для определения количества распространенных игл и шприцев (числитель).

Оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране (знаменатель).

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Сообщалось об определенных проблемах в подсчете числа игл и шприцев. В одних случаях используются преимущественно одноразовые шприцы с иглой объемом 1,2 мл, а в других — шприцы, к которым дополнительно требуется игла. В большинстве случаев доступны только данные о количестве шприцев, розданных в рамках программ игл и шприцев, но нет данных об объемах реализации через аптеки.

наркотики, во «Всемирном докладе о наркотиках». Можно использовать эти показатели. При наличии причины, по которой указанные выше показатели нельзя необходимо предоставить обоснование.

Определенные трудности также возникают при определении численности людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране. Используются разные определения «людей, употребляющих инъекционные наркотики», и оценки численности этой группы также колеблются в широких пределах. Соответствующие оценочные данные публикуются УНП ООН во Всемирном докладе о наркотиках, и эти сведения можно использовать. Если по какой-то причине их нельзя использовать, укажите причину в поле для комментариев.

В странах, где разрешен отпуск игл и шприцев без рецепта, данные по этому показателю могут быть искусственно заниженными.

Для отслеживания показателя установлены следующие уровни охвата:

- Низкий: <100 шприцев на душу населения среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в год.
- Средний: 100–200 шприцев на душу населения среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, в год.
- Высокий: >200 шприцев на душу населения среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, в год.

Эти уровни определены на основе исследований, проведенных в странах с низким или средним уровнем доходов, в которых изучались количество распространяемых шприцев и воздействие этих программ на распространение ВИЧ. Уровни охвата, необходимые для профилактики вирусного гепатита С, значительно выше представленных здесь.

Дополнительная информация

Полное описание показателя приводится в следующих документах:

ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновленное издание 2012 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1

Программы игл и шприцев [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/#> (на англ. яз.).

ВОЗ, ЮНЭЙДС, УНП ООН: Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/ru/>

UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse. Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem («Глобальная программа УНП ООН по оценке наркопотребления. Оценка распространенности: косвенные методы оценки масштабов проблемы наркотиков»). Вена: УНП ООН; 2003. URL: <https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20Toolkit%20Module%20Final%20ENGLISH%202002-60052.pdf> (на англ. яз.).

Hickman M, Taylor C, Chatterjee A, Degenhardt L, Frischer M, Hay G et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. Bull Narcotics. 2002; 54:15–32.

Most-at-risk populations: sampling strategies and design tool [веб-сайт]. Atlanta: United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, GAP Surveillance Team; 2009. URL: <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/CDC-MARPs/index.htm>.

Получить дополнительную информацию о референтной группе людей, употребляющих инъекционные наркотики, и ознакомиться с представленными данными странового и международного уровня о потреблении инъекционных наркотиков и ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, можно на веб-сайте: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/project/injecting-drug-users-reference-group-reference-group-un-hiv-and-injecting-drug-use>.

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV (Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. «Руководство по оценке численности групп населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, 2010. URL: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf (на англ. яз.).

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV (Рабочая группа ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. «Руководство по эпиднадзору в группах населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ») Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf (на англ. яз.).

3.10 Охват опиоидной заместительной терапией (ОЗТ)

Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые получают заместительную терапию опиоидной зависимости

Что он измеряет

Способность программы предоставлять заместительную терапию опиоидной зависимости людям, употребляющим инъекционные наркотики, в качестве метода непосредственного сокращения частоты инъекций. Целевое значение показателя охвата — 40 %.

Обоснование

Опиоидная заместительная терапия предназначена для лечения опиоидной зависимости и снижения частоты инъекций, предпочтительно до нуля. Это наиболее эффективный инструмент, который использует общественное здравоохранение для снижения потребления инъекционных наркотиков среди потребителей опиатов. Кроме того, ОЗТ обеспечивает важную поддержку при лечении других заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, туберкулез и вирусные гепатиты В и С.

Числитель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые получают заместительную терапию опиоидной зависимости, на конкретную дату

Знаменатель

Оценочное число людей в стране, имеющих опиоидную зависимость и употребляющих инъекционные наркотики

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

В качестве числителя: документация по программе, например, журналы регистрации получающих ОЗТ.

В качестве знаменателя: вычисления оценочного значения.

Эта информация может быть собрана путем проведения поведенческих обследований, однако данные таких обследований часто искажены, если включен критерий «потребляет ли инъекционные наркотики в настоящее время», тогда как люди, получающие заместительную терапию для лечения опиоидной зависимости, «должны прекратить» принимать инъекционные наркотики.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол (мужчины, женщины и трансгендерные лица)
- Возраст (<25 и 25+ лет)
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Размер группы в знаменателе должен соотноситься со значением в числителе; не все получатели заместительной терапии опиоидной зависимости в прошлом употребляли наркотики инъекционным способом, и не все люди, употребляющие инъекционные наркотики, принимают опиоиды или страдают опиоидной зависимостью.

Дополнительная информация

ВОЗ, УНП ООН и ЮНЭЙДС. Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. Обновленное издание 2012 года. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/7/9789244504376_rus.pdf?ua=1

Предлагаемый полный набор согласованных на глобальном уровне показателей для людей, употребляющих инъекционные наркотики, см. на веб-сайте Всемирной организации здравоохранения: «ВИЧ среди потребителей наркотиков» URL: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/> (<http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html>).

3.11 Активный сифилис среди работников секс-бизнеса

Процент работников секс-бизнеса с активным сифилисом

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении распространенности сексуального поведения, связанного с высоким риском инфицирования, и мерах по контролю сифилиса среди работников секс-бизнеса

Обоснование

Обследование работников секс-бизнеса на сифилис важно для их собственного здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения.

Числитель

Количество работников секс-бизнеса с положительным результатом тестов на активный сифилис

Знаменатель

Количество работников секс-бизнеса, прошедших обследование на активный сифилис

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Инструменты измерения. Можно использовать данные плановой отчетности информационных систем здравоохранения, дозорного эпиднадзора или специальных обследований.

Способ измерения. Традиционным подходом к определению серораспространенности является скрининг с применением нетрепонемного теста, который определяет реактивные антитела (например, VDRL или RPR), и подтверждение положительных результатов с помощью трепонемного теста, который измеряет трепонемные антитела (например, РПГА, TRPA, ИФА или быстрый трепонемный тест). Новые быстрые трепонемные тесты сравнительно просты в использовании, что способствует применению таких тестов для скрининга, в идеале — в паре с определяющим реактивные антитела нетрепонемным тестом. Независимо от используемого подхода, предложенный показатель требует наличия как положительного нетрепонемного теста, так и положительного трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции.

Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и могут быть полезными в некоторых ситуациях в терапевтических целях, не являются достаточно специфичными для эпиднадзора за работниками секс-бизнеса. Требование к наличию как положительного нетрепонемного теста, так и положительного трепонемного теста у работников секс-бизнеса отличается от показателя обследования на сифилис у беременных в рамках антенатального ухода, поскольку у работников секс-бизнеса выше вероятность перенесенного заболевания в анамнезе. Положительный трепонемный тест определяет наличие контакта с инфекцией в течение жизни, тогда как нетрепонемный тест является лучшим показателем заболевания в активной форме.

Разбивка данных

Пол (мужчины, женщины и трансгендерные лица)

Преимущества и недостатки

Преимущества. Требование о проведении как нетрепонемных, так и трепонемных тестов повышает специфичность сообщаемого числа положительных тестов. Кроме того, требование о проведении тестирования с помощью обоих тестов увеличит вероятность выявления активного заболевания.

Недостатки. Требование о проведении тестирования с помощью обоих тестов усложняет получение данных для этого показателя.

Дополнительная информация

Обеспечение качества. Обеспечение качества и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.

Использование данных. Изучите динамику тенденций в сопоставимых группах. Сравните данные о тенденциях в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции, при наличии таких данных.

Контроль качества данных и примечания по инструменту отчетности. В поле для комментариев укажите, по каким именно подгруппам работников секс-бизнеса представлены данные и в каких условиях эти данные были собраны. Убедитесь, что учитывается число обследованных людей, а не число их тестов, и что каждый человек учитывается только один раз (то есть если человек сдавал анализы более одного раза за последние 12 месяцев, его следует учитывать только один раз).

3.12 Активный сифилис среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами

Процент мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, у которых обнаружен активный сифилис

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении распространенности сексуального поведения, связанного с высоким риском инфицирования, и мерах по контролю сифилиса среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами

Обоснование

Проверка мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, на сифилис важна для их здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения

Числитель

Количество мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, с положительным результатом тестов на активный сифилис

Знаменатель

Количество мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, прошедших обследование на активный сифилис

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Инструменты измерения. Можно использовать данные системы рутинного эпиднадзора, дозорного эпиднадзора или специальных обследований.

Способ измерения. Традиционным подходом к определению серораспространенности является скрининг с применением нетрепонемного теста, который определяет реактивные антитела (например, VDRL или RPR), и подтверждение положительных результатов с помощью трепонемного теста, который измеряет трепонемные антитела (например, РПГА, TPPA, ИФА или быстрый трепонемный тест). Новые быстрые трепонемные тесты сравнительно просты в использовании, что способствует применению таких тестов для скрининга, в идеале — в паре с определяющим реактивные антитела нетрепонемным тестом. Независимо от используемого подхода, предложенный показатель требует наличия как положительного нетрепонемного теста, так и положительного трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции.

Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и могут быть полезными в некоторых ситуациях в терапевтических целях, не являются достаточно специфичными для эпиднадзора за работниками секс-бизнеса. Требование к наличию как положительного нетрепонемного теста, так и положительного трепонемного теста у мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, отличается от показателя обследования на сифилис у беременных в рамках антенатального ухода, поскольку у мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, выше вероятность перенесенного заболевания в анамнезе. Положительный трепонемный тест определяет наличие контакта с инфекцией в течение жизни, тогда как нетрепонемный тест является лучшим показателем заболевания в активной форме.

Разбивка данных

Нет

Преимущества и недостатки

Преимущества. Требование о проведении как нетрепонемных, так и трепонемных тестов повышает специфичность сообщаемого числа положительных тестов. Кроме того, требование о проведении тестирования с помощью обоих тестов увеличит вероятность выявления активного заболевания.

Недостатки. Требование о проведении тестирования с помощью обоих тестов усложняет получение данных для этого показателя.

Дополнительная информация

Обеспечение качества. Обеспечение качества и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.

Использование данных. Изучите динамику тенденций в сопоставимых группах. Сравните данные о тенденциях в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции, при наличии таких данных.

Контроль качества данных и примечания по инструменту отчетности. В поле для комментариев укажите, по каким именно подгруппам работников секс-бизнеса представлены данные и в каких условиях эти данные были собраны. Убедитесь, что учитывается число обследованных людей, а не число их тестов, и что каждый человек учитывается только один раз (то есть если человек сдавал анализы более одного раза за последние 12 месяцев, его следует учитывать только один раз).

3.13 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для заключенных, содержащихся под стражей

Что он измеряет

Количество заключенных, получающих услуги по профилактике или лечению ВИЧ-инфекции во время нахождения в тюрьмах

Обоснование

Заключенные часто находятся в группе риска инфицирования ВИЧ-инфекцией, когда освобождаются из мест заключения и начинают жить в обществе. Особенно это характерно для лиц, вовлеченных в потребление нелегальных наркотиков или предоставление секс-услуг, если это преследуется по закону. Предоставление услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в тюрьмах может снизить риск передачи ВИЧ среди заключенных как в тюрьмах, так и после их освобождения. Серьезная программа противодействия ВИЧ на национальном уровне должна включать предоставление таких услуг заключенным.

Числитель

Количество чистых игл, распространенных среди заключенных
Количество заключенных, получающих заместительную терапию опиоидной зависимости
Количество презервативов, распространенных среди заключенных
Количество заключенных, получающих антиретровирусную терапию
Количество заключенных, прошедших тестирование на ВИЧ
Количество или процент людей, живущих с ВИЧ, среди заключенных
Количество или процент заключенных с гепатитом С или с коинфекцией ВИЧ/гепатит С
Количество или процент заключенных с туберкулезом или с коинфекцией ВИЧ/туберкулез

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Рутинные программные данные

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Количество тюрем, в которых предоставляются какие-либо услуги по профилактике или лечению ВИЧ-инфекции

Преимущества и недостатки

Программные данные обеспечивают четкую картину того, как предоставляются вышеуказанные услуги, и о распространенности ВИЧ-инфекции среди заключенных. Показатель показывает, насколько полно в рамках национальной программы реализуются возможности обеспечить охват легко доступной группы населения с высоким риском инфицирования.

С учетом постоянных изменений контингента, в большинстве тюрем программные данные дают лишь «мгновенный снимок», отображающий ситуацию на текущий момент. Забота о конфиденциальности и социальной защите заключенных накладывает определенные ограничения на проведение обследований, однако обследования могут быть полезными при соблюдении правил и стандартов безопасности.

Дополнительная информация

UNODC, ILO, UNDP, WHO, UNAIDS. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions (УНП ООН, МОТ, ПРООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС. «Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа: комплексный пакет программных мер»). Вена: УНП ООН; 2013. URL: http://www.who.int/hiv/pub/prisons/interventions_package/en/ (на англ. яз.).

3.14 Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения

Распространенность вирусных гепатитов В и С и гепатитов в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди ключевых групп населения

Что он измеряет

Сочетанную заболеваемость с ВИЧ-инфекцией и потенциальную необходимость в надлежащем лечении.

Обоснование

В последнее время значительно возросло понимание важности и актуальности мер, направленных на контроль сочетанного заболевания ВИЧ-инфекции/гепатита. Большое число ВИЧ-положительных людей, получающих антиретровирусную терапию, умирают от поражений печени, которые развиваются в результате нелеченого вирусного гепатита. Схемы лечения ВИЧ-инфекции можно адаптировать с учетом необходимости лечения также и хронического гепатита В. Появились новые высокоэффективные методы лечения гепатита С, который дают очень хороший результат в очищении организма от вируса независимо от подтипа вируса гепатита С. Данные о распространенности гепатитов В и С среди ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, помогут специалистам, планирующим национальные программы, правильно определить потребности в ресурсах для борьбы с коинфекцией.

Числитель

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на антитела к вирусу гепатита С

или

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на поверхностный антиген вируса гепатита В

и

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на ВИЧ в дополнение к одному из результатов, указанных выше.

Знаменатель

Количество респондентов, обследованных на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С (один или оба)

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Интегрированное биологическое и поведенческое обследование

Частота измерения

Every two years

Разбивка данных

- Возраст (<25 и 25+ лет)
 - Пол (мужчины, женщины и трансгендерные лица)
 - Ключевая группа населения
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии алгоритма тестирования для скрининга на гепатит С, необходимо включить эту информацию, особенно в случае выполнения дополнительного обследования или тестирования методом ПЦР.

Сильные и слабые стороны

Нет вероятностных оценок распространенности сочетанных заболеваний ВИЧ-инфекция/гепатит С или ВИЧ-инфекция/гепатит В среди ключевых групп населения в целом, несмотря на то, что в рамках ряда биоповеденческих обследований выполнялось тестирование на антитела к гепатиту. Более четкое понимание о распространенности сочетанных патологий необходимо для улучшения программ лечения и обеспечения максимального уровня выживаемости людей с этими заболеваниями в затронутых группах населения. Количество людей с сочетанными патологиями, вероятно, будет небольшим (возможно, за исключением людей, употребляющих инъекционные наркотики), поэтому доверительные интервалы будут большими.

Дополнительная информация

United States Centers for Disease Control and Prevention, WHO, UNAIDS, FHI 360. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Atlanta: United States Centers for Disease Control and Prevention (Центры по контролю и профилактике заболеваний США, ВОЗ, ЮНЭЙДС, FHI 360. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Атланта: Центры по контролю и профилактике заболеваний (США); готовится к публикации.

3.15 Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)

Количество людей, получивших принимаемые перорально препараты ДКП на протяжении отчетного периода хотя бы однократно

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении ДКП и выполнении расширенного целевого показателя, принятого в рамках ускоренной реализации мер (Fast-Track commitments), по охвату доконтактной профилактикой 3 млн человек к 2020 году

Обоснование

Это ключевой показатель для оценки доступности и обращаемости за услугами ДКП, особенно среди людей из групп, подвергающихся высокому риску контакта с ВИЧ. За счет дезагрегированных данных по этому показателю будет сделана попытка отследить доступность и спрос на ДКП по группам населения (по возрасту, полу и ключевым группам населения).

Прием антиретровирусных препаратов лицами, не инфицированными ВИЧ, до того, как они могут быть подвергнуты риску инфицирования, может защитить их от заболевания. Клинические испытания доказали, что прием препаратов ДКП перорально может снизить передачу ВИЧ среди серодискордантных пар, гетеросексуальных мужчин, женщин, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, людей, употребляющих инъекционные наркотики и женщин-трансгендеров.

Согласно рекомендациям ВОЗ, пероральный прием препаратов ДКП, содержащих тенофовира дизопроксил фумарат (TDF), должен предлагаться в качестве дополнительной профилактической опции людям с высоким риском контакта с ВИЧ в качестве компонента комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции. ВОЗ условно определяет высокий уровень риска инфицирования ВИЧ как заболеваемость на уровне приблизительно 3 новых случаев на 100 человеко-лет или выше при отсутствии ДКП. При реализации программ необходимо учитывать конкретные условия на местах, включая эпидемиологическую ситуацию или тенденции, практическую выполнимость, спрос, а также индивидуальную оценку и другие соображения, связанные с конкретными условиями для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения на местах, для обеспечения их безопасности. Критерии реализации могут варьироваться в зависимости от условий в различных странах.

Числитель

Количество людей, получивших пероральные препараты для доконтактной профилактики ВИЧ-инфекции хотя бы один раз на протяжении отчетного периода

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Числитель получается путем подсчета количества людей, которые получили пероральные препараты ДКП хотя бы однократно в течение отчетного периода (предыдущего календарного года), в соответствии с национальными рекомендациями или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС. Числитель должен учитывать число людей только один раз - первый раз, когда они получили пероральные препараты ДКП в течение отчетного периода. Люди, получившие пероральные препараты ДКП в рамках национальных программ, демонстрационных проектов, исследований, или по частному предписанию, в то же время принимающие пероральные препараты ДКП согласно стандартам ВОЗ / ЮНЭЙДС, следует включить в расчет.

Возраст определяется как возраст на момент начала приема препаратов ДКП в отчетном периоде.

Если человек относит себя к нескольким ключевым группам населения, необходимо отметить все релевантные группы. Поэтому при сложении данных, дезагрегированных по ключевым группам населения, итоговый результат может превышать общую сумму людей, получивших ДКП.

Частота измерения

Данные необходимо собирать непрерывно на уровне медицинского учреждения и агрегировать периодически, предпочтительно ежемесячно или ежеквартально. Наиболее актуальные месячные или квартальные данные должны использоваться для годовой отчетности.

Разбивка данных

- Люди, получившие ДКП впервые в жизни
- Пол (мужчины, женщины или трансгендерные лица)
- Возраст (<15, 15+ 15–19, 20–24, 25–49 и 50+ лет)
- Ключевые группы населения (мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, работники секс-бизнеса, люди, употребляющие инъекционные наркотики, и трансгендерные лица)
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Если имеются субнациональные данные, пожалуйста, укажите разбивку по административной области, городу или сайту в указанном месте. Отправьте цифровую версию любых доступных отчетов обследований с помощью инструмента загрузки.

Преимущества и недостатки

Данный показатель не показывает количество человеко-лет с риском инфицирования, поскольку не учитывает длительность приема препаратов ДКП. В рамках этого показателя также не исследуются стоимость лечения, его качество, эффективность или приверженность терапии; все эти факторы могут различаться как в пределах одной страны, так и по сравнению с другими странами, и подвержены значительным изменениям с разными периодами времени.

Доступность и применение ДКП зависят от таких факторов, как стоимость, качество и наличие инфраструктуры для оказания услуг, правовой и политический климат, представление об эффективности и возможные побочные эффекты.

Страны с развитыми системами мониторинга и использующие уникальные идентификаторы, скорее всего, смогут более точно оценить количество людей, получивших ДКП впервые в течение календарного года, по сравнению со странами с системами агрегированных данных. Страны с менее развитыми системами мониторинга могут столкнуться с проблемой двойного учета людей, получивших препараты ДКП (в том числе при переходе в другое медицинское учреждение для получения лекарственных средств в течение отчетного периода). В таких случаях количество людей, получивших препараты ДКП в первый раз в течение календарного года, может оказаться завышенным.

Дополнительная информация

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/>).

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection («Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации в рамках общественного здравоохранения», второе издание). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1 (на англ. яз.; дата обращения: 15.11.2016).

Показатели по мужскому обрезанию

Показатели 3.16 и 3.17 требуются только от 16 стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, низкой распространенностью мужского обрезания и генерализованной эпидемией среди гетеросексуального

населения. Эти страны включают: Ботсвану, Замбию, Зимбабве, Кению, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибию, Объединенную Республику Танзания, Руанду, Свазиленд, Уганду, Центральноафриканскую Республику, Эфиопию, Южно-Африканскую Республику, и Южный Судан.

3.16 Распространенность мужского обрезания

Процент мужчин в возрасте 15–49 лет, прошедших процедуру обрезания

Что он измеряет

Progress towards increased coverage of male circumcision

Обоснование

Данные исследований доказывают, мужское обрезание снижает риск ВИЧ-инфекции у гетеросексуальных мужчин приблизительно на 60 %.

Три рандомизированных контролируемых исследования показали, что мужское обрезание, выполненное высококвалифицированными профессиональными медицинскими работниками в оснащенных надлежащим образом учреждениях, является безопасным и может снизить риск инфицирования ВИЧ. В рекомендациях ВОЗ/ЮНЭЙДС указано, что мужское обрезание необходимо рассматривать в качестве действенной меры профилактики ВИЧ-инфекции в странах и регионах с эпидемией среди гетеросексуального населения, высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и низким уровнем распространенности мужского обрезания.

Числитель

Количество респондентов мужского пола в возрасте 15–49 лет, которые сообщили, что прошли процедуру обрезания

Знаменатель

Количество всех респондентов мужского пола в возрасте 15–49 лет

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Частота измерения

Каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Источник или специалист, выполнивший процедуру обрезания (в государственной системе здравоохранения или народный целитель)
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

Программа может изменить уровень распространенности мужского обрезания или оставить его без изменений. Например, изменения уровня распространенности мужского обрезания могут быть обусловлены не связанными с программой изменениями социальных норм. Данный показатель исследует общую динамику изменений этого показателя в популяции, независимо от причин.

Существующие исследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения) не всегда точно определяют ситуацию, связанную с проведением мужского обрезания, в силу того что люди не знают, что такое мужское обрезание, или не уверены в том, что именно эта процедура была у них проведена, или ощущают социальное давление в отношении необходимости обрезания. Можно использовать другие подходы к определению ситуации по этому показателю: например, использовать фотографии или рисунки (рисунки могут быть более приемлемыми с культурной точки зрения), описания или даже непосредственные осмотры. Для моделирования потенциального влияния меняющихся показателей мужского обрезания на заболеваемость ВИЧ-инфекцией необходимо иметь точную информацию о распространенности мужского обрезания в динамике за разные периоды времени.

Дополнительная информация

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system («Руководство по индикаторам для программ мужского обрезания в государственной системе здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС; 2009. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/441142/1/9789241598262_eng.pdf (на англ. яз.).

3.17 Количество мужчин, прошедших добровольную процедуру обрезания, за год

Количество мужчин, прошедших медицинскую процедуру обрезания, выполненную в соответствии с национальными стандартами, за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в наращивании охвата услугами по проведению добровольной медицинской процедуры мужского обрезания

Обоснование

Убедительно доказано, что мужское обрезание снижает риск ВИЧ-инфекции у гетеросексуальных мужчин приблизительно на 60 %.

Три рандомизированных контролируемых исследования показали, что мужское обрезание, выполненное высококвалифицированными профессиональными медицинскими работниками в оснащенных надлежащим образом учреждениях, является безопасным и может снизить риск инфицирования ВИЧ. В рекомендациях ВОЗ/ЮНЭЙДС указано, что мужское обрезание необходимо рассматривать в качестве действенной меры профилактики ВИЧ-инфекции в странах и регионах с эпидемией среди гетеросексуального населения, высокой распространенностью ВИЧ-инфекции и низким уровнем распространенности мужского обрезания.

Числитель

Количество мужчин, прошедших процедуру обрезания в соответствии с национальными стандартами, за последние 12 месяцев

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Формы учета и отчетности медицинского учреждения, программные данные, система медицинской информации

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–49 и 50+ лет)
 - Города и другие важные административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

PleaseДля этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

Общее количество прошедших процедуру обрезания мужчин и мальчиков указывает либо на изменение предложения (объемов предоставления услуг), либо на изменение спроса. Сравнение результатов с предыдущими значениями покажет, что появились новые учреждения, оказывающие услуги по мужскому обрезанию, или изменился объем предоставляемых услуг.

На уровне страны рекомендуется выполнить дальнейшую разбивку данных по следующим признакам:

- С ВИЧ-положительным статусом по результатам тестирования на местах, с ВИЧ-отрицательным статусом по результатам тестирования на местах, с неопределенными результатами тестирования на местах, либо с неизвестным статусом или отказом от тестирования на ВИЧ;
- тип и расположение медицинского учреждения; и
- кадровый состав поставщика услуги.

Разбивка данных о количестве мужчин, прошедших обрезание, по ВИЧ-статусу и возрасту позволит определить влияние программ мужского обрезания на заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Если в стране отдается приоритет определенным возрастным группам, эта разбивка данных поможет определить, связан ли спрос на услуги с проведением информационных кампаний, направленных на определенные возрастные группы. Деагрегация данных по типу и расположению медицинского учреждения, в котором выполняется процедура обрезания, позволяет оценить потребности в распределении ресурсов. Разбивка данных по кадровому составу поставщика медицинской услуги позволит установить, насколько успешно решаются проблемы нехватки медицинских кадров за счет перераспределения и совмещения рабочих обязанностей персонала, и учитывать это при принятии решений о распределении ресурсов.

В рамках некоторых программ развивается тесное сотрудничество с организациями, предоставляющими услуги по добровольному тестированию на ВИЧ, для обеспечения проверки на ВИЧ-инфекцию. Мужчина, принявший решение о проведении обрезания, возможно, уже сдавал анализ на ВИЧ в недавнем прошлом, и тестирование на ВИЧ на месте не является необходимым. В таких случаях медицинское учреждение может запросить предоставить заверенный результат анализа в письменном виде для подтверждения ВИЧ-статуса. Нет строгих требований в отношении того, за сколько месяцев до проведения обрезания должно быть выполнено тестирование на ВИЧ, однако рекомендуется, чтобы между обследованием на ВИЧ и обрезанием прошло три месяца. Цель проверки — не просто выявить мужчин, которые могут быть ВИЧ-положительными, а предоставить услугу по проверке на ВИЧ мужчинам, которые обратились за медицинской помощью, и определить мужчин, живущих с ВИЧ, которые в случае обращения с целью обрезания в большей степени подвержены хирургическим осложнениям (мужчин с хроническими инфекциями и с низким числом клеток CD4).

Дополнительная информация

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system («Руководство по индикаторам для программ мужского обрезания в государственной системе здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС; 2009. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44142/1/9789241598262_eng.pdf (на англ. яз.).

3.18 Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска

Процент респондентов, которые сообщали, что использовали презерватив при последнем половом контакте с партнером, который не является их супругом или совместно проживающим партнером, от общего числа людей, у кого был сексуальный контакт с таким партнером за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ-инфекции половым путем при незащищенных половых контактах между партнерами, не являющимися супругами или постоянными сожителями.

Обоснование

Использование презервативов — важный способ защиты от ВИЧ, особенно для людей, имеющих связи со случайными половыми партнерами.

Числитель

Количество респондентов, которые сообщают об использовании презерватива при последнем половом контакте с партнером, не являющимся их супругом или постоянным сожителем.

Знаменатель

Общее количество респондентов, которые сообщили о половом контакте с партнером, не являющимся их супругом или постоянным сожителем, за последние 12 месяцев.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Собираются данные о половой жизни респондентов. Эти данные анализируются, чтобы определить, имел ли респондент половые контакты с партнерами, не являющимися супругом или постоянным сожителем, за последние 12 месяцев, и в случае положительного результата — использовал ли респондент презерватив при последнем половом контакте с таким партнером.

Частота измерения

3–5 лет

Разбивка данных

- Пол
- Возраст (15–19, 20–24 и 25–49 лет)

Преимущества и недостатки

Увеличение значения этого показателя — чрезвычайно убедительный признак того, что кампании по распространению презервативов имеют желаемый эффект среди основной целевой аудитории.

Поскольку цель кампаний по распространению презервативов заключается, скорее, в постоянном использовании презервативов с непостоянными партнерами, чем просто в их однократном применении, в рамках некоторых исследований предпринималась попытка напрямую спрашивать о том, насколько постоянно использовался презерватив (вопросы с вариантами ответа «всегда/иногда/никогда»). Такой способ может быть полезным при исследовании подгрупп населения, однако на его результаты влияют забывчивость и другие ошибки, а потому он не является надежным при исследованиях популяционного уровня. Вопрос о последнем половом контакте с партнером, не являющимся супругом/постоянным сожителем, минимизирует ошибки, связанные с забывчивостью, и дает ясную картину использования презервативов в разных секторах. Важность постоянного использования презервативов не вызывает сомнений. Однако при росте показателя постоянного использования презервативов значение данного индикатора также неизбежно возрастет.

Дополнительная информация

Demographic and Health Survey or AIDS Indicator Survey methods and survey instruments («Методы и инструменты обследования в области демографии и здравоохранения или обследований по показателям СПИДа»), URL: <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>; http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm (на англ. яз.).

4.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые сообщили о дискриминирующем отношении к людям, живущим с ВИЧ

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении дискриминации и уменьшении поддержки дискриминирующих практик (дискриминационной политики) со стороны населения

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещенное международными правозащитными нормами и большинством национальных конституций. В контексте ВИЧ дискриминация определяется как несправедливое или необоснованное отношение (действие или бездействие) к человеку на основании его фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация приводит к повышению рисков и лишает людей их прав, и в конечном итоге это приводит к развитию эпидемии ВИЧ. Данный показатель не измеряет уровень дискриминации как таковой; он измеряет распространенность в обществе дискриминационного отношения, которое может привести к дискриминирующим действиям (или бездействию). Один из пунктов показателя измеряет потенциальное согласие респондентов с гипотетической ситуации дискриминации ВИЧ-положительных людей в некоем учреждении, а другой измеряет степень социального дистанцирования или степень проявления в поведении людей существующих предрассудков. Совокупные данные по показателю можно использовать для оценки уровня стигмы и вероятности дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса в обществе в целом. Этот индикатор может способствовать более полному пониманию и разработке более эффективных мер для прекращения дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, за счет (i) отслеживания динамики изменения процентной доли людей, проявляющих дискриминационное отношение, (ii) сравнительной оценки работы административных органов на национальном уровне, уровне региональных субъектов, штатов, или на местном уровне; а также (iii) определения приоритетных направлений для дальнейшей работы.

Числитель

Количество респондентов (в возрасте 15–49 лет), ответивших отрицательно на любой из двух вопросов

Знаменатель

Количество всех респондентов (в возрасте 15–49 лет), которые слышали что-либо о ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Этот показатель строится на ответах респондентов, которые что-либо слышали о ВИЧ, на следующие вопросы при проведении популяционного обследования среди общего населения.

- Купили бы вы свежие овощи у продавца или поставщика, если бы знали, что у этого человека ВИЧ-инфекция? (да, нет, не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств)
- Как вы считаете, могут ли дети, живущие с ВИЧ, посещать школу вместе с ВИЧ-отрицательными детьми? (да, нет, не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств)

Частота измерения

Каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24 и 25–49 лет)
- Пол
- Необходимы ответы на каждый из вопросов (по одному общему знаменателю), а также консолидированный ответ по совокупному индикатору

Пояснение числителя

Необходимо исключить из числителя и знаменателя респондентов, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИДе. Кроме того, необходимо исключить участников, ответивших «не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств», и участников, отказавшихся отвечать на вопросы.

При сложении числа ответов «да» и «нет», полученных на каждый из вопросов, общая сумма может отличаться от 100 %, если кто-то из респондентов ответит «не знаю» или в случае отсутствия каких-то значений. Поэтому нельзя определить процент людей, ответивших «нет» на вопрос, путем вычитания процента людей, ответивших «да», из 100 %.

Преимущества и недостатки

Данный показатель непосредственно измеряет, насколько распространено дискриминирующее отношение со стороны населения и насколько велика готовность людей поддержать дискриминирующие практики (политику).

Вопрос о покупке овощей практически идентичен вопросу, использованному в обследованиях в области демографии и здравоохранения для измерения уровня толерантности к людям, живущим с ВИЧ, что позволяет продолжать наблюдение этого параметра во времени. Этот вопрос, тем не менее, больше акцентирован на ответах «нет» (дискриминирующее отношение), чем на ответе «да» (толерантное отношение). Данный показатель является более совершенным инструментом по сравнению с использованными ранее средствами измерения уровня толерантности, поскольку может быть использован в странах с высокой и низкой распространенностью ВИЧ-инфекции, высоким, средним и низким уровнем доходов населения, а также в самой разнообразной культурной среде.

Ни совокупный показатель, ни его отдельные компоненты не зависят от того, был ли сам респондент свидетелем фактов дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ: такие случаи могут быть редки, и во многих аспектах они с трудом поддаются количественной и качественной оценке. Вместо этого данный показатель и его компоненты направлены на определение личного отношения респондента, которое может в большей степени влиять на его поведение.

В рекомендованных вопросах оценивается согласие с гипотетическими ситуациями; респондентам не предлагается вспоминать конкретные факты дискриминации, их просят оценить гипотетические ситуации как приемлемые или неприемлемые. Поэтому на выбор ответов могут влиять соображения социальной желательности, что приведет к занижению данных о дискриминирующем отношении. В настоящее время отсутствует механизм оценки фактической частоты случаев дискриминации в обществе или степени серьезности ее проявлений. В дополнение к проведению исследований, направленных на измерение распространенности дискриминационного отношения в обществе, желательно также по возможности собирать качественные данные о причинах дискриминации. Рекомендуется также регулярно проводить опросы среди людей, живущих с ВИЧ, о проявлениях стигмы и дискриминации, с которыми они сталкиваются в своей жизни, при помощи инструмента «Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ» (www.stigmaindex.org) для последующего сопоставления этих данных с полученным показателем распространенности дискриминационного отношения.

Дополнительная информация

Thematic segment on non-discrimination. Background note (*«Тематический сегмент по прекращению дискриминации. Информационная записка»*).

Тридцать первое заседание Координационного совета программы ЮНЭЙДС, Женева, 11–13 декабря 2012. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf (на англ. яз.).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Washington DC and London: International Center for Research on Women and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2012. URL: http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf (на англ. яз.).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16(3 Suppl. 2) URL: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464> (на англ. яз.).

Сеть противодействия стигматизации Stigma Action Network: <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

Об обследованиях в области демографии и здравоохранения и исследованиях по показателям СПИДа (методы, инструменты и т.д.) — см. веб-сайт: <http://dhsprogram.com>.

Данный индикатор позволяет измерить уровень дискриминирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ. Для более полной оценки прогресса в искоренении стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, а также успехов или неэффективности усилий по сокращению стигматизации необходимо также измерить другие проявления стигмы и дискриминации.

4.2 Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (А–Г)

Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации по отношению к ключевым группам населения

Этот показатель подразделяется на четыре субпоказателя:

- А. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди работников секс-бизнеса.
- Б. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами.
- В. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди трансгендерных лиц.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении дискриминации и поддержки дискриминируемых практик (дискриминационной политики) в учреждениях здравоохранения.

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещенное международными правозащитными нормами и большинством национальных конституций. В контексте ВИЧ дискриминация определяется как несправедливое или необоснованное отношение (действие или бездействие) к человеку на основании его фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация приводит к повышению рисков и лишает людей их прав, и в конечном итоге это приводит к усилению эпидемии ВИЧ-инфекции. Связанная с ВИЧ стигматизация относится к негативным представлениям, чувствам и отношению к людям, живущим с ВИЧ, группам населения, затронутым ВИЧ (например, семьям людей, живущих с ВИЧ), и иным ключевым группам населения с высоким риском инфицирования: людям, употребляющим инъекционные наркотики, работникам секс-бизнеса, мужчинам, имеющим половые отношения с мужчинами, и трансгендерным лицам.

Этот показатель необходим для того, чтобы определить, какой процент представителей основных групп населения избегает обращаться за общими услугами здравоохранения и за услугами тестирования на ВИЧ, медицинской помощью в связи с ВИЧ и лечением ВИЧ-инфекции из-за опасений столкнуться со стигмой и дискриминацией. Эти опасения могут быть связаны с целым рядом причин — вот лишь некоторые из них: фактическое или предполагаемое отсутствие конфиденциальности в медицинских учреждениях; негативное отношение и соответствующее поведение медицинских работников; страх прямого или косвенного разглашения личной информации, связанной с поведением и/или сексуальными предпочтениями/ориентацией, и т.д. Испытывая всё это, люди могут получить опыт столкновения со стигмой и дискриминацией в медицинских учреждениях.

Данные, связанные с уклонением от обращения за услугами здравоохранения, важны для измерения процента ключевых групп населения, которые не удовлетворяют своих базовых потребностей в медико-санитарной помощи — например, не проходят рутинных медицинских осмотров. Следовательно, они с меньшей вероятностью могут обращаться в медицинские учреждения для получения более специализированных услуг и ухода — например, для обследования на ВИЧ, получения лечения и медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

Данные об уклонении от обращения за услугами, связанными с ВИЧ, необходимы для устранения барьеров при обращении за услугами здравоохранения, особенно в тех случаях, когда медицинские учреждения есть и они доступны.

Этот индикатор важен для понимания и устранения барьеров к достижению стратегических целевых показателей «90–90–90» среди представителей основных групп населения. Данные по этому индикатору непосредственно измеряют страх подвергнуться стигме или дискриминации. Этот индикатор может способствовать более полному пониманию и разработке более эффективных мер для прекращения стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, за счет (1) отслеживания динамики изменения процентной доли людей, которые боятся стигмы и дискриминации или реально сталкиваются с ними, (2) сравнительной оценки работы административных органов на национальном уровне, уровне региональных субъектов, штатов, или на местном уровне; а также (3) определения приоритетных направлений для дальнейшей работы.

Этот показатель предназначен для характеристики четырех аспектов уклонения от обращения за услугами здравоохранения:

- i) уклонение от обращения за услугами здравоохранения в целом среди всех респондентов;
- ii) уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди всех респондентов, которые указали, что не сдавали тест на ВИЧ в течение последних 12 месяцев;
- iii) уклонение от обращения за специализированными услугами здравоохранения, связанными с ВИЧ, среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ и не получали или прекратили получать медицинскую помощь, связанную с ВИЧ;
- iv) уклонение от обращения за лечением ВИЧ-инфекции среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ и никогда не принимали или прекратили принимать терапию, связанную с ВИЧ-инфекцией.

Числитель

Количество респондентов, выбравших «да» по любому из пунктов при ответе на вопрос:

Приходилось ли вам когда-либо в течение последних 12 месяцев избегать обращаться за услугами: (i) здравоохранения / (ii) тестирования на ВИЧ / (iii) медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией* / (iv) лечения ВИЧ-инфекции* из-за следующих причин:

1. Из-за страха или опасений по поводу стигматизации со стороны персонала или соседей.
2. Из-за страха или опасений по поводу того, что кто-либо узнает, что вы — [укажите соответствующее поведение]?
3. Из-за страха или опасений по поводу возможного или пережитого насилия.
4. Из-за страха или опасений по поводу возможного или пережитого полицейского преследования или ареста

В разных странах и в различных опросах можно по-разному задать вопросы об уклонении от обращения за услугами из-за страха стигмы и дискриминации. Здесь приведены примеры того, как эти вопросы могут быть сформулированы.

* Среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ, в рамках обследований, в которых есть вопрос о ВИЧ-статусе респондентов

Знаменатель

- i) Число респондентов
- ii) Число респондентов, которые указали, что не проходили тест на ВИЧ за последние 12 месяцев
- iii) Число секс-работников, которые указали, что живут с ВИЧ и никогда не получали или прекратили получать медицинскую помощь в связи с ВИЧ-инфекцией
- iv) Число секс-работников, которые указали, что живут с ВИЧ и никогда не принимали или прекратили принимать терапию, связанную с ВИЧ-инфекцией

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования

Частота измерения

Каждые 2-3 года

Разбивка данных

А-Г: возраст (<25 и 25+ лет)

А и В: пол (женщины, мужчины и трансгендерные лица)

А-Г: Города и другие важные административные единицы

Преимущества и недостатки

Показатель измеряет стигму и дискриминацию, поэтому фокусируется на результатах подобного поведения. Если ощущаемая или испытываемая стигматизация и дискриминация настолько сильна, чтобы люди отказываются обращаться за необходимыми медицинскими услугами, то это не только составляет реальную проблему, но и влияет на обращаемость за важнейшими услугами. Однако некоторые респонденты, даже испытывая и ощущая сильное стигматизирующее или дискриминирующее отношение в своем социальном окружении, тем не менее могут обращаться за услугами (благодаря собственному упорству, или различиям в оказании услуг в различных службах, или специализированным аспектам оказания этих услуг). С помощью этого показателя не получится измерить, снизилась ли дискриминация до нуля, но он сможет показать, насколько дискриминация влияет на обращаемость за медицинской помощью.

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо представить ответы на вопросы, включенные в ваш опросник (инструмент исследования). В частности, укажите, за какими услугами здравоохранения избегали обращаться, а также о каком периоде спрашивали респондентов в этом вопросе (т.е. за последние 6 месяцев, за последние 12 месяцев). Приложите цифровые версии всех имеющихся отчетов по проведению опросов/обследований. По уклонениям от обращения за медицинской помощью и за лечением при ВИЧ-инфекции — укажите также число респондентов, живущих с ВИЧ.

Дополнительная информация

Для получения более подробной информации о стигматизации и дискриминации, а также усилиях по определению их распространенности см.:

Thematic segment on non-discrimination. Background note (*«Тематический сегмент по прекращению дискриминации. Информационная записка»*).

Тридцать первое заседание Координационного совета программы ЮНЭЙДС, Женева, 11–13 декабря 2012. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf (на англ. яз.).

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination. STRIVE. Washington DC and London: International Center for Research on Women and London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2012. URL: http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf (на англ. яз.).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? J Int AIDS Soc. 2013;16(3 Suppl. 2) URL: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464> (на англ. яз.).

Сеть противодействия стигматизации Stigma Action Network: <http://www.stigmaactionnetwork.org>.

Об обследованиях в области демографии и здравоохранения и исследованиях по показателям СПИДа (методы, инструменты и т.д.) — см. веб-сайт: <http://dhsprogram.com>.

Confronting discrimination - Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond (*«Борьба с дискриминацией: преодоление стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, в медицинских учреждениях и за пределами системы здравоохранения»*). Geneva: UNAIDS; 2017. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf (на англ. яз.).

4.3 Распространенность случаев насилия со стороны интимного партнера за недавний период

Доля женщин в возрасте 15–49 лет, когда-либо состоявших в браке или имевших партнеров, которые испытали физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнера мужского пола за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении распространенности насилия по отношению к женщинам со стороны интимного партнера (представляется как непосредственный результат, а также как косвенный показатель гендерного неравенства).

Интимный партнер определяется как сожитель, независимо от того, был ли зарегистрирован брак в тот момент. Насилие могло произойти и после того, как они расстались.

Обоснование

Высокий уровень распространенности ВИЧ среди женщин в глобальных масштабах привлек пристальное внимание к проблеме насилия в отношении женщин. Нарастает понимание того, что глубоко укоренившееся и широко распространенное гендерное неравенство, особенно насилие в отношении женщин и девочек, повышает их риск и уязвимость к инфицированию ВИЧ. Насилие и ВИЧ связаны между собой прямым и косвенным образом. Проведенные во многих странах исследования показывают, что многие женщины в тот или иной момент жизни пережили насилие в той или иной форме. По оценкам ВОЗ, каждая третья женщина из всех живущих в мире в течение жизни подвергалась насилию со стороны своего интимного партнера и/или сексуальному насилию со стороны постороннего мужчины.

Числитель

Женщины в возрасте 15–49 лет, имеющие или когда-либо имевшие интимного партнера и столкнувшиеся с физическим или сексуальным насилием со стороны по крайней мере одного из этих партнеров за последние 12 месяцев. Более подробно о конкретных действиях, включаемых в определение физического или сексуального насилия, см. в пояснении числителя ниже

Знаменатель

Общее количество опрошенных женщин в возрасте 15–49 лет, имеющих или когда-либо имевших интимного партнера

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Уже имеющиеся специальные демографические обследования населения, проводимые в странах, такие как Многострановые исследования ВОЗ (WHO multicountry surveys), исследования в области демографии и здравоохранения (Demographic and Health Surveys) / исследования для показателей по СПИДу (AIDS Indicator Surveys, модуль домашнего насилия), Международные исследования в области насилия в отношении женщин (International Violence against Women Surveys/IVAWS).

Сбор данных о насилии в отношении женщин требует применения специальных методов, обеспечивающих получение информации с соблюдением стандартов этики и безопасности, не подвергая участников исследования риску, но обеспечивая при этом максимальную точность и надежность данных.

Частота измерения

3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24 и 25–49 лет)
 - ВИЧ-статус (при наличии)
-

Пояснение числителя

Состоящие в браке или имеющие партнеров женщины в возрасте 15–49 лет включают тех, кто когда-либо состоял в браке или имел интимного партнера. Им задается вопрос о том, сталкивались ли они с физическим или сексуальным насилием со стороны интимного партнера мужского пола за последние 12 месяцев.

Чтобы определить, какое именно насилие (физическое или сексуальное) было совершено, женщину спрашивают, имели ли место в отношении нее со стороны ее интимного партнера какие-либо из нижеперечисленных действий:

- Дал женщине пощечину или бросил в нее предмет, который мог причинить ей боль.
- Толкнул или оттолкнул ее.
- Ударил ее кулаком или иным предметом, который мог причинить ей вред.
- Пнул, тащил за собой или избил ее.
- Душил или оставлял на ней ожоги.
- Угрожал ей пистолетом, ножом или каким-либо другим оружием, или фактически использовал их против нее.
- Физически принуждал вступить с ним в половую связь против ее воли.
- Заставлял выполнять действия сексуального характера, которые она считает несовместимыми с человеческим достоинством или унижительными.
- Пугал ее тем, что произойдет, если она не вступит с ним в половую связь.

В числитель включены женщины, сообщившие, по меньшей мере, об одном инциденте, соответствующем любому из вышеуказанных пунктов, за последние 12 месяцев.

Пояснение знаменателя

Общее количество опрошенных женщин в возрасте 15–49 лет, имеющих или когда-либо имевших интимного партнера.

Преимущества и недостатки

Этот показатель оценивает достигнутый прогресс в уменьшении доли женщин, пострадавших от насилия со стороны своего недавнего интимного партнера (непосредственный результат оценки). Косвенно он характеризует гендерное неравенство. Изменение со временем уровня распространенности насилия со стороны последнего интимного партнера будут указывать и на изменения в уровне гендерного равенства — одним из системных факторов, влияющих на развитие эпидемии ВИЧ-инфекции.

Данный показатель измеряет прогресс в снижении распространенности насилия именно со стороны последнего, а не когда-либо имевшегося интимного партнера, чтобы была возможность проводить мониторинг и оценку такого прогресса во времени. Показатель, построенный на наличии полученного когда-либо опыта насилия как такового, практически не меняется с течением времени, независимо от уровня реализуемых программ, поскольку в числитель будут входить одни и те же женщины — до тех пор пока они попадают в целевую возрастную группу. Устойчивое снижение распространенности насилия со стороны интимных партнеров невозможно без фундаментальных изменений в отношениях на бытовом уровне и в обществе в целом, отмены несправедливых гендерных норм, повышения юридического статуса и прав женщин в повседневной жизни, устранения гендерного неравенства в получении услуг здравоохранения, образования, экономических и общественных ресурсов, а также без обеспечения полноценного участия мужчин в решении вопросов репродуктивного и детского здоровья. Невозможно оно и без пропаганды ответственности мужчин за профилактику ВИЧ-инфекции. Изменения такого показателя, как насилие со стороны интимного партнера, будут указывать на изменения в статусе и положении женщин и изменении отношения к ним во всех социальных сферах — что, в свою очередь, будет прямо или косвенно способствовать снижению риска передачи ВИЧ-инфекции.

Без существенного изменения гендерных отношений на бытовом и местном уровне и без проведения радикальных реформ, прав женщин, основанных на законах и обычаях, а также гендерного неравенства в отношении доступа к услугам здравоохранения, образования, экономическим и социальным ресурсам, а также в отношении участия мужчины в обеспечении репродуктивного здоровья и здоровья ребенка, невозможно обеспечить устойчивое снижение насилия со стороны интимного партнера.

Даже при соблюдении всех рекомендаций ВОЗ по вопросам этики и обеспечения безопасности респондентов, а также создании надлежащих условий для проведения интервью, некоторые женщины не сообщают о насилии. Поэтому оценки, скорее всего, будут более консервативными, чем фактический уровень насилия в опрошенной группе населения.

Сложные взаимосвязи между насилием в отношении женщин и распространением ВИЧ проанализированы и проиллюстрированы в одном из концептуальных исследований по этой теме, в котором дан обзор имеющейся доказательной базы и сложившейся практики в разработке и внедрении мер и стратегий для решения этих взаимосвязанных проблем. Исследования, проведенные по всему миру за последнее десятилетие лет, подтверждают неоспоримую связь между насилием в отношении женщин и распространением ВИЧ-инфекции. Как показывают исследования, что насилие в отношении женщин является как фактором, способствующим распространению эпидемии, так и ее следствием. Эта связь осуществляется через множество прямых и опосредованных факторов. Например:

Страх перед насилием может удерживать женщину от того, чтобы настоять на использовании презерватива партнером-мужчиной, который, по ее мнению, является ВИЧ-инфицированным;

- Страх насилия со стороны интимного партнера может удерживать женщину от раскрытия информации о своем ВИЧ-статусе или от обращения за лечением;
 - Насильственный проникающий вагинальный акт повышает риск передачи ВИЧ;
 - Изнасилование — одно из демонстративных проявлений гендерного неравенства; оно может привести к инфицированию, хотя в большинстве случаев этого не происходит;
 - Изнасилование и другие формы физического и сексуального насилия могут вызвать психологический стресс. Одним из его проявлений может быть рискованное сексуальное поведение, которое может привести к инфицированию ВИЧ
-

Дополнительная информация

Investing in gender equality: ending violence against women and girls («Инвестиции в гендерное равенство: прекращение насилия в отношении женщин и девочек»). Нью-Йорк: «ООН Женщины»; 2010 г. URL: <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2010/1/ending-violence-against-women-and-girls-unifem-strategy-and-information-kit> (на англ. яз.).

Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works? Report of a consultation (ВОЗ, ЮНЭЙДС. «Борьба с насилием в отношении женщин и ВИЧ/СПИД: что действительно работает?»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241599863/en> (на англ. яз.).

Programme on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. Gender-based violence and HIV. Cambridge (MA): Harvard School of Public Health; 2009.

Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. Soc Sci Med. 2000;50:459–478.

Глобальные и региональные оценки насилия в отношении женщин. Распространенность и последствия для здоровья в связи с насилием со стороны интимного партнера и сексуального насилия со стороны лица, не являющегося партнером. Женева: ВОЗ, 2013. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/ru/>

WHO, UNAIDS. 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: a programming tool. Geneva: World Health Organization; 2013 URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en (на англ. яз.).

Unite with women—unite against violence and HIV. Geneva: UNAIDS; 2014 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140312_JC2602_UniteWithWomen (на англ. яз.).

World Health Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/en> (на англ. яз.).

Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. Am J Reprod Immunol. 2013;69(Suppl. 1):20–26.

Adolescents and young women. In: The gap report. Geneva: UNAIDS; 2014 :132–145 URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf (на англ. яз.).

4.4 Опыт людей, сталкивающихся с дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые сообщают о том, что на собственном опыте сталкивались с дискриминацией, связанной с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Что он измеряет

ProgПрогресс в сокращении дискриминации, связанной с ВИЧ, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами здравоохранения.

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещаемое международными законами о правах человека и государственными конституциями большинства стран. Дискриминация в контексте ВИЧ означает несправедливое или неправомерное отношение (выражающееся в действии или бездействии) к любому человеку на основании его реального или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация усугубляет риски и лишает людей их прав и возможности воспользоваться причитающимися им социальными благами и помощью, что способствует расширению эпидемии ВИЧ-инфекции. Стигма — это приписывание отрицательных, порицаемых характеристик отдельным людям или группе людей. Стигма обесценивает этих людей в глазах общества и часто приводит к их дискриминации. Здравоохранение — один из важнейших секторов, где люди, живущие с ВИЧ (и те, кто по мнению общества может быть инфицирован ВИЧ) подвергаются дискриминации. Этот индикатор непосредственно измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения.

Мониторинг комбинированного индикатора можно проводить для измерения распространенности дискриминации, связанной с ВИЧ, с которой сталкиваются ЛЖВ в секторе здравоохранения. Этот индикатор может дать более полное представление о том, к каким результатам в итоге приводит дискриминация, связанная с ВИЧ, для общественного здоровья. Это поможет улучшить принимаемые меры для сокращения стигмы и дискриминации и минимизации их последствий в рамках всего каскада услуг по лечению и медицинской помощи. В частности, с помощью этого индикатора можно показать динамику изменения процентного числа людей, живущих с ВИЧ, которые подвергались дискриминации в учреждениях здравоохранения за определенный период времени, и определить приоритетные направления для принятия мер.

Числитель

Число респондентов¹¹, которые ответили утвердительно («Да») по крайней мере на один из семи пунктов в каждом вопросе

Знаменатель

Число всех респондентов

Расчет

Числитель/знаменатель

Метод измерения

Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ¹²

В рамках обследования респондентов спрашивают, приходилось ли им испытывать дискриминацию, связанную с ВИЧ, при обращении за услугами здравоохранения — как специализированными, так и не имеющими отношения к ВИЧ — в течение последних 12 месяцев в следующих формах:

- Отказ в предоставлении медицинской помощи из-за ВИЧ-положительного статуса
- Рекомендация не вступать в половые отношения из-за ВИЧ-положительного статуса
- С респондентом грубо разговаривали или злословили из-за ВИЧ-положительного статуса
- Респондент подвергался словесным оскорблениям из-за ВИЧ-положительного статуса
- Респондент подвергался грубому физическому обращению из-за ВИЧ-положительного статуса
- С респондентом избегали физического контакта из-за ВИЧ-положительного статуса
- О ВИЧ-положительном статусе респондента сообщали третьим лицам без его согласия

Частота измерения

Каждые 2–3 года

Разбивка данных

Необходимо представить ответы на каждый вопрос, а также сводный ответ по комплексному индикатору. Сводный показатель может быть дан с разбивкой по следующим категориям:

- Виды услуг здравоохранения: связанные с ВИЧ, не связанные с ВИЧ
- Пол: мужчины; женщины; трансгендерные лица
- Ключевая группа населения: идентификация как минимум с одной из основных групп населения
- Возрастная группа: 15–19 лет; 20–24 года; 25–49 лет
- ВИЧ-положительный стаж (0–1 год; 1–4 года; 5–9 лет, 10–14 лет, 15 и более лет)

¹¹ Минимальный возраст респондентов в большинстве обследований в области демографии и здравоохранения (DHS) в настоящее время представлен диапазоном 15–49 лет; однако этот возрастной диапазон не является обязательным требованием.

¹² <http://www.stigmaindex.org/>

Пояснения по отдельным элементам

В предлагаемый индикатор входит 14 пунктов по проявлениям дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за медицинской помощью, связанной с ВИЧ (7 пунктов) и не связанной с ВИЧ (7 пунктов). В процессе консультаций 2016 года по подготовке обновленного *Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ*, представители сообщества ЛЖВ подчеркивали необходимость измерения дискриминации при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, отдельно от дискриминации при обращении за другими (не связанными с ВИЧ) услугами. С учетом этого, в новую версию опроса включены вопросы о том, с какими проявлениями дискриминации сталкивались респонденты при обращении за медицинской помощью, связанной с ВИЧ, и за услугами, не связанными с ВИЧ. В то же время, в исходном варианте *Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ*, респондентов спрашивали только о стигме, с которой они сталкивались при обращении за услугами здравоохранения в общем. Если в отчетности по данному показателю будут представлены данные из обследований по *Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ*, проведенных до 2017 года, то будет невозможно сделать разбивку по видам услуг здравоохранения, за которыми обращались люди.

Преимущества и недостатки

Данный индикатор непосредственно измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения.

Рекомендуемые вопросы оценивают, приходится ли людям сталкиваться с конкретными проявлениями дискриминации в учреждениях здравоохранения. Проявления дискриминации в каждом конкретном случае могут зависеть от того, знает ли поставщик услуг здравоохранения о ВИЧ-статусе респондента. Учитывая это, следует по возможности собирать данные о раскрытии ВИЧ-статуса поставщику услуг здравоохранения — они пригодятся при интерпретации индикатора. Кроме того, при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, в специализированные клиники по ВИЧ-инфекции респонденты могут сталкиваться с проявлениями дискриминации реже, чем при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, в комплексные учреждения здравоохранения общего звена. Поэтому рекомендуется по возможности указывать вид учреждений здравоохранения. Было бы также целесообразно сравнить полученные данные по этому показателю с другими индикаторами программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа: индикатором 4.1 («Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ») и индикатором 4.2 («Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения») — для более широкого понимания того, в каких условиях возникает стигматизация и к каким проявлениям дискриминации она приводит в тех или иных обстоятельствах. При анализе полученных данных по этому показателю следует также учитывать ответы о программах борьбы со стигмой и дискриминацией в учреждениях здравоохранения и масштабах реализации этих программ, а также программах подготовки медицинских работников по вопросам прав человека и медицинской этики (см. инструмент опроса по вопросам политики).

Дополнительная информация

Этот индикатор измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения. ВИЧ-инфекция зачастую ассоциируется с целым рядом моделей поведения, которые в обществе принято считать девиантными или безнравственными — такими, например, как потребление инъекционных наркотиков и беспорядочные половые связи. Из-за таких базовых представлений в обществе наличие ВИЧ-инфекции часто считается чем-то постыдным, а про людей, живущих с ВИЧ, говорят, что они «сами виноваты» в том, что оказались инфицированы. Такой остракизм имеет далеко идущие последствия не только для отдельной личности, но и для общества в целом: у людей пропадают стимулы проходить обследование на ВИЧ, а при получении положительного результата теста — сообщать о своем ВИЧ-статусе членам семьи или половым партнерам.

UNAIDS. *Confronting discrimination - Overcoming HIV-related stigma and discrimination in health-care settings and beyond («Борьба с дискриминацией: преодоление стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, в медицинских учреждениях и за пределами системы здравоохранения»)*. 2017. Geneva. (на англ. яз.).

URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_en.pdf

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward («Стигматизация в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа: обзор литературы и рекомендации для выхода на следующий этап», на англ. яз.). *AIDS*. 2008 Aug; 22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? («Борьба со стигмой, связанной с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения: что работает?» на англ. яз.) *J Int AIDS Soc*. 2009 Aug 6 [cited 2017 Feb 23];12(1):15.

5.1 Молодежь (15–24 лет): знания о профилактике ВИЧ-инфекции

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно называющих оба способа профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные ошибочные представления о передаче ВИЧ

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в достижении всеобщего уровня знаний ключевых фактов о передаче ВИЧ

Обоснование

Эпидемии ВИЧ-инфекции развиваются главным образом за счет распространения ВИЧ половым путем последующим поколениям молодежи. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшим— хотя зачастую и недостаточным — условием для выбора поведения, при котором риск передачи ВИЧ будет снижен.

Числитель

Количество респондентов в возрасте 15–24 лет, правильно ответивших на все пять вопросов

Знаменатель

Количество всех респондентов в возрасте 15–24 лет

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Этот показатель строится на базе ответов на следующий набор вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ-инфекции, занимаясь сексом только с одним неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?
2. Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ за счет использования презерватива при каждом половом контакте?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ-инфекцию?
4. Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией через укусы комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией, если принимать пищу совместно с ВИЧ-положительным человеком?

Частота измерения

Предпочтительно: каждые два года; минимум: каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19 и 20–24 лет)
- Пол (мужской и женский)

Explanation of the Числитель

Первые три вопроса не подлежат изменению. Вопросы 4 и 5 связаны с местными ошибочными представлениями, и их можно заменить на наиболее распространенные ошибочные представления в вашей стране. Например: «Можно ли заразиться ВИЧ, обнявшись с инфицированным человеком или пожав ему руку?» и «Можно ли заразиться ВИЧ в результате действия сверхъестественных сил?».

Респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИДе, исключаются из числителя, но учитываются в знаменателе. Ответ «не знаю» регистрируется как неправильный ответ.

Наряду с консолидированным значением по общему показателю, необходимо подсчитать ответы по каждому из вопросов (на основе одного и того же знаменателя).

Преимущества и недостатки

Мнение о том, что выглядящий здоровым человек не может быть инфицирован ВИЧ, является широко распространенным ошибочным представлением, которое может привести к незащищенному половому контакту с инфицированными партнерами. Одинаково важно не только обладать правильными знаниями о фактических путях передачи ВИЧ, но и понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными. Например, вера в то, что ВИЧ может якобы передаваться через укусы комара, может снизить мотивацию для принятия безопасного сексуального поведения, в то время как представление о том, что ВИЧ якобы может передаваться через совместный прием пищи усиливает стигматизацию людей, живущих с ВИЧ. ВИЧ передается через укусы насекомых, может снизить мотивацию для выработки безопасного сексуального поведения, а миф о том, что ВИЧ может передаваться через еду и питье, усиливает стигматизацию людей, живущих с ВИЧ.

Этот показатель особенно важен в странах с низким уровнем знаний о ВИЧ/СПИДе, поскольку легко позволяет отследить, насколько эти знания улучшаются со временем. В то же время этот показатель играет важную роль и в других странах, поскольку его можно использовать для проверки того, насколько успешно удастся сохранить существующие знания на высоком уровне

Дополнительная информация

Demographic and Health Survey or AIDS Indicator Survey methods and survey instruments («Методы и инструменты обследования в области демографии и здравоохранения или обследований по показателям СПИДа»), URL: <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/AIS.cfm>; http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm (на англ. яз.).

5.2 Удовлетворение спроса на услуги в сфере планирования семьи на основе современных методов (15 49)

Процент женщин репродуктивного возраста (15–49 лет), чьи потребности в сфере планирования семьи обеспечиваются с использованием современных методов

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в расширении возможностей для женщин и девушек-подростков в получении доступа к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья с использованием самых эффективных методов

Обоснование

Этот показатель оценивает достигнутый прогресс в расширении возможностей для женщин и девушек в получении доступа к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья, чтобы они могли реализовать свое право распоряжаться своей жизнью и свободно принимать решения по вопросам, связанным с их сексуальностью, сексуальным и репродуктивным здоровьем. Он отражает право женщин и девушек решать, хотят ли они иметь ребенка, и если да — то когда, а также наличие методов для реализации этого решения.

Этот показатель также используется для измерения прогресса в достижении Цели устойчивого развития 3.7: «К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и интеграции вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальные стратегии и программы».

Услуги в сфере сексуального и репродуктивного здоровья также являются отправной точкой для охвата услугами по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ, и интеграция этих услуг будет решающим шагом к обеспечению устойчивой реализации услуг в сфере ВИЧ.

Числитель

Количество женщин в возрасте 15–49 лет, использующих современные методы контрацепции

Знаменатель

Общее количество женщин в возрасте 15–49 лет, которым необходимы меры планирования семьи

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения или другие репрезентативные обследования)

Частота измерения

Каждые 3 5 лет

Разбивка данных

Возраст (15–19, 20–24, 25–49 и 15–49 лет)

Explanation of the Числитель

В числитель включаются все женщины в возрасте 15–49 лет, использующие современные методы контрацепции на момент исследования. Современными считаются следующие методы контрацепции:

- Таблетки (оральные контрацептивы)
- Внутриматочная спираль (ВМС)
- Инъекционные контрацептивы
- Женская стерилизация
- Мужская стерилизация
- Женские презервативы
- Мужские презервативы
- Имплантаты
- Экстренная контрацепция
- Метод безопасных дней (календарный метод)
- Метод лактационной аменореи (МЛА)
- Диафрагма
- Спермицидная пена или желе.

¹³ Цель устойчивого развития в области здравоохранения. Веб-сайт ВОЗ: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/ru/>

Пояснение знаменателя

В знаменатель включаются все женщины репродуктивного возраста (15–49 лет), у которых есть потребность в использовании методов планировании семьи. Считается, что у женщин имеется потребность в использовании методов планировании семьи, если они желают отложить или ограничить рождение детей, или выдержать определенный промежуток времени между рождением каждого последующего ребенка. Считается, что у женщины есть потребность в использовании методов планировании семьи в следующих случаях:

- она или ее партнер в настоящее время пользуются каким-либо методом контрацепции; или
- у нее есть неудовлетворенные потребности или нерешенные проблемы в сфере планирования семьи:
 - беременные женщины или женщины с послеродовой аменореей, беременность или последние роды которых были нежелательными или несвоевременными; или
 - женщины, состоящие в браке или ведущие половую жизнь и способные забеременеть, которые сообщили, что хотят отложить беременность на два года или более, или не знают, когда они хотят родить следующих детей или вообще хотят ли они еще детей, и которые не пользуются в данный момент никаким методом контрацепции.

Подробное объяснение расчета неудовлетворенных потребностей можно найти в следующем документе: *Revising Unmet Need for Family Planning: DHS Analytical Studies 25* (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf>).

В знаменатель включаются как женщины, не пользующиеся никаким методом контрацепции, так и женщины, использующие современные или традиционные методы контрацепции.

Преимущества и недостатки

Так как учитываются данные по современным методам, индикатор измеряет доступ к наиболее эффективным методам контрацепции, которые ведут к снижению числа нежелательных беременностей и улучшению состояния здоровья матери и ребенка.

Построение этого показателя требует сложных расчетов. Необходимо использовать согласованное стандартное определение, чтобы обеспечить сопоставимость данных о потребностях в планировании семьи с использованием современных методов, получаемых за разные периоды времени и по разным странам.

Дополнительная информация

Видеоматериал о показателе потребности в применении современных методов: Demand satisfied by modern methods indicator snapshot [video]. Rockville (MD): DHS Programme; 2016 (<https://www.youtube.com/watch?v=RceOuLjwKY&feature=youtu.be>). Bradley, Sarah E.K., Trevor N. Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. (на англ. яз.)

Revising Unmet Need for Family Planning. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International. URL: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS25/AS25%5B12June2012%5D.pdf> (на англ. яз.).

8.1 Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ

Национальные расходы в сфере противодействия ВИЧ в разрезе программных мероприятий и источников финансирования

Что он измеряет

Потоки финансирования и расходы на программы/услуги противодействия ВИЧ внутри страны, представленные стандартизированным и сопоставимым образом по взаимоисключающим категориям. Указанные здесь расходы в сфере противодействия ВИЧ по программе или услуге должны соответствовать количеству людей, воспользовавшихся услугами, которые указаны при измерении других показателей.

Обоснование

Объем международных и национальных ресурсов, выделяемых в сфере противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, к концу 2016 года достигал, по различным оценкам, 19,1 млрд. долл. США. Для достижения целевых показателей, принятых на страновом и глобальном уровнях, необходимы более фокусные подходы и увеличение ресурсов, повышение эффективности и результативности программ для обеспечения услуг по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией, для снижения числа новых случаев заболевания и увеличения продолжительности жизни.

Крайне важно определить долгосрочные стабильные источники финансирования, в том числе за счет мобилизации собственных ресурсов стран, чтобы закрепить и развить достигнутые успехи. При этом устранение дефицита финансирования и эффективное распределение ресурсов невозможно без оценки и управления доступными ресурсами и их использованием.

Количественная оценка потоков финансирования и расходов помогает определить, кто получает пользу от проводимых программ в сфере противодействия ВИЧ, и как распределяются ресурсы между программами/услугами противодействия ВИЧ для ключевых групп населения или других групп на текущий момент.

В качестве базовой системы для мониторинга и отчетности по расходам в сфере противодействия ВИЧ рекомендуется использовать разработанные ЮНЭЙДС классификации и определения «Оценки национальных расходов в связи со СПИДом» (ОНРС).

ОНРС применяются в более чем 70 странах во всем мире. Классификации ОНРС были определены путем соотнесения Категорий расходов в связи со СПИДом (КРС) с программами или услугами в рамках процесса оценки ресурсных потребностей, которые представляют собой мероприятия/услуги с известным уровнем воздействия на достижение непосредственных результатов, связанных с ВИЧ-инфекцией — показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией или смертности вследствие СПИДа. Кроме того, ОНРС обеспечивают комплексный пакет взаимоисключающих категорий расходов в связи со СПИДом (КРС) для классификации дополнительных расходов, которые могут производиться в стране, даже если они не соответствуют оценке потребностей в ресурсах. Соотнесение данных об имеющихся ресурсах и о потребностях в ресурсах для конкретных услуг или программ позволяет измерить дефицит финансирования и выявить, в каких областях намечается недостаток ресурсов или что необходимо улучшить в работе каждой из программ, чтобы эффективно комбинировать имеющиеся источники и поставщиков.

Существуют и другие подходы к отслеживанию ресурсов, которые также применяются для оценки расходов в сфере противодействия ВИЧ из внутренних и международных источников, включая проверку национальных счетов здравоохранения, анализ бюджетов и исследования специальных рабочих групп. Для оптимальной отчетности по данному показателю рекомендуем использовать матрицы счетов, учитывающих социальные аспекты (ОНРС и системы счетов здравоохранения/ССЗ).

Описанные в данном разделе показатель и субпоказатели можно напрямую вывести при помощи ОНРС. При применении других подходов получение полного комплекта перечисленных в данном разделе субпоказателей не гарантируется. В таких случаях рекомендуется предоставить информацию по таблице финансирования расходов в сфере СПИДа на доступном уровне детализации (который в состоянии обеспечить используемая в стране методология отслеживания ресурсов) и при необходимости четко указывать, что дезагрегированная информация отсутствует.

Как и в предыдущие годы, в основе отчетности лежит матрица/таблица национального финансирования (National Funding Matrix) — форма отчетности, в которой определены программные области в сфере противодействия ВИЧ, с разбивкой по отдельным мероприятиям (услугам) и источникам финансирования. Эта таблица включает всю совокупность ресурсов, инвестированных в сферу противодействия ВИЧ в данном году из всех источников, а потому содержит более длинный перечень услуг/программ, который можно использовать для описания того, как используются ресурсы; однако для формирования субиндикаторов будет использовано лишь ограниченное их подмножество.

Подавляющее большинство категорий расходов в связи со СПИДом (КРС) или субиндикаторов не являются новыми; они разработаны на базе имеющихся систем и структурированы по 10 обязательствам, сформулированным в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу: «Ускоренными темпами к активизации борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году» (2016 г.).

Формат титульной страницы таблицы финансирования теперь расширен и включает информацию о бюджете и идентификационные данные проведенных в стране мероприятий по анализу и отслеживанию ресурсов.

Необходимо представить отчетность по показателю: «Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ» по категориям услуг/программ и по источникам финансирования. Существует восемь ключевых субиндикаторов, перечисленных ниже.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 8: Обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии

8.1. Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ (по категориям услуг/программ и источникам финансирования)

Национальные расходы в сфере противодействия ВИЧ в разрезе программных мероприятий и источников финансирования

8.1А Расходы, связанные с проведением тестирования на ВИЧ и консультирования

8.1Б Расходы на антиретровирусную терапию

8.1В Расходы на лабораторную диагностику (определение количества CD4-лимфоцитов, вирусной нагрузки)

8.1Г Расходы на программы противодействия сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез

8.1Д Расходы на реализацию пяти основных компонентов комбинированной профилактики:

- профилактика среди молодых женщин и девушек (в возрасте 10–24 лет, исключительно в странах с высокой распространенностью);
- добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин (исключительно в странах с высокой распространенностью);
- доконтактная профилактика (ДКП), с разбивкой по ключевым группам населения: мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами (МСМ); работники секс-бизнеса; люди, употребляющие инъекционные наркотики (ЛУИН); трансгендерные лица; заключенные; молодые женщины и девушки (в возрасте 10–24 лет); серодискордантные пары;
- распространение презервативов (без целевых групп);
- профилактика среди ключевых групп населения: мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами; работники секс-бизнеса и их клиенты; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные лица; заключенные и другие люди, содержащиеся под стражей.

8.1Е Расходы на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку

8.1Ж Расходы на системы социального обеспечения

8.1З Расходы на финансовую помощь для молодых женщин и девочек

Ниже представлены определения ключевых субиндикаторов и относящихся к ним критериев, таких как определяемые области, дезагрегирование данных, целевые группы населения, методы измерения. Более подробная информация о полном диапазоне программ и мероприятий противодействия ВИЧ представлена в Приложении 2. Кроме того, в помощь при сборе данных и составлении отчетности в Приложении 2 указаны взаимосвязи между категориями программ противодействия ВИЧ в таблице/матрице национального финансирования и категориями расходов в связи со СПИДом в матрице ОНРС. Определения, области и границы для услуг, включенных в национальную таблицу финансирования, по которым надо предоставить отчетность с использованием онлайн-инструмента, будут более подробно описаны в перечне показателей.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Денежные единицы и денежные суммы; денежные суммы и объемы АРВ-препаратов и товаров, закупленных и поставленных, в общем.

Расчет

Применяются принципы взаимосвязи расходов с социальными аспектами и издержками. Правила, рамочные системы и принципы описываются в конкретных руководствах и справочниках (см. ссылки ниже).

Расчет по каждой услуге/программе или субиндикатору может иметь индивидуальные параметры для надлежащего учета всех компонентов (например, прямых или совместных расходов на предоставление услуги) и исключения двойного учета; эти расчеты могут варьироваться в зависимости от источника финансирования и способа предоставления услуги (или даже в зависимости от поставщика, предоставляющего услугу). Более подробные рекомендации приведены в соответствующих руководствах, перечисленных в конце данного раздела.

Количественная оценка ограничена только расходами внутри страны; объемами закупленных и поставленных антиретровирусных препаратов; и разбивкой расходов на (i) расходы с использованием средств международной помощи для содействия развитию и (ii) расходы с использованием государственных или частных средств.

Чтобы обеспечить надежность и точность показателей и получить достоверную отчетность, установлен ряд требований к сбору данных и их качеству.

Наиболее качественная оценка общих расходов в сфере противодействия ВИЧ в стране достигается с помощью согласования показателей методами «сверху-вниз» (от источников финансирования) и «снизу-вверх» (от расходов на предоставлении услуги).

В качестве основы для сбора данных выступает финансовая и программная отчетность поставщиков услуг или организаций, занимающихся предоставлением услуг.

Задokumentированы серьезные расхождения между суммами ассигнований, предусмотренными в бюджетах, и фактическими расходами. Поэтому не рекомендуется использовать данные анализа бюджетов в качестве единственного источника для определения совокупных расходов в сфере противодействия ВИЧ на страновом уровне.

Целесообразно проводить подтверждение (валидацию) данных о расходах за счет международных источников, национальных источников финансирования и от финансовых агентов, а также от всех соответствующих заинтересованных сторон.

Метод измерения

Основной:

- Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС).
- Информационные системы организации материально-технического снабжения, управления закупками и цепочкой поставок для получения информации по товарам.

Альтернативный:

- Системы счетов здравоохранения 2011 г. (СС3-2011)

Примечание:

- Страны могут использовать централизованные отчеты PEPFAR Expenditure Analysis, в которых собраны данные по расходам, финансируемым при поддержке Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), для представления отчетных данных по страновым расходам, финансируемым ПЕПФАР совместно с соответствующими агентствами-партнерами.
 - Национальные счета здравоохранения, использующие в качестве инструмента Систему счетов здравоохранения-2011 с полной структурой заболеваемости, пытаются охватить верхние элементы категорий ОНРС. Однако в зависимости от целей, выбранных при выполнении анализа ресурсов, Система национальных счетов здравоохранения 2011 г. не всегда обеспечит всю полноту необходимых данных о детализированных расходах в сфере ВИЧ (с разбивкой по программам). Для разбивки данных по расходам, связанным со СПИДом, возможно, потребуется дополнить СС3-2011 указанием принципов формирования расходов, чтобы вычленил часть расходов, относящихся к ВИЧ, из совместных расходов, отраженных в системе.
-

Инструменты сбора данных

Страны составляют отчеты по расходам в сфере противодействия ВИЧ по категориям программ/услуг и источникам финансирования при помощи матрицы/таблицы национального финансирования. Полный спектр категорий программ противодействия ВИЧ представлен в Приложении 2. Если в стране разработана полноценная и надлежащая ОНРС, заполнение таблицы финансирования заключается лишь в выводе шаблона после применения ОНРС. Если страна использует определенный счет системы здравоохранения согласно инструменту СС3-2011, можно заполнить ячейки таблицы финансирования, особенно по международным источникам, а в некоторых случаях и по внутреннему финансированию.

Частота измерения

Ежегодно за календарный или фискальный год. Поскольку получение окончательных результатов при составлении любой отчетности может занять больше времени, чем предписывается крайним сроком для подачи годовой отчетности, страны могут подавать предварительные результаты, которые будут заменены на окончательные по мере их готовности. В данном отчетном цикле странам предлагается подать любое количество годовых отчетов за последние 5 лет, указав их статус (предварительный или финальный), а также то, заменяют ли они собой предыдущие отчеты. Не требуется повторно подавать данные, которые уже были включены в отчеты и остались без изменений. Если страна желает подать более актуальные отчеты о расходах до 2010 года, можно связаться со специалистами ЮНЭЙДС для получения помощи.

Разбивка данных

- Источники финансирования
- Категории программ противодействия ВИЧ/СПИДу
- По некоторым избранным субиндикаторам странам рекомендуется представлять данные о расходах по самым существенным товарам, реализуемым в программе (например, по антиретровирусным препаратам в субиндикаторе «Антиретровирусная терапия») отдельно от всех остальных прямых и косвенных расходов, таких как предоставление услуг и т. д.
- Данные о товарах, ценах за единицу и объемах следует представить по источникам финансирования в соответствующей таблице

Преимущества и недостатки

Страны, надлежащим образом и в полном объеме выполнившие Оценку национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), могут заполнить шаблон таблицей, выведенной по результатам ОНРС. Однако ОНРС может быть трудоемким (и потенциально относительно дорогостоящим) процессом и требует времени для надлежащей разработки; при этом используются различные методики и системы учета для калькуляции финансовых расходов, затрат и издержек, поэтому оценочные показатели расходов не являются сертифицированными данными, как требуется в соответствии с некоторыми принципами отчетности. Итоговые страновые оценки должны быть согласованы со всеми ключевыми партнерами и заинтересованными сторонами и подвергнуты триангуляции для повышения надежности и достоверности.

Странам, выполнившим ежегодную оценку по ССЗ–2011, возможно, понадобится обеспечить актуализацию и способность кодов распределения, используемых для оценки расходов в связи с ВИЧ в системе здравоохранения, обеспечить детализацию данных по внутренним источникам. В этом процессе могут не использоваться сертифицированные данные, как требуется в соответствии с некоторыми принципами отчетности. Страны, которые только начали процесс полного распределения ресурсов по счетам здравоохранения, должны обеспечить согласование (валидацию) результатов с другими имеющимися источниками и всеми заинтересованными сторонами для повышения надежности и точности оценок; особенно это касается общего уровня расходов, потенциального дублирования расходов и значительных неучтенных расходов. Необходимо добавить расходы, не связанные со здравоохранением. Реализация системы национальных счетов здравоохранения требует среднесрочного или долгосрочного планирования и привлечения серьезных ресурсов, а также зависит от координации между специалистами по финансам и учету в здравоохранении и руководителями программ.

Страны, пользующиеся методами бюджетного анализа, должны убедиться в том, что предусмотренные в бюджете средства фактически израсходованы как запланировано, и в дополнение представить оценку по неосуществленным расходам по сравнению с утвержденным бюджетом.

Список ключевых субиндикаторов и связанных статистических метаданных

Субиндикаторы	Разбивка данных	Целевая группа населения	Что измеряет
8.1. Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ	Источник финансирования, категория услуги/программы	Не применяется	Совокупные расходы из всех источников в сфере ВИЧ/СПИДа на национальном уровне, как в системе здравоохранения, так и вне ее.
А. Расходы на тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование (без целевых групп; товары отдельно)	Источник финансирования	Общее население по определенным критериям	Тестирование на ВИЧ и консультирование включает все услуги, предполагающие тестирование на ВИЧ с сопутствующим консультированием, в т. ч.: тестирование и консультирование по инициативе клиента; тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг; тестирование и консультирование в рамках специальных кампаний, аутич-услуг или тестирования на дому. Прямые расходы на приобретение реагентов для лабораторных исследований и экспресс-тестов необходимо указывать отдельно от прочих расходов (при их наличии).
Б. Расходы на антиретровирусную (АРВ) терапию (взрослых и детей; специфические товары учитываются отдельно)	Источник финансирования: взрослые и дети (до 15 лет)	Люди, живущие с ВИЧ	Антиретровирусная терапия Прямые расходы на приобретение антиретровирусных препаратов указываются отдельно от других расходов (при наличии). Цены за единицу и объемы закупленных/поставленных товаров.

<p>В. Расходы на лабораторные исследования в связи с ВИЧ (специфические товары учитываются отдельно)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>РЛюди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию</p>	<p>Диагностические услуги, связанные с клиническим мониторингом ВИЧ. Прямые расходы на приобретение реагентов для лабораторных исследований, в т.ч. подсчета числа клеток CD4 и определения вирусной нагрузки, учитываются отдельно от расходов на другие товары и оказание услуг (при наличии).</p>
<p>Г. Расходы по сочетанному заболеванию ВИЧ-инфекцией/ТБ (специфические товары учитываются отдельно)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Люди, живущие с ВИЧ, и люди, имеющие туберкулез</p>	<p>Исследования, клинический мониторинг, сопутствующие лабораторные услуги, лечение и профилактика туберкулеза (включая изониазид и противотуберкулезные препараты для лечения активной формы туберкулеза), а также обследование пациентов туберкулезных диспансеров на ВИЧ и оказание им клинической помощи. Прямые расходы на приобретение лекарств для лечения и профилактики туберкулеза (включая изониазид и лекарства для лечения активной формы туберкулеза) учитываются отдельно от расходов на другие товары и оказание услуг (при наличии).</p>
<p>Д. Расходы по пяти главным компонентам комбинированной профилактики (товары отдельно)</p>	<p>Источник финансирования/пять главных компонентов комбинированной профилактики:</p>	<p>General population, key populations</p>	<p>Эта подмножество профилактических услуг обозначается и определяется как «комбинированная профилактика». Все остальные услуги по профилактике ВИЧ необходимо определять в рамках матрицы национального финансирования как часть более общей системы услуг профилактики. Подмножество включает услуги, специально разработанные и предоставляемые каждой из ключевых групп населения, а именно: услуги профилактики для молодых женщин и девушек (10–24 лет) в странах с высокой распространенностью; услуги для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики; добровольное медицинское мужское обрезание; ДКП с разбивкой по ключевым группам населения; а также активное распространение презервативов среди общего населения. Прямые расходы на приобретение презервативов, игл, шприцев и препаратов для заместительной терапии указываются отдельно от прочих расходов (при наличии).</p>
<p>Е. Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ (специфические товары учитываются отдельно)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Беременные женщины и новорожденные дети</p>	<p>Меры, направленные на устранение новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, включая: тестирование на ВИЧ беременных женщин, АРВ-терапию для беременных женщин, живущих с ВИЧ, и профилактику АРВ-препаратами для новорожденных; безопасные роды; консультирование и поддержку по вопросам питания матери и исключения грудного вскармливания во избежание передачи ВИЧ. Примечание: если живущая с ВИЧ женщина получает антиретровирусную терапию как часть курса лечения и узнает о своей беременности только после того, как начато лечение, расходы на АРВ-терапию следует включить в показатель «АРВ-терапия взрослых»</p>
<p>Ж. Расходы на системы социального обеспечения</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Не применяется</p>	<p>Меры по обеспечению реализации базовых программ согласно определению, данному в инвестиционной рамочной стратегии ЮНЭЙДС: в т.ч. по укреплению политической приверженности и адвокации; СМИ; законодательству, политике и правоприменительной практике; мобилизации сообществ; устранению стигмы и защите прав человека.</p>

<p>НН. Расходы на выплату денежных пособий для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, страны с высоким уровнем распространенности; специальная статья в бюджете)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Молодые женщины и девочки (в возрасте 10–24 лет)</p>	<p>Общие расходы на выплату денежных пособий для помощи молодым женщинам и девочкам (в возрасте 10–24 лет). Программа имеет комплексный синергетический эффект благодаря улучшению ситуации во многих областях, и в том числе профилактике ВИЧ-инфекции.</p>
---	--------------------------------	---	--

Дополнительная информация

Веб-сайт ЮНЭЙДС: Инструменты для работы с данными. Публикации ОНПС. URL: <http://www.unaids.org/ru/dataanalysis/datatools/nasapublicationsandtools>

Веб-сайт ЮНЭЙДС: Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНПС). Отчеты стран: URL: <http://www.unaids.org/ru/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports>

Руководства и рекомендации по системе национальных счетов здравоохранения 2011 г. (System of Health Accounts 2011 guidelines) см. по ссылке: <http://www.who.int/health-accounts/methodology/en> (на англ. яз.)

Глобальная база данных по расходам в сфере здравоохранения ВОЗ: <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>

HEDIC - Health expenditures by diseases and conditions (База данных ЕС по расходам на здравоохранение по заболеваниям и патологиям). Статистическая рабочая документация. Евростат. 2016. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>

10.1 Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции

Процент случаев заболевания туберкулезом у ВИЧ-положительных людей, когда лечение туберкулеза предоставлялось в комплексе с лечением ВИЧ-инфекции

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в выявлении и лечении туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ

Обоснование

Туберкулез — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию. Более активное выявление случаев заболевания туберкулезом и доступ к качественной диагностике и лечению туберкулеза в соответствии с международными/ национальными руководствами имеют решающее значение для повышения качества и продолжительности жизни людей, живущих с ВИЧ. Необходимо измерить процент ВИЧ-положительных людей, у которых выявлен туберкулез и которые имеют доступ к надлежащему лечению как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции.

Числитель

Количество ВИЧ-положительных людей с впервые или повторно выявленным туберкулезом, которые начали лечение туберкулеза в отчетный период, при этом уже принимая антиретровирусную терапию или начав принимать ее во время лечения туберкулеза в отчетном году

Знаменатель

Оценочное количество впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ

ВОЗ ежегодно проводит оценку числа впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. Оценки для знаменателя на 2016 год, предоставленные странами по данным о зарегистрированных случаях и охвате антиретровирусной терапией, стали доступными только в августе отчетного года, и предоставлять их при сдаче отчетности не требуется. Оценочные данные за 2016 г. доступны по ссылке: <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Учетные журналы и отчетность медицинских учреждений по предоставлению антиретровирусной терапии; программные инструменты мониторинга Программные данные и оценки количества впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ

Частота измерения

Данные необходимо собирать непрерывно на уровне медицинского учреждения, периодически агрегировать (предпочтительно ежемесячно или ежеквартально), и подавать отчетность ежегодно. В данный отчет следует включить сведения по последнему году, по которому имеются данные и оценочные показатели

Разбивка данных

- Пол
 - Возраст (<15 и 15+ лет)
 - Города
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году

Преимущества и недостатки

Адекватное выявление и лечение туберкулеза увеличивает продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ, и снижает бремя туберкулеза.

Ежегодно ВОЗ публикует оценку бремени туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, по наилучшим доступным страновым данным о распространенности ВИЧ-инфекции и заболеваемости туберкулезом. Все люди, живущие с ВИЧ, у которых впервые выявлена туберкулезная инфекция, должны начать лечение от туберкулеза и антиретровирусную терапию в течение восьми недель с момента начала лечения туберкулеза, независимо от показателя числа клеток CD4. Люди с сочетанным заболеванием туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, у которых показатели иммунной системы значительно снижены (например, при показателях числа клеток CD4 менее 50 клеток/мм³), должны начать получать антиретровирусную терапию в течение первых двух недель после начала лечения туберкулеза. Лечение от туберкулеза начинается в соответствии с критериями, определенными в национальных методических руководствах по оказанию противотуберкулезной помощи.

Данный показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции обеспечивает доступ к лечению обоих заболеваний для людей, живущих с ВИЧ и больных туберкулезом. Однако на показатель будут влиять такие факторы, как низкая обращаемость за услугами для тестирования на ВИЧ, недостаточный доступ к услугам помощи и ухода в связи с ВИЧ и к антиретровирусной терапии, а также недостаточный доступ к услугам по диагностике и лечению туберкулеза. При интерпретации результатов по данному показателю необходимо отдельно обращаться к показателям по каждому из этих факторов.

Поставщикам услуг, предоставляющих помощь в связи с ВИЧ и обеспечивающих проведение антиретровирусной терапии, необходимо регистрировать сведения о диагностике и лечении туберкулеза, поскольку эта информация важна для определения критериев для назначения антиретровирусной терапии и выбора схемы лечения антиретровирусными препаратами. Поэтому рекомендуется делать отметки о дате начала лечения туберкулеза в регистрационных журналах выдачи антиретровирусной терапии

Дополнительная информация

национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/3/9789244503003_rus.pdf

Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом в 2017 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/ru/

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision («Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в сфере ТБ/ВИЧ: обновленное издание 2015 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en> (на англ. яз).

10.2 Люди, живущие с ВИЧ, у которых был выявлен туберкулез в активной форме

Общее число людей, живущих с ВИЧ и имеющих туберкулез в активной форме, представленное в виде процента от числа людей, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ (на этапе до начала приема антиретровирусной терапии или принимающих антиретровирусную терапию) в течение отчетного периода

Что он измеряет

Распространенность активной формы туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ. Является также косвенным показателем эффективности усилий по раннему выявлению ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Обоснование

Более активное выявление туберкулеза в системе учреждений, оказывающих помощь в связи с ВИЧ, и организация тестирования на ВИЧ (с последующим консультированием) среди пациентов, больных туберкулезом, по инициативе поставщика услуг здравоохранения, — меры, направленные на ранее выявление ВИЧ-ассоциированного туберкулеза и своевременное предоставление антиретровирусной терапии и лечения туберкулеза. Хотя меры для выявления туберкулеза должны проводиться для людей, живущих с ВИЧ, при каждом посещении медицинского учреждения, особенно важно делать при постановке на учет, поскольку риск невыявленного туберкулеза у новых пациентов ВИЧ-сервисных учреждений выше, чем у тех, кто уже получает антиретровирусную терапию. Кроме того, люди, впервые включенные в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, могут быть в меньшей степени осведомлены о симптомах туберкулеза и важности его раннего выявления и лечения; они могут не обращаться за медицинской помощью даже при наличии у них общих или специфических симптомов туберкулеза. В рамках мероприятий по активному выявлению туберкулеза обеспечиваются возможности для информирования и обучения людей, живущих с ВИЧ, и выявления туберкулеза на ранних стадиях. Все люди, живущие с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, должны начать лечение туберкулеза немедленно, и начать принимать антиретровирусную терапию в течение восьми недель, если они еще не получают антиретровирусные препараты.

Числитель

Общее количество людей с активным туберкулезом за отчетный период среди общего числа пациентов, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ

Знаменатель

Общее число людей, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ: то есть зарегистрированных для подготовки к началу приема антиретровирусной терапии или для получения антиретровирусной терапии в течение отчетного периода

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Результаты исследований на туберкулез среди ВИЧ-положительных людей, у которых предположительно может быть туберкулез, должны заноситься в их медицинские карты в ВИЧ-сервисных учреждениях (в колонке о проводимых исследованиях в разделе с информацией об обращениях и приеме пациента), а также в журналы регистрации для подготовки к приему и приема антиретровирусной терапии (в разделы ежемесячного и квартального наблюдения, соответственно). Аналогично и пациенты с туберкулезом, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны быть своевременно включены в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, а их статус по туберкулезу должен быть зафиксирован в карте и учетных формах/журналах по предоставлению антиретровирусной терапии.

Числитель. Подсчитывается число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ (на этапе до начала приема антиретровирусной терапии или принимающих антиретровирусную терапию), у которых был выявлен туберкулез в активной форме, на конец отчетного периода.

Знаменатель. Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ — то есть поставленных на учет до начала приема антиретровирусной терапии или принимающих антиретровирусную терапию — в течение отчетного периода.

Во избежание дублирования данных следует убедиться, что одни и те же люди не учитываются по-разному в учетных формах до и после начала приема антиретровирусной терапии. Кроме того, информацию о статусе по туберкулезу в учетной документации до и после начала приема антиретровирусной терапии необходимо сверять и согласовывать с учетной документацией по туберкулезу в соответствующих подразделениях первичной сети, прежде чем консолидировать и передавать эти данные на более высокий уровень.

Частота измерения

Данные необходимо регистрировать ежедневно и представлять на национальный или субнациональный уровень в рамках рутинной системы квартальной отчетности. Кроме того, данные необходимо ежегодно предоставлять в ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

Города и другие важные административные единицы

Преимущества и недостатки

Обзор тенденций по заболеваемости туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу медицинского обслуживания за длительный период времени, может предоставить полезную информацию о распространенности туберкулеза среди этих групп населения, а также об эффективности усилий по раннему выявлению и лечению ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Показатель может давать заниженные данные относительно реальной распространенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, поскольку могут не учитываться пациенты, которые были выявлены в результате тестирования и консультирования по инициативе медработников, однако не включены в программу медицинской помощи в связи с ВИЧ; а также люди с диссеминированными формами туберкулеза, которые протекают бессимптомно и не выявляются в процессе рутинного скрининга на туберкулез. Высокое значение показателя может говорить как о высокой распространенности туберкулеза, так и об эффективности программ по скринингу на туберкулез и тестированию на ВИЧ; низкое значение показателя может отражать как низкое качество скрининга на туберкулез и тестирование на ВИЧ, так и высокую эффективность противотуберкулезных мер. Таким образом, интерпретировать показатель следует с осторожностью.

Дополнительная информация

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision («Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в сфере ТБ/ВИЧ: обновленное издание 2015 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en> (на англ. яз).

10.3 Люди, живущие с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза

Количество пациентов, начавших лечение латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ), представленное в виде процента от числа людей, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ за отчетный период

Что он измеряет

Насколько распространена практика начинать лечение латентной туберкулезной инфекции у людей, живущих с ВИЧ, при их первичном включении в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ.

Обоснование

В системе медицинского обслуживания в связи с ВИЧ все пациенты должны проходить скрининг на туберкулез при каждом посещении медицинского учреждения в соответствии с рекомендованным ВОЗ клиническим алгоритмом. У взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, у которых не проявляются определенные симптомы (жалобы на постоянный кашель, лихорадку, потерю веса или ночные поты), вероятно, нет туберкулеза в активной форме, а потому им необходимо предложить профилактический курс лечения, то есть лечение латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ). Детям, у которых нет жалоб на плохой набор веса, лихорадку или постоянный кашель, также необходимо предложить профилактический курс лечения для снижения риска развития активной формы туберкулеза, независимо от того, получает ребенок антиретровирусную терапию или нет.

Числитель

Общее количество людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, которые начинают лечение латентной туберкулезной инфекции в течение отчетного периода.

Если нет данных по людям, впервые включенным в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, можно вместо них ввести общие данные о числе людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ.

Знаменатель

Общее число людей, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ: то есть зарегистрированных для подготовки к началу приема антиретровирусной терапии или для получения антиретровирусной терапии в течение отчетного периода.

Если нет данных по людям, впервые включенным в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, можно вместо них ввести общие данные о числе людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Профилактический курс противотуберкулезными препаратами необходимо начать у всех людей, соответствующих клиническим критериям, а дату начала курса необходимо зафиксировать в карте пациента/регистрационном журнале предоставления антиретровирусной терапии (в разделе с информацией об обращениях и приеме пациента). Лица, согласившиеся на лечение и получившие хотя бы одну, первую дозу, должны регистрироваться в регистрационных журналах по подготовке к антиретровирусной терапии и журналах/формах предоставления антиретровирусной терапии (в колонке отмечается месяц и год начала приема изониазида).

Числитель. Подсчитывается число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ в течение отчетного периода, которые начали лечение латентной туберкулезной инфекции — то есть тех, что получил как минимум одну дозу противотуберкулезных препаратов, таких как изониазид.

Знаменатель. Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ — то есть поставленных на учет для подготовки к началу приема антиретровирусной терапии, а также принимающих антиретровирусную терапию — в течение отчетного периода.

Для точного планирования и распределения препаратов необходимо собрать более подробную информацию, помимо указанной выше. Для учета посещений и получения лекарств можно использовать журналы выдачи аптечных препаратов. В качестве альтернативного варианта медицинское учреждение, предоставляющее антиретровирусную терапию, может параллельно с учетной документацией по антиретровирусной терапии вести журналы учета по лечению латентной туберкулезной инфекции. Подобные записи могут служить источником ценной информации о количестве пациентов, начавших или продолжающих лечение латентной туберкулезной инфекции, а также о числе полностью завершивших лечение и о побочных эффектах.

Частота измерения

Данные необходимо регистрировать ежедневно и представлять на национальный или субнациональный уровень в рамках рутинной системы квартальной отчетности. Кроме того, данные необходимо ежегодно предоставлять в ВОЗ и ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

Города и другие важные административные единицы

Преимущества и недостатки

Данный показатель показывает охват людей, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, курсами противотуберкулезных препаратов для профилактики туберкулеза. Однако у индикатора нет эталонных критериев для определения приемлемого уровня результативности. Расширение масштабов проведения таких курсов профилактики поможет обеспечить разработку таких критериев на национальном уровне. Без сбора дополнительных данных этот показатель не дает представления о количестве пациентов, приверженных лечению или полностью завершивших курс лечения.

Дополнительная информация

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision («Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в сфере ТБ/ВИЧ: обновленное издание 2015 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <http://www.who.int/tb/publications/monitoring-evaluation-collaborative-tb-hiv/en> (на англ. яз).

10.4 Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры в последние 12 месяцев

Число мужчин с выделениями из уретры, зарегистрированных за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в уменьшении практики незащищенного секса среди мужчин.

Обоснование

Выделения из мочеиспускательного канала у мужчин — симптом инфекций, передающихся половым путем. Чаще всего выделения вызываются гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) или хламидиями (*Chlamydia trachomatis*). Наличие острого симптома ИППП, такого как выделения из уретры, является маркером незащищенного полового контакта, и такие выделения способствуют инфицированию и передаче ВИЧ. Поэтому эпиднадзор за таким симптомом, как выделения из уретры, важен для целей эпиднадзора второго поколения за ВИЧ-инфекцией, поскольку обеспечивает ранее предупреждение об эпидемическом потенциале ВИЧ при передаче половым путем и о распространенных в текущей ситуации практиках среди населения, связанных с рискованным сексуальным поведением, которые могут потребовать более активных программных вмешательств для снижения риска. При отсутствии лечения выделения из уретры могут привести к бесплодию, слепоте и диссеминированному поражению организма. При росте резистентности к рекомендуемым схемам лечения при *Neisseria gonorrhoeae* инфекция может стать неподдающейся лечению.

Числитель

Количество мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры за отчетный период

Знаменатель

Количество мужчин в возрасте 15 лет и старше

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного мониторинга медицинских данных

Частота измерения

Данные необходимо фиксировать ежедневно и подавать на национальный или субнациональный уровень ежеквартально. Их также необходимо ежегодно консолидировать и предоставлять в ВОЗ.

Разбивка данных

Нет

Преимущества и недостатки

Несмотря на то, что ВОЗ предоставила определение случая заболевания, применимое на глобальном уровне (для всех стран), на практике в разных странах могут использоваться различающиеся определения, и возможности клинической диагностики в разных странах (и на внутристрановом уровне) также могут различаться. Хотя значение по данному показателю может быть ниже фактического (заниженные данные), в целом если определение случая заболевания остается неизменным, и при отсутствии значительных изменений в процедурах скрининга, эти данные можно использовать для отслеживания динамики тенденций в стране за весь период наблюдений.

Страны, подающие сведения по числу случаев выделений из уретры, должны сообщать, насколько эти данные являются репрезентативными для общего населения на популяционном уровне.

Отслеживание тенденций по выделениям из уретры — реализуемый на практике способ мониторинга заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди населения. Данные по вагинальным выделениям у женщин, хотя и являются полезными для целей мониторинга на местном и национальном уровнях, не требуются на глобальном уровне, поскольку во многих случаях инфекции, передающиеся половым путем, не вызывают вагинальных выделений.

Страны должны периодически проводить оценку причин симптома выделений из мочеиспускательного канала для понимания основных причин такой симптоматики и, соответственно, выбора надлежащих стратегий лечения.

Если страна не может предоставить сведения по знаменателю, ВОЗ использует знаменатель, полученный по данным Отдела народонаселения ООН.

Изучите динамику тенденций в сопоставимых группах населения за период наблюдения.

Дополнительная информация

Стратегии и лабораторные методы по усилению эпиднадзора за инфекциями, передающимися половым путем 2012 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/ru/>

10.5 Гонорея у мужчин

Число лабораторно подтвержденных случаев гонореи у мужчин в странах, имеющих лабораторный потенциал для диагностики

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении числа мужчин, практикующих незащищенный секс.

Обоснование

Острая бактериальная инфекция, передающаяся половым путем, такая как гонорея, является маркером незащищенного полового контакта и способствует инфицированию и передаче ВИЧ. Поэтому эпиднадзор за гонореей важен для целей эпиднадзора второго поколения за ВИЧ-инфекцией, поскольку обеспечивает ранее предупреждение об эпидемическом потенциале ВИЧ при передаче половым путем и о распространенных в текущей ситуации практиках среди населения, связанных с рискованным сексуальным поведением, которые могут потребовать более активных программных вмешательств для снижения риска. При отсутствии лечения гонорея может приводить к воспалительному заболеванию органов малого таза, внематочной беременности, бесплодию, слепоте и диссеминированному поражению организма. При росте резистентности к рекомендуемым схемам лечения эта инфекция может стать неподдающейся лечению.

Числитель

Количество мужчин с лабораторно диагностированной гонореей за последние 12 месяцев

Знаменатель

Количество мужчин в возрасте 15 лет и старше

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного мониторинга медицинских данных

Частота измерения

Нет

Преимущества и недостатки

Несмотря на то, что ВОЗ предоставила определение случая заболевания, применимое на глобальном уровне (для всех стран), на практике в разных странах могут использоваться различающиеся определения, и возможности клинической диагностики в разных странах (и на внутристрановом уровне) также могут различаться. Хотя значение по данному показателю может быть ниже фактического (заниженные данные), в целом если определение случая заболевания остается неизменным, и при отсутствии значительных изменений в процедурах скрининга, эти данные можно использовать для отслеживания динамики тенденций в стране за весь период наблюдений.

Дополнительная информация

Страны, подающие сведения по числу случаев гонореи, должны сообщать, насколько эти данные являются репрезентативными для общего населения на популяционном уровне.

Данные гонорее у женщин, хотя и являются полезными для целей мониторинга на местном и национальном уровнях, не требуются на глобальном уровне, поскольку у большинства женщин, инфицированных *Neisseria gonorrhoeae*, болезнь протекает бессимптомно, и точные диагностические тесты на гонорею у женщин не являются общедоступными в странах с низким и средним уровнем доходов. Таким образом, данные по гонорее у женщин слишком сильно зависят от имеющихся в стране диагностических ресурсов и применяемых скрининговых процедур, чтобы можно было надлежащим образом отслеживать их на глобальном уровне. Если страна не может предоставить сведения по знаменателю, ВОЗ будет использовать знаменатель, полученный по данным Отдела народонаселения ООН.

Стратегии и лабораторные методы по усилению эпиднадзора за инфекциями, передающимися половым путем 2012 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241504478/ru/>

10.6 Тестирование на вирусный гепатит В

Процент людей, начавших принимать антиретровирусную терапию, которые были обследованы на вирусный гепатит В

Что он измеряет

Показатель отслеживает тенденции в проведении тестирования на вирусный гепатит В среди людей, которые начинают принимать антиретровирусную терапию; это критичная мера, которая необходима, чтобы обеспечить таким людям получение комбинации лекарственных препаратов для лечения вирусного гепатита В.

Наличие поверхностного антигена вируса гепатита В указывает на хроническое заболевание вирусным гепатитом В (ВГВ). Наличие сведений о положительном статусе пациентов по ВИЧ-инфекции и вирусному гепатиту В (ВГВ) позволяет назначить антиретровирусные препараты, которые эффективны против ВГВ и ВИЧ.

Обоснование

Тестирование на вирусный гепатит В выявляет сочетанное заболевание, что позволяет соответствующим образом адаптировать курс лечения

Числитель

Количество людей, начавших принимать антиретровирусную терапию, которые были обследованы на вирусный гепатит В в отчетном периоде с использованием тестов на поверхностный антиген вируса гепатита В

Знаменатель

Количество людей, начавших антиретровирусную терапию в отчетном периоде

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Клинические и/или лабораторные записи

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол
 - Возраст (<15 и 15+ лет)
 - Люди, употребляющие инъекционные наркотики
-

Преимущества и недостатки

Данный показатель отслеживает достигнутый прогресс в регулярном проведении обследований на вирусный гепатит В, однако не отражает общего количества людей с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, получающих связанное с ВИЧ медицинское обслуживание и знающих об имеющемся у них сочетанном заболевании ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом В. Это количество будет отражено показателем С.6 программы ВОЗ по мониторингу и оценке вирусного гепатита 2016 г. (2016 WHO viral hepatitis monitoring and evaluation framework), с разбивкой данных по ВИЧ-статусу.

Данный показатель соответствует показателю LINK.27 (Rev.1) (*LINK.27 Скрининг на гепатит В: Процент людей, включенных в программу помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг на гепатит В*) в Сводном руководстве по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения (ВОЗ, 2015). Пересмотренный показатель предусматривает необходимость учета людей, начинающих антиретровирусную терапию, поскольку это наилучший момент для обследования людей, живущих с ВИЧ, на ко-инфекцию вирусного гепатита В с целью начала лечения.

10.7 Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, получающие комбинированное лечение

Процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, получающих комбинированное лечение

Что он измеряет

Процент людей с сочетанным заболеванием ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом В (ВГВ), включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ и получающих лечение антиретровирусными препаратами, которые эффективны против обоих вирусов

Обоснование

Люди, живущие с ВИЧ, часто инфицированы также ВГВ. Распространенность коинфекции ВИЧ/ВГВ особенно высока в странах Африканского и Европейского регионов ВОЗ, где это связано, соответственно, с инфицированием в раннем детстве и потреблением инъекционных наркотиков. Лечение людей, живущих с ВИЧ, от вирусного гепатита В влияет на качество жизни, продолжительность жизни и уровень смертности. Некоторые антиретровирусные препараты эффективны против обоих вирусов (ВИЧ и ВГВ), что упрощает лечение людей с коинфекцией ВИЧ/ВГВ.

Числитель

Количество людей с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, которые получают лечение антиретровирусными препаратами, эффективными как против ВИЧ, так и против ВГВ, за отчетный период

Знаменатель

Количество людей с диагностированным сочетанным заболеванием ВИЧ-инфекцией и ВГВ, включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, в отчетный период (12 месяцев)

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель и знаменатель рассчитываются по клинической документации медицинских учреждений, предоставляющих лечение и уход в связи с ВИЧ

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Запрашиваемая дополнительная информация

Этот показатель соответствует показателю C.7a программы по мониторингу и оценке вирусного гепатита, с разбивкой по ВИЧ-статусу.

Если показатель получен на базе лишь определенного подмножества медицинских учреждений, необходимо предоставить комментарии относительно источника информации, размера выборки и репрезентативности для всех учреждений, предоставляющих лечение и уход в связи с ВИЧ.

Преимущества и недостатки

Этот показатель рассчитывается просто. Поскольку лечение как от ВИЧ-инфекции, так и от ВГВ назначается пожизненно, показатель отражает величину охвата, как и в случае охвата лечением ВИЧ-инфекции

10.8 Тестирование на вирусный гепатит С

Процент людей, начавших принимать антиретровирусную терапию, которые были обследованы на вирусный гепатит С (ВГС)

Что он измеряет

Показатель отслеживает тенденции в проведении тестирования на вирусный гепатит С (ВГС); это критичная мера, которая необходима для адекватной оценки потребностей в ведении случаев вирусного гепатита С.

Тестирование на вирусный гепатит С обеспечивает данные о распространенности сочетанного заболевания ВИЧ-инфекции/ВГС, позволяя врачам принимать решения о необходимости проведения дальнейших клинических и лабораторных исследований и лечения.

Обоснование

Тестирование на вирусный гепатит С помогает выявить сочетанное заболевание ВИЧ-инфекции/ВГС, что позволяет соответствующим образом адаптировать курс лечения

Числитель

Количество взрослых и детей, начавших принимать антиретровирусную терапию, которые были обследованы на вирусный гепатит С за отчетный период с использованием ряда тестов на антитела к ВГС и с последующим исследованием методом ПЦР (полимеразная цепная реакция) для людей с положительными результатами тестов на антитела к ВГС

Знаменатель

Количество взрослых и детей, начавших антиретровирусную терапию в отчетном периоде

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Клиническая или лабораторная документация

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол
 - Возраст (<15 и 15+ лет)
 - Люди, употребляющие инъекционные наркотики
-

Преимущества и недостатки

Положительные результаты тестов на антитела к ВГС являются серологическим доказательством наличия заболевания (в прошлом или в настоящее время). Люди с положительными результатами тестов на антитела к ВГС должны пройти тест на определение РНК ВГС (выявление циркулирующего в крови ВГС), чтобы отличить заболевание, имевшееся в прошлом, от активного заболевания, которое требует лечения.

Данный показатель отслеживает достигнутый прогресс в регулярном проведении обследований на вирусный гепатит С, однако не отражает общего количества людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, получающих связанное с ВИЧ медицинское обслуживание и знающих об имеющемся у них сочетанном заболевании ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С. Это количество будет отражено показателем С.6 программы ВОЗ по мониторингу и оценке вирусного гепатита 2016 г. (2016 WHO viral hepatitis monitoring and evaluation framework), с разбивкой данных по ВИЧ-статусу.

Данный показатель соответствует показателю LINK.28 (Rev.1) (*LINK.28 Скрининг на гепатит С: Процент людей, включенных в программу помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг на гепатит С*) в Сводном руководстве по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения (ВОЗ, 2015). Пересмотренный показатель предусматривает необходимость учета людей, начинающих антиретровирусную терапию, поскольку это наилучший момент для обследования людей, живущих с ВИЧ, на коинфекцию с целью начала лечения.

10.9 Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавшие лечение ВГС

Процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, которые начали лечение от ВГС

Что он измеряет

Начало лечения от ВГС у людей с сочетанным заболеванием ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С (ВГС), включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ

Обоснование

Распространенность сочетанного заболевания ВГС особенно высока среди людей, живущих с ВИЧ, в странах Европейского региона ВОЗ, из-за распространенного пути передачи при употреблении инъекционных наркотиков. Лечение вирусного гепатита С у людей, живущих с ВИЧ, оказывает влияние на качество жизни, продолжительность жизни пациентов и на уровень смертности.

Числитель

Количество людей, у которых диагностировано сочетанное заболевание ВИЧ-инфекцией и ВГС, которые начали лечение от ВГС, за определенный период времени (например, 12 месяцев)

Знаменатель

Количество людей, у которых диагностировано сочетанное заболевание ВИЧ-инфекцией и ВГС, включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, за определенный период времени (например, 12 месяцев)

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель и знаменатель рассчитываются по клинической документации медицинских учреждений, предоставляющих лечение и уход в связи с ВИЧ

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Преимущества и недостатки

Этот показатель измеряет доступ к лечению вирусного гепатита С для людей с сочетанным заболеванием ВИЧ-инфекцией и ВГС. Недостаток показателя заключается в том, что он отражает проводимые мероприятия только за один год. Для описания кумулятивного эффекта по общему числу людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, которые начали лечение, необходимо скомпилировать кумулятивные данные по числу людей, начавших лечение, с учетом как впервые выявленных случаев ВГС, так и вторичных случаев ВГС, в знаменателе.

Дополнительная информация

Этот показатель соответствует показателю C.7b программы ВОЗ по мониторингу и оценке вирусного гепатита 2016 г. (2016 WHO viral hepatitis monitoring and evaluation framework), с разбивкой данных по ВИЧ-статусу.

10.10 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки

Процент женщин, живущих с ВИЧ, в возрасте 30–49 лет, которые сообщили о прохождении обследования на рак шейки матки с использованием любого из следующих методов: визуального гинекологического осмотра шейки матки с предварительной обработкой уксусной кислотой (VIA), мазка из шейки матки или теста на вирус папилломы человека (ВПЧ)

Что он измеряет

Процент женщин, живущих с ВИЧ, прошедших скрининг на рак шейки матки

Обоснование

Рак шейки матки (РШМ) — второй по распространенности тип рака у женщин в странах с низким или средним уровнем доходов, в которых только в 2012 году было зарегистрировано, по различным оценкам, около 530 000 новых случаев этого заболевания (84 % от числа новых случаев во всем мире). В странах с высоким уровнем доходов действуют программы, позволяющие женщинам своевременно проходить скрининг, что позволяет выявить предраковые состояния на тех стадиях, когда их легко можно вылечить.

Широкий охват женщин скринингом на РШМ и своевременное лечение выявленных в результате скрининга предраковых состояний обеспечивают низкую заболеваемость инвазивным раком шейки матки в странах с высоким уровнем доходов.

Женщины с ВИЧ подвержены более высокому риску заболевания раком шейки матки и развития инвазивного рака, чем ВИЧ-отрицательные женщины. Инвазивный рак шейки матки является СПИД-индикаторным состоянием. Поэтому скрининг у ВИЧ-положительных женщин имеет большое значение. Он может предотвратить до 80 % случаев рака шейки матки в указанных странах.

Числитель

Количество женщин, живущих с ВИЧ, в возрасте 30–49 лет, которые сообщили, что когда-либо проходили скрининговое обследование на рак шейки матки с использованием любого из следующих методов: визуального гинекологического осмотра шейки матки с предварительной обработкой уксусной кислотой (VIA), мазка из шейки матки или теста на ВПЧ.

Знаменатель

Все респондентки, живущие с ВИЧ, в возрасте 30–49 лет.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

- Национальные репрезентативные обследования популяционного уровня.
- Программные данные: При отсутствии данных о числе женщин, живущих с ВИЧ (в возрасте 30–49 лет), которые когда-либо проходили скрининг на рак шейки матки, можно также представить данные о количестве женщин с положительным результатом теста на ВИЧ среди всех женщин (в возрасте 30–49 лет), которые были обследованы на рак шейки матки

Частота измерения

Необходимо собирать данные, как минимум, каждые пять лет

Разбивка данных

- Возраст (30–49 лет или в соответствии с национальными методическими руководствами)
- Место жительства (город или сельская местность)

Преимущества и недостатки

Потенциальные ограничения могут быть связаны с искажениями и ошибками данных, полученных на основании самооценки респонденток (например, ошибочное мнение о том, что любое гинекологическое обследование представляет собой скрининг на рак шейки матки), а также ограниченную достоверность инструментов обследования.

Дополнительная информация

Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, WHO Sixty-Sixth World Health Assembly, (Дополнение к Политической декларации Совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, Шестьдесят шестая Всемирная ассамблея здравоохранения ВОЗ) WHA66.10, World Health Organization. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf (на англ. яз.).

Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: indicator definitions and specifications (Глобальный мониторинг неинфекционных заболеваний: определения и спецификации показателей). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. URL: http://www.who.int/nmh/ncd-tools/indicators/GMF_Indicator_Definitions_Version_NOV2014.pdf (на англ. яз.).

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan 2012. Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012 (IARC CancerBase No. 11; URL: <http://globocan.iarc.fr>).

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention («Руководство ВОЗ по скринингу и лечению предраковых состояний для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en (на англ. яз.).

Руководство по заполнению промежуточного вопросника по политике в 2018 году

Введение

Мониторинг политики является одним из компонентов глобального мониторинга эпидемии СПИДа с 2003 года. Он выполняется раз в два года, в последний раз это делалось в 2017 году с применением инструмента НОПИ («Национальные обязательства и политические инструменты»). НОПИ — неотъемлемый компонент глобального мониторинга эпидемии СПИДа, предназначенный для оценки прогресса в разработке и реализации политических мер, стратегий и законов в сфере противодействия ВИЧ. В основе НОПИ лежат:

- Привлечение к активным консультациям и диалогу ключевых партнеров и заинтересованных сторон на национальном уровне, особенно государственного сектора и гражданского общества, чтобы их точки зрения по вопросам, связанным со СПИДом, были озвучены.
- Поддержка и помощь странам в проведении ими оценки статуса национальной эпидемии ВИЧ и принимаемых мер, в том числе для выявления имеющихся препятствий и пробелов, а также факторов, содействующих активизации мер противодействия СПИДу.
- Сбор данных о политике и правовой среде, связанных с противодействием СПИДу.

Ответы этого модуля служат для непосредственного мониторинга или анализа информации о прогрессе в реализации 10-ти обязательств по ускоренной реализации мер (Fast-Track commitments) и расширенных целевых показателей для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году.

В рамках отчетов по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа данные по НОПИ необходимо предоставлять каждые два года. Такие сроки установлены исходя из того, что для изменения законов, правил и регламентирующей политики

требуется время, и потребности в более частом проведении мониторинга могут быть ограниченными.

В промежуточные годы заполняется промежуточный опросник по вопросам политики, который необходимо сдать вместе с отчетами по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Промежуточный опрос по вопросам политики включает в себя подмножество вопросов из Части А инструмента НОПИ, которые касаются элементов политики, наиболее часто подверженных изменениям.

Новый вопросник НОПИ и разработанная процедура для его заполнения впервые включены в процесс отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring) в 2017 году, после проведения обширных экспертных консультаций и анализа. С учетом опыта подготовки отчетности 2017 года, некоторые формулировки вопросов в дальнейшем уточнялись и дорабатывались для использования при подготовке промежуточных отчетов в 2018 году.

Структура вопросника

НОПИ состоит из двух частей. Часть А предназначена для заполнения национальными органами власти, а часть В — представителями гражданского общества и другими партнерами из негосударственного сектора, участвующими в реализации национальных мер противодействия СПИДу. В годы подготовки промежуточной отчетности необходимо заполнить только подмножество вопросов из Части А, которые включены в промежуточный вопросник по политике.

Вопросы, содержащиеся в промежуточном вопроснике по политике, разработаны на основе 10-ти обязательств

ускоренной реализации мер (Fast-Track commitments) и расширенных целевых показателей для прекращения эпидемии к 2030 году.¹⁴

Предлагаемые шаги для проведения сбора и проверки данных для заполнения промежуточного вопросника по политике

Нижеописанный процесс заполнения НОПИ необходимо интегрировать в планы и графики каждой страны в рамках общего процесса глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Хотя в промежуточный опрос по вопросам политики не входят вопросы из Части В инструмента НОПИ, заполняемые представителями гражданского общества и другими партнерами из негосударственного сектора в сфере противодействия ВИЧ, странам рекомендуется шире вовлекать гражданское общество в общий процесс отчетности по программе глобального мониторинга в сфере СПИДа.

1. Создать рабочую группу, которая будет заниматься обеспечением отчетности по вопросам политики. Эти функции может выполнять существующая межсекторная техническая рабочая группа по мониторингу и оценке.
2. Определить ответственного координатора для заполнения вопросника.
3. Рабочей группе провести картирование ключевых партнеров и заинтересованных сторон, чтобы системно подойти к выбору партнеров, которые будут участвовать в заполнении вопросника.

¹⁴ Обязательства по ускоренной реализации мер, направленных на прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году: Fast-Track Commitments to End AIDS by 2030 URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf (на англ. яз.).

Такое картирование помогает обеспечить сбор наиболее актуальных и точных данных в рамках опроса по вопросам политики за счет привлечения соответствующих экспертов и избежать влияния потенциальных системных ошибок на процедуру осуществления отчетности. Это также поможет представить самый широкий спектр мнений в рамках отчетности. Привлечение широкого круга ключевых партнеров будет полезным при интерпретации количественных данных или потенциально неоднозначных данных.

Перечень всех лиц и учреждений, которые могут предоставить информацию или полезные идеи по вопросам, включенным в опросник, могут составить опытные члены рабочих групп; при этом они могут опираться на собственные знания и опыт, анализировать соответствующую документацию и обращаться за советом и помощью к другим специалистам в области противодействия ВИЧ в стране .

Ключевых партнеров можно найти, в частности, в следующих секторах/учреждениях и группах:

- Министерство здравоохранения или подобный орган.
- Министерство образования или подобный орган.
- Министерство по гендерным вопросам или подобный орган.
- Министерство юстиции или подобный орган.
- Министерство торговли или подобный орган.
- Представители людей, живущих с ВИЧ, включая женщин и молодежь.

- Представители различных ключевых групп населения.
- Двусторонние и многосторонние организации, участвующие в реализации мер противодействия ВИЧ.
- Другие негосударственные организации или фонды, участвующие в реализации мер противодействия ВИЧ.
- Частный сектор

При определении ключевых партнеров необходимо обеспечить представительство различных регионов.

По всем ключевым партнерам, которые будут включены в процесс подготовки отчетности по вопросам политики, необходимо указывать следующую информацию:

- ФИО.
- Контактная информация.
- Название организации, которую представляет конкретное лицо.
- Должность (функции) данного лица в этой организации.
- К какому типу относится ключевой партнер: министерство здравоохранения, другое министерство, частный сектор, гражданское общество, международная НГО, двусторонняя организация, ЮНЭЙДС или другие программы ООН.
- Эта информация может быть полезной для документирования многосекторного характера процесса подготовки отчетности, а также для того,

чтобы обеспечить подготовку к следующим раундам отчетности по вопросам политики.

4. Собрать ответы для вопросника: для обеспечения точности данных и равномерного распределения нагрузки между респондентами, рекомендуется адресовать конкретные вопросы респондентам, наиболее компетентным в соответствующей области. Координаторы, ответственные за заполнение.

вопросника, или консультанты, привлеченные для помощи в проведении отчетности, обеспечивают взаимодействие с выбранными ключевыми партнерами, например, в формате индивидуальных интервью по телефону или по электронной почте, предоставляют им вопросы, соответствующие их сфере компетенции, и затем собирая ответы на эти вопросы.

По возможности, рекомендуется направлять один и тот же вопрос не одному, а нескольким ключевым партнерам, компетентным в соответствующей области. При наличии расхождений в ответах респондентов координатор по заполнению вопросника может направить полученную сводную информацию различным ключевым партнерам для уточнения источника различных ответов и, по возможности, достижения консенсуса. Во избежание возможных искажений необходимо обеспечивать максимальную анонимность респондентов в процессе проверки данных и последующих обсуждений.

Опросник в формате PDF опубликован на веб-сайте ЮНЭЙДС, а также его можно скачать, нажав на заголовок (активный линк) «Промежуточный опрос по вопросам политики» в списке индикаторов в онлайн-инструменте отчетности о глобальном мониторинге эпидемии СПИДа (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

5. Национальному координатору по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа ввести ответы в онлайн-инструмент отчетности.
6. Ключевым партнерам рассмотреть предварительные варианты ответов и представить свои комментарии. Чтобы ключевые партнеры могли ознакомиться с предварительными вариантами ответов на вопросник по политике, им могут быть предоставлены права на просмотр данных в онлайн-инструменте отчетности о глобальном мониторинге эпидемии СПИДа; либо заполненный опросник может быть выслан им в формате PDF. PDF-версию документа можно скачать из онлайн-инструмента отчетности, нажав на опцию "Print all policy questionnaire to PDF" («Сохранить весь опросник в формате PDF») на странице списка индикаторов.
7. Провести консультативное совещание по проверке данных.
 - Рассмотреть ответы на выбранные вопросы;
 - Проанализировать данные по вопросам политики вместе с данными по индикаторам для определения достигнутого прогресса, имеющихся пробелов, барьеров и вспомогательных факторов в сфере противодействия СПИДу.
 - Определить ключевые пункты для описательных резюме по каждой области, в которой страны взяли на себя обязательства.

Учитывая длину опросника, не рекомендуется планировать рассмотрение ответов на все вопросы во время национального рабочего совещания по проверке данных. Вместо этого рекомендуем сфокусироваться на определенных ключевых вопросах, которые (если это

было выявлено перед совещанием) требуют особого обсуждения в процессе сбора и анализа данных, а также более широко обсудить достигнутый прогресс и имеющиеся пробелы по каждому обязательству.

8. Обновить ответы на вопросы опросника, введенные в онлайн-инструмент отчетности о глобальном

мониторинге эпидемии СПИДа, с учетом комментариев, полученных в ходе подготовки и проведения консультативного совещания, и заполнить описательные резюме по каждой области, связанной с выполнением обязательств.

9. Представить ответы по модулю политики вместе с остальными компонентами глобальной отчетности в срок до 29 марта 2018 года включительно.
10. Ответить на запросы, полученные через онлайн-инструмент отчетности в процессе последующей проверки опубликованных данных.

Цель предлагаемой процедуры — обеспечить интегрированный процесс проверки правильности собранных данных по вопросам политики для максимально объективного анализа информации.

Загрузка представленных ранее данных по политике через программу глобального мониторинга

Вопросы, включенные в промежуточный опрос по вопросам политики 2018 года, представляют собой выборку вопросов, входивших в инструмент НОПИ в 2017 году. Страны, которые представили ответы на эти вопросы с помощью инструмента

НОПИ (2017), теперь могут загрузить эти ответы в свой промежуточный вопросник по политике в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга. Затем эти ответы можно скорректировать и обновить — либо представить в том же виде, если никаких изменений не произошло.

Интеграция и практическое использование данных по вопросам политики

Собранные с помощью опросника данные будут дополнять данные по индикаторам и расходам, которые также были собраны и представлены в рамках процедуры глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Странам рекомендуется использовать данные по вопросам политики для анализа статуса своей эпидемии и ответных мер, а также для стратегического планирования мероприятий национального уровня.

В глобальном масштабе данные о реализации политики будут использоваться непосредственно для мониторинга прогресса в выполнении 10-ти обязательств по ускоренной реализации мер (Fast-Track commitments) и расширенных целевых показателей для прекращения эпидемии к 2030 году, а также будут использоваться для понимания контекста по количественным данным, собранным с помощью индикаторов глобального мониторинга эпидемии СПИДа, и для получения необходимой информации для разработки глобальных стратегий и отчетов. Ответы каждой страны на вопросы политики будут объединены для вычисления региональных и глобальных показателей. Данные по вопросам политики в каждой стране также будут доступны в инструменте AIDSInfo.

¹⁵ In countries where breastfeeding is not recommended for women living with HIV please click this response if it only applies to pregnant women.

Промежуточный опрос по вопросам политики

Аббревиатуры и сокращения

ЗТС	ламивудин
ABC	абакавир
ATV/r	атазанавир, дополненный ритонавиром
A3T	зидовудин
d4T	ставудин
DTG	долутегравир
EFV	эфавиренц
FTC	эмтрицитабин
LPV/r	лопинавир, дополненный ритонавиром
RPR	реагиновые тела в плазме крови
TDF	тенофовира дизопроксил фумарат
TRPA	Проба агглютинации частиц трепонемы паллидум
VDRL	Лаборатория изучения венерических заболеваний
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАТП	Проба гемагглютинации трепонемы паллидум
ДКП	доконтактная профилактика
ЛГБТИ	лесбиянки, геи, бисексуалы, трансгендеры и интерсексуалы
НИОТ	нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НГО	негосударственная организация
ПЦР	полимеразная цепная реакция
ТАПИС/	
ТРИПС	Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности

1. Обеспечить доступ к лечению для 30 млн людей, живущих с ВИЧ, за счет достижения целей «90–90–90» к 2020 году

- Приверженность достижению целей «90–90–90»
- Работа с нормативными положениями, политикой и процедурами, препятствующими получению доступа к безопасным, действенным и приемлемым по цене непатентованным лекарственным средствам (генерикам), методам диагностики и сопутствующим медицинским технологиям, в том числе за счет полноценного применения гибких положений Соглашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности (ТАПИС/ТРИПС), и укрепление регионального и местного потенциала для разработки, производства и предоставления доступной и качественной медицинской продукции.

* Определения терминов и понятий, отмеченных звездочкой (*), даны в Руководстве по заполнению Национальных обязательств и политических инструментов (НОПИ).

Тестирование на ВИЧ

1. Какие из следующих методов обследования на ВИЧ-инфекцию используются в вашей стране (выберите все подходящие варианты):

- Тестирование и консультирование по инициативе клиента
- Тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг
- Тестирование в рамках рутинной дородовой диагностики
- Тестирование и консультирование на уровне сообществ
- Тестирование в домашних условиях
- Тестирование вспомогательным (непрофессиональным) персоналом
- Самотестирование
- Тестирование в связи с тем, что у партнера/члена семьи был положительный результат теста на ВИЧ

2. Включены ли рекомендации, приведенные в Объединенном руководстве ВОЗ по предоставлению услуг тестирования на ВИЧ (2015 г.), в национальные руководства по проведению тестирования в стране??

- Да, полностью
- Да, частично
- Нет
- Не знаю

3. Внедрен ли или включен ли в вашей стране метод самотестирования на ВИЧ в национальную политику или программу?

- Да
- Нет

3.1 Если да, применяется ли самотестирование на ВИЧ?

- Да
- Нет

3.2 Если нет, имеются ли планы по включению самотестирования на ВИЧ в национальную политику в будущем?

- Да
- Нет

3.2a Если да, укажите год, когда планируется включить самотестирование в действующую политику:

- Год не запланирован
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
-

4. Включила ли страна в национальную политику такой метод, как ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном заражении ВИЧ-инфекцией?

- Да
 Нет

4.1 Если нет, имеются ли планы по включению такого метода, как ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном заражении ВИЧ-инфекцией:

- Да
 Нет

4.1a Если да, укажите год, в котором планируется включить такой метод, как ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном заражении ВИЧ-инфекцией?

- Год не запланирован
 2017
 2018
 2019
 2020
 2021

5. Имеется ли в стране политика, определяющая предоставление услуг тестирования на ВИЧ:

- Бесплатно для всех
 Бесплатно для некоторых групп населения
 За плату

6. Существует ли закон, нормативное положение или политика, в соответствии с которыми тестирование на ВИЧ должно проводиться:

a) Исключительно на основе добровольного информированного согласия?

- Да
 Нет

б) В обязательном порядке перед вступлением в брак?

- Да
 Нет

в) В обязательном порядке при устройстве на работу или для получения вида на жительство?

- Да
 Нет

г) В обязательном порядке для некоторых групп населения?

- Да
 Нет

г.и. Если да, укажите эти группы населения _____

7. Существует ли в стране национальная политика и/или стратегия, в соответствии с которой предоставление услуг по тестированию на ВИЧ и консультированию связано с включением в систему медицинского обслуживания?

- Да
 Нет

7.1 Если да, то предусмотрено ли следующее (отметьте все подходящие пункты):

- Оптимизация услуг для пациентов с ВИЧ по направлению и постановке на учет, раскрытию статуса, расследованию контактов
 Консультации формата "равный - равному" для координации медицинской помощи для пациентов с ВИЧ (patient navigation approach)
 Подход, направленный на совершенствование качества систем и процессов обслуживания пациентов посредством рутинного использования данных, позволяющих своевременно определять и отвечать на потребности пациентов и программ
 Обследование для определения числа клеток CD4 по месту обращения за медицинской помощью
 Иное: укажите _____
-

Антиретровирусная терапия

8. Внедрила ли ваша страна рекомендации, приведенные ВОЗ в Сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (2016 г.), в национальную политику:

- Да, полностью
- В процессе
- Нет
- Иное: уточните: _____

Приложите экземпляр каждого из имеющихся обновленных нормативных документов странового уровня.

9. Укажите рекомендуемое пороговое значение числа клеток CD4 для начала антиретровирусной терапии у взрослых и у подростков при бессимптомном течении заболевания, в соответствии с методическими руководствами или распоряжениями Министерства здравоохранения (МЗ):

- ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ, независимо от числа клеток CD4
- ≤ 500 клеток/ mm^3
- ≤ 350 клеток/ mm^3
- Иное: уточните: _____

9.1 What is the status of implementing the CD4 threshold selected above?

- Внедрено в некоторых (<50%) медицинских учреждениях
- Внедрено во многих (>50%) медицинских учреждениях
- Внедрено по всей стране
- Не внедрено на практике
- Иное: уточните: _____

9.2 Если в стране еще не реализована политика ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ в соответствии с опубликованным ВОЗ в 2016 году Сводным руководством по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, то планируется ли внедрение и реализация данной политики ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ВСЕХ в будущем?

- Да
 - Нет
-

9.2a Если да, укажите год, в котором планируется начать реализацию политики ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ:

- Год не запланирован
 - 2017
 - 2018
 - 2019
 - 2020
 - 2021
-

10. Имеется ли в стране политика национального уровня, направленная на расширение предоставления антиретровирусной терапии на уровне сообществ (вне стен лечебных учреждений):

- Да
- Нет

10.1 Если да, укажите методы, используемые для обеспечения предоставления антиретровирусной терапии на уровне сообществ:

11. Допустимо ли в вашей стране проведение антиретровирусной терапии в сообществах (за пределами медицинских учреждений) для приверженных пациентов?

- Да
- Нет

11.1 Если да, укажите масштаб реализации:

- На национальном уровне
 - На региональном уровне
 - В пилотных проектах
 - Иное: укажите _____
-

12. Имеется ли в стране национальная политика, которая определяет, как часто люди, стабильно принимающие курс антиретровирусной терапии, должны являться для получения антиретровирусных препаратов:

- Да
- Нет

12.1 Если да, укажите, как часто, согласно установленным требованиям, необходимо являться для получения АРВ-препаратов:

- Один раз в месяц
- Один раз в 3 месяца
- Один раз в 6 месяцев
- Один раз в 12 месяцев

13. Какие из следующих опций оказания услуг включены в национальную политику предоставления антиретровирусной терапии для взрослых, подростков и детей (выберите все подходящие пункты):

- Противотуберкулезные учреждения предоставляют антиретровирусную терапию в противотуберкулезных диспансерах
- Поставщики услуг антиретровирусной терапии предоставляют лечение туберкулеза по месту получения антиретровирусной терапии
- Поставщики услуг в сфере охраны здоровья матери и ребенка, в том числе новорожденных, предоставляют антиретровирусную терапию в учреждениях по охране здоровья матери и ребенка, натальной и пренатальной помощи
- ВИЧ-положительные люди с признаками истощения (недостаточности питания) проходят осмотр и оценку состояния, получают консультирование и дополнительное питание
- Антиретровирусная терапия предоставляется в учреждениях, предлагающих заместительную терапию опиоидной зависимости
- Учреждения общей лечебной сети предоставляют антиретровирусную терапию в рамках оказания первичной медицинской помощи
- Поддержка пациентов
- Антиретровирусная терапия предоставляется в сообществах в рамках модели дифференцированного медицинского обслуживания
- Организации, предоставляющие антиретровирусную терапию, выполняют скрининг на сердечно-сосудистые заболевания и ведут пациентов с этими заболеваниями
- Организации, предоставляющие антиретровирусную терапию, выполняют скрининг на психические заболевания и предоставляют соответствующее лечение
- Иное: укажите _____

Режимы антиретровирусной терапии

Взрослые и подростки

14. Являются ли комбинации TDF/3TC или (FTC)/EFV предпочтительными комбинациями АРВ-препаратов первого ряда для начала лечения в соответствии с национальными руководствами для следующих групп населения:

а) Взрослые и подростки:

- Да
- Нет

б) Беременные женщины:

- Да
- Нет
- Иное: укажите _____

15. Вводится ли долутегравир (Dolutegravir, DTG) в качестве режима АРВ-терапии первого ряда в вашей стране:

- Да, введение DTG запланировано в национальных руководствах на 2018 г.
- Да, DTG включен в национальные руководства, но закупки пока не начаты
- Да, DTG включен в национальные руководства, и начат процесс закупок
- Нет

16. Используются ли в стране комбинированные антиретровирусные препараты в фиксированных дозах (FDC) в качестве предпочтительного варианта терапии первого ряда (выберите все подходящие варианты):

- Да, комбинация 3 препаратов с фиксированной дозой, принимаемая один раз в день
- Да, комбинация 2 препаратов с фиксированной дозой + еще 1 препарат
- Нет
- Иное: укажите _____

17. Является ли АЗТ/ЗТС (или FTC)/АТV/r (или LPV/r) предпочтительной комбинацией АРВ-препаратов второго ряда для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, в соответствии с национальными рекомендациями?

- Да
 Нет
 Иное: укажите _____
-

Вирусная нагрузка

18. Имеется ли в стране действующая национальная политика о проведении рутинного тестирования на вирусную нагрузку для мониторинга антиретровирусной терапии, и насколько полно такая политика реализуется:

а) Для взрослых и подростков

- Имеется и, полностью реализована
 Имеется и, частично реализована
 Имеется, но не реализована
 Нет рутинного тестирования вирусной нагрузки. Исключительно целевое тестирование.
 Политика по проведению обследований на вирусную нагрузку отсутствует
-

б) Для детей

- Имеется и, полностью реализована
 Имеется и, частично реализована
 Имеется, но не реализована
 Нет рутинного тестирования вирусной нагрузки. Исключительно целевое тестирование.
 Политика по проведению обследований на вирусную нагрузку отсутствует
-

18.1 При наличии в стране национальной политики по рутинному тестированию для мониторинга вирусной нагрузки, с какой частотой рекомендуется проводить обследования на подавление вирусной нагрузки, в соответствии с этой политикой?

- Ежегодно
 Эпизодически
 Ежегодно и эпизодически
 Иное: укажите _____
-

19. Где проводится тестирование на вирусную нагрузку в вашей стране?

- Доступно только в специализированных центрах
 Доступно в местах проведения антиретровирусной терапии (на сайтах, по направлению)
 Иное: укажите _____
-

19.1 Если есть возможности прохождения обследования на вирусную нагрузку в предоставляющих антиретровирусную терапию медицинских учреждениях, укажите приблизительный процент предоставляющих антиретровирусную терапию медицинских учреждений, в которых оказывается эта услуга: _____%

20. За исключением пассивных методов фармакологического надзора, предпринимаются ли в стране в настоящий момент систематические усилия по мониторингу токсичности антиретровирусных препаратов?

- Да
 Нет

20.1 Если да, то какие методы используются (отметьте все подходящие пункты):

- Отчетные данные о токсичности с дозорных участков в рамках национальной системы мониторинга и оценки
 Активный надзор в пределах когорт
 Учетные/регистрационные формы беременных и надзор за врожденными пороками развития
-

21.1 Внедрены ли методы мониторинга токсичности для отслеживания побочных эффектов, связанных с применением долутегравира (DTG)?

- Да
 Нет

21.1а Если да, то какие подходы применяются? (отметьте все подходящие пункты)

- Рутинный мониторинг данных о токсичности в рамках национальной системы мониторинга и оценки
 Активный мониторинг данных о токсичности на дозорных участках
 Учетные/регистрационные формы беременных и надзор за врожденными пороками развития
-

2. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей к 2020 году, обеспечив доступ к лечению ВИЧ-инфекции для 1,6 млн детей к 2018 году

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

22. Укажите принятую в данный момент на национальном уровне схему профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в соответствии с методическими руководствами или распоряжениями Министерства здравоохранения:

- Пожизненная терапия ДЛЯ ВСЕХ беременных / кормящих женщин
- ВААРТ только в период беременности и грудного вскармливания
- Иное: укажите схему лечения _____

22.1 Если в стране действует политика ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ в отношении беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ, как она реализуется?

- Реализована в небольшом количестве (<50%) учреждений, работающих в сфере охраны здоровья матери и ребенка
- Реализована в большом количестве (>50%) учреждений в сфере охраны здоровья матери и ребенка
- Реализована по всей стране
- Не реализована на практике
- Иное

Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев

Участие сообществ в реализации услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку

23. Сколько медицинских учреждений в стране предоставляют услуги по профилактике передачи от матери ребенку (ППМР)? _____

23.1 Скольких предоставляющих услуги ППМР медицинских учреждениях в стране имеются механизмы отчетности перед сообществами*? _____

24. Проводятся ли целевые мероприятия для обеспечения соблюдения каких-либо из следующих прав человека в рамках программ ППМР (выберите все подходящие варианты):

- Добровольное и информированное согласие как единственное основание для тестирования на ВИЧ-инфекцию или лечения
- Добровольное и информированное согласие как единственное основание для прерывания беременности, контрацепции или стерилизации женщин, живущих с ВИЧ
- Конфиденциальность и неприкосновенность частной жизни
- Профилактика серьезных и систематических нарушений прав человека* в рамках программ ППМР
- Надлежащая проверка для исключения каких-либо нарушений прав человека в рамках программ ППМР

25. Проводилось ли заседание национального уровня для оценки прогресса в реализации ППМР за последние 12 месяцев?

- Да
- Нет

25.1 Если да:

а) Присутствовали ли на заседании национального уровня представители сообществ и гражданского общества?

- Да
- Нет

б) Была ли дана возможность представителям сообществ и гражданского общества высказать свои замечания?

- Да
 - Нет
-

в) Проводился ли систематический анализ со стороны представителей сообществ и гражданского общества?

- Да
 Нет

г) Был ли анализ, проведенный представителями сообществ и гражданского общества, задокументирован и распространен после встречи?

- Да
 Нет

е) Принимают ли участие* женщины, живущие с ВИЧ, в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий по ППМР в вашей стране?

- Да
 Нет
-

АРВ-терапия у детей

26. Содержится ли в национальных методических руководствах рекомендация о предоставлении лечения всем ВИЧ-положительным младенцам и детям, независимо от наличия симптомов?

- Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 1 года
 Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 2 лет
 Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 5 лет
 Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 10 лет
 ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ независимо от возраста
 Иное: укажите _____

26.1 Укажите статус реализации принятой в стране политики предоставления ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ВСЕХ до достижения указанного возраста?

- Реализована в некоторых (<50%) медицинских учреждениях
 Реализована во многих (>50%) медицинских учреждениях
 Реализована по всей стране
 Не реализована на практике
 Иное: укажите _____
-

3. Обеспечить доступ к комбинированным стратегиям профилактики, включая доконтактную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание, снижение вреда и распространение презервативов, к 2020 году для не менее чем 90 % людей, особенно для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью и для ключевых групп населения — мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

- Обеспечить доступ к комплексным услугам профилактики ВИЧ-инфекции для 90 % людей, подверженных наиболее высокому риску инфицирования, в том числе для работников секс-бизнеса и их клиентов, мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, трансгендерных лиц, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных.
- Охватить доконтактной профилактикой 3 миллиона человек к 2020 году
- Охватить услугами по проведению добровольной медицинской процедуры мужского обрезания 25 миллионов мужчин в странах с высокой заболеваемостью к 2020 году
- Обеспечить распространение 20 миллиардов штук презервативов ежегодно в странах с низким и средним уровнем доходов к 2020 году

Доконтактная профилактика (ДКП)

27. Включены ли в ваши национальные руководства рекомендации ВОЗ по использованию пероральных АРВ-препаратов для доконтактной профилактики (ДКП)?

- Да, рекомендации по ДКП разработаны и применяются
- Да, рекомендации по ДКП разработаны, но пока не применяются
- Нет, рекомендации не разработаны

27.1 If the WHO recommendation on oral PrEP has not yet been adopted in the national guidelines, is there a plan to adopt a PrEP recommendation in the future?

- Да
- No

27.1a Если да — укажите год, когда планируется принять рекомендации по ДКП:

- Год не запланирован
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- Иное: укажите _____

27.2 Если национальные рекомендации по ДКП разработаны — укажите, для каких ключевых групп населения в этих рекомендациях предусмотрено предоставление ДКП, а также применяемые критерии, которым требуется соответствовать для получения ДКП:

- Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Работники секс-бизнеса
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Люди, употребляющие инъекционные наркотики
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Трансгендерные лица
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Серодискордантные пары
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Молодые женщины (в возрасте 15–24 лет)
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
 - Иные группы: укажите _____
 - Укажите критерии для назначения ДКП: _____
-

27.3 Если национальные рекомендации по ДКП разработаны, проводится ли программа обучения по вопросам использования ДКП для медицинского персонала?

- Да
 Нет

27.4 Если национальные рекомендации по ДКП не разработаны, это объясняется следующими причинами (выберите все подходящие варианты):

- Не выявлено никаких групп с достаточно высоким уровнем заболеваемости, в соответствии с рекомендациями ВОЗ
 Это не является приоритетным направлением для выделения финансирования
 В стране нет указанных лекарственных препаратов
 Нет достаточных технических возможностей для предоставления ДКП
 Другое (укажите) _____

28. Получено ли одобрение регулирующих органов в вашей стране для использования режима лечения с содержанием тенофовира в целях ДКП? (отметьте все подходящие пункты)

- Да, для оригинального препарата
 Да, для генерика
 Нет

29. Is PrEP available through any of the following in your country (please select all that apply):

- Research (including pilot studies and demonstration projects)
 Public facilities
 Private providers
 The Internet
 Educational institutions
 Другое (укажите) _____

Презервативы

30. Отмечались ли перебои* в снабжении презервативами за последние 12 месяцев?

а) Перебои на национальном уровне:

- Да
 Нет

б) Перебои на местном уровне

- Да
 Нет

31. Сколько презервативов и лубрикантов было распространено (вывезено с центральных и региональных складов для последующего распространения) за последний календарный год, с распределением по типу поставщиков?

а) Мужские презервативы:

Всего _____
Государственные поставщики _____
Частные поставщики _____
НГО _____

б) Female condoms:

Всего _____
Государственные поставщики _____
Частные поставщики _____
НГО _____

Lubricants:

в) Всего _____
Государственные поставщики _____
Частные поставщики _____
НГО _____

4. Устранить гендерное неравенство и искоренить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 году

- Обеспечить показатели всеобщего доступа, к качественным и доступным услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья, в том числе к услугам, связанным с ВИЧ, для женщин.
- Устранить связанные с ВИЧ стигматизацию и дискриминацию в учреждениях здравоохранения к 2020 году.
- Пересмотреть и реформировать законодательные положения, способствующие укреплению стигмы и дискриминации, в том числе такие нормы, которые связаны с определением возраста добровольного согласия (вступления в брак); привлечением к ответственности за передачу ВИЧ, неразглашение ВИЧ-положительного статуса или создание опасности заражения для другого лица; с запретами и ограничениями на поездки на основании ВИЧ-статуса; а также с проведением обязательного тестирования.

Согласие родителей и супругов на доступ к услугам

32. Есть ли в вашей стране законы, в соответствии с которыми подросткам требуется согласие родителей для получения доступа к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья?

- Да, для подростков моложе 18 лет
- Да, для подростков моложе 16 лет
- Да, для подростков моложе 14 лет
- Нет

33. Есть ли в вашей стране законы, в соответствии с которыми необходимо согласие родителей для получения подростками доступа к тестированию на ВИЧ?

- Да, для подростков моложе 18 лет
- Да, для подростков моложе 16 лет
- Да, для подростков моложе 14 лет
- Нет

34. Есть ли в вашей стране законы, в соответствии с которыми необходимо согласие родителей для получения подростками доступа к лечению ВИЧ-инфекции?

- Да, для подростков моложе 18 лет
- Да, для подростков моложе 16 лет
- Да, для подростков моложе 14 лет
- Нет

35. Есть ли в вашей стране законы, в соответствии с которыми замужней женщине необходимо согласие супруга для получения доступа к услугам в сфере сексуального и репродуктивного здоровья?

- Да
- Нет

36. Есть ли в вашей стране законы, в соответствии с которыми замужней женщине необходимо согласие супруга для получения доступа к тестированию на ВИЧ?

- Да
 - Нет
-

5. Обеспечить 90 % молодежи знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты себя от ВИЧ-инфекции, а также доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья до 2020 года, чтобы уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 100 000 в год.

6. Обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ к 2020 году для 75 % всех людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заболевания или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции

37. Имеется ли в стране утвержденная стратегия, политика или программа социальной защиты*?

- Да, и она реализуется
 Да, но она не реализуется
 Нет

37.1 Если да:

а) Затрагивает ли она сферу ВИЧ?

- Да
 Нет

б) Признаются ли в ней основными бенефициарами люди, живущие с ВИЧ?

- Да
 Нет

в) Признаются ли в ней основными бенефициарами ключевые группы населения (работники секс-бизнеса, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные лица, заключенные)?

- Да
 Нет

г) Признаются ли в ней основными бенефициарами девочки-подростки и молодые женщины?

- Да
 Нет

д) Признаются ли в ней основными бенефициарами люди, затронутые ВИЧ (дети и семьи)?

- Да
 Нет

е) Затрагивается ли в ней проблема неоплачиваемой работы по обеспечению ухода в контексте ВИЧ?

- Да
 Нет

38. Включены ли представители Национальной программы по СПИДу или ее эквивалента в какой-либо механизм или платформу, обеспечивающий координацию в сфере социальной защиты*?

- Механизм или платформа координации в сфере социальной защиты отсутствует
 Механизм или платформа координации в сфере социальной защиты имеется, однако не включает представителей национальной программы по СПИДу или ее эквивалента
 Механизм или платформа координации в сфере социальной защиты имеется и включает представителей национальной программы по СПИДу или ее эквивалента

39. Реализуются ли в стране какие-либо программы выплаты денежных пособий* для молодых женщин и девушек в возрасте 15–24 лет?

- Да
 Нет
-

7. Довести к 2020 году объем услуг, предоставляемых силами сообществ, до уровня не менее 30 % от общих объемов услуг

40. Включены ли в законодательство, нормативные положения и политику страны какие-либо из следующих механизмов, обеспечивающих функционирование организаций гражданского общества/общественных организаций (выберите все подходящие варианты)?

- Можно зарегистрировать организации гражданского общества, занимающиеся вопросами ВИЧ
 - Можно зарегистрировать организации гражданского общества/общественные организации, работающие с ключевыми группами населения
 - Организации гражданского общества/общественные организации могут предоставлять услуги, связанные с ВИЧ
 - Организации гражданского общества/общественные организации могут предоставлять услуги ключевым группам населения
 - Оптимизированы требования к отчетности для организаций гражданского общества/общественных организаций, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ
-

41. Имеются ли в стране законы, политика или нормативные положения, обеспечивающие организациям гражданского общества/общественным организациям доступ к финансированию?

- Система социального заказа или иные механизмы, позволяющие финансировать предоставление сообществами услуг за счет национального финансирования
 - За счет международных доноров
 - Иное: укажите _____
-

8. Обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии

9. Обеспечить расширение прав и возможностей людей, живущих с ВИЧ, а также всех, кто подвергается риску инфицирования или оказывается затронутым эпидемией, чтобы они понимали свои права и могли получить юридическую помощь и правую поддержку для обеспечения доступа к правосудию, для отстаивания своих прав и предотвращения нарушения прав человека.

10. Обеспечить отход от практики изолированного решения вопросов противодействия СПИДу на основе интеграции в системы предоставления услуг с учетом конкретных нужд и потребностей людей и обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая лечение туберкулеза, рака шейки матки, вирусных гепатитов В и С.

- Reduce tuberculosis-related deaths among people living with HIV by 75% by 2020.

Стратегия

42. Имеется ли в стране национальная стратегия или политика противодействия СПИДу?

- Да, отдельная стратегия или политика по СПИДу
- Да, стратегия или политика в области здравоохранения включает противодействие СПИДу
- Нет
- Иное: укажите _____

42.1 Если да, проводился ли пересмотр национальной стратегии или политики по ВИЧ в течение последних двух лет?

- Да
- Нет

42.2 Если да, предусматривает ли национальная стратегия или политика противодействия СПИДу меры, направленные непосредственно на работу со следующими ключевыми группами населения или группами населения, подверженными высокому риску инфицирования? (выберите все подходящие варианты)

- Ключевые группы населения — подростковый возраст
- Мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами
- Люди, находящиеся в местах лишения свободы и других учреждениях закрытого типа
- Люди, употребляющие инъекционные наркотики
- Работники секс-бизнеса (мужчины и женщины)
- Трансгендерные лица
- Неперемещенное население, пострадавшее от чрезвычайных ситуаций
- Беженцы
- Внутренне перемещенные лица
- Мигранты и лица, ищущие убежища

42.3 Если да, относятся ли к национальной стратегии или плану противодействия СПИДом следующие утверждения (укажите все подходящие варианты):

- Включает конкретные планы или мероприятия, направленные на удовлетворение потребностей ключевых групп населения
- Включает конкретные планы или мероприятия, направленные на удовлетворение потребностей молодых женщин и девочек
- Они разработаны на основе самых последних данных о национальной эпидемии ВИЧ и прогресса в реализации ответных мер
- Они объединяют данные, полученные в результате межсекторного процесса, в котором участвовали различные государственные ведомства и учреждения наряду с партнерами из негосударственного сектора

42.4 Если да, включает ли национальная стратегия или политика противодействия СПИДу гендерно-преобразующие подходы* и мероприятия, включая меры, направленные на общие аспекты противодействия гендерному насилию и ВИЧ?

- Да
- Нет

42.4.a Если да, включает ли национальная стратегия или политика противодействия СПИДу бюджет, специально выделенный на реализацию гендерно-преобразующих подходов* и мероприятий?

- Да
- Нет

Мониторинг и оценка

Информационные системы в секторе здравоохранения

43. Есть ли в вашей стране исправно функционирующая система медицинской информации, работающая с электронными данными, или с документами в бумажном виде, или с обоими форматами?

- Да, электронная система
- Да, система работы с бумажными документами
- Да, работает как в электронном, так и в бумажном формате
- Нет действующей системы медицинской информации

43.1 Если выше был дан ответ «Да, как в электронном, так и в бумажном формате», то насколько (укажите примерный процент) в рамках этой национальной электронной системы медицинской информации и отчетности сейчас охвачены следующие аспекты?

- Учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в сфере ВИЧ: _____
- Национальная когорта лечения ВИЧ-инфекции, т.е. все пациенты, получающие АРВ-терапию: _____

Рутинный мониторинг распространенности по данным из учреждений дородового наблюдения

44. Используются ли в стране данные о посетительницах женских консультаций и учреждений дородового наблюдения (число женщин с положительными результатами теста на ВИЧ; число женщин, ВИЧ-положительный статус которых уже известен), чтобы на основе этих данных понимать динамику тенденций распространенности ВИЧ-инфекции?

- Да
- Нет

44.1 Если да, то проводился ли анализ качества этих данных в течение последних двух лет, чтобы убедиться в сопоставимости данных за разные периоды времени?

- Да
- Нет

44.2 Если на вопросы 45 и 49 ответ «Да» — то включаются ли эти данные в ваши национальные системы медицинской информации (такие как цифровая информационная система здравоохранения DHIS2 или другие)?

- Да
- Нет

Каскад услуг для лечения

45. Если на вопрос 45 ответ «Да», то доступны ли в информационной системе здравоохранения в рутинном порядке такие данные индивидуального уровня, как результаты анализов пациентов на вирусную нагрузку?

- Да, полностью
- Да, частично
- Нет

46. Доступны ли данные по каскаду услуг лечения, и подвергаются ли эти данные анализу:

	Тестирование	Лечение	Вирусная нагрузка
На районном уровне?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Для ключевых групп населения?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет

47. Включаются ли данные по каскаду лечения в рутинном порядке в информационную систему здравоохранения (например, в цифровую информационную систему здравоохранения DHIS2 и т.п.), с допуском пользователей вплоть до районного уровня?

- Да, полностью
 Да, частично
 Нет
-

Patient monitoring systems

48. В стране обновлены индикаторы и инструменты системы мониторинга пациентов на основе *Объединенного руководства ВОЗ (2017) по пациент-ориентированному подходу к организации мониторинга пациентов в сфере ВИЧ и эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции*?

- Да, полностью
 Да, частично
 Нет
 Не знаю
-

Уникальные идентификационные коды для пациентов

49. Применяется ли в вашей стране какие-либо методы для обнаружения и удаления дублирующейся медицинской информации, во избежание ввода сведений об одних и тех же пациентах повторно или из нескольких учреждений сразу (например, уникальные идентификационные коды для связывания данных из разных учетных форм, и/или персональные идентифицируемые данные, в т.ч. биометрические) — для следующих видов услуг?

а) по услугам лечения

- Да
 Нет

б) по услугам лечения и тестирования

- Да
 Нет

в) по услугам профилактики ВИЧ-инфекции

- Да
 Нет

г) по лабораторным службам

- Да
 Нет
-

50. Если на вопрос 51 ответ «Да» в пунктах (а) или (б):

а) Данные связываются при помощи уникального идентификатора — национального идентификационного кода или номера, который присваивается человеку (например, национальный идентификационный номер в системе здравоохранения, национальный номер медицинского страхования, номер паспорта, номер карты социального страхования)

- Да
 Нет

б) Данные связываются при помощи уникального идентификационного кодового номера в специальной системе по ВИЧ-инфекции

- Да
 Нет

в) Данные связываются при помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме — включая, например, ФИО, дату рождения и т.д.

- Да
 Нет

г) Данные связываются при помощи биометрических методов (например, отпечатков пальцев)

- Да
 Нет

д) Другое (укажите) _____

Учет данных о зарегистрированных случаях заболевания

51. Относится ли ВИЧ-инфекция к заболеваниям, подлежащим учету, сведения о которых должны предоставляться в обязательном порядке, согласно национальному законодательству?

- Да
 Нет
-

51.1 Если на вопрос 51 ответ «Да», то существует ли стандартная форма для учета зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции, которая применяется для предоставления сведений о новых диагностированных случаях заболевания?

- Да
 Нет
-

51.2 Если на вопрос 51 ответ «Да», действует ли в стране распоряжение об обязательном представлении сведений о последующих эпиднадзорных мероприятиях по диагностированным случаям ВИЧ-инфекции — включая, например, дату и результат 1-го анализа на число клеток CD4; дату начала АРВТ; даты и результаты 1-го и последующих анализов на вирусную нагрузку?

- Да
 Нет
-

51.3 Если в вопросах 43 и 51 ответ «Да», то входит ли система эпидемиологического надзора за установленными случаями заболевания в информационную систему здравоохранения?

- Да
 Нет
-

Смертность

52. Действует ли в стране распоряжение об обязательном предоставлении в органы регистрации актов гражданского состояния и статистического учета естественного движения населения данных обо всех умерших, с заполнением стандартной формы для сообщения сведений о государственной регистрации смерти, в которой указывается причина смерти?

- Да
 Нет
-

52.1 Если в вопросах 51 и 52 ответ «Да», насколько полно сообщается о смерти в системе регистрации актов гражданского состояния и статистики естественного движения населения?

- Полнота данных <25 %
 Полнота данных <25-50 %
 Полнота данных <51-75 %
 Полнота данных <75 %
-

52.2 Если в вопросах 51 и 52 ответ «Да», то можно ли индивидуальные данные о зарегистрированных случаях смерти отдельных лиц:

а) связать с данными страновой системы учета случаев ВИЧ-инфекции?

- Да
 Нет

б) представить непосредственно в страновую систему учета случаев ВИЧ-инфекции?

- Да
 Нет
-

Приложение 2.

Матрица национального финансирования для показателя 8.1: «Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ»

Рамочная структура отчетности по показателю 8.1 «Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ» организована вокруг двухмерной системы для учета расходов, связанных с ВИЧ, по программам и по источникам финансирования. Форма отчетности имеет формат таблицы. Таблица/матрица национального финансирования, предлагаемая для процесса отчетности в соответствии с Глобальным мониторингом по СПИДу 2017 г., включает полный спектр мероприятий по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ за предыдущий отчетный цикл (соответствует предыдущему показателю б.1 отчетности по показателям достигнутого прогресса в осуществлении глобальных мер противодействия СПИДу/GARPR, которая заменяется ГМС) в формате, который отражает обязательства, сформулированные в новой Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2016 года.

Набор ключевых субиндикаторов содержит: комбинированную профилактику, включая распространение презервативов, ДКП, добровольное медицинское мужское обрезание, услуги по снижению вреда, расширение прав и возможностей для молодых женщин и девочек, и предоставление пакетов жизненно важных услуг для ключевых групп населения; профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку; тестирование на ВИЧ и консультирование; связанный с ВИЧ лабораторный мониторинг; антиретровирусную терапию; туберкулез/ВИЧ; а также системы социального обеспечения, в том числе программы по сокращению стигмы и дискриминации и соблюдению прав человека. Программы, отмеченные как новые в списке мероприятий, не были включены в предыдущее руководство и будут описаны далее.

В таблице приводится полный набор программ или услуг, охватывающий весь спектр возможного использования ресурсов в странах, включая ключевые программы и источники финансирования для отчетности в цикле Глобального мониторинга по СПИДу 2017 года. Странам необходимо предоставить соответствующую информацию по действующим программам или услугам, т.е. не все страны должны отчитываться по каждой строке таблицы, следует предоставить информацию только по соответствующим пунктам в зависимости от реалий каждой конкретной страны. То же касается и источников финансирования — необходимо заполнить таблицу только по тем источникам, которые есть в каждой из стран. Важно отметить случаи, когда расходы отсутствуют (т.е. значение «0»), недоступны или неприменимы.

Более подробные инструкции по заполнению форм отчетности и подаче показателей расходов в ЮНЭЙДС приводятся в онлайн-инструменте отчетности Глобального мониторинга по СПИДу. Более подробное описание (сфера охвата и границы) каждой программы и каждого источника финансирования, включенных в настоящую таблицу, содержится в перечне показателей, который регулярно обновляется.

Общий объем ресурсов должен включать всю совокупность финансовых потоков и расходов по всем программам или услугам и по всем источникам. Субиндикаторы отражают только подмножество от общей совокупности, соответствующее определенным компонентам в рамках выполнения конкретных обязательств. Представленные в отчете суммы будут сопоставлены с количеством людей, получающих те же услуги в рамках ГМС или других систем отчетности.

Перечень программ противодействия ВИЧ в таблице национального финансирования, и их взаимосвязь с категориями Оценки национальных расходов в связи со СПИДом

Обязательства по ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году (Fast-Track commitments)	Коды в таблице национального финансирования ГМС	Категории программ Глобального мониторинга по СПИДу 2017 года: полный спектр мероприятий	Категории программ Глобального мониторинга по СПИДу 2017 года: ключевые субиндикаторы	Категории расходов в связи со СПИДом (в соответствии с руководством по Оценке национальных расходов в связи со СПИДом)
Обязательство 1. Обеспечить доступ к лечению для 30 млн людей, живущих с ВИЧ, за счет достижения целей «90–90–90» к 2020 году	1	Лечение, уход и поддержка (промежуточный итог)		
	1.1	Тестирование на ВИЧ и консультирование (ТК): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тесты на ВИЧ ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость тестов на ВИЧ) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	Расходы на тестирование на ВИЧ и консультирование (без целевых групп)	<p>1.03. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ (ДКТ)</p> <p>2.01.01. Тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуги (ИПТК)</p> <p>4.1.1. Обязательное тестирование на ВИЧ (не ДКТ)</p> <p>Примечание: данная программа нацелена на население в целом, тогда как информацию о ТК для конкретных групп населения необходимо предоставлять в рамках программ профилактики для соответствующих конкретных групп населения</p> <p>Расходы на закупки необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования (за исключением расходов на товары).</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>
	1.2	Антиретровирусная терапия (промежуточный итог)	Расходы на антиретровирусную терапию взрослых и детей	<p>2.1.3. Антиретровирусная терапия или</p> <p>2.1.3.98. Антиретровирусная терапия без разбивки по возрасту или методам лечения</p>
		1.2.1. Антиретровирусная терапия взрослых, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARV препараты ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость ARV-препаратов) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	Расходы на антиретровирусную терапию взрослых и детей	<p>2.01.03.01. Антиретровирусная терапия взрослых</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>

<p>1.2.2. Антиретровирусная терапия детей, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ARV препараты ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость ARV-препаратов) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>Расходы на антиретровирусную терапию взрослых и детей</p>	<p>2.01.03.02. Антиретровирусная терапия у детей</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>
<p>1.3</p>	<p>Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ (CD4-лимфоциты, вирусная нагрузка), в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тесты на вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость тестов на вирусную нагрузку и количество CD4-лимфоцитов) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>2.01.05. Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно</p>
<p>1.4</p>	<p>Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ), кроме лечения и профилактики туберкулеза, у людей, живущих с ВИЧ</p>	<p>2.01.02. Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) в амбулаторных условиях 2.02.01 Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) в стационарных условиях</p>
<p>1.5</p>	<p>Паллиативный уход</p>	<p>2.01.08 Паллиативный уход в амбулаторных условиях 2.01.09 Уход в домашних условиях 2.02.02 Паллиативный уход в стационарных условиях</p>
<p>1.6</p>	<p>Поддержка приверженности лечению</p>	<p>2.01.04. Дополнительное питание при антиретровирусной терапии 2.01.07. Психологическая поддержка и лечение Неприменимо для удержания</p>
<p>2</p> <p>Обязательство 2. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфекции среди детей к 2020 году, обеспечив доступ к лечению ВИЧ-инфекции для 1,6 млн детей к 2018 году</p>	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>1.17. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППИР)</p>

<p>1.17.01. Консультирование и тестирование беременных женщин в рамках программ ППМР</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>1.17.01. Консультирование и тестирование беременных женщин в рамках программ ППМР</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>
<p>2.1</p> <p>Тестирование на ВИЧ и консультирование (ТК) для беременных женщин, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тесты на ВИЧ ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость тестов на ВИЧ) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>Не применяется</p>
<p>2.2</p> <p>Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тесты на ВИЧ ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость тестов на ВИЧ) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>Со Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>
<p>2.3</p> <p>Антиретровирусная профилактика для предотвращения передачи ВИЧ во время беременности, родов и грудного вскармливания, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ АРВ препараты ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость АРВ-препаратов) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>1.17.02. Антиретровирусная профилактика для ВИЧ-положительных беременных женщин и новорожденных</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>
<p>2.4</p> <p>Другие направления ППМР, не связанные с тестированием на ВИЧ и антиретровирусной профилактикой</p>	<p>Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ</p>	<p>1.17.03. Методы безопасного вскармливания младенцев (включая заменители грудного молока)</p> <p>1.17.04. Методы родоразрешения в рамках программ ППМР</p> <p>1.17.05. Социальный маркетинг презервативов и предоставление мужских и женских презервативов в рамках программ ППМР</p> <p>КРС.01.17.99. Мероприятия ППМР, не отнесенные к другим категориям</p>

Обязательство 3.

Обеспечить доступ к комбинированным стратегиям профилактики, включая доконтактную профилактику, добровольное медицинское мужское обрезание, снижение вреда и распространение презервативов, к 2020 году для не менее чем 90 % людей, особенно для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью и для ключевых групп населения — мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, транссгендерных лиц, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

И

Обязательство 8.

Обеспечить увеличение инвестиций в сфере противодействия ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии

3
Профилактика
(промежуточный итог)

Не применяется

1.01. Коммуникация для социальных и поведенческих изменений.

Примечание: Коммуникация для социальных и поведенческих изменений, нацеленная

на ключевые группы населения, должна указываться в рамках программ профилактики для ключевых групп населения

3.1 Коммуникации с целью социальных и поведенческих изменений

Без целевых групп

1.12. Социальный маркетинг презервативов

1.13. Предоставление мужских презервативов государственным и частным сектором

1.14. Предоставление женских презервативов государственным и частным сектором

Примечание: Данные программы нацелены на население в целом, тогда как информацию о таких же программах, нацеленных на конкретные группы населения, необходимо предоставлять в рамках программ профилактики для соответствующих конкретных групп населения

Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.

Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.

Предоставление и популяризация мужских и женских презервативов, в том числе:

- Презервативы
- Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость презервативов)
- Отсутствует разбивка по типам расходов

3.2

Распространение презервативов (без целевых групп);

3.3	<p>Доконтактная профилактика (ДКП), с разбивкой по ключевым группам населения (промежуточный итог)</p>	<p>Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения</p>	<p>Не применяется</p> <p>Примечание: Если применимо, расходы на ДКП для MSM необходимо указать в этой категории, при этом исключив их из соответствующих программ по профилактике для MSM во избежание двойного учета</p>
	3.3.1. ДКП для мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами (MSM)	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется
	3.3.2. ДКП для работников секс-бизнеса	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется
	3.3.3. ДКП людей, употребляющих инъекционные наркотики	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется
	3.3.4. ДКП для трансгендерных лиц	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется
	3.3.5. ДКП для лиц, находящихся в местах лишения свободы	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется
	3.3.6. ДКП для девочек и женщин в странах с высокой распространенностью ВИЧ	Доконтактная профилактика (ДКП), стратегифицированная по ключевым группам населения	Не применяется

	<p>3.3.7. ДКП для серодискордантных пар</p>	<p>Не применяется</p> <p>Примечание: Если применимо, расходы на ДКП для серодискордантных пар необходимо указать в этой категории, при этом исключив их из соответствующих программ по профилактике для людей, живущих с ВИЧ, во избежание двойного учета</p>	<p>Доконтактная профилактика (ДКП), стратифицированная по ключевым группам населения</p>
<p>3.4</p>	<p>Добровольное медицинское обрезание в странах с высокой распространенностью ВИЧ</p>	<p>1.18. Мужское обрезание</p>	<p>Добровольное медицинское мужское обрезание</p>
<p>3.5</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Тесты на ВИЧ ▪ Презервативы, лубриканты ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость презервативов, лубрикантов) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>1.09. Программы для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами (МСМ)</p> <p>Примечание:</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>
<p>3.6</p>	<p>Prevention, promotion of testing and linkage to care programmes for sex workers and their clients, including:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ HIV tests (commodities) ▪ Condoms, lubricants, and other commodities ▪ Other direct and indirect costs ▪ Not disaggregated by type of cost 	<p>1.08. Программы профилактики для работников секс-бизнеса и их клиентов</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>
<p>3.7</p>	<p>Меры по снижению вреда, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для людей, употребляющих инъекционные наркотики (промежуточный итог)</p>	<p>1.10. Программы снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики (ПИН)</p> <p>Примечание:</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>

<p>Программы обмена стерильных игл и шприцев в рамках программ для ПИН</p> <p>1.10.1. ДКТ в рамках программ для ПИН</p> <p>1.10.2. Социальный маркетинг презервативов и предоставление мужских и женских презервативов в рамках программ для ПИН</p> <p>1.10.3. Профилактика и лечение ИПП в рамках программ для ПИН</p> <p>1.10.4. Коммуникация поведенческих изменений (КПИ) в рамках программ для ПИН</p> <p>1.10.99. Прочие программные мероприятия для ПИН, не отнесенные к другим категориям</p> <p>Примечание:</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>3.7.1. Программы по обмену игл и шприцев, тестирование на ВИЧ, консультирование и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для людей, употребляющих инъекционные наркотики, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Стерильный инъекционный инструментарий ▪ Тесты на ВИЧ ▪ Презервативы, лубриканты ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая стоимость стерильного инъекционного инструментария, презервативов, лубрикантов, тестов на ВИЧ) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>3.8</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для трансгендерных лиц</p>
<p>1.10.06. Заместительная терапия в рамках программ для ПИН</p> <p>Примечание:</p> <p>Расходы на закупки (кроме расходов на товары) необходимо указывать в разделе КРС 8.3 «Управление системами закупок и логистики» таблицы национального финансирования.</p> <p>Расходы, относящиеся к стратегической информации и информационным системам, следует включать в 8.1 «Стратегическая информация» и 8.3 «Укрепление систем здравоохранения» соответственно.</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>3.7.2. Опийная заместительная терапия, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Заместительные препараты в целях лечения опиоидной зависимости, (метадон, бупренорфин) ▪ Прочие прямые и косвенные расходы (исключая заместительные препараты) ▪ Отсутствует разбивка по типам расходов 	<p>3.9</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для уязвимых и доступных групп населения</p>
<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для уязвимых и доступных групп населения</p>	<p>3.8</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для уязвимых и доступных групп населения</p>
<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для уязвимых и доступных групп населения</p>	<p>3.9</p>	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для уязвимых и доступных групп населения</p>

	<p>Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для девочек и женщин в странах с высокой распространенностью ВИЧ</p>	<p>Профилактика среди ключевых групп населения</p>	<p>Не применяются</p> <p>Примечание: Если применимо, расходы на программы профилактики, нацеленные на молодых женщин и девочек-подростков, необходимо указать в этой категории, при этом исключить их из связанной более широкой программной категории 1.04.</p> <p>Снижение риска для уязвимых и доступных групп населения</p> <p>1.5. Профилактика – молодежь в стенах школы</p> <p>1.6. Профилактика – молодежь за стенами школы</p>
	<p>Выплата денежных пособий для девочек в странах с высокой распространенностью ВИЧ, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ из ассигнованных на борьбу с ВИЧ бюджетов 	<p>Расходы на денежные пособия для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, страны с высоким уровнем распространенности ВИЧ)</p>	<p>Не применяется</p> <p>Примечание: Если применимо, расходы на денежные переводы для девочек необходимо указать в этой категории, при этом исключить их из связанной более широкой программной категории «Профилактика среди молодых женщин и девочек-подростков» и 1.04.</p> <p>Снижение риска для уязвимых и доступных групп населения</p> <p>1.04. Снижение риска для уязвимых и доступных групп населения</p>
<p>Не применяется</p>	<p>Программы профилактики для уязвимых и доступных групп населения</p>		<p>Примечание: в случае, если какие-либо конкретные компоненты уже были указаны выше (например, в категориях по заключенным, трансгендерам и т.д.), их следует исключить из этой категории во избежание двойного учета</p>
<p>Не применяется</p>	<p>Постконтактная профилактика (ПКП)</p>	<p>Постконтактная профилактика (ПКП)</p>	<p>1.22. Постконтактная профилактика (ПКП)</p>
<p>Не применяется</p>	<p>Профилактические программы на рабочих местах</p> <p>SupergiesМеры в секторе здравоохранения для всего населения (стандартные меры предосторожности, обеспечение инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов, профилактика и лечение ИППП и др.)</p>	<p>Программы профилактики на рабочем месте</p> <p>1.16. Профилактика, диагностика и лечение инфекций, передающиеся половым путем (ИППП)</p> <p>1.19. Безопасность крови</p> <p>1.20. Безопасные медицинские инъекции</p> <p>1.21. Универсальные меры предосторожности</p> <p>2.01.06. Стоматологические программы для людей, живущих с ВИЧ</p> <p>2.03. Транспортировка пациентов и чрезвычайная помощь</p>	<p>1.11. Программы профилактики на рабочем месте</p>
<p>Обязательство 4. Устранить гендерное неравенство и искоренить все формы насилия и дискриминации в отношении женщин и девочек, людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения к 2020 году</p>	<p>4</p>	<p>Гендерные программы, включая программы по снижению и предупреждению насилия в отношении женщин</p>	<p>7.04. Программы по СПИДу, нацеленные на женщин</p> <p>7.05. программы по сокращению гендерного насилия</p>

<p>Обязательство 5. Обеспечить 90 % молодежи знаниями, умениями и навыками, необходимыми для защиты себя от ВИЧ-инфекции, а также доступом к услугам в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья до 2020 года, чтобы уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 100 000 в год.</p>	<p>5</p> <p>Программы по профилактике ВИЧ для детей и подростков в образовательных учреждениях, а также меры вне школ</p>	<p>1.5. Профилактика – молодежь в стенах школы 1.6. Профилактика – молодежь за стенами школы Примечание: Из данной категории исключаются специфические программы профилактики, нацеленные на молодых женщин и девочек-подростков</p>
<p>Обязательство 6. 6. Обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ к 2020 году для 75 % всех людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заражения или затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции. социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ для 75% людей, находящихся в группе риска или живущих с ВИЧ, к 2020 году.</p>	<p>6</p> <p>Социальная защита в связи с ВИЧ</p>	<p>3. Сироты и другие уязвимые дети (СУД), включая все подкатегории 6. Социальная защита и социальные услуги, включая все подкатегории</p>
<p>Обязательство 7. Довести к 2020 году объем услуг, предоставляемых силами сообществ, до уровня не менее 30 % от общих объемов услуг</p>	<p>7</p> <p>Мобилизация сообществ</p>	<p>Расходы на системы социального обеспечения</p> <p>1.02. Мобилизация общества</p>
<p>Обязательство 8. Обеспечить увеличение инвестиций в сфере профилактики ВИЧ до 26 млрд. долл. США к 2020 году, с выделением четверти (25 %) средств на комбинированную профилактику ВИЧ-инфекции, и 6 % на регулирование социальных факторов, имеющих решающее значение как для распространения, так и для эффективного противодействия эпидемии</p>	<p>8</p> <p>Управление программами (промежуточный итог)</p>	<p>Не применяется</p>
<p>8.1</p>	<p>Стратегическая информация, включая мониторинг и оценку</p>	<p>4.03. Мониторинг и оценка 4.5. Эпидемиологический надзор по данным серологического скрининга 4.6. Эпидемиологический надзор за резистентностью к препаратам от ВИЧ 4.09. Сопровождение пациентов 8.3. Эпидемиологические исследования 8.4. Социологические исследования</p>
<p>8.2</p>	<p>Планирование, координация и управление программами</p>	<p>4.01. Планирование, координация и управление программами</p>

	4.02. Расходы на администрирование и транзакции, связанные с управлением и расходованием фондов 4.07. Системы снабжения лекарственными средствами		Управление системами закупок и логистики
4.08. Информационные технологии Укрепление систем здравоохранения, включая капитальные расходы (оборудование, ремонт, строительство) 4.10. Строительство и совершенствование 5.03. Обучение		Укрепление систем здравоохранения, включая капитальные расходы (оборудование, ремонт, строительство)	8.3
5.02. Образование для подготовки персонала сфере борьбы с ВИЧ		Образование для подготовки персонала в сфере борьбы с ВИЧ	8.4
8.1. Биомедицинские исследования 8.2. Клинические исследования 8.05. Исследования, связанные с вакцинами 4.04. Исследования деятельности		Исследования, связанные с ВИЧ/СПИДом	8.5
Не применяется		Не применяется	8.6
Не применяется		Формирование благоприятной среды (промежуточный итог)	9
7.01. Пропаганда	Расходы на системы социального обеспечения	Адвокатирование в области ВИЧ	9.1
7.02. Программы по правам человека	Расходы на системы социального обеспечения	Программы по правам человека	9.2
7.03. Связанное со СПИДом институциональное развитие	Расходы на системы социального обеспечения	Институциональное развитие в области СПИДа	9.3
Не применяется Примечание: Если применимо, может указываться в рамках более широкой программной категории 2.01.02 «Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) в амбулаторных условиях» или 2.02.01 «Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ) в стационарных условиях»	Расходы на борьбу с ТБ/ВИЧ	Конфликция ТБ/ВИЧ, диагностика и лечение (промежуточный итог)	10
Не применяется	Расходы в сфере противодействия ТБ/ВИЧ	Скрининг и диагностика туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ	10.1

10.2	Профилактика и лечение туберкулеза у людей живущих с ВИЧ	Расходы в сфере противодействия ТБ/ВИЧ	Не применяется
Не применяется	Прочие значимые программы за рамками предлагаемой концепции ключевых программ противодействия ВИЧ и СПИДом (перечислите и детализируйте ниже)		Не применяется
Всего		Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ	Не применяется

Приложение 3. Объем и цена за единицу закупленных и распределенных антиретровирусных препаратов

Режим лечения/состав	Дозировки	Таблеток или минимальных доз в упаковке	Общее число упаковок, закупленных в данном финансовом году	Месяц и год закупки (ММГГГГ)	Средняя цена единицы/за упаковку	Общее кол-во упаковок, взятых покупателями в этом финансовом году
Тенофовир + эмтрицитабин + эфавиренц [TDF + FTC + EFV]	300 мг + 200 мг + 600 мг					
Тенофовир + ламивудин + эфавиренц [TDF +3ТС + EFV]	300 мг + 300 мг + 600 мг					
Тенофовир + ламивудин + невирапин [TDF +3ТС] + НВП	300 мг + 300 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин + эфавиренц [АЗТ +3ТС] + EFV	300 мг + 150 мг + 200 мг					
Абакавир + ламивудин + зидовудин [АВС +3ТС + АЗТ]	300 мг + 150 мг + 300 мг					
Зидовудин + ламивудин + невирапин [АЗТ +3ТС + NVP]	300 мг + 150 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин + невирапин [АЗТ + 3ТС + NVP]	60 мг + 30 мг + 50 мг					
Тенофовир + эмтрицитабин [TDF + FTC]	300 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин [АЗТ +3ТС]	300 мг + 150 мг					
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	200 мг + 50 мг					
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	80 мг + 20 мг/мл					
Абакавир + ламивудин [АВС +3ТС]	60 мг + 30 мг					
Тенофовир + ламивудин [TDF +3ТС]	300 мг + 300 мг					
Дарунавир [DRV]	300 мг					
Долутегравир [DTG]	50 мг					
Другое (указать)						

Объемы и цены за единицу товаров указаны по источникам финансирования, в местных денежных единицах

Необходимо указать число закупленных упаковок по каждой закупочной партии для данного режима лечения/состава. Данные о числе упаковок, взятых покупателями, соответствуют режимам лечения/составам; предоставлять данные с разбивкой по каждому процессу закупок не требуется.

Охраняется авторским правом с 2017
Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС)
Все права защищены.

Использованные в настоящей публикации определения и презентация материала не подразумевают выражения со стороны ЮНЭЙДС мнения относительно правового статуса какой-либо страны, территории, города или области или ее государственных органов, либо относительно указания ее пределов или границ. ЮНЭЙДС не гарантирует, что представленная в данной публикации информация является полной и точной, и не несет ответственность за какой-либо ущерб, понесенный в результате ее использования.

UNAIDS/JC2880



ЮНЭЙДС
Объединенная программа
ООН по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland (Женева, Швейцария)

+41 22 791 3666

unaids.org