

ЮНЭЙДС 2019

РУКОВОДСТВО

Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2020

Индикаторы для мониторинга выполнения Политической
декларации ООН по прекращению эпидемии СПИДа (2016)

Содержание

Предисловие	5
Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	7
Аббревиатуры и сокращения	11
Введение	12
Цели и предпосылки	12
Формат отчетности	13
Выполнение мониторинга на национальном уровне	15
Построение национальных показателей	15
Инструменты измерения и источники данных	15
Оценочные показатели, получаемые с помощью программы Spectrum	16
Импорт данных из программы Spectrum в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа	17
Числители и знаменатели	19
Разбивка данных, особенно по полу и возрасту	19
Субнациональные данные	20
Данные самых недавних и репрезентативных исследований	20
Интерпретация и анализ	21
Роль гражданского общества и сообществ	22
Руководство по представлению данных	23
Инструмент отчетности и предоставление данных	23
Процедура отчетности на национальном уровне: требуемые действия	24
Процедура проверки данных за 2020 год	27
Дополнительные замечания по валидации данных по индикаторам	28
Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2020 году	29

Воспользуйтесь веб-сайтом программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа (aidsreportingtool.unaids.org), чтобы отправить свои данные по индикаторам до 31 марта 2020 года.

Оценочные показатели по ВИЧ-инфекции, смоделированные с помощью обновленного программного обеспечения Spectrum, должны быть получены до 25 марта 2020 года.

Организации, действующие на базе ключевых групп населения, и реализация ответных мер 32

Обязательство 1. Обеспечить доступ к лечению для 30 млн. 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	34
1.2	Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию	36
1.3	Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку	38
1.4	Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции	41
1.5	Нехватка антиретровирусных препаратов	42
1.6	Смертность от СПИДа	44
1.7	Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию	45

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

2.1	Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев	47
2.2	Передача ВИЧ от матери ребенку	49
2.3	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	51
2.4	Сифилис у беременных женщин	54
2.5	Заболеваемость врожденным сифилисом (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)	56
2.6	Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин	57

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 людей, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных

3.1	Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	59
3.2	Оценочная численность ключевых групп населения (А-Д)	61
3.3	Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (А-Д)	62
3.4	Тестирование на ВИЧ в ключевых группах населения (А-Г)	64
3.5	Охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения (А-Д)	66
3.6А	Использование презервативов среди работников секс-бизнеса	68
3.6Б	Использование презервативов среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами	70
3.6В	Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	72

3.6Г	Использование презервативов среди трансгендерных лиц	75
3.7	Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции людей, входящих в ключевые группы населения (А-Д)	76
3.8	Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	78
3.9	Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека)	80
3.10	Охват заместительной терапией опиоидной зависимости	82
3.11	Активный сифилис среди работников секс-бизнеса	83
3.12	Активный сифилис среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами	84
3.13	Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах	85
3.14	Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения	86
3.15	Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)	87
3.16	Распространенность мужского обрезания	89
3.17	Количество мужчин, прошедших добровольную медицинскую процедуру обрезания, за год	90
3.18	Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска	92
3.19	Распространение презервативов	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	Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ	95
4.2	Уклонение от обращения за услугами, связанными с ВИЧ, из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (А-Г)	97
4.3	Распространенность случаев насилия со стороны интимного партнера за недавний период	99
4.4	Опыт столкновения с дискриминацией, связанной с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения	101

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: знания о профилактике ВИЧ-инфекции	103
5.2	Удовлетворение спроса на услуги в сфере планирования семьи на основе современных методов	104

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	Национальный государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ (выделение и освоение целевого финансирования)	106
8.2	Антиретровирусные препараты: цены за единицу, объемы для разных режимов лечения	107
8.3	Общие расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам ресурсов и ключевым программам	108

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, вирусных гепатитов В и С

10.1	Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции	112
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	114
10.3	Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в систему медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза	115
10.4	Число мужчин с выделениями из уретры	117
10.5	Гонорея у мужчин	118
10.6	Тестирование на гепатит С	119
10.7	Процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавших лечение ВГС	120
10.8	Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки	121

Руководство по заполнению промежуточного опроса в инструменте мониторинга национальных обязательств и политики 122

Промежуточный опрос по вопросам политики (НОПИ) 128

Приложение 1. Избранная библиография 159

Приложение 2. Национальный государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ (выделение и освоение целевого финансирования) 160

Приложение 3. Объем и цена за единицу закупленных антиретровирусных препаратов по разным режимам лечения 161

Приложение 4. Матрица национального финансирования по общим расходам в сфере противодействия ВИЧ в разрезе источников ресурсов 162

Приложение 5. Дополнительные рекомендации по формированию индикаторов по ВИЧ-инфекции и туберкулезу для включения в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа (индикаторы 10.1–10.3 программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа) 169

Предисловие

Данные по СПИДу за 2019 год, представленные в начале 2020 года, будут иметь особое значение для осуществления глобальных мер в ответ на СПИД:

- Они послужат основой для 12-месячного отсчета времени до достижения странами прогресса и отчетности по достижению целевых показателей ускоренного достижения целей 2020 года, что станет шагом на пути к тому, чтобы к 2030 году положить конец СПИДу как угрозе общественному здравоохранению.
- Они будут использоваться при установлении Глобальных целевых показателей по СПИДу на 2025 год. Установление целевых показателей на 2025 год будет положено в основу национальных стратегических планов по СПИДу на предстоящие годы.
- Они будут использованы при разработке следующей Глобальной стратегии по СПИДу на период до 2020 года (2021-2030 гг.).
- Подготовка национальных и субнациональных оценок по ВИЧ, которые будут использоваться в отчетности ГАМ, будет одновременно доступна для подготовки грантов и оперативных планов и оценки для стран, участвующих в цикле мобилизации ресурсов Глобального фонда и ПЕПФАР в этом году.

Мы предлагаем Вашей стране представить данные мониторинга и описательный отчет за год, заканчивающийся в декабре 2019 года. Я рассчитываю на Ваши особые усилия по представлению данных по Вашей стране через онлайн-инструмент отчетности ГАМ к 31 марта 2020 года. Своевременность и качество докладов, представленных 31 марта этого года, будут иметь решающее значение для обеспечения быстрой и эффективной проверки, с тем чтобы данные по каждой стране были в полной мере учтены в ходе вышеупомянутых критически важных мероприятий 2020 года. Мы рассматриваем это как возможность повлиять на повестку дня в области СПИДа на следующее десятилетие, с тем чтобы покончить со СПИДом как угрозой общественному здравоохранению к 2030 году. Мы знаем, что когда мир соберется на июльские конференции по СПИДу-2020 и ВИЧ-2020, люди будут ждать этих важных данных и обновленной информации о мерах реагирования.

В настоящем руководящем документе изложены показатели для мониторинга Политической декларации 2016 года о ликвидации СПИДа. Процесс Глобального мониторинга СПИДа (ГАМ) часто упоминался в качестве контрольного показателя для определения успешных международных механизмов подотчетности. Следующие уроки прошлых раундов отчетности могут быть полезны для подготовки Вашей следующей отчетности - предоставление научно обоснованной дорожной карты для своевременной, высококачественной и полной отчетности в ускоренном и оптимизированном темпе:

1. Процесс консультаций на национальном уровне в первом квартале года ускоряет консолидацию и проверку данных; это уменьшает необходимость в обмене информацией или возвращении к первоначальным источникам данных;
2. Участие гражданского общества в консультациях имеет решающее значение, особенно для ответа на вопросы, связанные с законодательством и политикой, и гарантирует, что все соответствующие партнеры будут вовлечены и будут играть свою важную роль как в реализации, так и в отчетности;
3. Своевременное привлечение подотчетных лиц с начала года в Январе поможет обеспечить своевременное представление данных, их высочайшее качество и точность.

В этих руководящих принципах более подробно описываются шаги по сбору, анализу, обмену и представлению данных, а приведенная ниже схема поможет в консолидации процесса.



Данные за последние годы, представленные странами, доступны и доступны через портал AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>). Показатель ГАМ, установленный на 2020 год, минимально модифицирован за счет включения одного нового показателя и исключения из него трех показателей. Техническое руководство по процессу отчетности 2020 года направляется докладчикам по странам в электронном виде и размещено на веб-сайте ЮНЭЙДС. Ваш офис может направлять любые вопросы по адресу AIDSreporting@unaids.org.

Представленные данные будут использованы Генеральным секретарем и Генеральной Ассамблеей для информирования о прогрессе в осуществлении мер в ответ на СПИД, а также будут способствовать лучшему пониманию национальных мер в ответ на эпидемию.

Я прошу Вас и впредь оказывать поддержку в сохранении выдающегося положения дел с представлением национальных докладов о глобальных мерах в ответ на СПИД. Он по-прежнему является одним из ведущих международных механизмов подотчетности в отношении любых глобальных обязательств.

Д-р Шеннон Хадер,

заместитель Исполнительного директора Объединенной программы ООН по ВИЧ / СПИДу (ЮНЭЙДС), помощник Генерального секретаря ООН

Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

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

*Расширенные задачи выделены голубым шрифтом.

Уменьшить число новых случаев ВИЧ-инфекции во всем мире до уровня менее 500 000 в год к 2020 году

➔ Заболеваемость ВИЧ-инфекцией (см. Обязательство 3)

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

➔ Смертность от СПИДа (см. Обязательство 1)

Искоренить стигму и дискриминацию, связанные с ВИЧ, к 2020 году

➔ Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ (см. Обязательство 4)

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 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»

- ➔ 1.1 Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе
- ➔ 1.2 Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию
- ➔ 1.3 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку
- ➔ 1.4 Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции
- ➔ 1.5 Нехватка антиретровирусных препаратов
- ➔ 1.6 Смертность от СПИДа
- ➔ 1.7 Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

Работать 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 укреплять региональный и местный потенциал для разработки, производства и предоставления доступной и качественной медицинской продукции.

НОПИ

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

- ➔ 2.1 Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев
- ➔ 2.2 Передача ВИЧ от матери ребенку
- ➔ 2.3 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
- ➔ 2.4 Сифилис у 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. 3.1 «Заболеваемость ВИЧ-инфекцией»).
- ➔ Лечение ВИЧ-инфекции у детей: антиретровирусная терапия (см. 1.2 «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 людей, 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

- 3.3A 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
потребителей инъекционных
наркотиков
- 3.3Г Распространенность
ВИЧ-инфекции среди
трансгендерных людей
- 3.3Д Распространенность
ВИЧ-инфекции среди
заключенных

➔ 3.4 Тестирование на ВИЧ в ключевых
группах населения

- 3.4A 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 людей

➔ 3.5 Охват антиретровирусной терапией
людей, живущих с ВИЧ, в ключевых
группах населения

- 3.5A Охват антиретровирусной
терапией среди работников
секс-бизнеса, живущих с ВИЧ
- 3.5Б Охват антиретровирусной
терапией среди живущих
с ВИЧ мужчин, имеющих
половые отношения с
мужчинами
- 3.5В Охват антиретровирусной
терапией среди людей,
употребляющих
инъекционные наркотики,
живущих с ВИЧ
- 3.5Г Охват антиретровирусной
терапией среди
трансгендерных людей,
живущих с ВИЧ
- 3.5Д Охват антиретровирусной
терапией среди заключенных,
живущих с ВИЧ

➔ 3.6 Использование презервативов в
ключевых группах населения

- 3.6A 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 людей

➔ 3.7 Охват программами профилактики
ВИЧ-инфекции в ключевых группах
населения

- 3.7A 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 людей

**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 заместительной терапией
опиоидной зависимости

Работники секс-бизнеса

- ➔ 3.11 Активный сифилис среди работников
секс-бизнеса

**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

Вирусный гепатит

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

*Охватить доконтактной
профилактикой 3 млн. человек к 2020 году*

- ➔ 3.15 Люди, получающие доконтактную
профилактику (ДКП)

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

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

Обеспечить распространение 20 млрд. 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
- ➔ 3.19 Количество распространенных презервативов

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО 4. Устранить гендерное неравенство и ускорить 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
 - 4.2B Уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, по причине стигматизации и дискриминации в обществе
 - 4.2B 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 связанную 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.

НОПИ

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: знания о профилактике ВИЧ-инфекции

- ➔ 5.2 Удовлетворение спроса на услуги в сфере планирования семьи на основе современных методов

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. 3.1 «Заболеваемость ВИЧ-инфекцией»)
- ➔ Использование презервативов молодыми женщинами в возрасте от 15 до 24 лет при последнем половом контакте с высоким риском инфицирования (см. 3.18 «Использование презервативов при последнем половом контакте с высоким риском инфицирования»)

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

Индикаторы для включения в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа

НОПИ

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

НОПИ

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 Национальный государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ (выделение и освоение целевого финансирования)
- ➔ 8.2 Антиретровирусные препараты: цены за единицу, объемы для разных режимов лечения
- ➔ 8.3 Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ

Национальные и международные расходы в сфере противодействия ВИЧ по категориям и источникам финансирования

- 8.3A Расходы по проведению тестирования на ВИЧ и консультирования
- 8.3B Расходы на антиретровирусную терапию
- 8.3B Расходы на лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции
- 8.3Г Расходы, связанные с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией
- 8.3Д Расходы на реализацию пяти основных компонентов комбинированной профилактики
- 8.3Е Расходы на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку

- 8.3Ж Расходы на системы социального обеспечения
- 8.3З Расходы на выплату денежных пособий 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

НОПИ

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, вирусных гепатитов В и С

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

- ➔ 10.1 Одновременное лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции
- ➔ 10.2 Люди, живущие с ВИЧ, у которых 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 выделениями из уретры
- ➔ 10.5 Гонорея у мужчин

Гепатит С

- ➔ 10.6 Тестирование на гепатит С
- ➔ 10.7 Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавшие получать лечение от ВГС

Рак шейки матки

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

Дополнительные индикаторы, относящиеся к данному целевому показателю, но получаемые Всемирной организацией здравоохранения из других источников:

- ➔ Вакцинация против вируса папилломы человека (HPV)

Аббревиатуры и сокращения

ЗТС	ламивудин
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
AZT	зидовудин
DTG	долутегравир
EFV	эфавиренц
FTC	эмтрицитабин
ГМС	программа глобального мониторинга эпидемии СПИДа
ВГВ	вирусный гепатит В
ВГС	вирусный гепатит С
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВПЧ	вирус папилломы человека
МОТ	Международная организация труда
LMIS	Информационные системы организации материально-технического снабжения
LPV/r	лопинавир, дополненный ритонавиром
ОНРС	Оценка национальных расходов в связи со СПИДом
НОПИ	Инструмент мониторинга национальных обязательств и политики
НГО	негосударственная организация
ННИОТ	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НИОТ	нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
NVP	невирапин
ПКП	постконтактная профилактика
ПЕПФАР	Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом
ДКП	доконтактная профилактика
РПР	экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови
ЦУР	Цели устойчивого развития
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
ТБ	туберкулез
TDF	тенофовира дизопроксил фумарат
ГАТП	тест гемагглютинации на антитела к бледной трепонеме
АТП	тест агглютинации искусственных частиц на антитела к бледной трепонеме
ПРООН	Программа развития Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
УНП ООН	Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности
VDRL	кожно-венерологическая клинико-диагностическая лаборатория
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Введение

Цели 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 ВИЧ на национальном уровне.

Политическая декларация ООН по прекращению эпидемии СПИДа была принята на Совещании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по СПИДу в июне 2016 года. 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: «Активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа» (2011). Политическая декларация ООН по прекращению эпидемии СПИДа (2016 г.) поручает ЮНЭЙДС оказывать поддержку странам в предоставлении отчетности о выполнении принятых в декларации обязательств.

Политическая декларация 2016 года о ликвидации СПИДа посвящена задачам на предстоящий пятилетний период, который завершается в 2021 году; кроме того, в ней сформулированы задачи по реализации Целей устойчивого развития (ЦУР) на период до 2030 года и по интеграции мер противодействия ВИЧ во всем мире в более общие программы в сфере устойчивого развития. Помимо ЦУР 3, направленной на обеспечение здорового образа жизни, есть еще несколько целей, которые тесно

Рисунок 1.

Цели устойчивого развития (ЦУР)



Source: <https://sustainabledevelopment.un.org/>

взаимосвязаны с противодействием ВИЧ/СПИДу (более подробно о ЦУР можно прочитать в специальном разделе на веб-сайте ЮНЭЙДС: https://www.unaids.org/ru/AIDS_SDGs).

Политическая декларация по прекращению эпидемии СПИДа (2016) была принята 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 организаций, негосударственных организаций (НГО) и других представителей гражданского общества, включая группы людей, живущих с ВИЧ.

Как сказано в Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа (2016), успешность реализации мер противодействия СПИДу должна оцениваться в зависимости от выполнения конкретных целевых показателей в четко определенные сроки. Декларация призывает обеспечить 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.

В программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2020 год — это четвертый год работы над достижением Целей устойчивого развития; он также станет четвертым годом подготовки отчетности в рамках мониторинга ВИЧ-инфекции за период 2016–2020 гг.

Странам рекомендуется интегрировать индикаторы в свои системы, применяемые для текущего мониторинга. Эти показатели разработаны для помощи странам в оценке проводимых мер и достигнутого прогресса в реализации национальных целей в сфере противодействия ВИЧ. Они будут способствовать углублению понимания глобальных ответных мер в противодействии ВИЧ, включая достигнутый прогресс в достижении глобальных целей, изложенных в Политической декларации 2016 года о прекращении эпидемии СПИДа, а также в выполнении ЦУР¹.

Эти рекомендации служат для повышения качества и целостности данных, собираемых на страновом уровне, что также позволит повысить точность выводов, формулируемых на национальном, региональном и мировом уровнях. Странам следует также разработать национальные и программные показатели для целей, предусмотренных их национальным стратегическим планом по противодействию ВИЧ, а также с учетом конкретных особенностей развития эпидемии в стране. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЭЙДС и партнеры в настоящее время дорабатывают «Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения» (2015), в котором представлены дополнительные программные показатели.² Обновленное руководство будет опубликовано в 2020 году.

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 по индикаторам для глобального мониторинга эпидемии СПИДа каждому индикатору посвящена отдельная часть, в которой объясняются основания для его включения в список индикаторов и дается информация о методах сбора данных, проведения вычислений и измерений по этому индикатору. Также рассматриваются сильные и слабые стороны каждого индикатора.

Формат отчетности

Для осуществления отчетности в 2020 году требуется предоставить данные по всем индикаторам, данные промежуточного опроса по вопросам политики (инструмент национальных обязательств и политики [НОПИ]), и данные обследования по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey). При представлении данных по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, странам рекомендуется представить и описательный отчет, который содержит

¹ Обязательства по ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году (Fast-Track commitments). Женева: ЮНЭЙДС. 2016. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf (на англ. яз.)

² Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/ru/>.

краткие 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 с анализом эпидемиологической ситуации и принимаемых ответных мер (при наличии такового). ЮНЭЙДС будет публиковать эти описательные отчеты с разрешения стран.

Данные по показателям считаются неотъемлемой частью отчета каждой страны по достигнутому прогрессу в реализации поставленных целей. Поэтому в ходе консультаций и подготовки отчетности необходимо уделять соответствующее внимание как описательной части отчета о достигнутом прогрессе, так и сбору страновых данных по показателям, как указано в разделе «Выполнение мониторинга на национальном уровне».

Отчет по показателям глобального мониторинга эпидемии СПИДа следует отправлять через веб-сайт для представления отчетности (<https://aidsreportingtool.unaids.org>), что обеспечит полноту и высокое качество данных и даст возможности для обработки и анализа данных на страновом, региональном и глобальном уровнях. **Крайний срок подачи данных через веб-сайт — 31 марта 2020 года.**

Все изменения в требованиях к предоставлению отчетности в 2020 году (по сравнению с раундом отчетности 2019 года) перечислены в разделе «Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2020 году».

В данном руководстве дано полное описание всех индикаторов, используемых для программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Для сбора и расчета необходимой информации по каждому индикатору следует использовать процедуры, описанные в этом руководстве.

Данные по индикаторам будут доступны на веб-сайте aidsinfo.unaids.org после завершения процесса очистки, верификации и согласования данных. Просим учитывать, что откорректированные и обновленные данные по индикаторам, которые вносятся после проверки, представлены в приложении AIDSinfo и могут отсутствовать в описательных отчетах.

Выполнение мониторинга на национальном уровне

Построение национальных показателей

В данном руководстве представлена информация, необходимая для построения каждого индикатора, включая следующее:

- Описание того, что измеряет данный индикатор.
- Обоснование индикатора.
- Числитель, знаменатель, проведение расчетов.
- Разбивка данных для индикатора.
- Рекомендуемые инструменты измерения.
- Частота проведения измерений.
- Сильные и слабые стороны, преимущества и недостатки индикатора (включая его краткое толкование).

Инструменты измерения и источники данных

Основные (первичные) инструменты измерения различаются в зависимости от конкретного индикатора и могут включать:

- Выборочные демографические обследования, репрезентативные на национальном уровне.
- Эпиднадзорные поведенческие обследования.
- Специальные исследования и опросы населения, в том числе обследования среди конкретных групп населения (например, исследования охвата определенными услугами).
- Системы отслеживания пациентов.
- Информационные системы здравоохранения.
- Дозорный эпидемиологический надзор.
- Системы эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции.
- Математическое моделирование.
- Национальные 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 карты или записи, обзоры по программам из медицинских и образовательных учреждений, а также информацию по конкретным аспектам, собранную в рамках эпиднадзорных мероприятий и программ в сфере ВИЧ.

Организации гражданского общества являются ценными источниками данных по многим показателям — особенно тем, которые связаны с реализацией мер, в которых НГО, религиозные и общественные организации играют активную роль. В качестве примеров можно привести работу с молодежью,

ключевыми группами населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ, а также с беременными женщинами.

Во многих странах большинство данных, необходимых для национальных показателей, может отсутствовать в имеющихся источниках. Скорее всего, для сбора таких данных потребуются соответствующая доработка существующих инструментов мониторинга или проведение дополнительных исследований по конкретным аспектам. Страны, регулярно проводящие национальные репрезентативные исследования популяционного уровня, такие как Population-based HIV Impact Assessments (популяционное исследование для оценки воздействия ВИЧ на население) или Demographic and Health Surveys (национальные обследования по демографии и здравоохранению), соберут необходимую информацию, включая данные о поведенческих аспектах молодежи. В странах, проводящих другие виды обследований населения на популяционном уровне (в том числе исследования, не связанные с ВИЧ), эти обследования можно адаптировать для сбора данных по отдельным конкретным показателям.

Оценочные показатели, получаемые с помощью программы Spectrum

Одним из основных инструментов, которым можно воспользоваться для получения знаменателей, необходимых в отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, является пакет программного обеспечения Spectrum. С его помощью страны могут рассчитывать оценочные показатели популяционного уровня по числу людей, живущих с ВИЧ; беременных женщин, нуждающихся в получении антиретровирусных препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку; а также детей, подвергнутых риску контакта с ВИЧ, нуждающихся в проведении обследования с использованием вирусологических методов.³ Кроме того, программа Spectrum позволяет странам получать оценочные показатели числа новых случаев ВИЧ-инфекции, заболеваемости ВИЧ-инфекцией (индикатор ЦУР), смертности от СПИД-ассоциированных заболеваний и частоты передачи ВИЧ от матери ребенку — показатели, которые трудно измерить напрямую. Файлы программы Spectrum обновляются каждый год на основании самых последних программных данных и данных эпидемиологического надзора.

В 2020 году подготовка файлов данных для программы Spectrum будет вестись одновременно с подачей данных по индикаторам для системы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Финальный срок сдачи файлов в Spectrum — до 25 марта 2020 года. Страновые рабочие группы получают информацию о порядке получения оценочных данных за 2020 год в ноябре 2019 года.

Как и в предыдущие годы, у стран есть возможность импортировать данные по определенным показателям из своего файла Spectrum в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, что значительно упрощает процесс ввода данных в онлайн-инструмент отчетности. Это позволяет не только сократить объем ввода данных и снизить риск ошибок, но и обеспечить согласованность данных на уровне этих двух систем. В 2020 году страны будут представлять данные по индикаторам 1.1, 1.2 и 1.3, в том числе с детальной разбивкой по возрасту, через программу Spectrum, после чего эти данные будут импортироваться в онлайн-инструмент отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа по странам в виде готовых файлов в формате Spectrum.

Файлы Spectrum разрабатывает рабочая группа, в состав которой входят национальные эксперты, обученные работе с этим программным обеспечением. Затем эти файлы проверяются специалистами программы ЮНЭЙДС в целях контроля качества. 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.

³ Spectrum/EPP (веб-сайт). Женева: ЮНЭЙДС, 2019. URL: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>.

Импорт данных из программы Spectrum в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа

В программе Spectrum есть простой инструмент, с помощью которого можно экспортировать оценочные показатели, необходимые для программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Национальные группы экспертов, занимающиеся расчетом оценочных показателей по ВИЧ-инфекции, должны экспортировать свои результаты из программы Spectrum в формате CSV-файла, чтобы затем координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа мог импортировать этот файл в онлайн-инструмент отчетности программы ГМС. Импортировать оценочные показатели Spectrum можно многократно, в любой момент в период 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 инструмент онлайн-отчетности. ЮНЭЙДС проверит, чтобы имеющийся финальный файл из программы Spectrum соответствовал тому, что включено в отчетность по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, и в случае расхождений вновь выйдет на страновой уровень для уточнения.

При импорте оценочных показателей 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) — следует убедиться в том, что используется самая окончательная версия файла.

Примечания общего характера по импорту результатов из программы Spectrum:

- Прежде чем начать процесс импортирования данных, координатор программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа должен указать, какие показатели необходимо загрузить (в меню программы выбрать **Yes/Да** при выборе опции **Take data from the final Spectrum file/Брать данные из финального файла программы Spectrum**). Для всех выбранных индикаторов в процессе импорта все ранее введенные в систему данные будут заменены данными из Spectrum.
- Даже если национальные данные по индикаторам 1.1, 1.2, 1.3, 2.3 и 3.1 импортируются из программы Spectrum, координатор по глобальному мониторингу СПИДа должен просмотреть все страницы ввода данных для этих индикаторов, чтобы внести дополнительные данные с разбивкой по административным единицам и городам (при наличии таковых).

Последовательность действий для национальной группы по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ при экспорте данных из программы Spectrum:

1. Откройте программу Spectrum, но свой страновой файл не открывайте.
2. Среди закладок сверху страницы выберите меню **Tools/Инструменты**, в нем выберите опцию **More tools/Дополнительные инструменты**.

Таблица 1.

Сроки подготовки оценочных показателей 2020 года в программе Spectrum и предоставление отчетных данных по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Сроки*	Мероприятия	Ответственные
Декабрь — март	Разработать файл для программы Spectrum, показать ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
15–29 марта	Отправить файл формата CSV с оценочными показателями из программы Spectrum координатору по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
15–29 марта	Импортировать оценочные показатели, полученные в Spectrum, в систему глобального мониторинга эпидемии СПИДа для окончательного рассмотрения	Координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа
15–29 March	Провести совещание с участием ключевых партнеров и заинтересованных сторон для утверждения представляемых отчетных данных для программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	Координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа
25 марта	Отправить финальную версию файла Spectrum в ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ
31 марта	Сдать данные для программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа	Координатор по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа
1–15 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
1–30 апреля	По мере необходимости доработать импортируемый CSV-файл программы Spectrum	Координатор по программе глобального мониторинга СПИДа или Группа по разработке глобальных показателей
1 мая	Сводные результаты по оценочным показателям послать на утверждение национальному координатору по СПИДу	Группа по разработке глобальных показателей
1–10 мая	Рассмотреть полученные из Spectrum данные и предоставить разъяснение ЮНЭЙДС	Национальная группа по разработке оценочных показателей в сфере ВИЧ

* Эти сроки несколько различаются у отдельных стран, которые в целях планирования должны сдавать отчетные данные в более ранние сроки.

3. В меню **AIM tools/Инструменты AIM** выберите **GAM/ГМС**. В программе Spectrum откроется диалоговое окно.
4. С помощью кнопки **Add/Добавить**, выберите свой страновой файл (или файлы субнационального уровня, в случае необходимости), а затем нажмите кнопку **Open/Открыть**.
5. Выберите опцию **Set GAM results file name/Дать имя файлу с результатами ГМС**. Выберите директорию, в которую вы хотите сохранить этот файл формата CSV. Присвойте файлу четкое и понятное имя, которое бы отражало название файла в программе Spectrum, и нажмите **Save/Сохранить**.
6. Нажмите на **Process/Выполнять**, чтобы создать файл в формате CSV.

По электронной почте отправьте CSV-файл вашему координатору по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа. Если этим координатором являетесь вы сами — следуйте инструкциям, изложенным ниже.

Последовательность действий координатора по программе глобального мониторинга и/или странового координатора, отвечающего за представление отчетных данных, при импортировании выборки из Spectrum в программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа:

1. Войдите в онлайн-инструмент отчетности по программе глобального мониторинга СПИДа (<https://aidsreportingtool.unaids.org>).
2. В верхнем меню выберите опцию **Spectrum import/Импортировать из Spectrum**.
3. Нажмите команду **Choose file/Выбрать файл** и выберите файл формата CSV, который нужно экспортировать из программы Spectrum.
4. Нажмите команду **Preview/Предварительный просмотр**.
5. Система выдаст перечень всех данных по индикаторам из импортируемого файла, а вместе с ними — любых данных, которые уже были введены в систему. Вы можете выбрать, какой набор данных использовать, поставив галочку напротив опции **Use entered data/Использовать введенные данные** или напротив опции **Take imported data from Spectrum/Взять импортированные данные из Spectrum**.
6. Нажмите кнопку **Save/Сохранить** для сохранения настроек и множеств данных, которые вы выбрали для импорта, либо нажмите кнопку **Cancel/Отмена**, чтобы прервать процесс импорта.
7. Если вы выбрали использовать введенные данные вместо того, чтобы брать данные из Spectrum, то не забудьте вернуться на экраны ввода данных по этим индикаторам для проверки и ввода недостающих данных.

Из программы Spectrum можно импортировать следующие индикаторы:

- 1.1 Люди, живущие с ВИЧ, которые знают свой ВИЧ-статус (за 2010–2019 гг.).
 - Среди всех, в возрасте <15 лет, 15+ лет по полу, детально по возрастным группам (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.2 Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию (за 2010–2019 гг.).
 - Среди всех, в возрасте <15 лет, 15+ лет по полу, детально по возрастным группам (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.3 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку (за 2010–2019 гг.).
 - Среди всех, в возрасте <15 лет, 15+ лет по полу, детально по возрастным группам (<5, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-49, 50+).
- 1.6 Смертность вследствие СПИДа на 100 тысяч населения (за 2010–2019 гг.)
 - Среди всех; в возрасте до 5 лет; 5–14 лет; 15+ лет с разбивкой по полу

- 2.1 Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев (за 2011–2019 гг.).
 - Только знаменатель.
 - 2.2 Процент передачи от матери ребенку (за 2010–2019 гг.)
 - 2.3 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (по 2010–2019 гг.)
 - Схемы лечения и охват.
 - 3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 1000 неинфицированного населения (2010–2019 гг.)
 - В возрасте 0–99+, 15–49 лет, 15–24, 50+ лет с разбивкой по полу.
 - Среди всех возрастных групп, моложе 15 лет.
-

Числители и знаменатели

По каждому индикатору 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 и 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, собранные за разные периоды времени, 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.

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, — и предоставлении их по конкретным ключевым группам населения или географическим районам. 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 доступа.⁴

Разбивка эпидемиологических данных и поведенческих показателей по полу и возрасту 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.

⁴ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЭЙДС. Инструмент, позволяющий более четко учитывать и отражать гендерные особенности при работе в национальных системах мониторинга и оценки данных в области ВИЧ, сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Женева: ВОЗ, 2016.

В онлайн-инструменте формирования отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) четко определено, какие данные с разбивкой требуются для точных расчетов числителей и знаменателей по каждому индикатору (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. Для индикаторов 1.1, 1.2 и 1.3 необходимы данные с более детальной разбивкой по возрасту. Такая детальная разбивка данных по возрастным группам может помочь нам значительно улучшить понимание закономерностей развития эпидемии ВИЧ-инфекции. Например, разбивка данных по конкретным возрастным группам позволяет странам оценить, насколько сильно различается охват каждой программы (включая процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение) среди подростков в возрасте 10–19 лет и молодежи в возрасте 15–24 лет. 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 Детского фонда Организации Объединенных Наций [ЮНИСЕФ]), а также к партнерам ЮНЭЙДС; они помогут получить доступ 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. Их можно вводить в поле **Data related to this topic/Данные, относящиеся к этой теме**, которое имеется на каждой странице индикатора в онлайн-инструменте отчетности.

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 в различных регионах и реализации ответных мер в тех или иных сообществах.

Начиная с середины 2014 года, онлайн-инструмент отчетности позволяет пользователям по избранным индикаторам вносить данные субнационального уровня или данные по конкретным сайтам. По некоторым индикаторам инструмент также позволяет пользователям представлять данные по приоритетным городам с наиболее высокой распространенностью ВИЧ-инфекции или городам, которые взяли на себя обязательства по ускоренной реализации мер противодействия для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году. Такие данные используются для оценки достигнутого прогресса в реализации мер противодействия ВИЧ в этих городах. При сборе отчетных данных по городам настоятельно рекомендуем консультироваться с соответствующими партнерами, работающими на городском уровне.

Данные самых недавних и репрезентативных исследований

Странам следует предоставлять только новые, недавно полученные данные. Если самые последние имеющиеся данные уже были представлены в предыдущем раунде отчетности, вводить их заново не требуется.

При расчете индикаторов на основе данных обследований общего населения 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 обеспечить репрезентативность выборки по данным группам населения: в качестве примера можно привести, например, метод под названием

«выборка, управляемая респондентом». Однако поскольку эти методы пока находятся в стадии доработки, страны не могут быть уверены в том, что те выборки, которые используются для обследований ключевых групп населения, подверженных высокому риску инфицирования ВИЧ, являются репрезентативными. Странам рекомендуется использовать самые последние данные из обследований ключевых групп населения, которые проверялись и утверждались местными техническими экспертами, — 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. 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, это следует указать в поле **Region for which the last estimation was performed/Регион, для которого выполнялась самая свежая оценка**.

Интерпретация и анализ

В этом руководстве предоставляется информация о каждом индикаторе, включая его сильные и слабые стороны. Прежде чем приступать к сбору и анализу данных, странам следует внимательно изучить этот раздел, так как здесь объясняется, как анализировать каждый индикатор и какие потенциальные проблемы могут быть с ним связаны. Вопросы, поднимаемые в этом разделе, следует рассмотреть до подготовки итоговой отчетности и составления описательного отчета — чтобы иметь уверенность в том, что по каждому индикатору предоставлены соответствующие данные.

Разделы, в которых рассматриваются преимущества и недостатки каждого индикатора, предназначены для повышения точности и соответствия данных, предоставляемых в ЮНЭЙДС. В других пунктах этого раздела приводится дополнительная информация о значимости каждого конкретного индикатора, при этом подчеркивается, что у стран есть свои различия в самых разных аспектах — например, в соотношении затрат к местному уровню доходов населения, или в применяемых на местах стандартов качества, или различия в схемах лечения.

После компиляции собранных данных странам настоятельно рекомендуется продолжать анализ полученных результатов. Это позволит им лучше понимать степень эффективности своих ответных мер и найти возможности для 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 вертикальной передачи для беременных женщин? Если такие программы существуют, достаточно ли активно женщины пользуются ими, чтобы эти программы могли обеспечить сокращение числа младенцев с ВИЧ-инфекцией, рождающихся 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 и выявления существующих или новых тенденций.

Роль гражданского общества и сообществ

Гражданское общество играет ключевую роль в реализации мер противодействия СПИДу во всех странах мира. С их обширным опытом работы, организации гражданского общества являются идеальными партнерами в процессе подготовки страновых отчетов о достигнутом прогрессе. В частности, эти организации в состоянии предоставить количественную и качественную информацию в дополнение к данным, собранным государственными организациями, а также помочь в интерпретации собранных данных. При подготовке отчетов по национальным индикаторам в рамках выполнения Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа (2016) 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.

Национальные комитеты противодействия СПИДу и другие подобные организации должны обеспечить организациям гражданского общества доступ к своим планам и программам по сбору данных, включая данные для знаменателей. Для этого необходимо разработать простой механизм для предоставления и оценки информации. Также в рамках этой работы следует приглашать представителей гражданского общества и сообществ 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 и сообществ следует предоставить действенные возможности для участия в анализе и интерпретации данных на всех этапах, предшествующих окончательной сдаче отчетности. Отчет, представленный в ЮНЭЙДС, также должен быть широко распространен, и доступ к нему должен быть открыт для всех представителей общественности.

Сотрудники программы ЮНЭЙДС на страновом уровне готовы содействовать представителям гражданского общества и сообществ в обеспечении их участия в процессе подготовки и сдачи отчетности. В частности, сотрудники программы ЮНЭЙДС, работающие в страновых представительствах, будут выполнять следующие задачи:

- Предоставлять консультации организациям гражданского общества и сообществам по индикаторам и процедуре отчетности;
- Оказывать техническую поддержку в сборе, анализе и предоставлении отчетных данных, уделяя при этом особое внимание людям, живущим с ВИЧ. • Оказывать техническую поддержку в сборе, анализе и предоставлении отчетных данных, уделяя при этом особое внимание людям, живущим с ВИЧ.
- Содействовать распространению подготовленных докладов — в том числе, по возможности, на языке конкретной страны.

Как и в предыдущих раундах, ЮНЭЙДС будет принимать независимые (альтернативные) доклады о реализации страновых программ, однако такие отчеты не рассматриваются в качестве параллельной отчетности со стороны гражданского общества или сообществ. ЮНЭЙДС рекомендует как можно полнее интегрировать гражданское общество в процедуру подготовки отчетности на национальном уровне, как описано выше. Независимые отчеты предназначены скорее для того, чтобы представить альтернативную точку зрения в тех случаях, когда а) существуют достаточные основания полагать, что гражданское общество и сообщества не были полноценно вовлечены в процесс подготовки страновой отчетности, или б) государственные организации отчетность не представили, или в) предоставленные ими данные существенно отличаются от данных, собранных гражданским обществом и сообществами в процессе мониторинга прогресса, достигнутого государством в предоставлении услуг. Независимые отчеты можно направлять по электронной почте: aidsreporting@unaids.org.

Руководство по представлению данных

Странам, которым необходима дополнительная информация по сбору данных по индикаторам для глобального мониторинга эпидемии СПИДа, по инструменту отчетности и/или по механизмам ее осуществления, следует обращаться за технической поддержкой к своим страновым консультантам в Отделе стратегической информации ЮНЭЙДС, в ЮНИСЕФ или ВОЗ, а также к страновым рабочим группам, занимающимся мониторингом и оценкой данных о ВИЧ. Техническую поддержку также предоставляют региональные консультанты Отдела стратегической информации ЮНЭЙДС. С ними можно связаться по электронной почте: AIDSreporting@unaids.org.

Инструмент отчетности и предоставление данных

Данные по индикаторам, национальные описательные отчеты, промежуточный опросник НОПИ для мониторинга национальных обязательств и политики, обследование по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу необходимо подать до 31 марта 2020 года в онлайн-систему отчетности: <https://aidsreportingtool.unaids.org>.

В каждой стране есть специально назначенный национальный докладчик — страновой координатор, отвечающий за предоставление отчетности, в обязанности которого входит работа с онлайн-инструментом и ввод информации. Страны могут дополнительно назначить нескольких ответственных лиц для представления данных, если данные необходимо собрать из нескольких источников и систем отчетности.

Национальные координаторы могут войти в инструмент подготовки отчетности с помощью учетной записи, которая использовалась в предыдущем отчетном раунде; они также могут передать это право другим людям. Новые национальные докладчики (координаторы) должны зарегистрироваться онлайн в качестве редакторов страновых данных. Регистрация утверждается на основе официальных запросов от страны. Редакторы могут вносить дополнения или изменения в представляемую отчетную информацию. Как и в предыдущие годы, национальный докладчик (страновой координатор) также может дать возможность просматривать данные и другим людям, чтобы обеспечить более широкий процесс консультаций на страновом уровне. Эти люди могут просматривать предоставляемую для отчетности информацию, но не могут вносить в нее изменения. Более подробную информацию о том, как зарегистрировать пользовательский аккаунт или как управлять такими аккаунтами, можно найти в электронных руководствах на веб-сайте программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа (<https://www.unaids.org/ru/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

Странам рекомендуется предоставлять данные по всем индикаторам, по которым имеются такие данные. Если страны не предоставляют данные по какому-либо индикатору. В случае непредоставления данных по какому-либо индикатору страны должны указать, по какой причине не предоставляются эти данные: из-за отсутствия ли соответствующих свежих данных или из-за того, что данный индикатор считается нерелевантным в конкретных эпидемиологических условиях. Быстро определить релевантность или доступность данных по каждому индикатору можно в окошке **Select relevant indicators/Выбрать соответствующие индикаторы**.

Большинство национальных показателей применимы ко всем странам. Показатели поведения ключевых групп населения с наиболее высоким риском инфицирования релевантны во всех странах, независимо от распространенности ВИЧ-инфекции в стране. 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.

Точно так же странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции рекомендуется осуществлять сбор данных о половом 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. В настоящем руководстве об этом говорится в соответствующих определениях индикаторов.

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует странам использовать эти же показатели в своих национальных системах для мониторинга и оценки эпидемиологической ситуации. Если какая-либо из стран для

повышения эффективности мониторинга по той или иной проблеме использует другой индикатор, можно описать этот индикатор в поле для комментариев **Data related to this topic/Данные, относящиеся к этой проблеме** в онлайн-инструменте отчетности (в частности, дать его полное описание и методы измерения) и представить имеющиеся данные по этому индикатору).

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

Чтобы облегчить проверку материалов на страновом уровне, пользователи могут собрать все индикаторы в один файл в формате PDF с помощью опции **Print all to PDF/Распечатать все в PDF**.

На главной странице перечня индикаторов есть панель выполнения ввода данных, с помощью которой можно посмотреть процент заполнения индикаторов. Как только процесс заполнения данных будет завершен на 100 %, страновой координатор, отвечающий за представление данных, может нажать кнопку **Submit/Отправить** для завершения процедуры отчетности. После этого страновые данные в онлайн-инструменте отчетности уже нельзя будет редактировать или изменять. 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.

Прежде чем нажимать кнопку **Submit/Отправить**, страновые координаторы могут импортировать данные из программы Spectrum в онлайн-инструмент программы глобального мониторинга СПИДа. Это даст им возможность просмотреть импортируемые данные и подтвердить их включение в отчет по глобальному мониторингу эпидемии. Если работа с файлами в программе Spectrum завершится уже после представления отчетности для программы глобального мониторинга СПИДа, по запросу страновых координаторов онлайн-инструмент отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа может быть для них открыт для импорта данных в период с 1 апреля по 1 мая. В иных случаях ЮНЭЙДС будет автоматически импортировать данные из утвержденных файлов Spectrum, предоставленных 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 отчетности на национальном уровне: требуемые действия

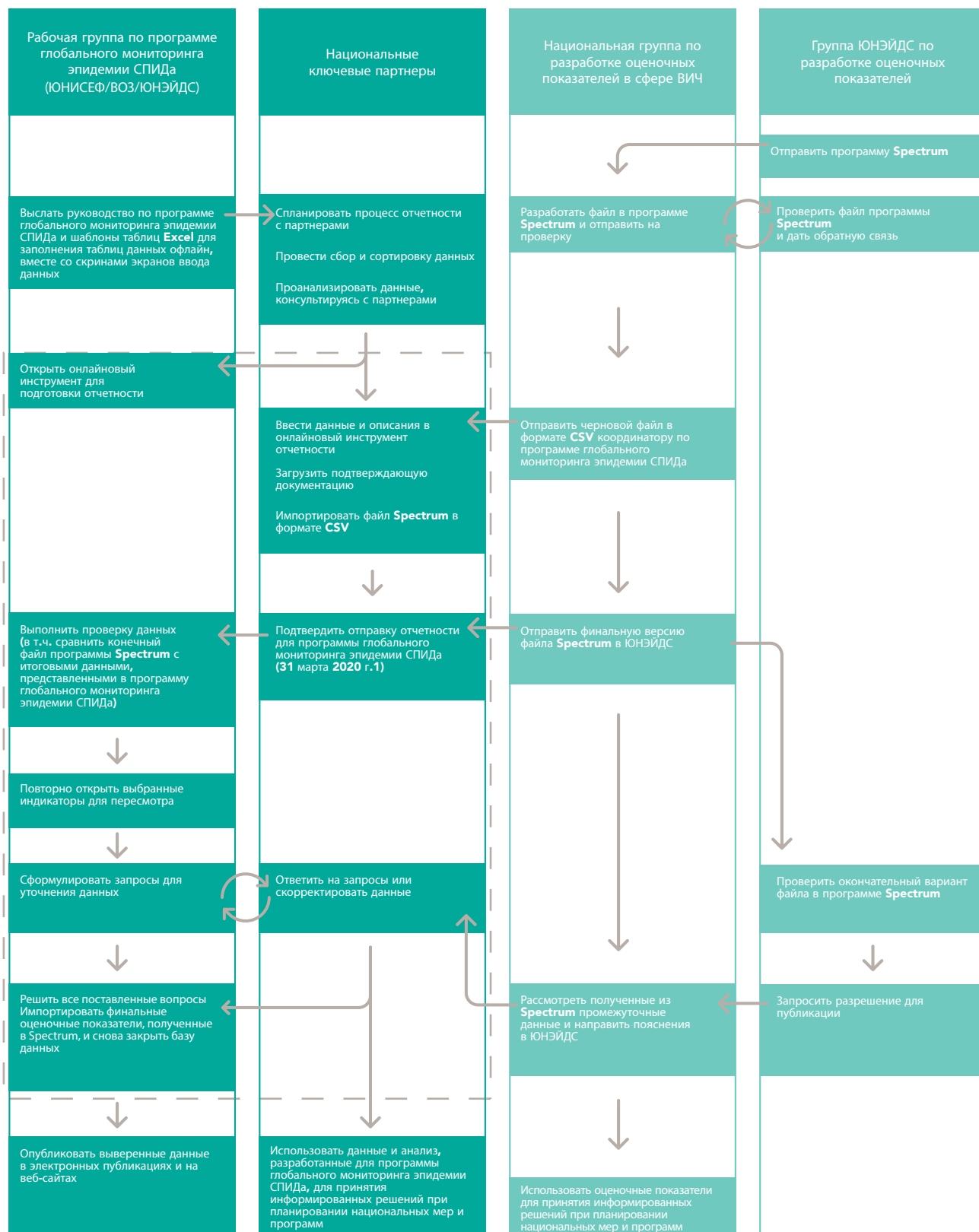
Предоставление полной отчетности по индикаторам необходимо для того, чтобы обеспечить основу для разработки и реализации национального комплекса мер, а также содействовать реализации международных мер противодействия эпидемии СПИДа. Странам настоятельно рекомендуется установить контрольные сроки и этапы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

Под эгидой национального комитета по СПИДу или его странового аналога, странам необходимо сделать следующее:

1. Назначить руководством 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 2020 года**.
2. Определить, какие данные необходимы в соответствии с национальным стратегическим планом и настоящим руководством по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа.
3. Назначить ответственного координатора для заполнения промежуточного опросника НОПИ для мониторинга национальных обязательств и политики.

Рисунок 2

Процесс подготовки отчетных данных для программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа



¹ Другие важные даты указаны на странице 17.

² Перечень индикаторов, которые можно импортировать из программы Spectrum, приведен на странице 18.

4. Разработать и распространить план по сбору данных для индикаторов глобального мониторинга эпидемии СПИДа; промежуточного опроса по вопросам политики (НОПИ); и обследования по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey) — указав, в частности, конкретные сроки выполнения и функциональные обязанности национального/странового комитета по СПИДу (или подобной организации), государственных органов, гражданского общества и других соответствующих партнеров.
5. Определить необходимые инструменты для сбора данных и источники для каждого компонента отчета, включая следующее:
 - о Проведение встречи с национальной группой экспертов по расчету оценочных показателей по ВИЧ-инфекции.
 - о Согласование графика сбора данных с:
 - Графиками других мероприятий по сбору данных, в том числе проводимых другими партнерами и фондами — такими как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР) и учреждения ООН,
 - Графиком объединения данных на национальном уровне для индикаторов по учреждениям здравоохранения.
6. Провести сбор и сортировку данных во взаимодействии с партнерскими организациями из государственного сектора, гражданского общества и сообществ, международных организаций, включая следующее:
 - о Формирование протоколов обработки и управления данными;
 - Проведение очистки и валидации исходных данных;
 - Создание единой базы данных для всех задач по анализу и предоставлению отчетности.
 - о Проверка данных.
 - о Заполнение промежуточного опросника НОПИ для мониторинга национальных обязательств и политики (более подробные рекомендации представлены в соответствующем разделе).
7. Запросить у национальной группы экспертов по расчету 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, данные для промежуточного опросника НОПИ и данные для обследования по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
9. Предоставить возможность заинтересованным сторонам, включая государственные органы и гражданское общество, комментировать предварительные данные.
10. Провести семинар для проверки и анализа данных по индикаторам, в том числе по расходам и по реализации политики в сфере СПИДа, совместно с партнерскими организациями из государственного сектора, представителями гражданского общества и ключевых сообществ, международными партнерами. Это делается для того, чтобы: а) 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 для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году, а также чтобы б) достичь консенсуса в отношении представляемых 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 внесенные данные.
12. Загрузить финальный файл Spectrum в специальную папку, предназначенную для национальных оценочных показателей, в срок до **25 марта 2020 года** включительно.

13. Сдать все отчетные данные по индикаторам, ответы на промежуточный опрос по национальным обязательствам и политике (НОПИ), и данные обследования по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу, а также описательные отчеты по каждому из обязательств в срок до **31 марта 2020 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 программы глобального мониторинга 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 просматривать данные и вносить свою лепту в процесс подготовки отчетности, благодаря чему активизировался процесс консультаций и проверки данных с участием широкого круга ключевых партнеров и заинтересованных сторон.

Процедура проверки данных за 2020 год

После подачи странами отчетов по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа с помощью онлайн-инструмента отчетности, сотрудники ЮНЭЙДС — при поддержке ЮНИСЕФ и ВОЗ — будут рассматривать представленные данные с целью:

- Помочь странам найти возможные ошибки, сделанные при вводе данных;
- Убедиться, что представленные данные соответствуют определениям индикаторов (приведенным в руководствах по программе глобального мониторинга 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 индикаторов, применяемых для мониторинга выполнения глобальных обязательств в сфере противодействия СПИДу.

В случае если страны не располагают данными, полностью отвечающими заданным требованиям в определении индикатора, им рекомендуется рассмотреть возможность использования в процессе отчетности других данных, которые могут быть релевантными в данной сфере для оценки прогресса в выполнении этих обязательств. Однако по причинам, обсуждавшимся выше, эти данные нельзя опубликовать в приложении AIDSinfo, и они не будут использоваться при проведении анализа на глобальном уровне.

В ходе рассмотрения данных ЮНЭЙДС взаимодействует с национальными координаторами по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, чтобы в случае необходимости прояснить какие-то вопросы или пересмотреть и исправить данные, представленные с помощью онлайн-инструмента. Проверка данных осуществляется в несколько этапов:

- ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС сверяют различные базы данных, содержащие материалы 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 в дальнейшем взаимодействуют с соответствующими странами для доработки этих запросов.

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 равен ли общий показатель сумме всех его составляющих дезагрегированных данных.

- Проверить на наличие значительных расхождений с ранее представленными данными.
- Убедиться в том, что данные не представлялись ранее в рамках программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. 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.
- Если данные относятся к комплексному индикатору, убедиться, что в ответах на все вопросы использовались данные из одного источника, а комплексные величины соответствуют сумме значений по отдельным вопросам.

Для индикаторов, полученных из программы Spectrum или с использованием знаменателей на основе оценочных значений:

- Проверить соответствие оценочных показателей тому финальному файлу Spectrum, который был отослан в ЮНЭЙДС.
- Проверить правильность математических расчетов, в том числе равен ли общий показатель сумме всех его составляющих дезагрегированных данных.
- Сверить числители со сравнимыми данными.

Изучаются все комментарии, представленные странами по индикаторам.

Дополнительные замечания по валидации данных по индикаторам

Для указанных индикаторов также будут приниматься во внимание следующие аспекты:

Оценка численности групп населения:

- Проверить на наличие сильных/скачкообразных изменений по сравнению с предыдущими годами.
- Проверить все отчеты.

Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию:

- Проверить, соответствуют ли данные из национальных закупочных и фармацевтических систем учета количеству людей, получающих лечение, согласно представленной отчетности на основе программной документации или рутинного сбора данных для информационных систем здравоохранения.
- Рассмотреть результаты любых недавних оценок качества данных и при необходимости скорректировать представленные цифры.
- Убедиться, что при подсчетах учитываются только люди, которые в настоящее время получают терапию. В частности, в число получающих лечение не должны входить следующие лица:
 - Умершие
 - Выбывшие/эмигрировавшие.
 - Люди, которые вышли из программ терапии и в настоящее время не получают лечения в других регионах данной страны.
 - Люди, выбывшие из-под наблюдения в медицинских учреждениях

Примечание: С 2020 года изменилось определение «потерянный для последующего наблюдения/выбывший из-под наблюдения»: теперь к этой категории относятся те, кто не явился на прием в течение 30 дней со дня последней записи к врачу или не приходил для получения лекарственных препаратов (раньше этот срок был равен 90 дням).

Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2020 году

В рамках отчетности в 2020 году требуется представить данные по индикаторам, данные промежуточного опроса по национальным обязательствам и вопросам политики (инструмент НОПИ), и данные обследования по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey). Описательный отчет представлять не обязательно.

В соответствии с рекомендациями международной технической консультативной группы экспертов по мониторингу, разработанными по результатам анализа программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа — и с учетом других мнений ключевых партнеров, — некоторые индикаторы были изменены. Один индикатор был добавлен.

Ниже представлена сводная информация об изменениях в процедуре отчетности в 2020 году.

- Добавлен индикатор (3.19 Число распространенных презервативов) для отчетности о количестве распространенных мужских и женских презервативов.
- Три индикатора исключены из системы отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа: удержание в программе антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев после начала; тестирование на вирусный гепатит В; и процент людей с коинфекцией ВИЧ/ВГВ, получающих комбинированное лечение.
- Применявшийся ранее индикатор 8.1 «Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ» (с Приложениями 2–4) теперь подразделяется на три индикатора, сохраняющих общее содержание: 8.1 «Национальный государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ (выделение и освоение целевого финансирования)»; 8.2 «Антиретровирусные препараты: цены за единицу, объемы для разных режимов лечения», и 8.3 «Общие расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам ресурсов и ключевым программам» (представленные в матрице финансирования в сфере противодействия СПИДу).
- Изменены 13 индикаторов, используемых для предоставления отчетности в этом году:
 - 1.2 Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию.
 - Страны с группами населения численностью более 250 000 человек теперь могут отчитываться по этому индикатору с подробной разбивкой по возрасту для взрослых в возрасте 15 лет и старше (при наличии в программе Spectrum).
 - Изменено определение, на основании которого пациенты считаются «потерянными для последующего наблюдения»: теперь срок неявки составляет 30 дней, а не 90 дней. Следует считать потерянными для последующего наблюдения всех, кто не являлся на прием в течение 30 дней со дня своей последней неявки к назначенному времени к врачу или для получения лекарственных препаратов. Их не следует включать в число людей, получающих антиретровирусную терапию в настоящее время.
 - Расширен запрос на предоставление данных с разбивкой по индикатору 1.2 — по числу людей, начинающих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года. Требуется указать число людей, которые повторно начали принимать антиретровирусную терапию в течение отчетного года после того, как они прекращали прием терапии или были признаны потерянными для последующего наблюдения.

- 1.4 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку.
 - о За текущий и предыдущий годы странам, предоставляющим данные по числу людей со сниженной вирусной нагрузкой по пороговым значениям не 1000 копий/мл, а ниже, будет необходимо применить несложную корректировку, чтобы представить оценочные значения по соответствующим ожидаемым показателям сниженной вирусной нагрузки по пороговому показателю 1000 копий/мл. Для стран с группами населения численностью от 250 000 человек и выше такая корректировка будет осуществляться непосредственно в программе Spectrum.
 - о Изменена применявшаяся ранее рекомендация, в соответствии с которой странам с охватом исследованиями на вирусную нагрузку свыше 90% не требовалось проводить корректировку с учетом вирусной нагрузки у необследованного населения. В соответствии с новыми рекомендациями, все страны, имеющие охват исследованиями на вирусную нагрузку от 50% и выше, должны рассчитывать общее значение по сниженной вирусной нагрузке как процент людей с достигнутой вирусной супрессией от числа всех прошедших обследование, умноженный на число людей, получающих антиретровирусную терапию.
- 1.8 Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию.
 - о В разбивку данных об услугах по тестированию на ВИЧ-инфекцию в учреждениях здравоохранения добавлены отдельно центры планирования семьи.
- 3.6Г. Использование презервативов среди трансгендерных людей.
 - о В определение знаменателя добавлено уточнение относительно сроков — число людей, охваченных обследованием, которые сообщили о наличии у них половых контактов или анального секса за последние шесть месяцев.
- 3.7 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции.
 - о Изменен формат индикатора. Индикатор делится на две части по источникам данных: часть 1 — обследования, часть 2 — программные данные.
 - о В разбивку данных добавлена возможность предоставления данных по категориям поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ, другие учреждения, в том числе коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора).
- 3.9 Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека).
 - о В разбивку данных добавлено предоставление данных по категориям поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ, другие учреждения, в том числе коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора).
- 3.10 Охват опиоидной заместительной терапией.
 - о В разбивку данных добавлено предоставление данных по категориям поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ, другие учреждения, в том числе коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора).
- 3.15 Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП).
 - о В разбивку данных добавлены заключенные в качестве одной из ключевых групп населения.
- 3.16 Распространенность мужского обрезания.
 - о В рекомендуемую разбивку данных по возрасту добавлена возрастная группа 25–29 лет.
- 3.17 Количество мужчин, прошедших добровольную процедуру обрезания, за год.
 - о В рекомендуемую разбивку данных по возрасту добавлена возрастная группа 25–29 лет.

- 10.2 Люди, живущие с ВИЧ, у которых был выявлен туберкулез в активной форме.
 - о Этот показатель был изменен — теперь он учитывает число людей, живущих с ВИЧ, которые были впервые включены в программу лечения ВИЧ-инфекции.
- 10.3 Люди, живущие с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза.
 - о Этот показатель был изменен — теперь он учитывает число людей, живущих с ВИЧ, которые были впервые включены в программу лечения ВИЧ-инфекции.
- 10.8 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки.
 - о Этот индикатор был расширен: он включает всех женщин, живущих с ВИЧ, а не только женщин, живущих с ВИЧ, в возрасте 30–49 лет.
 - о Добавлена разбивка данных по возрасту (15–29 и 30–49 лет) и по числу женщин, обследованных за прошедший год.

ЮНЭЙДС работает в сотрудничестве с ключевыми организациями под эгидой технической консультативной группы экспертов по мониторингу, чтобы обеспечить согласованность этих 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.

Организации, действующие на базе ключевых групп населения, и реализация ответных мер

Мониторинг процентной доли отдельных профилактических услуг, предоставляемых силами ключевых групп населения, в рамках программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа в 2020 году

Для раунда отчетности 2020 года в программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа добавлена дополнительная разбивка данных по индикаторам 3.7, 3.9 и 3.10. По этим индикаторам с источниками на основе программных данных страны смогут указать, какова процентная доля услуг, предоставляемых разными категориями поставщиков, в общем объеме услуг. В разбивку данных включены следующие категории поставщиков услуг: государственный сектор, организации на базе ключевых групп населения, другие учреждения (например, коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора, включая религиозные и международные неправительственные организации, и т.д.).

Цель представления данных с такой разбивкой заключается в том, чтобы отслеживать, какой процент услуг в сфере профилактики предоставляется организациями, действующими на уровне ключевых групп населения, включая следующие услуги: а) индивидуальные меры для профилактики инфицирования ВИЧ, разработанные с учетом специфики каждой ключевой группы населения; б) распространение презервативов и лубрикантов; в) распространение стерильных игл и шприцев; и г) опиоидная заместительная терапия.

Определения

Ключевые группы населения одинаково сталкиваются со стигмой и дискриминацией, криминализацией и насилием, и на них ложится основное бремя эпидемии ВИЧ-инфекции во всех частях мира. Организации и сетевые сообщества, действующие на уровне ключевых групп населения, — это такие структуры, в которых руководство и персонал, спикеры, публично выступающие от имени организации, ее члены и волонтеры представляют интересы, отражают опыт и являются «голосом» широкого разнообразия мнений сообществ.

При предоставлении отчетных данных по этим индикаторам основной акцент делается на организации и сетевые сообщества, действующие на уровне ключевых групп населения и управляемые этими группами, включая: работников секс-бизнеса (женщин, мужчин и трансгендерных людей); мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; людей, употребляющих наркотики; и трансгендерных людей. Хотя особое внимание уделяется получению более качественной информации о том, какой процент услуг в сфере профилактики предоставляется силами сообществ — организациями, действующими на базе сообществ и возглавляемыми представителями ключевых групп населения, — ЮНЭЙДС признает, что эти группы тесно пересекаются друг с другом. Кроме того, в каждую из перечисленных здесь ключевых групп населения могут входить также и люди, живущие с ВИЧ; заключенные; люди, содержавшиеся в учреждениях закрытого типа или других местах лишения свободы; мигранты, женщины, молодежь и т.д.

В целях отчетности по индикаторам 3.7, 3.9 и 3.10 основное внимание уделяется этим четырем ключевым группам населения: работникам секс-бизнеса; мужчинам-геям и другим мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами; людям, употребляющим наркотики; и трансгендерным людям, — а также их участию в предоставлении отдельных услуг в сфере профилактики ВИЧ-инфекции. ЮНЭЙДС понимает, что данные с такой разбивкой — это лишь одно подмножество данных в общем массиве информации обо всех услугах, предоставляемых сообществами и на базе сообществ; тем не менее, это действительно даст ценную информацию для мониторинга соответствующих обязательств, принятых в Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа (2016).

Как применять определение организаций, действующих на уровне ключевых групп населения

Чтобы определить, какие из организаций или сетевых объединений, предоставляющих услуги, описанные в индикаторах 3.7, 3.9 и 3.10, относятся к организациям, созданным и действующим на базе ключевых групп населения, странам следует учитывать следующие критерии (исходя из приведенного выше определения):

- Большинство людей, входящие в структуру руководства организации, идентифицируют себя в качестве представителей ключевой группы населения, указанной в индикаторе.
- Большинство людей, относящихся к руководству, коллективу сотрудников и волонтеров этой организации или сети, а также люди, публично выступающие от ее имени, сами являются представителями ключевых групп населения.
- Большинство клиентов, представителей или членов этой организации или сети принадлежат к одной или нескольким ключевым группам населения.
- У этой организации или сети есть один или несколько механизмов, обеспечивающих ее подотчетность ключевым группам населения, которым эта организация служит.

Настоятельно рекомендуется вести этот процесс в тесном взаимодействии с сообществами работников секс-бизнеса (женщин, мужчин и трансгендерных людей); мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами; людей, употребляющих наркотики; и трансгендерных людей на национальном, субнациональном и местном уровнях. Можно также консультироваться с сетевыми сообществами, представляющими интересы ключевых групп населения на уровне регионов и на глобальном уровне, относительно лучших практик и подходов в организации конструктивного взаимодействия с сообществами на страновом уровне.

Организации и сети, действующие на уровне ключевых групп населения и представляющих эти группы, часто подвергаются насилию и вандализму из-за криминализации, стигмы и дискриминации, с которыми этим группам приходится сталкиваться; в этой связи необходимо приложить все усилия, чтобы обеспечить их защиту и безопасность. В частности, это касается защиты информации об их руководителях и сотрудниках, физическом местонахождении их офисов и местах проведения аутрич-мероприятий. Уровень конфиденциальности при обращении с данной информацией должен быть таким же, как в отношении информации о людях-получателях услуг.

Общая информация

В Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа (2016) сформулировано обязательство: довести к 2020 году объем услуг, предоставляемых силами сообществ, до уровня не менее 30 % от общих объемов услуг. С первого раунда отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа, который последовал за принятием этой Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа, с помощью инструмента мониторинга национальных обязательств и политики (НОПИ) постоянно отслеживается выполнение законов и реализация политики, обеспечивающих предоставление услуг силами сообществ. Индикатор 3.7 (посвященный программам профилактики ВИЧ-инфекции для каждой из ключевых групп населения) предусматривал, что страны должны сообщать информацию о числе пунктов по предоставлению услуг профилактики, управляемых в рамках национальной программы или государственными органами, или сообществами. Однако в Политической декларации нет четкого определения того, что именно считать «реализуемым силами и на базе сообществ». Из-за этого трудно обеспечить мониторинг прогресса в выполнении данного обязательства — необходимо определить, какие организации и программы следует учитывать.

На своем 43-м заседании в декабре 2018 года Координационный совет Программы ЮНЭЙДС предложил разработать единое определение ответных мер, реализуемых на уровне сообществ и под руководством сообществ. Эта работа была продолжена 17–18 июня в Монтрё (Швейцария), где состоялось совещание с участием представителей сообществ людей, живущих с ВИЧ, мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, трансгендерных людей, работников секс-бизнеса, людей, употребляющих наркотики, женских организаций, активистов по проблемам лечения и людей, перенесших туберкулез. Участники разработали определения того, что такое «организации, действующие на уровне сообществ» и «ответные меры, реализуемые на уровне сообществ и под руководством сообществ». Наряду с этим, были разработаны и более частные определения — что такое «организации, действующие на уровне ключевых групп населения и под их руководством» (это определение приведено выше), и что такое «ответные меры, реализуемые силами ключевых групп населения».

После этой консультационной встречи экспертов была создана целевая группа для определения конкретных шагов по практической реализации ответных мер в сфере ВИЧ на уровне сообществ. Ведется работа над тем, как применять эти определения в дальнейшем для мониторинга охвата другими услугами (помимо профилактики) и для определения финансирования ответных мер, реализуемых на уровне сообществ и под руководством сообществ.

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 о значимости тестирования на ВИЧ.

Обоснование

Людям, живущим с ВИЧ, знающим о своем ВИЧ-статусе, предоставляется доступ к услугам по уходу и лечению, необходимому 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.

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 2019 года, страны с численностью населения свыше 250 тыс. человек будут представлять данные по этому индикатору по группам населения с широкой и детальной разбивкой по возрасту и полу с помощью программы Spectrum. После подготовки финального варианта странового файла эти данные будут импортироваться в инструмент отчетности. Данные по городам и другим значимым административным единицам по-прежнему будут предоставляться с помощью онлайн-инструмента отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Метод измерения

Существует два метода, которые рекомендуется использовать для 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 случаях ВИЧ инфекции по данным систем рутинного эпиднадзора

Числитель. В странах с хорошо функционирующими системами эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией 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 эпиднадзорного наблюдения и в настоящий момент живы.

Знаменатель. Считается, что в стране имеется хорошо функционирующая система 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 2014 года; при этом из расчетов для вычисления числителя исключаются данные по умершим, выбывшим из-под наблюдения или эмигрировавшим. При расчетах необходимо учитывать только данные по числу случаев ВИЧ-инфекции с подтвержденным диагнозом. Однако странам (в случае необходимости) следует соответствующим образом корректировать свою отчетность с учетом задержек в предоставлении отчетных данных, принимая в расчет оценочное число людей, у которых заболевание диагностировано, но данные по ним еще не представлены в отчетности по выявленным случаям ВИЧ-инфекции за текущий календарный год. Необходимо обеспечить механизмы для предотвращения дублирования данных, во избежание подачи сведений об одних и тех же людях несколько раз или несколькими учреждениями сразу.

Об использовании методов рутинного эпиднадзора. Считается, что в стране имеется хорошо функционирующая система 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 2014 года; при этом из расчетов для вычисления числителя исключаются данные по умершим, выбывшим из-под наблюдения или эмигрировавшим. При расчетах необходимо учитывать только данные по числу случаев ВИЧ-инфекции с подтвержденным диагнозом. Однако странам (в случае необходимости) следует соответствующим образом корректировать свою отчетность с учетом задержек в предоставлении отчетных данных, принимая в расчет оценочное число людей, у которых заболевание диагностировано, но данные по ним еще не представлены в отчетности по выявленным случаям ВИЧ-инфекции за текущий календарный год. Необходимо обеспечить механизмы для предотвращения дублирования данных, во избежание подачи сведений об одних и тех же людях несколько раз или несколькими учреждениями сразу.

2. Моделирование оценочных показателей

Числитель. Выбор метода моделирования оценочного показателя числа людей, которые знают свой ВИЧ-статус, от общего числа людей, живущих с ВИЧ, будет зависеть от наличия данных в стране.

В странах с сильными и хорошо отлаженными системами эпиднадзора и системами статистического учета естественного движения населения, число людей, знающих свой ВИЧ-статус, можно получить с помощью инструмента сбора данных по системам учета зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции и регистрации актов гражданского состояния (CSAVR) в программе Spectrum. Аналогичный метод оценки есть в инструменте моделирования ситуации по ВИЧ-инфекции Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC) (<https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-modelling-tool>). Оценочные данные могут быть представлены и с использованием других методов, основанных на данных системы эпиднадзора за случаями заболевания и на клинических данных, применяемых в странах для моделирования, если эти методы прошли предварительное рецензирование и были опубликованы в научной литературе.

В странах с данными демографических обследований домохозяйств, которые прямо показывают либо число ВИЧ-положительных респондентов, указавших, что знают свой ВИЧ-статус, либо число ВИЧ-положительных людей, указавших, что когда-либо проходили тестирование, ЮНЭЙДС рекомендует (по состоянию на 2018 г.) первую из ключевых целей «90–90–90» моделировать с помощью инструмента Shiny First 90 (<https://shiny.dide.imperial.ac.uk/shiny90/>). По указанной ссылке пользователи могут найти более подробные рекомендации и техническую информацию об инструменте Shiny First 90, в том числе о необходимых исходных данных.

Не следует предоставлять сведения по оценочным показателям по первой из ключевых целей «90–90–90», основываясь исключительно на субъективной оценке респондентами знаний о своем ВИЧ-статусе или на данных демографических обследований домохозяйств о тестировании в предыдущие периоды.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ.

О методах оценки числа детей, знающих свой ВИЧ-статус, в странах с моделируемыми оценочными показателями на основе данных об обследованиях домохозяйств. Поскольку обследования домохозяйств часто ограничиваются участием только респондентов репродуктивного возраста, для получения общего (по всем возрастным категориям) оценочного показателя может потребоваться отдельный оценочный показатель осведомленности о своем ВИЧ-статусе среди детей (в возрасте 0–14 лет), который можно построить с применением программных данных. В данном случае в качестве опосредованного показателя ЮНЭЙДС рекомендует странам применять данные о количестве детей, получающих лечение, которые предоставляются по индикатору 1.2. Когда используется процентный показатель оценки знания своего ВИЧ-статуса среди детей, он представляет собой наиболее консервативную оценку знания ВИЧ-статуса среди данной группы населения.

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 детальной информации: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1–4 года, 5–9 лет и 10–14 лет для детей; 15–19 лет, 20–24 года, 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.

Преимущества и недостатки

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 продолжительного времени, достаточного 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 во всех 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 или из нескольких учреждений.
- 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 эмигрировавших 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).

Смоделированные оценочные показатели

Точность смоделированных оценочных показателей по первой из ключевых целей «90–90–90» будет зависеть от качества исходных данных в каждой стране и от точности допущений, положенных в основу каждой модели. Странам следует анализировать качество представляемых в ЮНЭЙДС данных и выбранный метод моделирования для того, чтобы определить, насколько завышенными или заниженными могут быть смоделированные показатели наличия знаний о своем серологическом статусе среди людей, живущих с ВИЧ, в данной стране.

Дополнительная информация

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1> (дата обращения: 15.11.2019).

Программа Spectrum. Опубликовано в Интернете на веб-сайте Avenir Health, 2016 (Гластонбери: штат Коннектикут, США). URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

Обследования в области демографии и здравоохранения. The DHS Program: Demographic and Health Surveys [веб-страница]. Роквилл: штат Мэриленд, США: ICF; 2019. 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 уровень заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией среди людей, живущих с ВИЧ, а также снижает риск передачи вируса другим людям. Исследования также показывают, что раннее начало антиретровирусной терапии (независимо от числа клеток CD4) может усилить лечебный эффект и спасти жизни людей. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (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.

Если рассматривать его в отношении к индикатору 1.1, то данный показатель помогает осуществлять мониторинг достигнутого прогресса в выполнении второго из трех условий стратегической цели «90-90-90», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2020 году 90 % людей, знающих о своем ВИЧ-статусе, должны получать доступ к лечению.

Числитель

Число людей, получающих антиретровирусную терапию на момент окончания отчетного периода

Знаменатель

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (чтобы определить охват лечением)

ИЛИ

Число людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус (чтобы определить второй целевой показатель стратегической цели «90-90-90»)

Расчет

Числитель/Знаменатель

Примечание: Начиная с 2018 года, страны с численностью населения свыше 250 тыс. человек будут формировать отчетность по данному индикатору с широкой и детальной разбивкой по возрастным группам с помощью программы Spectrum. После подготовки финального варианта странового файла результаты будут импортироваться в инструмент отчетности программы глобального мониторинга СПИДа. Отчетность по городам и другим значимым административным единицам по-прежнему будет предоставляться с помощью инструмента отчетности программы глобального мониторинга СПИДа.

Метод измерения

Числитель. Числитель выводится путем подсчета числа взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию на момент окончания отчетного периода. Числитель должен включать людей, получающих антиретровирусную терапию и в учреждениях частного сектора, при наличии таких данных. Это число должно включать беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию пожизненно. Этот индикатор не учитывает женщин, принимающих антиретровирусные препараты исключительно для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а также в курсах постконтактной профилактики (например, по варианту Б).

В системе должны действовать протоколы для предотвращения дублирования данных учета людей по 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 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. Считается, что пациент выбыл из последующего наблюдения (потерял контакт с пациентом), если срок неявки (на прием к врачу либо для получения медицинских препаратов) превышает 28 дней после запланированной даты обращения.

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 или выбыл из последующего наблюдения).

Важно: Страны должны регулярно проводить анализ качества данных, чтобы определить, насколько точными являются подсчеты. Для получения числителя странам следует применять метод триангуляции данных, объединяя программные данные с данными из национальных систем поставок и систем контроля лекарственных средств, корректируя результаты по мере необходимости. Оценочные показатели охвата антиретровирусной терапией, полученные по данным обследований, также можно использовать для вычисления или проверки данных числителя на основании программных данных. В то же время, результаты обследований должны опираться на данные контроля лекарственных препаратов, а не на сообщения самих пациентов о приеме препаратов, поскольку точность и качество таких данных, как правило, достаточно низкие.

Странам, которые провели оценку или обзоры качества данных, следует скорректировать отчетные данные за текущий период и за предыдущие отчетные периоды с учетом выявленных несоответствий. ЮНЭЙДС будет работать со странами, чтобы с учетом специфики конкретной страны подобрать наиболее подходящие практики для корректировки представленных программных данных.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ. Для получения числа людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус, обратитесь к индикатору 1.1 — здесь вы можете получить дополнительную информацию о знаменателе.

Частота измерения

Необходимо регулярно осуществлять сбор данных на уровне учреждений и периодически сводить их вместе — желательно, ежемесячно или ежеквартально. Для годовой отчетности должны использоваться наиболее актуальные данные за последний месяц или квартал по числу людей, находящихся на лечении в настоящее время.

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 детализированы по возрасту и полу, с использованием такого же процентного соотношения, какое применяется для данных с известными данными о возрасте и поле.
- С разбивкой по конкретным возрастным группам для детей: до 1 года, 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет; и с разбивкой по конкретным возрастным группам и по полу (мужчины и женщины) для взрослых: 15-19 лет, 20-24 года, 25-49 лет и 50+ лет.
- Города и другие важные административные единицы.
- Число людей, начинающих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года. Здесь должны учитываться только данные по людям, которые до сих пор не начинали получать лечение. Эти данные должны быть доступны в тех же источниках, откуда взято общее число людей, получающих антиретровирусную терапию.
- Число людей, повторно начинающих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года после того, как они прекращали терапию или были признаны выбывшими из последующего наблюдения. Эти данные должны быть доступны в тех же источниках, откуда взято общее число людей, получающих антиретровирусную терапию.

Запрашиваемая дополнительная информация

Странам с численностью менее 250 000 человек, представляющим отчетность с помощью программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа, необходимо дать информацию об источниках данных по лечению. Эти источники могут быть следующими:

- Программные данные, представляемые как совокупность агрегированных данных. Этот вариант следует указывать, если данные подаются в Министерство здравоохранения с разбивкой исключительно по возрасту и полу. Как правило, такие данные взяты из национальной отчетности или программных данных, которые формируются на основе данных из учетной документации пациентов, регистрационных баз данных аптек, а также других форм отчетности, применяемых для рутинного сбора данных.
- Программные данные, в основном представляемые с использованием принятых в системе здравоохранения идентификационных кодов. Данный вариант указывается, если представляемые в Министерство здравоохранения количественные данные поддаются дедупликации за счет сверки данных, собранных за весь период времени и по всем учреждениям, с использованием идентификационных кодов системы здравоохранения или уникальных персональных идентификационных номеров для каждого человека.
- Национальные оценочные показатели по результатам демографических обследований населения. Данный вариант указывается, если для выведения оценочного показателя числа людей, получающих терапию, вы пользовались оценочными данными, взятыми из национального обследования.
- Национальные оценочные показатели, основанные на данных когортного мониторинга. Выбирайте этот вариант, если для выведения оценочного показателя вы пользовались когортными данными.
- Другое: для использования этого варианта обязательно проконсультируйтесь с ЮНЭЙДС.

Необходимо предоставить данные с более детальной разбивкой по возрастным группам: по 1) детям и 2) по взрослым — с дополнительной разбивкой по полу. Требуется указать число людей, начинающих прием антиретровирусной терапии и возобновляющих прием антиретровирусной терапии в течение текущего отчетного года.

По всем странам просим представить 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.

Преимущества и недостатки

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, выбывших в другие учреждения или выбывших из последующего наблюдения. 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 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку

Процент и число взрослых и детей, 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 по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции (ВОЗ, 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. Если рассматривать его как долю от общего числа людей, получающих антиретровирусную терапию (числитель в индикаторе 1.2), данный 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 (для оценки охвата показателями сниженной вирусной нагрузки);

ИЛИ

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение (для определения прогресса в достижении третьего целевого показателя стратегической цели «90-90-90»).

Расчет

Числитель/Знаменатель

Примечание: Начиная с 2018 года, страны с численностью населения свыше 250 000 человек будут представлять отчетность по данному индикатору в программе Spectrum. После подготовки финального варианта странового файла результаты будут импортироваться в инструмент отчетности программы глобального мониторинга СПИДа. Данные с более детальной разбивкой по конкретным возрастным и гендерным группам по-прежнему будут представляться с помощью инструмента отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

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 на итоговые результаты может повлиять распределение числа людей с вирусной нагрузкой от 50 копий/мл до менее 1000 копий/мл, поэтому необходима соответствующая корректировка. Начиная с 2019 года, ЮНЭЙДС рекомендует странам корректировать расчеты таким образом, чтобы отражались данные по более низким пороговым показателям. Это можно сделать по формуле:

$$y^{\left(\frac{6-\log(1000)}{6-\log(t_1)}\right)^{1.5}}$$

Здесь «y» — это зарегистрированный уровень подавления вирусной нагрузки, а «t1» — альтернативное пороговое значение, которое применялось при расчетах. Такая корректировка при необходимости будет осуществляться в программе Spectrum или в инструменте отчетности программы глобального мониторинга автоматически.

Подавление вирусной нагрузки можно измерить, используя данные из трех разных источников. Эти источники содержат: (1) клинические и программные данные; (2) данные национальных репрезентативных обследований (например, обследований для оценки влияния ВИЧ на популяционном уровне по модели PHIA [Population-based HIV Impact Assessments] и обследований по лекарственной устойчивости ВИЧ); либо (3) индикаторы раннего оповещения, применяемые для обследований по лекарственной устойчивости ВИЧ. Странам следует представить данные из того источника, который является наиболее репрезентативным на национальном уровне и обеспечивает наиболее свежие данные.

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

Числитель: Странам следует сообщить оценочное число (в национальном масштабе) людей, имевших сниженную вирусную нагрузку в течение отчетного периода, если охват исследованиями на вирусную нагрузку (то есть число людей, проходящих ежегодное, рутинное обследование на вирусную нагрузку, среди общего числа всех получающих лечение) составляет 50 % или больше.

Странам, которые указывают, что охват исследованиями на вирусную нагрузку у них составляет менее 50 %, необходимо представить только данные о числе рутинных исследований на вирусную нагрузку. Как правило, 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. Странам, которые хотят использовать данные по более низкому охвату исследованиями на вирусную нагрузку (менее 50 %), следует обсудить это с ЮНЭЙДС, чтобы определить, является ли одинаковым по своему уровню процент людей со сниженной вирусной нагрузкой в обследованной популяции и в популяции, не имеющей доступа к исследованиям на вирусную нагрузку.

Странам следует включать только данные, получаемых в результате рутинных обследований, а не целенаправленных исследований среди тех, кто находится на лечении. 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.

Страны, в которых охват исследованиями на вирусную нагрузку составляет 50 % или более, могут представить оценочное число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку. Это число можно получить следующим образом: число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку среди прошедших обследование, умножить на общее число людей, получающих терапию. При этом предполагается, что снижение вирусной нагрузки у необследованных пациентов будет таким же, как у прошедших исследование.

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, что уровень подавления вирусной нагрузки в необследованных и обследованных популяциях людей, получающих терапию, будет одинаковым. Из 12 000 человек, прошедших исследование, у 10 000 человек вирусная нагрузка снижена до необходимого уровня. Национальный оценочный показатель числа людей, живущих с ВИЧ, у которых имеется сниженная вирусная нагрузка, составляет 20 000 человек $[(10000/12000) \times 24000]$.

В случае если уровень подавления вирусной нагрузки в необследованной популяции отличается от аналогичных показателей в обследованной популяции, просим обратиться в ЮНЭЙДС для дальнейшего обсуждения методов оценки этого количественного показателя.

Знаменатель: Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ.

Более подробная информация об оценке числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение, при проведении расчетов по третьему целевому показателю стратегической цели «90-90-90», представлена в индикаторе 1.2.

2. Свежие репрезентативные демографические обследования национального уровня (включая обследования домохозяйств, обследования по приобретенной резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам, или обследования по индикаторам раннего оповещения, применяемым для изучения лекарственной устойчивости ВИЧ)

Числитель: Чтобы получить число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, необходимо умножить сообщенный процент людей со сниженной вирусной нагрузкой от общего числа людей, имеющих положительные результаты анализов в данном демографическом обследовании, на общее оценочное число людей, живущих с ВИЧ, в стране. Полученное значение может давать немного преувеличенное число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, среди находящихся на лечении, поскольку в нем учитывается и некоторое число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку в силу естественных причин и не получающих лечения. При использовании данных, полученных в результате обследований по приобретенной резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам, можно применять данные пациентов из когорт со сроками лечения либо 12, либо 48 месяцев. Данные, полученные с помощью индикаторов раннего оповещения, следует использовать только для получения агрегированных статистических данных национального уровня, при условии что:

(а) Все клиники в стране — или в произвольной выборке клиник — представили отчетные данные по индикаторам раннего оповещения, охватывая не менее 70 % от общего расчетного размера этой выборки клиник; или

(б) При использовании подходящей выборки клиник, агрегированные статистические данные национального уровня могут быть представлены в том случае, если данные от этой выборки клиник охватывают не менее 70 % соответствующей группы населения страны (см. рекомендации по формированию выборки на стр. 8 приложения по индикаторам раннего оповещения [1]).

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. Данные обследований можно использовать только в том случае, если обследование проводилось с участием как детей, так и взрослых.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ. Более подробная информация об оценке числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение, при проведении расчетов по третьему целевому показателю стратегической цели «90-90-90», представлена в индикаторе 1.2.

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 детализированы по возрасту и полу, с использованием такого же процентного соотношения, какое применяется для данных с известными данными о возрасте и поле. Запись об этих коррективах необходимо оставить в поле, предназначенном для дополнительной информации.
- При наличии детальной информации: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет для детей; и 15-19 лет, 20-24 года, 25-49 лет и 50+ лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых; по гендерному признаку (мужчины, женщины, другая гендерная принадлежность) для взрослых.
- Города и другие важные административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо представить 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.

Преимущества и недостатки

В случае если данные о подавлении вирусной нагрузки собираются по результатам лабораторных исследований всех людей, получающих антиретровирусную терапию или по данным 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 в обследованной популяции, 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 обследованиями 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 числитель 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 по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>.

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>.

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

References

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. («Объединенное руководство по пациент-ориентированному подходу организации мониторинга в сфере ВИЧ и национальной системы эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf (на англ. яз.).

1.4 Поздняя диагностика ВИЧ-инфекции

Процент и число взрослых и детей, у которых впервые диагностирована ВИЧ-инфекция, с первичными показателями числа клеток CD4 <200 клеток/мм3 и <350 клеток/мм3 в течение отчетного периода

Что он измеряет

Число людей, у которых ВИЧ-инфекция не была своевременно диагностирована.

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. Поздняя диагностика причиняет вред здоровью людей; кроме того, вероятность передачи вируса другим людям выше у людей с низкими показателями числа клеток CD4.

Числитель

1. Процент людей, живущих с ВИЧ, у которых первичные показатели числа клеток CD4 составляют <200 клеток/мм3 на момент постановки диагноза.
2. Процент людей, живущих с ВИЧ, у которых первичные показатели числа клеток CD4 составляют <350 клеток/мм3 на момент постановки диагноза.

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. Люди, у которых определены показатели числа клеток CD4, учитываются только в том случае, если обследование проводилось в течение 1 месяца с даты постановки диагноза.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

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

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

Число людей, живущих с ВИЧ, с определенными первичными показателями числа лимфоцитов CD4 в течение отчетного периода.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор не позволяет провести различие между людьми, у которых заболевание было диагностировано на поздних стадиях, и людьми, которые поздно обратились за медицинской помощью и лечением при условии доступности обследований по определению числа клеток CD4. Для такой дифференциации необходимо знать даты выявления заболевания и даты определения первичных показателей числа лимфоцитов CD4. Если разница между этими датами составляет более месяца, это может означать, что пациенты поздно получили медицинскую помощь. Хотя не исключено, что у одного и того же пациента может иметь место и поздняя диагностика, и позднее получение медицинской помощи. Необходимо проверять все результаты обследований на ВИЧ за предыдущие периоды и регистрационные клинические записи, чтобы исключить случайное дублирование при подсчетах числа людей, у которых заболевание было диагностировано раньше, и которые обращаются для повторного обследования или для подтверждения диагноза. Наконец, этот индикатор может включать не всех пациентов, у которых было выявлено заболевание в течение отчетного периода, если данные о диагностированных случаях заболевания или результаты обследований на число клеток CD4 сообщаются с существенными задержками.

1.5 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.)

1.6 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 людям, живущим с ВИЧ, в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2016 года, должны значительно снизить смертность вследствие СПИДа при условии доступности и качественного предоставления этих услуг. Оценка 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 календарном 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 и учета естественного движения населения (с коррекцией данных с учетом возможных ошибок такой отчетности) 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 (занижение числа умерших или неправильной классификации причин смертности) для получения оценочного числа людей, умерших вследствие СПИДа.

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>

1.7 Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

Количество проведенных тестов на ВИЧ-инфекцию (объем тестирования) и процент положительных результатов на ВИЧ, выданных людям (положительные результаты тестирования), в текущем календарном году

Что он измеряет

Тенденции в отношении числа проводимых тестов на ВИЧ-инфекцию и эффективности служб по обследованию на ВИЧ-инфекцию в охвате людей с ВИЧ-положительным статусом

Обоснование

Объемы тестирования и данные о положительных результатах тестирования используются для мониторинга программ. Знание числа людей, обследуемых ежегодно, и способа проведения тестов или применения тест-систем для самостоятельного тестирования имеет решающее значение для прогнозирования потребностей в товарах и планирования кадровых ресурсов.

Данные о положительных результатах тестирования среди тех, кто получил свой результат теста, также можно использовать для валидации числа людей, зарегистрированных среди впервые диагностированных случаев в системах рутинного сбора данных, и оценочных показателей распространенности ВИЧ-инфекции, получаемых на основе данных обследований. Наконец, при наличии разбивки по возрасту, полу, методам тестирования и ВИЧ-статусу, данные могут применяться для оценки эффективности предоставляемых услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию и устранения пробелов в охвате услугами в различных условиях, контекстах и группах населения.

Помимо мероприятий по мониторингу программ, ежегодные объемы тестирования и положительные результаты тестирования являются вводными данными для модели ЮНЭЙДС, обеспечивающей мониторинг достигнутого прогресса в выполнении первой из ключевых целей «90–90–90» (90 % людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус). Эта модель используется главным образом в странах со слабыми системами учета зарегистрированных случаев заболевания, в которых также имеются выборочные репрезентативные демографические обследования по ВИЧ-инфекции национального уровня (см. Индикатор 1.1).

Числитель

Количество проведенных тестов, в которых обследованным вернули ВИЧ-положительные результаты (положительные результаты тестирования)

Знаменатель

Количество выполненных тестов, в которых обследованные получили результаты (объемы тестирования)

Расчет

Числитель/знаменатель

Метод измерения

Числитель и знаменатель должны браться из учетной документации программ предоставления услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию, регистрационных журналов и форм отчетности (ежеквартальных или ежегодных). Представленные данные должны отражать число проведенных тестов, в которых людям были выданы результаты обследования, а не число отдельных лиц, проходивших тестирование хотя бы один раз в течение календарного года. Например, если в течение одного календарного года ВИЧ-положительная получает положительный результат теста один раз при обследовании в передвижном автомобильном пункте тестирования, а затем еще раз — в клинике, ее случай следует учитывать дважды в числителе и дважды — в знаменателе. Альтернативный сценарий: если при обследовании в центре конфиденциального консультирования и тестирования (ДКТ) эта девушка получила отрицательный результат, а затем при обследовании по инициативе поставщиков услуг здравоохранения — положительный результат, то ее случай необходимо учитывать один раз в числителе и два раза — в знаменателе.

Просим обратить внимание на то, что следует учитывать только те тесты, результаты которых были возвращены. Кроме того, человека следует учитывать как проходящего тестирование один раз в числителе и в знаменателе, даже если для подтверждения ВИЧ-положительного диагноза выполнялось до трех разных видов исследований, предусмотренных алгоритмом тестирования в рамках национальной стратегии обследования на ВИЧ-инфекцию.

Данные по числу комплектов для самостоятельного тестирования, закупленных и распространенных в данном календарном году (при наличии таковых), просим представлять отдельно. Закупленные комплекты для самостоятельного тестирования — это общее число комплектов для самостоятельного тестирования, приобретенных (а не распространенных или использованных) за определенный год страновыми государственными органами, в том числе донорами (и другими организациями). Тест-системы, закупаемые через другие каналы, — например, частный сектор, — учитывать не следует; вместо этого, сообщите информацию о них в поле для примечаний. Число распространенных комплектов для самостоятельного тестирования — это общее число индивидуальных комплектов для самостоятельного тестирования, розданных (распространенных) в течение года; это не общее число людей, проводивших тестирование самостоятельно, и не общее число людей, получивших комплекты для самостоятельного тестирования (поскольку кто-то может взять больше одного комплекта). Ни разбивки данных по полу или возрасту, ни информации о положительных результатах тестирования при предоставлении данных о числе закупленных или распространенных комплектов для самостоятельного тестирования не требуется.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

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

■ Способ проведения тестирования:

- Данные об услугах по тестированию на ВИЧ-инфекцию на уровне сообществ:
 - Тестирование в мобильных пунктах (например, в автомобильных или временных центрах тестирования);
 - Центры ДКТ (вне медицинских учреждений); и
 - Другие типы тестирования на уровне сообществ.
- Данные об услугах по тестированию на ВИЧ-инфекцию в учреждениях здравоохранения:
 - Тестирование по инициативе поставщиков услуг здравоохранения, проводимое в клиниках или в учреждениях экстренной помощи;
 - Антенатальные/дородовые клиники (в том числе в дородовой и послеродовой период);
 - Центры ДКТ (в рамках медицинских учреждений);
 - Центры планирования семьи; и
 - Другие типы тестирования на базе учреждений здравоохранения.

Примечание: Если данные об объемах тестирования и положительных результатах тестирования нельзя дать с разбивкой по способам тестирования, сообщите общие данные о количестве.

Запрашиваемая дополнительная информация

В поле для примечаний предоставьте информацию о национальных кампаниях по тестированию или об изменениях в стратегиях тестирования, которыми могут быть обусловлены изменения в объемах тестирования по сравнению с предыдущими годами. Если имеются данные о повторной сдаче тестов среди людей с ВИЧ-положительным или ВИЧ-отрицательным статусом, просим также привести их в поле для примечаний.

Преимущества и недостатки

Не во всех странах есть уникальные идентификационные коды или единые базовые системы отчетности, применение которых позволяет избежать дублирования данных при проведении повторных тестов у людей. В результате этот показатель нельзя сопоставить напрямую с данными о знании своего серологического статуса (для измерения которого используется индикатор 1.1). Люди, которые при сдаче теста получают положительный результат, могут обратиться для проведения дополнительного подтверждающего теста, а люди с ВИЧ-отрицательным статусом могут проходить тестирование неоднократно в течение года.

По мере развития информационных систем, используемых для анализа данных по ВИЧ, важно иметь возможность производить разбивку данных по тестам в предыдущие периоды обследования (например, отдельно по людям, которые никогда не проходили тестирование или имели отрицательный результат на ВИЧ при последнем обследовании, и по людям, которые уже знают о своем ВИЧ-положительном статусе и обращаются для проведения подтверждающего обследования или в иных подобных целях). В последующие годы этот показатель можно было бы расширить и запрашивать эту информацию в целях лучшего понимания используемых моделей тестирования и эффективности услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию.

Дополнительная информация

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>

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. Всемирная организация здравоохранения (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

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. Числитель не должен включать детей, обследованных после первых двух месяцев жизни.

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 обследование 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. При высоком охвате услугами дородового ухода, принятии родов в условиях медицинских учреждений, проведении скрининга на ВИЧ в роддомах и центрах антенатальной помощи, а также при условии полноценной комплексной отчетности — программные данные можно применять для триангуляции с данными из любого источника.

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:

1. 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.
2. Если оценочные показатели не удается получить с помощью Spectrum, можно использовать следующий метод: 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), 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.

Запрашиваемая дополнительная информация

Числитель для этого индикатора является подмножеством индикатора по ранней диагностике ВИЧ-инфекции у младенцев в рамках ППМР, который используется для мониторинга, оценки и отчетности государственных программ США (индикатор PMTCT Early Infant Diagnosis). В этом индикаторе мониторинга, оценки и отчетности данные используются с разбивкой по числу детей с определенными исходами по ВИЧ-инфекции, установленными в возрасте от 0 до 2 месяцев и от 2 до 12 месяцев. Описываемый здесь индикатор программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа включает только случаи, диагностированные в течение первых двух месяцев жизни, и знаменателем в нем является число родов у женщин, живущих с ВИЧ, в том числе женщин, которые не были охвачены услугами программ ППМР.

Дополнительная информация

Отчеты о достигнутом прогрессе в сфере противодействия ВИЧ. Опубликовано на веб-сайте ВОЗ—Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/en> (на англ. яз.).

Справочное руководство по индикаторам для мониторинга, оценки и предоставления отчетности, редакция 2.4 (MER indicator reference guide, version 2.4). Вашингтон (округ Колумбия): Чрезвычайный план президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), 2019. URL: <https://datim.zendesk.com/hc/en-us/articles/36000084446-MER-Indicator-Reference-Guides> (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

При сравнении с данными за предыдущие годы, этот индикатор показывает, как предоставление женщинам антиретровирусных препаратов влияет на снижение 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 родов у женщин, живущих с ВИЧ, в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

В идеале этот индикатор должен измеряться с помощью программ, направленных на выявление ВИЧ-инфекции у малолетних детей. Но такие программы зачастую не в состоянии выявить случаи заболевания среди детей, если у их матерей сероконверсия произошла в период грудного вскармливания, или если ВИЧ-положительный статус женщин не был выявлен на этапе дородового наблюдения. Смоделированные оценочные показатели используются для целей глобальной отчетности в условиях, когда отсутствуют итоговые результаты на популяционном уровне.

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 времени начала приема терапии (до зачатия, на ранних сроках беременности, на более поздних сроках беременности);
- Процентная доля беременных женщин, продолжающих принимать антиретровирусные препараты к моменту родов;
- Оценочный показатель заболеваемости среди беременных женщин и кормящих женщин;
- Распределение женщин (и детей, в случае применения варианта А), получающих антиретровирусные препараты после родов (в послеродовой период);
- Среди женщин, получающих антиретровирусные препараты, — процент женщин, чьи младенцы перестали получать грудное вскармливание, с разбивкой по возрасту ребенка в месяцах (от 0 до 35 месяцев);
- Среди женщин, не получающих антиретровирусные препараты, — процент женщин, чьи младенцы перестали получать грудное вскармливание, с разбивкой по возрасту ребенка в месяцах (от 0 до 35 месяцев);
- Среди кормящих женщин, получающих антиретровирусные препараты, — процент прекращающих терапию, ежемесячно;
- Оценочный показатель заболеваемости среди кормящих женщин;
- Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку в зависимости от применения различных схем антиретровирусной терапии и практик грудного вскармливания.
- Оценочное число рожавших ВИЧ-положительных женщин, по возрастным группам.

Оценочный национальный показатель частоты передачи ВИЧ от матери ребенку (популяционного уровня) 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, инфицированных вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку, на число женщин, нуждающихся в услугах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Для включения в программу Spectrum 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.

Пользователи онлайн-инструмента отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа могут указать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или данные национальных репрезентативных обследований населения. 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

Этот индикатор отличается от индикатора конечных результатов ППМР, который используется для мониторинга, оценки и отчетности в рамках государственных программ США (индикатор РМТСТ_FO). Индикатор мониторинга, оценки и отчетности — это когортный индикатор: он не учитывает случаи инфицирования детей, у которых сероконверсия у матери произошла в период грудного вскармливания, или матери которых не были охвачены программами профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (или прервали участие в программах ППМР). Показатель в знаменателе тоже будет другим: индикатор, который используется для мониторинга, оценки и отчетности, пытается учитывать оценочное число женщин, у которых сероконверсия произойдет в период грудного вскармливания.

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 сразу несколько проблем:

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. Непосредственно измеряемый показатель не учитывает тех женщин и их детей, которые не обращаются в программы (в частности, возможно, из-за сильной стигматизации в обществе).
- 4) Большинство непосредственно измеряемых показателей не будут учитывать женщин, у которых сероконверсия произошла в период грудного вскармливания.

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 в сфере ВИЧ (на англ. яз.). Опубликовано на веб-сайте ВОЗ—Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>

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, программами для начала приема антиретровирусных препаратов с целью 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 женщинам, живущим с ВИЧ — до зачатия ребенка либо во время беременности или родов — может значительно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Наибольшая эффективность достигается при применении антиретровирусных препаратов во время беременности, родов и грудного вскармливания, а также при использовании безопасных практик родовспоможения и более безопасных методов вскармливания для младенцев. Данный индикатор может использоваться в следующих целях: (1) для отслеживания прогресса в достижении целей, принятых на глобальном и страновом уровнях, по искоренению передачи ВИЧ от матери ребенку; (2) чтобы обеспечить разработку и реализацию соответствующей политики и стратегического планирование; (3) чтобы использовать эти данные в адвокативной работе, а также (4) чтобы оптимально использовать имеющиеся ресурсы для наращивания масштабов реализации услуг. Поскольку данный индикатор учитывает только число женщин, начинающих прием антиретровирусных препаратов, он не дает объективной оценки того, насколько успешно реализуется программа.

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 национальных отчетах.

Этот показатель должен включать всех женщин, у которых были роды в течение последних 12 месяцев, независимо от того, в каком году они начали принимать антиретровирусные препараты.

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 родового наблюдения, наряду с демографическими данными, скорректированными с учетом охвата 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 указанным ниже категориям. Нельзя считать одного человека несколько раз; данные по каждой женщине могут быть включены только в одну из следующих ячеек:

- Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности.
- Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности.
- Другое (укажите схему лечения).

Описание схем терапии по категориям

Категории	Дополнительная информация	Типичные примеры
Первые две категории включают женщин, получающих антиретровирусную терапию пожизненно (включая вариант Б+), которые: 1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности. 2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности.	Режим с приемом трех препаратов, предназначенный для антиретровирусной терапии на протяжении всей жизни: 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. Если женщина начинает получать пожизненную антиретровирусную терапию во время родов, ее относят в категорию 1. 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».	Стандартная национальная схема лечения, например: ▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ.
3. Если был предоставлен другой режим, который не включает пожизненную терапию, пожалуйста, укажите другой режим, используя один из вариантов ниже; и число женщин, получающих этот альтернативный режим.		
Профилактика для матери с применением трех АРВ-препаратов (компонент профилактики во время беременности и в родах, вариант Б в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения)	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). 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.	▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ ▪ АЗТ + ЗТС + ЭФВ ▪ АЗТ + ЗТС + ЛПВ/р
Профилактика для матери с применением препарата АЗТ (компонент профилактики во время беременности и в родах по варианту А в рекомендациях ВОЗ)	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. 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.	▪ АЗТ в любое время до начала схваток + невирапин интранатально ▪ АЗТ в любое время до начала схваток + НВП интранатально + 7-дневный курс АЗТ+ЗТС в послеродовой период
Невирапин в однократной дозе (НВП) для матери в период беременности или родов	Считается в том случае, если невирапин — единственный препарат, который ВИЧ-положительная беременная женщина получала во время беременности, в период схваток или в родах. К этому режиму не относятся следующие случаи: ▪ Невирапин дается во время беременности в соответствии с вариантом А. ▪ ВИЧ-положительная беременная женщина начинает курс терапии в соответствии с вариантом А, Б или Б+ в момент схваток или родов.	▪ Только невирапин в однократной дозе для матери при наступлении схваток. ▪ Только однократная доза невирапина + 7-дневный послеродовой 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, иначе рабочей группе будет отправлен автоматический запрос на приведение данных в соответствие.

Программа глобального мониторинга эпидемии СПИДа

1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности.
2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности

Программа Spectrum

Вариант Б+: антиретровирусная терапия была начата в течение текущей беременности (данные подразделяются следующим образом: данные по женщинам, которые начали принимать антиретровирусную терапию менее чем за 4 недели до родов, и данные по женщинам, которые начали принимать антиретровирусную терапию больше чем за 4 недели до родов).

Вариант Б+: антиретровирусная терапия была начата до начала текущей беременности

Или, если вы выбрали другие схемы лечения, они должны быть включены в программу Spectrum в следующих категориях:

1. 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
2. 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
3. Невирапин (НВП) в однократной дозе для матери в период беременности или родов	Невирапин в однократной дозе
4. 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 профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) указывались данные с разбивкой по такому фактору, начала ли женщина получать антиретровирусную терапию 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 (на англ. яз.). Опубликовано на веб-сайте ВОЗ—Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en>

Публикации ВОЗ о мониторинге и оценке в сфере ВИЧ (на англ. яз.). Опубликовано на веб-сайте ВОЗ—Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <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 реактивных антител в крови (например, специализированная проба на сифилис (VDRL-тест) или экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови (РПР)), или трепонемных тестов, позволяющих измерить уровень трепонемных антител (включая, например, пробу гемагглютинации трепонемы паллидум (ГАТП), пробу агглютинации трепонемы паллидум (ГАПТ), 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 дозорного 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, РПР или VDRL) или трепонемных тестов (ГАТП, АПТ, 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 реактивных или трепонемных антител. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные дозорного 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 положительного результата среди беременных женщин: например, нетрепонемные тесты (РПР 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 дозорного 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 предоставляемые 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/10665/112858/5/9789244505885_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-инфекцию среди беременных женщин

Процент беременных женщин с известным ВИЧ-статусом

Что он измеряет

Охват на первом этапе каскада услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Высокий охват позволяет начать предоставление медицинской помощи и лечения ВИЧ-позитивным 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 по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.

Обоснование

Риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ПМР) можно значительно снизить с помощью а) приема антиретровирусных препаратов — назначаемых как пожизненно, так и в составе профилактических курсов — женщинами во время беременности и родов; б) проведения курсов профилактики антиретровирусными препаратами младенцу в течение первых недель жизни и назначения антиретровирусных препаратов матери или ребенку в период грудного вскармливания; а также за счет в) безопасного родовспоможения и перехода на более безопасные методы вскармливания.

Данные показателя будут использоваться в следующих целях: а) для отслеживания прогресса в достижении глобальных и страновых целевых показателей по прекращению передачи ВИЧ от матери ребенку; б) для разработки политики и планирования стратегически важных мер на основе этих данных; в) для адвокативной деятельности; и г) 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 прогресс в охвате антиретровирусной терапией.

Числитель

Число беременных женщин, обратившихся в женские консультации и учреждения дородовой помощи и/или рожавших в родильных отделениях, которые проходили обследование на ВИЧ во время беременности, родов и/или в послеродовой период, включая беременных женщин с известным ВИЧ-положительным статусом, которые уже знали о своем статусе во время своего первого визита в учреждение дородового наблюдения.

Знаменатель

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

Знаменатель 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: программные данные, включая учетные/регистрационные формы беременных; учетную документацию 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 данный период (исключая тех, кто прекратил лечение).

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

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

Частота измерения

Ежегодно или чаще, в зависимости от страновых 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 первом обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности или во время схваток/родов. Здесь не учитываются женщины, которые уже знали о своем ВИЧ-положительном статусе до текущей беременности.
- Отрицательный результат теста на ВИЧ получен при первом обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности или во время схваток/родов. В случае неоднократного тестирования необходимо опираться на результаты последнего теста.

Сумма данных по этим трем категориям должна быть равна числу женщин, прошедших обследование на ВИЧ-инфекцию. Общее число выявленных ВИЧ-положительных женщин должно равняться сумме числа женщин с известным ВИЧ-положительным статусом, которые уже знали о своем статусе к моменту своего первого визита в учреждение дородового наблюдения, и числа женщин, которые получили положительный результат теста на ВИЧ при обследовании в учреждении дородовой помощи в период беременности или во время схваток/родов.

- Города и другие важные административные единицы (не обязательно).
- 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.

Для этого показателя необходимо представить 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.

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») (на англ. яз.). 2-е издание.

Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=015C03A78EC01FA22E13641A3DE9B3E3?sequence=1>

3.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией

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 данным 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 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. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их в онлайн-инструмент отчетности. 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. В поле для примечаний просим указать, достигнут ли консенсус между всеми ключевыми партнерами и заинтересованными сторонами относительно представленных оценочных данных по численности ключевых групп.

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 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, 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 программ 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. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их через онлайн-инструмент отчетности. Приложите имеющиеся отчетные данные по результатам обследований 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

Публикации 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 3положительный) (см. вопросы в «Метод измерения»)

Или

Респондент сообщает, что сдавал(а) тест на ВИЧ за последние 12 месяцев, и результат был отрицательным (ответ на вопросы 3отрицательный, ответ на вопрос 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. Если используется предыдущий индикатор — тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев — пожалуйста, укажите это в поле для примечаний.

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующие вопросы:

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

Запрашиваемая дополнительная информация

По всем странам просим представить субнациональные данные, если таковые имеются, с разбивкой по административным единицам и городам. Все отчеты можно приложить, загрузив их в электронном виде с помощью опции загрузки файлов.

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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (на англ. яз.).

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 получить 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 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 глобальному мониторингу эпидемии СПИДа. 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

Реализация комплексных программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди секс-работников: практические подходы на основе совместных мероприятий. ВОЗ; ЮНФПА; ЮНЭЙДС; Глобальная сеть проектов по секс-индустрии; Всемирный банк. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 (перевод на русский язык—2015). URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90000/9789244506189_rus.pdf?sequence=5

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (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 эпиднадзорном обследовании 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 с 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

Реализация комплексных программ по профилактике ВИЧ/ИППП среди секс-работников: практические подходы на основе совместных мероприятий. ВОЗ; ЮНФПА; ЮНЭЙДС; Глобальная сеть проектов по секс-индустрии; Всемирный банк. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 (перевод на русский язык—2015). URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/90000/9789244506189_rus.pdf?sequence=5

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (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?

Если ответ на 1 и 2 "Да"

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

Управление ООН по наркотикам и преступности, Международная сеть людей, употребляющих наркотики, ЮНЭЙДС, Программа развития ООН, Фонд народонаселения ООН, Всемирная организация здравоохранения и др. Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и гепатиту С совместно с людьми, употребляющими инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мер. Вена: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2017. URL: https://www.inpud.net/sites/default/files/IDUIT_RU_new_Final.pdf

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (на англ. яз.).

3.6Г 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.

Примечание: 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, которые сообщили о наличии у них половых контактов или анального секса за последние шесть месяцев

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

Раз в два года

Разбивка данных

- Пол (трансгендерный мужчина или трансгендерная женщина)
 - 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

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 глобальному мониторингу эпидемии СПИДа. 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

United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. New York (NY): United Nations Development Programme; 2016 (Программа развития ООН; Глобальная сеть трансгендерных женщин и ВИЧ IRGT: A Global Network of Transgender Women and HIV; Фонд народонаселения ООН; Центр передового опыта по трансгендерным вопросам в сфере здравоохранения UCSF Center of Excellence for Transgender Health; Школа общественного здравоохранения им. Блумберга в Университете Джона Хопкинса Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; Всемирная организация здравоохранения и др. «Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и ИППП совместно с трансгендерными лицами: практическое руководство для совместных мер». Нью-Йорк: Программа развития ООН, 2016; на англ. языке). URL: <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Key%20populations/TRANSIT.pdf>.

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (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.

Каждый субпоказатель состоит из двух частей. Необходимо предоставить отчетные данные по обеим частям. Данные, полученные на основании опросов и программной деятельности, считаются дополнительными данными.

ЧАСТЬ I. Поведенческие или другие специальные обследования.

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 услуг для профилактики ВИЧ-инфекции

Знаменатель

Число опрошенных людей в данной ключевой группе населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Процент респондентов, которые сообщают, что они получили как минимум две из перечисленных услуг для профилактики ВИЧ-инфекции, которые были им предоставлены негосударственной организацией, 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)

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет)
- Пол (мужской, женский, трансгендерные лица)

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, дедупликация данных невозможна. 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.

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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз.)

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики». Опубликовано на веб-сайте проекта MEASURE Evaluation [Интернет]: Чапел-Хилл, Северная Каролина (США), 2019. URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/tools/hiv-aids/operational-guidelines-for-m-e-of-hiv-programmes-for-people-who-inject-drugs>

ЧАСТЬ II. Программные данные.

Что он измеряет

Люди в ключевых группах населения, которые получили услуги для профилактики ВИЧ-инфекции, предназначенные для данных групп

Обоснование

Для успешного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо распространение более безопасных поведенческих практик в сочетании с предоставлением антиретровирусной терапии. 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 услуги для профилактики ВИЧ-инфекции, предназначенные для данной группы

Знаменатель

Число людей в данной ключевой группе населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Для числителя: Число людей по каждой ключевой группе населения, охваченных мерами профилактики ВИЧ-инфекции (предназначенных специально для конкретной группы) на индивидуальном уровне или в малых группах, а также:

- Для работников секс-бизнеса: число презервативов, распространенных среди работников секс-бизнеса;
- Для геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, а также для трансгендерных лиц: число распространенных среди них презервативов и лубрикантов;
- Для людей, употребляющих инъекционные наркотики: число распространенных среди них игл или шприцев.

А также: [3.7.1] Число пунктов предоставления услуг, предназначенных для ключевых групп населения, по каждой административной единице.

Для знаменателя: Согласованная оценочная численность группы населения.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Категории поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ, другие учреждения, например, коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора, религиозные, международные и негосударственные организации и т.д.). Более подробные пояснения даны на стр. 32.

Преимущества и недостатки

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), однако они не дают достаточно полного представления об отдельных людях, которые получили услуги; и дедупликация данных, как правило, невозможна. Кроме того, анализ двух разных массивов программных данных возможен только на «экосистемном» уровне. 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 предоставляет отчетность по 10-ти программам игл и шприцев, которые проводятся на территории 5 региональных субъектов, а всего в стране А насчитывается 7 региональных субъектов.

Если известно, сообщите, функционирует пункт под эгидой национальной (государственной) программы или общественной организации (организация гражданского общества или негосударственная организация).

Укажите число аутрич-консультантов из числа представителей ключевой группы, работающих на момент предоставления отчетности, по каждой ключевой группе населения.

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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз.)

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for People who Inject Drugs «Практическое руководство по мониторингу и оценке программ противодействия ВИЧ для людей, употребляющих инъекционные наркотики»). Опубликовано на веб-сайте проекта MEASURE Evaluation [Интернет]: Чепел-Хилл, Северная Каролина (США), 2019. 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

Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности 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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789244504376_rus.pdf?sequence=7

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

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 12 % всех случаев ВИЧ-инфекции в мире. 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 Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Управлением ООН по наркотикам и преступности (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

Числитель: Программные данные используются для определения количества распространенных игл и шприцев.

Знаменатель: Оценочное число людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране.

Частота измерения

Каждые два года

Разбивка данных

- Категории поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ или другие учреждения — например, коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора, религиозные, международные и негосударственные организации и т.д.). Более подробные пояснения даны на стр. 32.
- 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.

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:

Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности 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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789244504376_rus.pdf?sequence=7

Программы игл и шприцев [вебсайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. 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/>

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.).

Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249600/9789241508759-rus.pdf?sequence=1>

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (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: Оценочное значение численности людей, употребляющих опиоиды или инъекционные наркотики.

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)
- Категории поставщиков услуг (государственный сектор, организации на базе ключевых групп и сообществ или другие учреждения — например, коммерческие и некоммерческие организации из частного сектора, религиозные, международные и негосударственные организации и т.д.). Более подробные пояснения даны на стр. 32.
- Города и другие важные административные единицы

Additional information requested

If there are subnational data available, please provide the disaggregation by administrative area, city or site using the space provided. You may also upload an Excel spreadsheet of these data instead of entering them in the online tool. Submit the digital version of any available survey reports using the upload tool.

Strengths and weaknesses

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

Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности 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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77969/9789244504376_rus.pdf?sequence=7

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, 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 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

Каждые два года.

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.

Преимущества и недостатки

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

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ. «Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией». Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017). URL: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/> (на англ. яз.).

3.15 Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)

Количество людей, получивших принимаемые перорально препараты доконтактной профилактики (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 тенофовир, 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, трансгендерные лица, заключенные)
- 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/>).

Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>.

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, Центральнаяфриканскую 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

- Возраст (15–19, 20–24, 25–29 и 30–49 лет)
- 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/10665/44142/1/9789241598262_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 — а также оценок, проводимых после завершения основной фазы исследований — показали, что мужское обрезание, выполненное высококвалифицированными профессиональными медицинскими работниками в оснащенных надлежащим образом учреждениях, является безопасным и может снизить риск инфицирования ВИЧ. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС указано, что мужское обрезание необходимо рассматривать в качестве действенной меры профилактики ВИЧ-инфекции в странах и регионах с эпидемией среди гетеросексуального населения и высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

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, 25–29, 25–49 и 50+ лет)
 - 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 и по 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.

Дополнительная информация, которую можно использовать для оценки показателя охвата услугами по проведению процедуры мужского обрезания:

Оценочное число мужчин, которые не проводили обрезания, с отрицательным ВИЧ-статусом.

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.

По мере успешного расширения масштабов добровольного медицинского мужского обрезания (ДМС) в странах число необрезанных мальчиков и мужчин-подростков, имеющих право на эту процедуру, увеличивается уменьшится, а количество выполняемых процедур станет более трудным для интерпретации. Может оказаться полезным оценить охват выполненных обрезаний в зависимости от потребностей; в данном случае потребность может быть понята как число необрезанных, ВИЧ-отрицательных мальчиков и мужчин подросткового возраста, которые будут иметь право на участие в программе процедуры. Эти оценки могут быть получены на основе таких моделей, как модели, используемые для мониторинга прогресса в достижении целей ускоренного реагирования на ВИЧ и ВГМК. Набор инструментов планирования программ для лиц, ответственных за принятие решений (DMRPT) 2.

На уровне страны рекомендуется выполнить дальнейшую разбивку данных по следующим признакам:

- По числу случаев 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;
- По группам, которые можно отнести к группам повышенного риска в отношении инфицирования ВИЧ (например, мужчины, обращающиеся за услугами по поводу инфекций, передающихся половым путем (ИППП); мужчины, являющиеся клиентами работников секс-бизнеса; или представители определенных профессий);
- По видам и местоположению медицинских учреждений;
- По кадровому составу поставщика услуг;
- По способу проведения процедуры: хирургическим путем или с помощью специального приспособления.

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. Дезагрегация 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.).

3.19 Число презервативов, распространяемых ежегодно

Количество распространенных презервативов за последние 12 месяцев.
Этот индикатор подразделяется на два субиндикатора:

- А. Число мужских презервативов, распространенных за последние 12 месяцев.
- Б. Число женских презервативов, распространенных за последние 12 месяцев.

Что он измеряет

Прогресс в наращивании масштабов распространения мужских и женских презервативов.

Обоснование

Презервативы доказали свою эффективность в качестве одного из наиболее эффективных методов профилактики передачи ВИЧ половым путем, а также в профилактике других инфекций, передающихся половым путем (ИППП), и предотвращении нежелательной беременности, при условии их постоянного и правильного применения. В своих рекомендациях Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС подчеркивают, что распространение презервативов и разъяснение необходимости их использования являются действенной мерой и важнейшим компонентом комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции.

Числитель

1. Число мужских презервативов, распространенных за последние 12 месяцев.
 2. Число женских презервативов, распространенных за последние 12 месяцев.
-

Знаменатель

1. Не применяется
 2. Не применяется
-

Расчет

1. Не применяется
 2. Не применяется
-

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 проведения измерений

Ежегодно

Разбивка данных

- Поставщики (организации государственного, частного и негосударственного секторов).
 - Города и другие важные административные единицы.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо представить 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 наиболее высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году).

Преимущества и недостатки

Подсчет количества презервативов, отпускаемых централизованными или региональными складами/поставщиками, может дать полезную информацию об объемах предложения презервативов. Поскольку мониторинг использования презервативов выполняется только в рамках обследований, проводимых один раз в 3–5 лет, важно четко следить за их распространением, чтобы иметь возможность отслеживать потребление презервативов в режиме реального времени. Анализируя эти данные наряду с оценками потребностей в презервативах, можно получить информацию об имеющихся пробелах и неудовлетворенном спросе. Страны могут также использовать этот индикатор для сравнения объемов распространения презервативов на субнациональном уровне (между различными регионами) из расчета на одного мужчину в возрасте от 15 до 64 лет, что позволит лучше понять имеющиеся несоответствия в спросе и предложении. Для заполнения этого индикатора странам необходимо собрать и проанализировать данные по различным каналам распространения, включая государственный или частный секторы, социальный маркетинг и т.д., что делает этот показатель критически важным для формирования общерывного подхода и изучения того, как разные сегменты рынка могут дополнять и взаимодействовать между собой для достижения результата.

На основании данных об объемах продукции, отпущенной с централизованных или региональных складов, нельзя узнать, доходят ли презервативы до учреждений, распространяются ли они до истечения срока годности, используются ли они по назначению. Для получения более точной информации об использовании презервативов странам в идеале следует отслеживать и потребление презервативов, то есть количество презервативов, выданных распространителями — например, учреждениями здравоохранения, магазинами или аутрич-группами на уровне групп и сообществ. Как правило, это делается путем инвентаризации запасов в каждом пункте-распространителе на момент поставки новых партий. Но поскольку таких данных о потреблении в агрегированной форме в большинстве стран нет, в качестве прокси-индикатора рекомендуется использовать данные о количестве отпущенных презервативов с центральных и региональных складов.

Дополнительная информация

Фонд ООН в области народонаселения, Всемирная организация здравоохранения, ЮНЭЙДС. Заявление о позиции по вопросу презервативов, профилактики ВИЧ-инфекции, других ИППП и предотвращения нежелательной беременности. 2015. URL: https://www.unaids.org/ru/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention

Condoms: the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancies («Презервативы: профилактика ВИЧ-инфекции, других инфекций, передающихся половым путем, и нежелательных беременностей»). Женева: ЮНЭЙДС, 2016. URL: <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/JC2825-7-1.pdf> (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 ситуацией 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 дискриминирующих 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

Число респондентов

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/исследований. 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 так 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 отношении 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 сообщат 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-uniform-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

Прогресс 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 респондентов⁹, 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 ВИЧ¹⁰

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 (от 0 до 1 года; 1-4 года; 5-9 лет, 10-14 лет, 15 и более лет)

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 целом. 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.

⁹ 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.

¹⁰ Подробную информацию об Индексе стигмы людей, живущих с ВИЧ, можно получить на веб-сайте: <http://www.stigmaindex.org/>

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 «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 национальных обязательств и 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 ostracism 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 укус 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 укус 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.
-

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 Государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ

Бюджетные средства, выделяемые для программ в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу за счет государственных источников

Что он измеряет

Применяется для мониторинга целевых средств государственного бюджета на финансирование программ противодействия ВИЧ, а также для отслеживания предполагаемых ассигнований в ближайшей перспективе (то есть бюджета на следующий год).

Необходимо представить данные об общем объеме целевых государственных ресурсов в сфере противодействия ВИЧ на национальном и субнациональном уровнях.

Обоснование

За последнее десятилетие за счет национальных ресурсов сделано очень многое для улучшения финансирования в сфере противодействия ВИЧ. За последние годы за счет собственных, национальных ресурсов обеспечивается более половины общего объема финансовых ресурсов, выделяемых в сфере противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Мониторинг национальных государственных бюджетов и прогнозы их развития в краткосрочной перспективе направлен на то, чтобы обеспечить эффективность глобальных усилий по мобилизации ресурсов для достижения целей по прекращению эпидемии СПИДа до 2030 года.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Денежные единицы, а также переменные, характеризующие масштабы ассигнований для составления краткосрочных прогнозов относительно будущих источников финансирования.

Расчет

Планируемые и исполненные бюджеты за каждый финансовый год.

Соответствующий департамент государственной финансовой статистики обеспечивает контроль бюджетов, выделяемых для различных секторов. Во многих странах могут выделяться целевые бюджетные ассигнования на программы противодействия ВИЧ/СПИДу, в то время как в других странах бюджеты на эти мероприятия могут распределяться по различным секторам.

Индикатор направлен на определение объемов бюджетных средств, выделяемых государством для реализации мероприятий в сфере противодействия ВИЧ/СПИДу за счет собственных источников финансирования. При этом не должны учитываться мероприятия, предусмотренные бюджетом, но финансируемые за счет средств международной помощи, поступающих от иностранных организаций.

Практически во всех странах выделяется целевое государственное финансирование для противодействия ВИЧ, хотя не все расходы в сфере ВИЧ покрываются за счет бюджетных средств. Спектр финансирования за счет бюджетных средств может различаться в разных странах, но понимание имеющихся тенденций будет полезным для анализа страновой ситуации.

Метод измерения

Бюджетный анализ

Примечание: Краткосрочный прогноз на следующий финансовый год должен быть представлен на основе информации, полученной из государственных статистических данных по финансированию, от Министерства здравоохранения или от Национального комитета по противодействию ВИЧ/СПИДу.

Частота измерения

Ежегодно за финансовый год

Разбивка данных

- Бюджеты по уровням органов государственного управления (то есть национального/федерального, регионального/районного/областного или муниципального/городского/местного уровня), с учетом конкретных особенностей в каждой стране.
- При наличии сегментированных бюджетных подразделений (например, учреждений социального обеспечения или национальных органов по СПИДу), данные по ним необходимо предоставить отдельно.

Преимущества и недостатки

Качество данных может быть очень высоким в тех странах, где выделяются целевые бюджетные ассигнования на программы противодействия ВИЧ. Если целевого бюджетного финансирования мероприятий в сфере ВИЧ не предусмотрено, вероятно, необходимо будет обеспечить координацию между различными государственными ведомствами, которые занимаются вопросами здравоохранения и социального обеспечения. Когда предоставление услуг интегрировано в работу различных учреждений, выделить такие расходы в соответствующих целевых бюджетах будет нелегко.

Дополнительная информация

Приложение 1

8.2 Антиретровирусные препараты: цены за единицу, объемы

Что он измеряет

Средние цены за единицу для различных схем лечения антиретровирусными препаратами в рамках страновой программы противодействия ВИЧ-инфекции и соответствующие объемы закупок

Обоснование

Средние цены за единицу продукции и объемы закупок антиретровирусных препаратов помогают отслеживать динамику рынка антиретровирусных препаратов и обеспечивают триангуляцию данных по людям, включенным в отчеты как получающие антиретровирусную терапию.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Средняя поштучная цена за упаковку в рамках данного режима лечения (в долларах США), а также абсолютное число упаковок, закупленных в течение данного периода.

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Системы управления закупками и цепочками поставок

Инструменты сбора данных

Информационные системы организации материально-технического снабжения

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- По закупочным партиям. Необходимо указать число закупленных упаковок по каждой закупочной партии для данного режима лечения/состава. Если данные по партиям отсутствуют, по этому индикатору необходимо представить сведения о средней цене за штуку и об общем числе упаковок,купаемых ежегодно.

Преимущества и недостатки

Системы управления закупками и цепочкой поставок в странах собирают информацию о закупках товаров здравоохранения на централизованном уровне. В некоторых странах имеются информационные системы организации материально-технического снабжения, которые отслеживают данные о товарах на уровне медицинских учреждений. С помощью таких информационных систем можно получить данные, необходимые для отчетности по этому индикатору.

Дополнительная информация

Приложение 2.

8.3 Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования

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

Что он измеряет

Потоки финансирования и расходы на программы/услуги в сфере противодействия ВИЧ по источникам 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 этими услугами (которые указаны при измерении других показателей программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа).

Обоснование

Показатель, по которому необходимы отчетные данные, представляет собой общие и промежуточные расходы в сфере противодействия ВИЧ по категориям услуг или программных мероприятий и по источникам финансирования. Имеется восемь основных субиндикаторов, которые отображают выполнение Обязательства 8. Они представлены в Приложении 3.

К концу 2018 года объем международных и национальных ресурсов, выделяемых в сфере противодействия ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов, достигал, по различным оценкам, 19 млрд. долл. США (по курсу 2016 г.). 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. Однако 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.

Подавляющее большинство категорий расходов в связи со СПИДом (КРС, в соответствии с Оценкой национальных расходов в связи со СПИДом [ОНРС]) или субиндикаторов не являются новыми; они разработаны на базе имеющихся систем и структурированы по 10 обязательствам, сформулированным в Политической декларации ООН по прекращению эпидемии СПИДа (2016 г.). Исходя из потребностей в ресурсах для стран с низким и средним уровнем доходов, к 2020 году необходимо мобилизовать не менее 26,2 млрд. долларов США (в ценах и по курсу 2016 г.).

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Денежные единицы и денежные суммы

Расчет

Для получения данных о расходах 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, с использованием средств международной помощи для содействия развитию и 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).

Альтернативный:

- Бюджетный анализ.
- Система счетов здравоохранения 2011 (ССЗ 2011) с модулем ВИЧ.

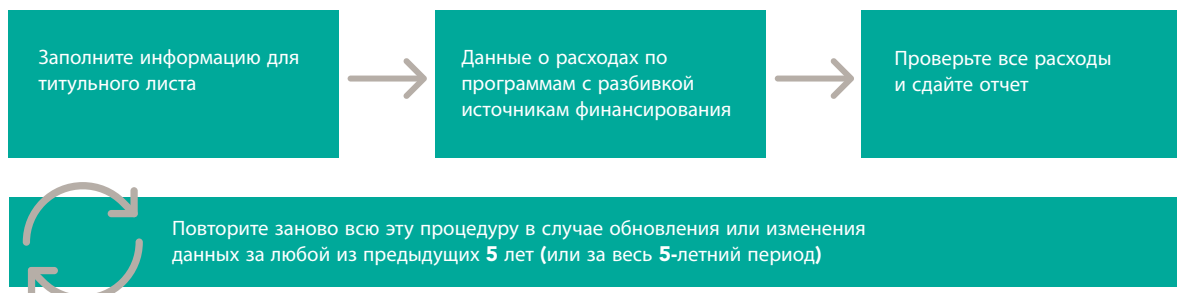
Примечание:

- При отсутствии данных ОНРС, страны могут использовать централизованные результаты, подготовленные с помощью системы отчетности о расходах ПЕПФАР.
- 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 Систему счетов здравоохранения (ССЗ 2011) указанием принципов формирования расходов, чтобы выделить часть расходов, относящихся к ВИЧ, из совместных расходов, отраженных в системе.

Инструменты сбора данных

Страны составляют отчеты по расходам в сфере противодействия ВИЧ по основным 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 ССЗ 2011, можно заполнить ячейки таблицы финансирования, особенно по международным источникам, а в некоторых случаях и по внутреннему финансированию (из частных и государственных источников).

Процедура подготовки отчетности по данному индикатору



Подача измененных данных за предыдущие годы возможна в том случае, если представленные ранее данные носили предварительный характер.

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, указывая 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 2015 года, можно связаться со специалистами ЮНЭЙДС для получения помощи.

Разбивка данных

- Источники финансирования.
- Категории программ противодействия ВИЧ/СПИДу.
- По отдельным субиндикаторам странам рекомендуется представлять данные о расходах по самым существенным товарам, реализуемым в каждой из соответствующих программ, представленных по субиндикаторам, при наличии этих данных. Можно представить информацию об общих расходах по программам, если данных с разбивкой нет, но есть уверенность в том, что информация включает и товары, и затраты по предоставлению услуг.

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. 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 Системе счетов здравоохранения (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. Странам, пользующимся системой счетов здравоохранения, необходимо добавить расходы, не связанные со здравоохранением, и обеспечить согласующиеся данные о расходовании средств в сфере противодействия ВИЧ, особенно по общим статьям расходов в системе здравоохранения. 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 при необходимости дополнительно представить оценку по неосуществленным расходам по сравнению с утвержденным бюджетом.

Страны могут по своему выбору предоставлять отчетность по: а) разным статьям расходов (товарам и предоставлению услуг), при наличии таких данных; б) только по одной статье расходов (если есть только такие данные); или в) по общей сумме с разбивкой, включая как товары, так и предоставляемые услуги.

Перечень ключевых субиндикаторов и связанных статистических метаданных

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.
Субиндикаторы	Разбивка данных	Целевая группа населения	Что измеряет
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: - тестирование и консультирование по инициативе клиента; - тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг; - тестирование и консультирование в рамках специальных кампаний, аутрич-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 терапию (взрослых и детей; специфические товары учитываются отдельно)	Источник финансирования: взрослые и дети (до 15 лет)	Лица, 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.
В. Расходы на лабораторные исследования в связи с ВИЧ (конкретные товары учитываются отдельно)	Источник финансирования	Люди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию	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).
Г. Расходы по заболеванию ВИЧ-инфекцией и туберкулезом (специфические товары учитываются отдельно)	Источник финансирования	Люди, живущие с ВИЧ, и люди, имеющие туберкулез	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).
Д. Расходы по пяти главным компонентам комбинированной профилактики (товары отдельно)	Источник финансирования, пять главных компонентов комбинированной профилактики: - профилактика среди молодых женщин и девушек-подростков (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: мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами (MSM); работники секс-бизнеса; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; заключенные; молодые женщины и девушки; серодискордантные пары; - распространение презервативов (без целевых групп); - профилактика среди ключевых групп населения (мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами; работники секс-бизнеса; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; и заключенные).	Общее население, ключевые группы населения	Это подмножество профилактических услуг обозначается и определяется как «комбинированная профилактика». Все остальные услуги по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо указывать в категориях таблицы национального финансирования как часть более общей системы услуг профилактики. Это подмножество включает услуги профилактики, специально разработанные и предоставляемые каждой из ключевых групп населения, а именно: - услуги профилактики для молодых женщин и девушек-подростков (в возрасте 10–24 лет) в странах с высокой распространенностью; - услуги для мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами; - услуги для работников секс-бизнеса и их клиентов; - услуги для людей, употребляющих инъекционные наркотики; - услуги по проведению добровольного медицинского мужского обрезания; - ДКП с разбивкой по ключевым группам населения; - 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).

Е. Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ (товары отдельно)	Источник финансирования	Беременные женщины и новорожденные дети	Меры, направленные на устранение новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, включая: ■ тестирование на ВИЧ беременных женщин; ■ антиретровирусная терапия для беременных женщин, живущих с ВИЧ; ■ антиретровирусные препараты 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 в рамках курса лечения и узнает о своей беременности уже после того, как было начато лечение, расходы на АРВ-терапию следует включить в показатель «АРВ-терапия взрослых», а не в профилактику передачи от матери ребенку.
Ж. Расходы на системы социального обеспечения	Источник финансирования	Не применяется	Меры по обеспечению реализации базовых программ, согласно определению, данному в инвестиционной рамочной стратегии ЮНЭЙДС, в том числе: ■ укрепление политической приверженности и адвокативная деятельность; ■ СМИ; ■ законодательство, политика и правоприменительная практика; ■ мобилизация сообществ; ■ борьба со стигмой; ■ программы в области правозащитной деятельности.
З. Расходы на выплату денежных пособий для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, страны с высокой распространенностью ВИЧ)	Источник финансирования	Молодые женщины и девочки (в возрасте 10–24 лет)	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.

Дополнительная информация

Для получения руководств, стратегических рамочных документов/инструментов и классификаторов для оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС) пришлите запрос на электронную почту: AIDSspending@unaids.org.

Отчеты по системе национальных счетов здравоохранения можно найти в Глобальной базе данных по расходам в сфере здравоохранения на веб-сайте Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>.

Евростат. HEDIC — база данных ЕС по расходам на здравоохранение по заболеваниям и патологиям (Health expenditures by diseases and conditions). Статистическая рабочая документация. Люксембург: Издательский отдел Европейского союза; 2016. URL: <https://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. Своевременное лечение туберкулеза и начало антиретровирусной терапии на ранних стадиях имеют решающее значение для снижения смертности при сочетанном заболевании туберкулезом и ВИЧ-инфекцией; это должно быть самым приоритетным направлением работы как для программы противодействия СПИДу, так и для национальной противотуберкулезной программы. Поэтому очень важно 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.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Для числителя: Учетные журналы и отчетность медицинских учреждений по предоставлению антиретровирусной терапии; программные инструменты мониторинга. Подсчитайте общее число случаев впервые выявленного и рецидивного заболевания туберкулезом у ВИЧ-положительных людей, которые начали лечение туберкулеза (что зафиксировано в регистрационной системе противотуберкулезной помощи) и прием антиретровирусной терапии, либо людей, которые уже принимают антиретровирусную терапию (что зафиксировано в регистрационных системах предоставления антиретровирусной терапии). Эту информацию необходимо сверять с данными регистрационных систем противотуберкулезной помощи в соответствующих управленческих подразделениях базового звена с периодичностью раз в квартал и ежегодно, прежде чем консолидировать данные для отчетности.

Для знаменателя: Программные данные и оценочные значения по числу впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. ВОЗ рассчитывает ежегодные оценочные показатели числа впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. Оценочные значения для знаменателя, основанные на представляемых странами данных по регистрации случаев и охвату антиретровирусной терапией, появляются не ранее августа отчетного года, поэтому на момент сдачи настоящей отчетности их вносить необязательно. Оценочные значения по 2017 году можно получить на веб-сайте: <http://www.who.int/tb/country/data/download/en>.

Более подробное объяснение индикатора представлено в Приложении 5.

Частота измерения

Сбор данных необходимо вести непрерывно на уровне медицинских учреждений, периодически агрегировать (предпочтительно ежемесячно или ежеквартально), сверяя с данными регистрационных систем противотуберкулезной помощи, 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 представить 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.

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

Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Руководящие принципы для 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, 2018. 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 в течение отчетного периода

Что он измеряет

Распространенность активной формы туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции. Является также косвенным показателем эффективности усилий по раннему выявлению ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Обоснование

Более активное выявление туберкулеза в системе учреждений, предоставляющих лечение при ВИЧ-инфекции, и организация тестирования на ВИЧ (с последующим консультированием) среди пациентов, больных туберкулезом, по инициативе поставщика услуг здравоохранения, — меры, направленные на раннее 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 программу лечения ВИЧ-инфекции.

Знаменатель

Общее число людей, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, то есть зарегистрированных 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 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 лечения ВИЧ-инфекции, 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 лечения ВИЧ-инфекции, у которых был выявлен туберкулез в активной форме, на конец отчетного периода.

Знаменатель. Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции — то есть начавших принимать антиретровирусную терапию — в течение отчетного периода.

Информацию о статусе по туберкулезу в учетной документации о приеме 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.

Более подробное объяснение индикатора представлено в Приложении 5.

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 ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

- Города

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого показателя необходимо представить 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.

Преимущества и недостатки

Обзор тенденций по заболеваемости туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции за длительный период времени, может предоставить полезную информацию: а) о распространенности туберкулеза среди этих групп населения, а также б) 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 а) пациенты, которые были выявлены в результате тестирования и консультирования по инициативе медработников, однако не включены в программу лечения ВИЧ-инфекции; а также б) 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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1 (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 лечения ВИЧ-инфекции за отчетный период

Что он измеряет

Насколько распространена практика начала лечения латентной туберкулезной инфекции у людей, живущих с ВИЧ, при их первичном включении в программу лечения ВИЧ-инфекции.

Обоснование

Все пациенты, получающие лечение по поводу ВИЧ-инфекции, должны проходить скрининг на туберкулез при каждом посещении медицинского учреждения в соответствии с клиническим алгоритмом, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). 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 число людей, живущих с ВИЧ и впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, которые начинают лечение латентной туберкулезной инфекции в течение отчетного периода.

По возможности просим также предоставить данные по общему числу людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, которые начали лечение латентной туберкулезной инфекции в течение отчетного периода.

Знаменатель

Общее число людей, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, то есть зарегистрированных для получения антиретровирусной терапии, в течение отчетного периода. Этот знаменатель должен быть таким же, как знаменатель для показателя 10.2.

По возможности просим также предоставить данные по общему числу людей, в настоящее время включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции.

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/формах предоставления антиретровирусной терапии (в колонке отмечается месяц и год начала приема изониазида).

Числитель. Подсчитывается число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции 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 поставленных на учет для приема антиретровирусной терапии 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.

Более подробное объяснение индикатора представлено в Приложении XX.

Помимо этого, просим также предоставить данные по процентному числу людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза в течение отчетного периода:

Числитель: Подсчитайте число людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза в течение отчетного периода.

Знаменатель: Подсчитайте число людей, живущих с ВИЧ, включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.

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 ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

- Города

Запрашиваемая дополнительная информация

Предоставьте информацию по городам по данному индикатору. Для ввода данных было создано пространство для предоставления информации по столице, а также для одного или двух других ключевых города с высокой эпидемиологической значимостью. Например, к ним могут относиться города с самыми высокими показателями развития эпидемии или города, взявшие обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

Данный показатель показывает охват людей, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, 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: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1 (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 раннее 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 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.

10.7 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.

10.8 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки

Процент женщин, живущих с ВИЧ, 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

С учетом того, что только в 2018 году было зарегистрировано, по различным оценкам, около 570 000 новых случаев этого заболевания и 311 000 случаев летальных исходов, рак шейки матки (РШМ) занимает 4-е место в списке наиболее часто диагностируемых онкологических заболеваний у женщин, а также 4-е место в списке основных причин женской смертности. Рак шейки матки является 2-м по распространенности среди всех видов онкологических заболеваний у женщин в странах с низким или средним уровнем доходов.

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 и наиболее часто встречающимся онкологическим заболеванием у женщин, живущих с ВИЧ. 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, 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.

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, которые были обследованы на рак шейки матки.
-

Частота измерения

Необходимо собирать данные, как минимум, каждые пять лет

Разбивка данных

- Возраст (15–29, 30–49 лет).
 - Обследованы за прошедший год.
-

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.).

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 («Глобальный план действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями на период 2013–2020 гг.»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1 (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.).

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre L, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries («Глобальная статистика по раковым заболеваниям в 2018 г. Оценочные данные GLOBOCAN по заболеваемости и смертности по 36 раковым заболеваниям в 185 странах мира»). CA Cancer J Clin. 2018;0:1–31 (на англ. яз.).

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.).

Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice («Всесторонний контроль рака шейки матки: руководство по ключевым практическим вопросам»). 2-е изд. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2014. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144785/9789241548953_eng.pdf (на англ. яз.).

Руководство по заполнению промежуточного опроса в инструменте мониторинга национальных обязательств и политики в 2020 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 2018 году с применением промежуточного варианта инструмента мониторинга национальных обязательств и политики (НОПИ), а затем в 2019 году — с отчетом по полной версии этого инструмента. НОПИ — неотъемлемый компонент глобального мониторинга эпидемии СПИДа, предназначенный для оценки прогресса в разработке и реализации политических мер, стратегий и законов в сфере противодействия ВИЧ и выполняющий следующие функции:

- Привлечение к активным консультациям и диалогу ключевых партнеров и заинтересованных сторон на национальном уровне, особенно государственного сектора и гражданского общества, включая различные сообщества, 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 были впервые включены в процесс отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа в 2017 году, после проведения обширных экспертных консультаций и анализа. С учетом опыта, полученного в отчетных раундах 2017, 2018 и 2019 годов, формулировки некоторых вопросов постоянно уточняются и дорабатываются для дальнейшего использования в процессе отчетности, в том числе и в 2020 году.

Структура вопросника

НОПИ состоит из двух частей. Часть А предназначена для заполнения национальными органами власти, а часть Б — представителями гражданского общества и сообществ, а также другими партнерами из негосударственного сектора, участвующими в реализации национальных мер противодействия СПИДу. В промежуточные годы опрос по вопросам политики включает в себя только часть вопросов из Части А инструмента НОПИ.

Вопросы, содержащиеся в промежуточном опроснике НОПИ, разработаны на основе 10-ти обязательств ускоренной реализации мер (Fast-Track commitments) и расширенных целевых показателей для прекращения эпидемии к 2030 году⁷

⁷ 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.).

Proposed steps for gathering and validating data

The process described below for completing the NCPI should be integrated within each country's plan and time frame for the overall Global AIDS Monitoring process.

While questions from the NCPI Part B—which are to be completed by civil society, communities and other nongovernmental partners engaged in the response—are not included in the interim NCPI, countries are encouraged to engage civil society and communities in the overall Global AIDS Monitoring process.

1. Создать рабочую группу, которая будет заниматься обеспечением отчетности по НОПИ. Эти функции может выполнять существующая межсекторная техническая рабочая группа по мониторингу и оценке.
2. Назначить ответственного координатора для заполнения вопросника.
3. Рабочей группе НОПИ провести картирование ключевых партнеров и заинтересованных сторон, чтобы системно подойти к выбору партнеров, которые будут участвовать в заполнении опросника

Такое картирование помогает обеспечить сбор наиболее актуальных и точных данных в рамках НОПИ 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 НОПИ, 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:

- о Министерство здравоохранения или подобный орган.
- о Министерство образования или подобный орган.
- о Министерство по гендерным вопросам или подобный орган.
- о Министерство юстиции или подобный орган.
- о Министерство торговли или подобный орган.
- о Представители людей, живущих с ВИЧ, включая женщин и молодежь.
- о Представители различных ключевых групп населения.
- о Двусторонние и многосторонние организации, участвующие в реализации мер противодействия ВИЧ.
- о Другие негосударственные организации или фонды, участвующие в реализации мер противодействия ВИЧ.
- о Частный сектор.

При определении ключевых партнеров необходимо обеспечить представительство различных регионов.

По всем ключевым партнерам, которые будут включены в процесс подготовки отчетности в рамках НОПИ, 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, сообщества, международная негосударственная организация, двусторонняя организация, ЮНЭЙДС или другие организации ООН.

Эта информация может быть полезной для документирования межсекторного характера процесса подготовки отчетности, а также для того, чтобы обеспечить подготовку к следующим раундам отчетности в рамках НОПИ.

4. Собрать ответы на вопросы НОПИ: для обеспечения точности данных и равномерного распределения нагрузки между респондентами, рекомендуется адресовать конкретные вопросы респондентам,

наиболее компетентным в соответствующей области. Координаторы, ответственные за заполнение опросника, 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 НОПИ, 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 НОПИ может направить сводную информацию, полученную по какому-либо вопросу, различным ключевым партнерам, предоставившим эту информацию, 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) «НОПИ» 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 в НОПИ, 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 NCPI to PDF» («Сохранить весь НОПИ в формате PDF») на странице списка индикаторов.
7. Провести консультативное совещание по проверке данных:
 - o Рассмотреть ответы на выбранные вопросы НОПИ;
 - o Проанализировать данные по НОПИ вместе с данными по индикаторам для определения достигнутого прогресса, имеющихся пробелов, барьеров и вспомогательных факторов в сфере противодействия СПИДу.
 - o 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 НОПИ, 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 НОПИ вместе с остальными компонентами глобальной отчетности в срок до 31 марта 2020 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.

Интеграция и практическое использование данных НОПИ

Собранные с помощью НОПИ 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 НОПИ для анализа статуса своей эпидемии и ответных мер, а также для стратегического планирования мероприятий национального уровня.

В глобальном масштабе данные НОПИ 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 НОПИ будут объединены для вычисления региональных и глобальных показателей. Данные НОПИ по каждой стране также будут доступны в инструменте AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) и на веб-сайте с анализом законодательства и политики Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Загрузка данных по вопросам политики, представленных ранее через программу глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Страны, которые представили ответы на вопросы с помощью инструмента НОПИ в одном из предыдущих раундов, теперь могут загрузить эти ответы в онлайн-инструмент отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа за 2020 год. Затем эти ответы можно скорректировать и обновить — либо представить в том же виде, если никаких изменений не произошло.

Определения

При заполнении опросника следует пользоваться следующими определениями ключевых терминов, включенных в НОПИ. Согласованность в использовании определений различными странами за весь период наблюдения необходима, чтобы обеспечить сопоставимость данных и возможность анализа тенденций. Термины, включенные в этот список, в опроснике отмечены звездочкой (*).

Cash transfers. Programmes that give money to poor and vulnerable people. Cash transfers may be conditional, giving money in return for fulfilling specific behavioural conditions (such as school attendance among children) or unconditional (not attached to specific behavioural requirements).

Механизмы отчетности перед сообществами в контексте программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (Community accountability mechanisms in the context of programmes for preventing the mother-to-child transmission of HIV). Они могут включать любые из следующих механизмов.

- **Оценки получателей услуг (Citizen report cards).** Широкомасштабные опросы для сбора мнений пользователей используются в адвокативной деятельности для улучшения подотчетности государственного сектора.
- **Оценки сообществ (Community scorecards).** Под руководством фасилитаторов проводятся встречи представителей гражданского общества и медицинских работников для оценки качества услуг здравоохранения и последующей совместной разработки плана мероприятий по устранению недостатков.
- **Модель пациент-ориентированного подхода для улучшения эффективности и качества услуг здравоохранения для местных сообществ (Community client-oriented provider-efficient/COPE).** Дополнительная программа улучшения качества услуг в медицинских учреждениях, основанная на развитии партнерства с местными сообществами. Предполагает, что работники здравоохранения сами собирают информацию в местном сообществе о нуждах и потребностях.
- **Партнерство для улучшения качества услуг медицинских учреждений (Partnership-defined quality).** С помощью внешнего специалиста-фасилитатора работники здравоохранения и представители местных сообществ устанавливают критерии и проверяют уровень качества обслуживания, определяют приоритеты для различных задач, а также разрабатывают и реализуют план действий.
- **Пациент-ориентированный подход в обеспечении качества услуг (Patient-focused quality assurance).** Процесс включает интервьюирование 50100 пациентов на выходе из программ каждые 36 месяцев, сортировку данных, расстановку приоритетов для различных задач, разработку планов действий и демонстрацию результатов.
- **Быстрая диагностика и принятие мер для улучшения качества услуг здравоохранения с использованием методов «равный равному» и привлечения групп сообществ (Peer and participatory rapid health appraisal for action).** Быстрая оценка качества услуг с использованием контрольных списков, расстановки приоритетов для решения выявленных проблем, распространения информации о результатах

и разработки плана мероприятий по устранению недостатков. Сбор данных о сообществах осуществляется в ходе интервью с клиентами, а также обсуждений в женских и мужских фокус-группах, которые ранжируют качество услуг на основе определенных индикаторов.

- **Интегрированные вспомогательные проверки (Integrated supportive supervision).** Ежеквартальные визиты групп, включающих представителей сообществ, в медицинские учреждения. Методы включают интервьюирование клиентов и использование контрольных списков.
- **Комитеты по вопросам здравоохранения (Health committees).** Местные комитеты, включающие представителей сообществ, и занимающиеся мониторингом качества услуг. Некоторые устраивают посещения в рабочем порядке для решения конкретных проблем, у других существует формальный график мониторинга.

Система эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции (HIV case surveillance):

НЭпиднадзор за случаями ВИЧ-инфекции предусматривает сбор и передачу данных о впервые выявленных случаях ВИЧ-инфекции и определенных мероприятиях дозорного эпиднадзора, проводимых для каждого человека, у которого диагностирована ВИЧ-инфекция, в государственный орган здравоохранения, в обязанности которого входит мониторинг и контроль за эпидемией. Система эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции строится на учете индивидуальных данных (по каждому случаю заболевания), получаемых за длительный период времени из нескольких источников, при этом данные связаны уникальными идентификационными кодами и хранятся в специальном хранилище данных на национальном уровне⁸.

Серьезные или систематические нарушения прав человека (Grave or systematic human rights abuses).

Под термином «серьезное» имеется в виду очевидное, злостное и полное нарушение прав человека. Нарушение права на жизнь или физическую неприкосновенность классифицируется как серьезное нарушение. Под термином «систематическое» подразумевается большое количество людей, подвергающихся нарушениям прав человека, а также частота таких случаев. Таким образом, речь идет об установившейся системе нарушений прав человека, а не об отдельных случаях.

Гендерное насилие (Gender-based violence). Насилие, направленное на установление, поддержание и восстановление неравного соотношения сил, основанного на гендерных признаках. Включает действия, которые причиняют ущерб или страдания физического, психического или сексуального характера, угрозу таких действий, принуждение и другие формы ущемления свободы⁹.

Индикаторы с учетом гендерной специфики (Gender-sensitive indicators). Индикаторы, помогающие лучше понять гендерную несправедливость и неравенство как социальную детерминанту здоровья. Индикаторы, учитывающие гендерную проблематику, используются для оценки текущей ситуации в гендерных отношениях по отношению к какой-либо определенной норме, или для оценки сложившегося положения женщин или мужчин по сравнению с другой контрольной группой (например, для оценки процентного числа девочек, посещающих начальную школу, по сравнению с процентным числом мальчиков той же возрастной группы). Эти индикаторы также используют для оценки и мониторинга неравенства в доступе к услугам здравоохранения (например, различие в соотношении количества мужчин и женщин, получающих доступ к антиретровирусной терапии), а также достигнутого прогресса в реализации мер по сокращению гендерного неравенства за весь период наблюдения¹⁰.

Гендерно-преобразующий подход (Gender-transformative). Гендерно-преобразующие подходы обеспечивают принципиально важное для общества понимание гендерных ролей и норм, содействуют устранению вредных гендерных норм и развитию равенства во взаимоотношениях между мужчинами и женщинами, а также между женщинами и остальными членами общества. Эти подходы ориентированы на защиту прав и достоинства женщин, устранения несправедливого и неравного распределения ресурсов и обязанностей между мужчинами и женщинами, а также учитывают специфические нужды и потребности женщин и мужчин. Такие подходы можно внедрять отдельно среди женщин и девочек и отдельно — среди мужчин и мальчиков. Однако все чаще эти подходы применяются одновременно как среди женщин и девочек, так и среди мужчин и

⁸ Объединенное руководство по пациент-ориентированным подходам организации мониторинга в сфере ВИЧ и национальной системы эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>).

⁹ Руководство ЮНЭЙДС по терминологии. Женева: ЮНЭЙДС; 2015. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf.

¹⁰ WHO, UNAIDS. A practical tool for strengthening gender-sensitive national monitoring and evaluation systems for HIV and sexual and reproductive health (ВОЗ, ЮНЭЙДС. Практический инструмент для повышения гендерной чувствительности национальных систем мониторинга и оценки в сфере охраны сексуального и репродуктивного здоровья и противодействия ВИЧ). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/tool-SRH-monitoring-eval-systems_en.pdf (на англ. яз.).

мальчиков — сразу для всех или скоординировано для людей различных возрастных групп и поколений, в целях трансформации вредных норм и представлений о мужественности и женственности, и для решения проблем неравенства в гендерных отношениях, чтобы каждый член общества мог соблюдать их¹¹.

Ненуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы транскриптазы (Non-nucleoside/nucleotide transcriptase inhibitors [NNRTI]): класс антивирусных препаратов, не относящихся к аналогам нуклеозидов, которые блокируют/вмешиваются в процесс обратной транскриптазы и ингибируют репликацию ВИЧ.

Нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (Nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitors [NRTI]): класс антивирусных препаратов, относящихся к аналогам нуклеозидов, которые блокируют/вмешиваются в процесс обратной транскриптазы и ингибируют репликацию ВИЧ.

Участие (Participation). Активное информированное участие в формулировании, внедрении, мониторинге и оценке всех решений, документов политики и принимаемых мер, от которых зависит здоровье населения, в целях соблюдения прав человека. Эта концепция также предусматривает, что системы здравоохранения и выполняемые ими мероприятия должны обладать следующими характеристиками: оперативность, эффективность, соответствие и целесообразность, и устойчивость. Участие является информированным, если люди имеют доступ к информации, необходимой для полноценного и эффективного участия. При необходимости для этого проводят программы и мероприятия по обучению и развитию человеческого потенциала¹².

Социальная защита (Social protection). К социальной защите относятся «все инициативы государственного и частного секторов по выделению средств в форме дохода или потребительских благ (товаров и услуг) для бедного населения, защите уязвимых групп населения в случае потери источников доходов, а также повышению социального статуса и защите прав маргинализированных групп — в целях снижения экономической и социальной уязвимости бедных слоев и социально изолированных групп населения»; Говорят, что социальная защита соответствует нуждам и потребностям в сфере ВИЧ, если она предоставляется группам населения с высоким риском инфицирования ВИЧ или группам населения, которые могут пострадать от последствий эпидемии¹³.

Денежные пособия (Cash transfers). Программы, предусматривающие выплату денежных пособий для помощи неимущим и уязвимым группам населения. Денежные пособия могут предоставляться на определенных условиях, при выполнении определенных поведенческих норм (например, при условии посещения школы детьми), или без каких-либо условий (ничего не требуется взамен).

Стабильность в программах антиретровирусной терапии (Stable on antiretroviral therapy): Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет стабильность состояния людей в программах антиретровирусной терапии по следующим критериям: человек находится в программе лечения не менее 1 года, не имеет беременности или каких-либо заболеваний в активной стадии, хорошо понимает важность пожизненной приверженности и соблюдения предписанного режима лечения, успешность лечения подтверждена (получением двух последовательных результатов менее 1000 копий/мл при исследовании вирусной нагрузки). Что касается рекомендаций относительно оказываемых услуг, то дополнительным критерием здесь является отсутствие побочных реакций при приеме лекарственных средств, которые бы требовали постоянного наблюдения и контроля специалистов¹⁴.

Перебои в поставках (Stock-out). Незапланированные перебои в поставках лекарственного препарата.

Рутинные исследования на вирусную нагрузку (Routine viral load testing): Рутинный мониторинг вирусной нагрузки можно проводить через 6 месяцев, через 12 месяцев, а затем один раз в 12 месяцев, если пациент стабилен на фоне приема антиретровирусной терапии¹⁵.

¹¹ WHO, UNAIDS. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool («ВОЗ, ЮНЭЙДС. 16 идей для решения проблем, связанных с насилием по отношению к женщинам в условиях эпидемии ВИЧ: инструмент разработки программ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw_hiv_epidemic/en (на англ. яз.).

¹² Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels («Программы противодействия ВИЧ, ВГС и ТБ и программы снижения вреда в тюрьмах: права человека, минимальные стандарты и мониторинг в Европейском регионе и на международном уровне»). London: Harm Reduction International; 2016. URL: https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf (на англ. яз.).

¹³ HIV and social protection guidance note («Руководящие указания о ВИЧ и социальной защите»). Geneva: UNAIDS; 2014 URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf (на англ. яз.).

¹⁴ Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>.

¹⁵ Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции. Рекомендации с позиций общественного здравоохранения. Второе издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/ru/>.

Промежуточный опрос по вопросам политики (НОПИ)

Аббревиатуры и сокращения

ЗТС	ламивудин
АВС	абакавир
АЗТ/АЗТ	зидовудин
DTG	долутегравир
EFV	эфавиренц
FTC	эмтрицитабин
LPV/r	лопинавир, дополненный ритонавиром
РПР	экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови
TDF	тенофовира дизопротексил фумарат
АТП	проба агглютинации искусственных частиц на антитела к бледной трепонеме
VDRL	кожно-венерологическая клинико-диагностическая лаборатория
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАТП	проба гемагглютинации на антитела к бледной трепонеме
ДКП	доконтактная профилактика
НИОТ	нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
ННИОТ	ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы

* Определения терминов и понятий, отмеченных звездочкой (*), даны в разделе «Руководство по заполнению инструмента национальных обязательств и политики (НОПИ)».

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.

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
- ☐ Ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном риске инфицирования ВИЧ / тестирование по индексному случаю ВИЧ-инфекции
- ☐ Тестирование на ВИЧ на основе контактов из социального окружения
- ☐ Другое (укажите) _____

2. Включены ли рекомендации, приведенные в Объединенном руководстве ВОЗ по предоставлению услуг тестирования на ВИЧ (2019 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, полностью
- ☐ Нет, находится в стадии пилотных проектов
- ☐ Не применяется, и пилотных проектов не ведется

3.2 Если на вопрос 3.2 ответ «да», укажите год, когда планируется включить самотестирование на ВИЧ в действующую политику:

- ☐ Да
- ☐ Нет

3.2a Если на вопрос 3.2 ответ «да», укажите год, когда планируется включить самотестирование на ВИЧ в действующую политику:

- ☐ Год не запланирован
 - ☐ 2020
 - ☐ 2021
 - ☐ 2022
 - ☐ 2023
-

4. Включила ли страна в национальную политику такой метод, как ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном риске инфицирования ВИЧ?

☐ Да

☐ Нет

4.1 Если нет, имеются ли планы по включению такого метода, как ассистированное анонимное оповещение партнеров о потенциальном риске инфицирования ВИЧ, в национальную политику в будущем?

☐ Да

☐ Нет

4.1a Если ответ «да», укажите год, в котором планируется включить в национальную политику такой метод, как уведомление через партнера о возможном риске инфицирования ВИЧ:

☐ Год не запланирован

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

5. 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

5.1 Если да, то предусмотрено ли следующее (отметьте все подходящие пункты):

☐ Упрощенное и ускоренное выполнение мероприятий (ускоренное направление и постановка на учет, раскрытие статуса, расследование контактов)

☐ Поддержка и сопровождение (навигация в системе) для пациентов по принципу «равный равному»

☐ Подходы, направленные на повышение качества

☐ Обследование для определения числа клеток CD4 по месту обращения за медицинской помощью

☐ Иное: укажите _____

Антиретровирусная терапия

6. Внедрила ли ваша страна рекомендации, приведенные ВОЗ в обновленном (в 2018 г.) Сводном руководстве по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции, в национальную политику?

☐ Да, полностью

☐ В процессе

☐ Нет

☐ Иное: уточните: _____

Приложите экземпляр каждого из имеющихся обновленных нормативных документов странового уровня.

7. 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)

☐ Нет пороговых значений, ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ независимо от числа клеток CD4

☐ ≤500 клеток/мм3

☐ ≤350 клеток/мм3

☐ Иное: уточните: _____

7.1 Если применяется политика ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ независимо от числа клеток CD4, каков статус реализации этой политики?

☐ Внедрена в некоторых лечебных учреждениях (<50%)

☐ Внедрена во многих (50-95%) лечебных учреждениях

☐ Внедрена по всей стране (>95% лечебных учреждений)

☐ Не внедрена на практике

☐ Иное: уточните: _____

7.2 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

7.2a Если да, укажите год, в котором планируется начать реализацию политики ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ?

☐ Год не запланирован

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

8. Приняты ли в вашей стране рекомендации ВОЗ о немедленном начале антиретровирусной терапии (WHO 2017 Recommendation on rapid initiation of ART)?

☐ Нет

☐ Да, немедленное начало лечения в течение 7 дней после диагностики ВИЧ-инфекции

☐ Другое (укажите) _____

9. Применяется ли в вашей стране политика, в соответствии с которой людям предлагается начинать антиретровирусную терапию прямо в день постановки диагноза ВИЧ-инфекции?

☐ Да

☐ Нет

9.1 Если в вашей стране действует политика быстрого инициирования и/или запуска в тот же день, каково состояние дел с ее реализацией?

☐ Внедрена в некоторых лечебных учреждениях (<50%)

☐ Внедрена во многих (50-95%) лечебных учреждениях

☐ Внедрена по всей стране (>95% лечебных учреждений)

☐ Не внедрена на практике

☐ Иное: уточните: _____

10. Доступны ли исследования клеток CD4 для определения стадий заболевания в зависимости от иммунологических показателей?

☐ Да

☐ Нет

10.1 Если да, то где проводятся такие исследования?

☐ Проводятся по месту обращения пациента

☐ В лаборатории медучреждения

☐ В централизованной лаборатории

☐ Другое (укажите) _____

10.2 Если да, то какой процент учреждений (оценочное число) обеспечивает клиентам доступ к тестированию и возможность получения результатов?

☐ В некоторых учреждениях (50 %)

☐ Во многих учреждениях (50–95%)

☐ Повсеместно по всей стране (>95 % учреждений)

☐ Не применяется на практике

☐ Другое (укажите) _____

11. Допускается ли в стране проведение антиретровирусной терапии по инициативе среднего медицинского персонала для какой-либо из следующих групп населения (выберите все подходящие варианты):

☐ Небеременные взрослые (мужчины, женщины и трансгендерные люди)

☐ Беременные женщины

☐ Подростки (10-19 лет)

☐ Дети моложе 10 лет

☐ Не допускается ни для одной из указанных выше групп

12. Имеется ли в стране политика национального уровня, направленная на предоставление антиретровирусной терапии на уровне сообществ (вне стен лечебных учреждений)?

☐ Да

☐ Нет

12.1 Если да, укажите методы, используемые для предоставления антиретровирусной терапии на уровне сообществ _____

13. Предоставляется ли в вашей стране антиретровирусная терапия на уровне сообществ (вне стен лечебных учреждений) людям, получающим антиретровирусную терапию и имеющим стабильный статус* в программах лечения?

☐ Да

☐ Нет

13.1 Если да, укажите масштаб реализации:

☐ На национальном уровне

☐ На региональном уровне

☐ В рамках пилотных проектов

☐ Иное: укажите _____

14. Имеется ли в вашей стране национальное положение, регулирующее частоту посещений врача для людей, имеющих стабильный статус в программах антиретровирусной терапии?

☐ Да

☐ Нет

14.1 Если да, укажите частоту посещений врача, согласно национальному положению:

☐ Один раз в месяц

☐ Один раз в 3 месяца

☐ Один раз в 6 месяцев

☐ Один раз в 12 месяцев

15. Имеется ли в стране национальная политика, которая определяет, как часто люди, стабильно принимающие антиретровирусную терапию, должны являться для получения антиретровирусных препаратов?

☐ Да

☐ Нет

15.1 Если да, укажите, как часто, согласно установленным требованиям, необходимо являться для получения антиретровирусных препаратов:

☐ Один раз в месяц

☐ Один раз в 3 месяца

☐ Один раз в 6 месяцев

☐ Один раз в 12 месяцев

16. Укажите национальные критерии (или принятое определение), на основании которых пациент считается «потерянным для последующего наблюдения». Например, могут считаться потерянными для последующего наблюдения пациенты, не получавшие антиретровирусные препараты в течение четырех недель после своей последней неявки в назначенный срок для получения препаратов.

17. Приняты ли в вашей стране рекомендации ВОЗ (2017 г.) о предоставлении комплексного пакета вмешательств для всех пациентов, у которых заболевание ВИЧ-инфекцией проявляется на поздних стадиях (по определению ВОЗ, при показателях числа клеток CD4 <200)?

☐ Да, полностью приняты

☐ Да, частично приняты

☐ Нет

17.1 Если да, то насколько широко эти рекомендации применяются?

☐ Применяются в некоторых лечебных учреждениях (<50%)

☐ Применяются во многих (50-95%) лечебных учреждениях

☐ Применяются по всей стране (>95% лечебных учреждений)

☐ Не применяются на практике

☐ Иное: уточните: _____

18. Какие из следующих опций по предоставлению 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, natalной и пренатальной помощи

☐ ВИЧ-положительные люди с признаками истощения (недостаточного 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 _____

- 19. Надо ли пациентам оплачивать какие-либо стандартные сборы или платежи за услуги при посещении учреждений государственной системы здравоохранения?**
- ☐ Да
- ☐ Нет
- 19.1 Если да, существует ли какой-либо официально установленный или неофициальный сбор при получении следующих услуг?**
- а) Тестирование на ВИЧ-инфекцию**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный
- б) Предоставление доконтактной профилактики (ДКП)**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный
- в) Назначение к врачу в медицинское учреждение первичного звена**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный
- г) Карты пациентов**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный
- д) Диагностические услуги (включая исследование на вирусную нагрузку)**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный
- е) Предоставление лечения в связи с ВИЧ-инфекцией (т.е. антиретровирусных препаратов)**
- ☐ Официально установленный
- ☐ Неофициальный

Режимы антиретровирусной терапии

Взрослые и подростки

- 20. Как предусмотрено рекомендациями ВОЗ 2019 года по лечению, является ли комбинация TDF + 3TC или (FTC) + DTG предпочтительной комбинацией антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения, в соответствии с национальными руководствами, для следующих групп населения:**
- а) Взрослые и подростки:**
- ☐ Да
- ☐ Нет
- ai. Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:**
- ☐ TDF + 3TC (или FTC) + EFV 600 мг
- ☐ TDF+ 3TC + EFV 400 мг
- ☐ ABC + 3TC + DTG
- ☐ TAF + 3TC (или FTC) + DTG
- ☐ Другие режимы лечения (укажите): _____
- a.ii. Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC или (FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2020 году?**
- ☐ Да
- ☐ Нет
- б) Женщины детородного возраста?**
- ☐ Да
- ☐ Нет
- bi. Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:**
- ☐ TDF + 3TC (или FTC) + EFV 600 мг
- ☐ TDF+ 3TC + EFV 400 мг
- ☐ TAF + 3TC (или FTC) + DTG
- ☐ Другие режимы лечения (укажите): _____
- b.ii. Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC или (FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2020 году?**
- ☐ Да
- ☐ Нет

в) Беременные и/или кормящие женщины:

- ☐ Да
☐ Нет

vi. Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:

- ☐ TDF + 3TC (или FTC) + EFV 600 мг
☐ TDF+ 3TC + EFV 400 мг
☐ TAF + 3TC (или FTC) + DTG
☐ Другие режимы лечения (укажите): _____

vii. Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC или (FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2020 году?

- ☐ Да
☐ Нет

21. Вводится ли DTG в качестве режима антиретровирусной терапии первого ряда в вашей стране:

- ☐ Да, DTG был включен в национальные руководства, но закупки еще не начались
☐ Да, DTG был включен в национальные руководящие принципы, и были начаты закупки
☐ Нет

22. Используются ли в стране комбинированные антиретровирусные препараты (FDC) в фиксированных дозах 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 _____

23. Является ли схема на основе DTG предпочтительной комбинацией антиретровирусных препаратов второго ряда для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ, в соответствии с национальными рекомендациями?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Иное: укажите _____

Дети

24. Являются ли схемы на основе LPV/r предпочтительными при лечении всех младенцев и детей с ВИЧ, имеющих вес тела менее 20 кг, в соответствии с национальными руководствами?

- ☐ Да, для всех
☐ Нет, но рекомендуются только для младенцев под воздействием нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы (ННИОТ)
☐ Не рекомендуются

25. Рекомендуются ли DTG в качестве предпочтительного варианта для начала лечения у детей с весом тела более 20 кг?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Иное: укажите _____

26. Укажите рекомендуемый базовый НИОТ для начала лечения детей, в соответствии с национальными руководствами?

- ☐ TDF + 3TC (или FTC)
☐ AZT + 3TC (или FTC)
☐ ABC + 3TC (или FTC)
☐ Иное: укажите _____

27. Рекомендуются ли DTG в качестве предпочтительного варианта препарата второго ряда для детей с весом тела не менее 20 кг?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Иное: укажите _____

28. Рекомендуются ли LPV/r (или ATVr) в качестве предпочтительного варианта препаратов второго ряда для детей, у которых неэффективны режимы на основе ННИОТ, и при весе тела менее 20 кг?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Иное: укажите _____

29. Рекомендуются ли RAL в качестве предпочтительного варианта препаратов второго ряда для детей, у которых неэффективны режимы на основе ингибиторов протеазы, и при весе тела менее 20 кг?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Иное: укажите _____

Вирусная нагрузка

30. Укажите на основании национальных рекомендаций по лечению измеряемое пороговое значение вирусной нагрузки, при котором считается, что вирусная супрессия у человека успешно достигнута:

- ☐ <1000 копий/мл
☐ <400 копий/мл
☐ < 200 копий/мл
☐ < 50 копий/мл
☐ Другое (укажите) _____

31. Имеется ли в стране действующая национальная политика о проведении рутинного тестирования на вирусную нагрузку* для мониторинга антиретровирусной терапии, и насколько полно такая политика реализуется?

a) Для взрослых и подростков

- ☐ Да
☐ Нет

ai) Если да, то насколько полно она реализована?

- ☐ Реализуется в нескольких учреждениях (<50 %)
☐ Реализуется в большом количестве учреждений (50-95 %)
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
☐ Не применяется на практике
☐ Другое (укажите) _____

aii) Если нет, доступны ли исследования на вирусную нагрузку по конкретным показаниям?

- ☐ Да
☐ Нет

б) Для детей

- ☐ Да
☐ Нет

bi) If yes, what is the status of implementation:

- ☐ Реализуется в нескольких учреждениях (<50 %)
☐ Реализуется в большом количестве учреждений (50-95 %)
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
☐ Не применяется на практике
☐ Другое (укажите) _____

bii) Если нет, доступны ли исследования для определения целевых показателей вирусной нагрузки?

- ☐ Да
☐ Нет

32. Имеется ли в стране возможность прохождения тестирования на вирусную нагрузку по месту обращения в любом медицинском учреждении?

- ☐ Да
☐ Нет

33. Включены ли алгоритмы исследования с применением метода сухой капли в национальную политику тестирования для определения вирусной нагрузки?

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Другое (укажите) _____

33.1 Если да, то насколько широко это применяется?

- ☐ В полном объеме
☐ Частично
☐ Не применяется
-

- 34. Предусмотрено ли в стране проведение обследования на вирусную нагрузку в приоритетном порядке для определенных групп населения (например, для беременных женщин, детей, подростков)?**
- ☐ Да
- ☐ Нет

- 34.1 Если да, для каких групп населения исследования на вирусную нагрузку проводятся в приоритетном порядке (отметьте все подходящие пункты):**
- ☐ Беременные и кормящие женщины
- ☐ Пациенты с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции
- ☐ Пациенты с подозрением на неэффективность терапии
- ☐ Младенцы и дети (в возрасте от 0 до 10 лет)
- ☐ Подростки (в возрасте от 10 до 19 лет)
- ☐ Другие (укажите) _____

Мониторинг резистентности вируса ВИЧ и токсичности антиретровирусных препаратов¹⁶

- 35. Имеется ли в стране национальная программа для мониторинга резистентности вируса ВИЧ к антиретровирусным препаратам?**
- ☐ Да
- ☐ Нет

35a. Если да, укажите срок действия этой программы (какие годы охватывает): _____

- 36. Проводилось ли в стране за последние три года исследование резистентности ВИЧ к препаратам (HIVDR) в соответствии с какими-либо из следующих протоколов ВОЗ:**

a) Обследования резистентности к препаратам при подготовке к лечению¹⁷

- ☐ Да
- ☐ Нет, но планируется провести обследование резистентности к препаратам при подготовке к лечению в этом году
- ☐ Нет, и в этом году не планируется проводить обследование резистентности к препаратам при подготовке к лечению

a.i. Если да, укажите:

Год начала самого последнего обследования резистентности к препаратам при подготовке к лечению _____

б) Обследования приобретенной лекарственной резистентности у взрослых¹⁸

- ☐ Да
- ☐ Нет, но планируется провести обследование в этом году
- ☐ Нет, и в этом году проводить обследование не планируется

б.i. Если да, укажите:

Год начала самого последнего обследования _____

в) Обследования приобретенной лекарственной резистентности у детей

- ☐ Да
- ☐ Нет, но планируется провести обследование в этом году
- ☐ Нет, и в этом году проводить обследование не планируется

в.i. Если да, укажите:

Год начала самого последнего обследования _____

г) Исследования резистентности ВИЧ к препаратам у младенцев (<18 месяцев) при использовании ранней диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев¹⁹

- ☐ Да
- ☐ Нет, но планируется провести обследование среди младенцев в этом году
- ☐ Нет, и в этом году проводить обследование среди младенцев не планируется

г.i. Если да, укажите:

Год начала самого последнего обследования _____

¹⁶ Данные обследований о резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам следует регулярно загружать в базу данных ВОЗ по лекарственной устойчивости ВИЧ. Назначенные пользователи из Министерства здравоохранения/программы антиретровирусной терапии могут запросить доступ к базе данных, направив запрос по электронной почте: hiv-aids@who.int. Более подробную информацию см. на веб-сайте: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/hiv-drug-resistance-database/en>.

¹⁷ Для получения более подробной информации см.: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy. Geneva: WHO; 2014 (на англ. яз.) URL: http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/pretreatment_drugresistance/en.

¹⁸ Для получения более подробной информации см.: Survey of HIV drug resistance in adults receiving ART. Geneva: WHO; 2014. URL: http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/acquired_drugresistance/en/ (на англ. яз.).

¹⁹ Для получения более подробной информации см.: Лекарственная устойчивость к антиретровирусным препаратам. Опубликовано на веб-сайте Всемирной организации здравоохранения, раздел «Вопросы здравоохранения». Женева: ВОЗ, 2018. URL: <http://www.who.int/hiv/topics/drugresistance/ru/>.

д) Обследование или рутинный мониторинг клинических результатов с использованием индикаторов раннего оповещения о развитии лекарственной резистентности вируса ВИЧ к антиретровирусным препаратам

☐ Да

☐ Нет

д.i. Если да, укажите:

☐ Год, когда в последний раз проводился такой мониторинг _____

☐ Количество вошедших в мониторинговое обследование клиник _____

д.ii. Показатели раннего предупреждения о лекарственной устойчивости к ВИЧ были собраны с помощью:

☐ Обследование по индикаторам раннего оповещения в некоторых клиниках

☐ Системы рутинного мониторинга пациентов

37. Имеется ли в вашей стране политика национального уровня, предусматривающая необходимость обследования для определения резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам у отдельных пациентов в случае неэффективности для них антиретровирусной терапии препаратами второго ряда?

☐ Да

☐ Нет

38. За исключением пассивных методов фармакологического надзора, предпринимаются ли в стране в настоящий момент систематические усилия по мониторингу токсичности антиретровирусных препаратов?

☐ Да

☐ Нет

38.1 Если да, то какие методы используются (отметьте все подходящие пункты):

☐ Рутинный мониторинг данных о токсичности в рамках национальной системы мониторинга и оценки

☐ Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у взрослых

☐ Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у подростков и детей

☐ Учетные/регистрационные формы беременных и надзор за врожденными пороками развития

39. Внедрены ли методы мониторинга токсичности для отслеживания побочных эффектов, связанных с применением DTG?

☐ Да

☐ Нет

39.1 Если да, то какие подходы применяются? (отметьте все подходящие пункты)

☐ Рутинный мониторинг данных о токсичности в рамках национальной системы мониторинга и оценки

☐ Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт

☐ Активный мониторинг/наблюдение за токсичностью в когортах подростков и детей

☐ Учетные/регистрационные формы беременных и надзор за врожденными пороками развития

39.2 Если да на вопрос 41.1, проведена ли подготовка медицинских работников по ведению, выявлению и регистрации неблагоприятных реакций на лекарства связанные с долутегавиром?

☐ Да

☐ Нет

Приверженность и удержание пациентов в программах лечения

40. Имеется ли в стране национальная политика или стратегии для обеспечения высокой приверженности к лечению у пациентов?

☐ Да

☐ Нет

40.1 Если да, то применение каких из перечисленных стратегий предусмотрено? (отметьте все подходящие пункты)

☐ «Равные» консультанты

☐ Служба текстовых сообщений

☐ Использование различных устройств для напоминания

☐ Когнитивно-поведенческая терапия

☐ Тренинги поведенческих навыков/тренинги приверженности для соблюдения режима приема препаратов

☐ Комбинированные препараты с фиксированной дозой и выбор режимов с приемом препаратов один раз в день

☐ Кейс-менеджмент

☐ Навигация и сопровождение с помощью «равных» консультантов

☐ Иное: укажите _____

41. Какие из перечисленных ниже услуг для повышения приверженности к лечению у пациентов реализуются в вашей стране в настоящее время? Отметьте все подходящие пункты:

- ☐ «Равные» консультанты
- ☐ Служба текстовых сообщений
- ☐ Использование различных устройств для напоминания
- ☐ Когнитивно-поведенческая терапия
- ☐ Тренинги поведенческих навыков/тренинги приверженности для соблюдения режима приема препаратов
- ☐ Комбинированные препараты с фиксированной дозой и выбор режимов с приемом препаратов один раз в день
- ☐ Кейс-менеджмент
- ☐ Навигация и сопровождение с помощью «равных» консультантов
- ☐ Иное: укажите _____

42. Имеется ли в стране национальная политика или стратегии для удержания пациентов в программах антиретровирусной терапии:

- ☐ Да
- ☐ Нет

42.1 Если да, то какие из перечисленных стратегий предусмотрены? (отметьте все подходящие пункты)

- ☐ Программы на уровне сообществ
- ☐ Клубы пациентов для удержания в программах и поддержка по принципу «равный равному»
- ☐ Иное: укажите _____

43. Какие из перечисленных ниже услуг для удержания пациентов в программах антиретровирусной терапии реализуются в вашей стране в настоящее время? Отметьте все подходящие пункты:

- ☐ Программы на уровне сообществ
- ☐ Клубы пациентов для удержания в программах и поддержка по принципу «равный равному»
- ☐ Иное: укажите _____

44. Проводятся ли в стране программы повышения грамотности в медицинских вопросах для людей, живущих с ВИЧ, где они могут получить информацию о побочных эффектах, профилактике развития лекарственной резистентности и т.д.?

- ☐ Да
 - ☐ Нет
-

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

45. Имеется ли в вашей стране политика, предусматривающая повторное тестирование ВИЧ-отрицательных женщин во время беременности, родов и/или в послеродовой период/грудного вскармливания?

☐ Да

☐ Нет

45.1 Если да, укажите период(ы), когда проводится повторное тестирование (отметьте все подходящие варианты):

☐ Во время беременности

☐ Во время родов

☐ В послеродовой период/в период грудного вскармливания

46. Имеется ли в стране национальная программа по прекращению передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)?

☐ Да

☐ Нет

46.1 Если да, укажите:

☐ Целевой (-ые) показатель (-и) процентного числа случаев передачи ВИЧ от матери ребенку _____

☐ Год _____

☐ Целевой (-ые) показатель (-и) по искоренению вертикальной передачи (например, число случаев / население) _____

☐ Год _____

47. 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 и/или кормящих женщин²⁰

☐ Антитретовирусная терапия только в период беременности и/или грудного вскармливания

☐ Иное: укажите схему лечения _____

47.1 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 (50–95%) учреждений в сфере охраны здоровья матери и ребенка

☐ Реализована по всей стране (>95% учреждений по охране здоровья матери и ребенка)

☐ Не реализована на практике

☐ Иное _____

48. Укажите рекомендуемую в настоящее время на национальном уровне схему антиретровирусной терапии первого ряда для ВИЧ-положительных беременных и кормящих женщин:

☐ TDF/3TC(FTC)/EFV

☐ TDF/3TC/DTG

☐ Иное: укажите _____

49. Укажите рекомендуемую в настоящее время на национальном уровне схему профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку для младенцев, подвергшихся риску контакта с ВИЧ?

a) Укажите схему профилактики для младенцев _____

b) Рекомендуемая продолжительность схемы _____

49.1 Существуют ли другие схемы, рекомендуемые для детей с высоким риском инфицирования?

☐ Да

☐ Нет

a) Если да, укажите эти схемы: _____

²⁰ В странах, где женщинам, живущим с ВИЧ, не рекомендуется проводить грудное вскармливание, выбирайте этот ответ, если он относится только к беременным женщинам.

- 50. Имеются ли в стране рекомендации национального уровня по вскармливанию младенцев и детей раннего возраста, подвергнутых риску контакта с ВИЧ?**
- ☐ Да, грудное вскармливание
 - ☐ Да, альтернативное вскармливание
 - ☐ Да, рекомендуются оба вида, на усмотрение родителей или в зависимости от различных условий
 - ☐ Нет

- 50.1 Если для ВИЧ-положительных женщин и младенцев, подвергшихся риску контакта с ВИЧ, рекомендуется грудное вскармливание, имеются ли рекомендации по его продолжительности?**
- ☐ Да, укажите продолжительность в месяцах _____
 - ☐ Нет

- 51. Включается ли предоставление дополнительного питания и продовольственной помощи в программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в стране?**
- ☐ Реализовано в небольшом количестве (<50%) учреждений, работающих в сфере охраны здоровья матери и ребенка
 - ☐ Реализовано в большом количестве (50–95%) учреждений в сфере охраны здоровья матери и ребенка
 - ☐ Реализовано по всей стране (>95% учреждений по охране здоровья матери и ребенка)
 - ☐ Не реализовано на практике
 - ☐ Иное (укажите) _____

- 52. Имеется ли в стране национальная стратегия, определяющая, какие вмешательства должны быть проведены во время родов у ВИЧ-положительных женщин, ранее не обследованных на ВИЧ?**
- ☐ Да, полностью реализована
 - ☐ Да, частично реализована
 - ☐ Да, но не реализована
 - ☐ Нет

- 53. Предусмотрена ли в стране уголовная ответственность за вертикальную передачу ВИЧ?**
- ☐ Да
 - ☐ Нет

Прекращение передачи сифилиса от матери ребенку

- 54. Имеется ли в стране национальная программа, направленная на полное прекращение передачи сифилиса от матери ребенку:**
- ☐ Да, интегрирована в рамках других инициатив по прекращению передачи ВИЧ (или подобных инициатив по искоренению передачи)
 - ☐ Да, реализуется отдельно (не интегрирована с другими инициативами по прекращению передачи ВИЧ или подобными инициативами по искоренению передачи)
 - ☐ Национальная программа отсутствует

- 55. Имеется ли в стране национальная политика по проведению рутинного скрининга на сифилис у беременных женщин:**
- ☐ Да
 - ☐ Нет

- 55.1 Если да, какие тесты используются:**
- ☐ Лабораторные нетрепонемные (напр., RPR/VDRL)
 - ☐ Лабораторные трепонемные (напр., TPPA, TPHA)
 - ☐ Трепонемные экспресс-тесты на сифилис (напр., производства Bioline, Determine, Chembio)
 - ☐ Двойные экспресс-тесты на ВИЧ/сифилис

Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев

- 56. В каком возрасте, согласно национальным рекомендациям, проводится обследование на ВИЧ-инфекцию у младенцев, подвергнутых риску контакта с ВИЧ, с помощью тестов на нуклеиновые кислоты? Выберите все подходящие варианты:**
- ☐ При рождении
 - ☐ 4–6 недель
 - ☐ 2 месяца
 - ☐ 6 месяцев
 - ☐ 9 месяцев
 - ☐ 12 месяцев
 - ☐ 18 месяцев
 - ☐ 24 месяца

- 57. В каком возрасте, согласно национальным рекомендациям, проводится обследование на ВИЧ-инфекцию у младенцев, подвергнутых риску инфицирования, с помощью тестов на антитела к ВИЧ? Выберите все подходящие варианты:**
- ☐ 9 месяцев
 - ☐ 12 месяцев
 - ☐ 18 месяцев
 - ☐ 24 месяца

58. Помимо программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, проводятся ли в стране тесты на ВИЧ у детей в каких-либо из следующих учреждений (выберите все подходящие варианты)?

☐ Педиатрические стационары

☐ Центры питания

☐ Центры иммунизации

☐ Амбулаторные поликлиники

☐ Противотуберкулезные клиники

☐ Иное: укажите _____

59. Имеется ли в стране политика в отношении проведения анализа нуклеиновых кислот у младенцев, подвергшихся риску контакта с ВИЧ (ранняя диагностика ВИЧ у младенцев, тесты на нуклеиновые кислоты [NAT]), при рождении?

☐ Да

☐ Нет

60. Выполняется ли в стране рутинное обследование младенцев, подвергшихся риску контакта с ВИЧ, на антитела к ВИЧ в возрасте девяти месяцев?

☐ Да

☐ Нет

61. Выполняется ли в стране рутинное обследование детей, подвергшихся риску контакта с ВИЧ, в возрасте 18 месяцев или через три месяца после окончания грудного вскармливания, в зависимости от того, какое из этих событий наступает позже?

☐ Да

☐ Нет

62. Имеется ли в стране политика или рекомендации относительно тестирования на вирусную нагрузку по месту обращения за медицинской помощью в целях ранней диагностики у младенцев?

☐ Да

☐ Нет

62.1 Если да, то насколько широко эти рекомендации применяются?

☐ Применяются в небольшом количестве учреждений (< 50%)

☐ Применяются в большом количестве учреждений (от 50% до 95%)

☐ Повсеместно по всей стране (>95 % учреждений)

☐ Не применяется на практике

☐ Другое (укажите) _____

Участие сообществ в реализации услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку

63. Сколько медицинских учреждений в стране предоставляют услуги по профилактике передачи от матери ребенку (ППМР)? _____

63.1 В скольких медицинских учреждениях, предоставляющих услуги для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, имеются механизмы отчетности перед сообществами*? _____

64. Проводятся ли целевые мероприятия для обеспечения соблюдения каких-либо из следующих прав человека в рамках программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (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 профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

☐ Надлежащая проверка для исключения каких-либо нарушений прав человека в рамках программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

65. Проводилось ли заседание национального уровня для оценки прогресса в реализации программ профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку за последние 12 месяцев?

☐ Да

☐ Нет

65.1 Если да:

а) Присутствовали ли на заседании национального уровня представители сообществ и гражданского общества?

☐ Да

☐ Нет

б) Присутствовали ли на заседании национального уровня женщины, живущие с ВИЧ?

☐ Да

☐ Нет

в) Была ли дана возможность представителям сообществ и гражданского общества высказать свои замечания?

☐ Да

☐ Нет

г) Проводился ли системный анализ со стороны представителей сообществ и гражданского общества?

☐ Да

☐ Нет

д) 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 профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в вашей стране?

☐ Да

☐ Нет

Антиретровирусная терапия у детей

66. Содержится ли в национальных методических руководствах рекомендация о предоставлении лечения всем ВИЧ-положительным младенцам и детям, независимо от наличия симптомов?

☐ Да, лечение предоставляется всем, независимо от возраста

☐ Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 10 лет

☐ Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 5 лет

☐ Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 2 лет

☐ Да, лечение предоставляется всем в возрасте до 1 года

☐ Иное: укажите _____

66.1 Укажите статус реализации в вашей стране политики предоставления лечения всем, независимо от возраста?

☐ Реализована в небольшом количестве (<50%) лечебных учреждений

☐ Реализована в большом количестве (50–95%) лечебных учреждений

☐ Реализована по всей стране

☐ Не реализована на практике

☐ Иное: укажите _____

67. Когда ребенок, начавший антиретровирусную терапию, считается выбывшим из наблюдения в вашей стране?

☐ Ребенок не являлся в течение 1 месяца ни в медицинское учреждение в системе помощи в связи с ВИЧ, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов

☐ Ребенок не являлся в течение 2 месяцев ни в медицинское учреждение в системе помощи в связи с ВИЧ, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов

☐ Ребенок не являлся в течение 3 месяцев ни в медицинское учреждение в системе помощи в связи с ВИЧ, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов

68. Имеется ли в стране стратегия или программа, которая обеспечивает сохранение в системе наблюдения всех подростков, рожденных с ВИЧ, в связи с их выбытием из детских учреждений и передач для постановки на учет в учреждения медицинского обслуживания для взрослого населения по достижению ими подросткового возраста?

☐ Да

☐ Нет

69. Выполняется ли в национальной системе учета мониторинг когорт детей, получающих антиретровирусную терапию (т.е. отслеживается, что эти дети живы и получают антиретровирусную терапию), с интервалами в 6 месяцев и 12 месяцев?

☐ Да

☐ Нет

70. Интегрированы ли программы мониторинга для контроля нормального роста и питания детей в программы по тестированию на ВИЧ и лечению ВИЧ-инфекции в стране?

- ☐ Интегрированы в некоторых (<50%) лечебных учреждениях
 - ☐ Реализовано во многих (50–95%) лечебных учреждениях
 - ☐ Реализовано по всей стране (>95% лечебных учреждений)
 - ☐ Не реализуется на практике
 - ☐ Иное _____
-

3. Обеспечить доступ к комбинированным стратегиям профилактики, включая доконтактную профилактику (ДКП), 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

Участие ключевых групп населения в реализации национальных мер противодействия ВИЧ

71.	Принимают ли участие* мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, в разработке национальной политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?
☐	Да
☐	Нет
72.	Принимают ли участие* работники секс-бизнеса в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?
☐	Да
☐	Нет
73.	Принимают ли участие* люди, употребляющие инъекционные наркотики, в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?
☐	Да
☐	Нет
74.	Принимают ли участие* трансгендерные люди в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?
☐	Да
☐	Нет
75.	Принимают ли участие* бывшие и/или нынешние заключенные в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?
☐	Да
☐	Нет

Доконтактная профилактика (ДКП)

76.	Включены ли в ваши страновые руководства рекомендации ВОЗ по использованию пероральных антиретровирусных 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
76.1	Если рекомендации ВОЗ по применению пероральных препаратов для ДКП еще не включены в национальные руководства, то планируется ли принять рекомендации по ДКП в будущем?
☐	Да
☐	Нет
76.1a	Если да — укажите год, когда планируется принять рекомендации по ДКП:
☐	Год не запланирован
☐	2020
☐	2021
☐	2022
☐	2023
☐	Иное: укажите _____

76.2 Если национальные рекомендации по ДКП разработаны — укажите, для каких ключевых групп населения в этих рекомендациях предусмотрено предоставление ДКП:

- ☐ Мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
- ☐ Работники секс-бизнеса
- ☐ Люди, употребляющие инъекционные наркотики
- ☐ Трансгендерные люди
- ☐ Серодискордантные пары
- ☐ Молодые женщины (в возрасте 15–24 лет)
- ☐ Заключенные
- ☐ Иные группы: укажите _____

76.3 Если национальные рекомендации по ДКП разработаны, кто имеет право назначать ДКП в вашей стране? Отметьте все подходящие варианты:

- ☐ Врачи
- ☐ Клиницисты
- ☐ Средний медицинский персонал (например, акушерки, практикующие медсестры, фельдшеры и др.)
- ☐ Фармацевты
- ☐ Другие (укажите) _____

76.4 Если национальные рекомендации по ДКП не разработаны, это объясняется следующими причинами (укажите все подходящие варианты):

- ☐ Не выявлено групп населения с достаточно высоким уровнем заболеваемости, соответствующих ющихтаточно высок
- ☐ Это не является приоритетным направлением для выделения финансирования
- ☐ В стране нет указанных лекарственных препаратов
- ☐ Нет достаточных технических возможностей для предоставления ДКП
- ☐ Другое (укажите) _____

76.5 Можно ли получить доступ к ДКП в вашей стране через какие-либо из следующих институтов/каналов (отметьте все подходящие варианты):

- ☐ В рамках исследований (в том числе пилотных и демонстрационных проектов)
- ☐ В государственных учреждениях
- ☐ Через частных поставщиков услуг
- ☐ Интернет
- ☐ Образовательные учреждения
- ☐ Другое (укажите) _____

Презервативы

77. Выполнялась ли оценка потребностей в презервативах на страновом уровне?

- ☐ Да
- ☐ Нет

77.1 Если да, то каковы оценочные потребности в презервативах (количество презервативов)? _____

77.2 Если да, то для какого года производилась оценка потребностей в презервативах? _____

77.3 Если да, то какой метод применялся для оценки потребностей в презервативах?

- ☐ Общая численность населения (число презервативов из расчета на каждого сексуально активного человека в год)
- ☐ Данные за предыдущие годы (исходя из уровня прошлого года + рост населения)
- ☐ Исходя из бюджета (сколько можно купить)
- ☐ На основании спроса (на основе показателей использования презервативов за предыдущие периоды, например, с помощью модели GOALS)
- ☐ На основании потенциальных возможностей (сколько может быть поставлено и распространено при имеющемся потенциале)
- ☐ Часть оценки потребностей в товарах в сфере планирования семьи
- ☐ Подход на основе оценки «всеобщей совокупности потребностей»
- ☐ Инструмент оценки потребностей в презервативах и необходимых ресурсах ЮНФПА/ЮНЭЙДС (UNFPA/UNAIDS Condom Needs and Resource Requirement Estimation Tool)
- ☐ Другое (укажите) _____

78. Отмечались ли перебои* в снабжении презервативами за последние 12 месяцев?

а) Перебои на национальном уровне:

- ☐ Да
- ☐ Нет

б) Перебои на местном уровне

- ☐ Да
- ☐ Нет

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.

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.

79. Принимают ли участие* молодые люди (в возрасте 15–24 лет) в разработке политики, методических рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?		
☐ Да		
☐ Нет		
79.1 Если да, принимают ли участие* молодые люди в вашей стране в работе какого-либо из перечисленных учреждений (механизмов), принимающих решения национального уровня в сфере реализации национальных мер противодействия ВИЧ?		
Орган, принимающий решения	Существует ли такой орган/механизм?	Участвуют ли молодые люди в работе этого органа/механизма?
Технические группы по разработке, пересмотру и обновлению национальных стратегий и программ противодействия СПИДу	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Технические группы по разработке или пересмотру программ, связанных с обеспечением доступа молодежи к услугам по тестированию, лечению, уходу и поддержке в сфере ВИЧ	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Национальный координирующий орган по СПИДу или его эквивалент с широкими межсекторными полномочиями	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Страновой координационный механизм (СКМ), в рамках проектов Глобального фонда	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Координационные платформы гражданского общества, для наиболее затронутых ВИЧ групп населения	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Общественный консультативный орган, работающий с больницами, клиниками и/или исследовательскими проектами	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
Иное: укажите: _____	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

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.

80. Имеется ли в стране утвержденная стратегия, политика или программа социальной защиты*?

☐ Да, и она реализуется

☐ Да, но она не реализуется

☐ Нет

80.1 IfЕсли да:

а) Затрагивает ли она сферу ВИЧ?

☐ Да

☐ Нет

б) Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров люди, живущие с ВИЧ?

☐ Да

☐ Нет

в) Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров какие-либо из ключевых групп населения (работники секс-бизнеса, мужчины-геи и другие мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, трансгендерные люди или заключенные)?

☐ Да

☐ Нет

в.и. Если да, то какие ключевые группы населения признаются ключевыми бенефициарами (выберите все подходящие варианты):

☐ Секс работники

☐ Геи и другие мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

☐ Трансгендерные люди

☐ Люди, употребляющие инъекционные наркотики

☐ Заключенные

г) DoПризнаются ли в ней в качестве основных бенефициаров девочки-подростки и молодые женщины?

☐ Да

☐ Нет

д) Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров дети, затронутые ВИЧ?

☐ Да

☐ Нет

е) Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров семьи, затронутые ВИЧ?

☐ Yes

☐ No

ж) Затрагивается ли в ней проблема неоплачиваемой работы по обеспечению ухода в контексте ВИЧ?

☐ Yes

☐ No

81. Включены ли представители Национальной программы по СПИДу или ее эквивалента в какой-либо из механизмов или платформ, обеспечивающих 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

82. Реализуются ли в стране какие-либо программы по выплате 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.

83. Включены ли в законодательство, нормативные положения и политику страны какие-либо из следующих механизмов, обеспечивающих функционирование организаций гражданского общества или общественных организаций/организаций на базе сообществ (выберите все подходящие варианты)?

- ☐ Можно зарегистрировать организации гражданского общества, занимающиеся вопросами ВИЧ
- ☐ Можно зарегистрировать организации гражданского общества/организации на базе сообществ, работающие с ключевыми группами населения
- ☐ Организации гражданского общества/организации на базе сообществ могут предоставлять услуги, связанные с ВИЧ
- ☐ Организации гражданского общества/организации на базе сообществ могут предоставлять услуги ключевым группам населения
- ☐ Оптимизированы требования к отчетности для организаций гражданского общества/общественных организаций, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ
- ☐ Нет законодательных, нормативно-правовых или политических механизмов, которые обеспечивают функционирование организаций гражданского общества/организаций на базе сообществ в стране
- ☐ Другое (укажите) _____

84. Имеются ли в стране законы, политика или нормативные положения, обеспечивающие организациям гражданского общества или общественным организациям/организациям на базе сообществ доступ к финансированию?

- ☐ Система социального заказа или иные механизмы, позволяющие финансировать предоставление сообществами услуг за счет национального финансирования
 - ☐ За счет международных доноров
 - ☐ Как за счет внутреннего финансирования, так и за счет международных доноров
 - ☐ Организации гражданского общества/общественные организации должны иметь определенный процент государственного финансирования
 - ☐ Нет законодательных, нормативно-правовых или политических механизмов, которые обеспечивают организациям гражданского общества/общественным организациям доступ к финансированию
 - ☐ Другое (укажите) _____
- 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 правовую поддержку для обеспечения доступа к правосудию, для отстаивания своих прав и предотвращения нарушения прав человека.

85. Реализуются ли в вашей стране обучающие программы по правам человека и недискриминирующим правовым подходам в сфере ВИЧ для следующих групп/специалистов?

а) Для сотрудников полиции и других правоохранительных органов

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

б) Для представителей судебных и прокурорских органов

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

в) Для выборных должностных лиц (законодателей/парламентариев)

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

г) Для работников сферы здравоохранения

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

86. Реализуются ли в вашей стране обучающие программы по профилактике насилия в отношении женщин и гендерного насилия для следующих групп/специалистов?

а) Для сотрудников полиции и других правоохранительных органов

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

б) Для представителей судебных и прокурорских органов

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

в) Для выборных должностных лиц (законодателей/парламентариев)

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
 - ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
 - ☐ Да, в виде единичных мероприятий
 - ☐ Да, в небольших масштабах
 - ☐ Нет
-

г) Для работников сферы здравоохранения

- ☐ Да, широкомасштабные программы на национальном уровне
- ☐ Да, широкомасштабные программы на субнациональном уровне
- ☐ Да, в виде единичных мероприятий
- ☐ Да, в небольших масштабах
- ☐ Нет

87. Какие препятствия из перечисленных ниже встречаются при реализации указанных обучающих программ или программ развития потенциала? (выберите все подходящие варианты)

- ☐ Отсутствие политической воли и поддержки
 - ☐ Отсутствие финансирования
 - ☐ Отсутствие технических возможностей для проведения обучения
 - ☐ Барьеры, препятствующие участию целевой группы в этих обучающих программах или программах развития потенциала
-

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.

88. Содержатся ли рекомендации по проведению обследования и лечения рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ, в следующих документах:

а. Национальная стратегия, политика, программа или методические рекомендации по раковым заболеваниям, раку шейки матки или более широкому спектру неинфекционных заболеваний (НИЗ)

☐ Да

☐ Нет

б. Национальный стратегический план противодействия СПИДу

☐ Да

☐ Нет

в. Национальное руководство (методические рекомендации) по лечению ВИЧ-инфекции

☐ Да

☐ Нет

89. Какие подходы и рекомендации по ведению ко-инфекций у взрослых, подростков и детей используются в вашей стране? (укажите все подходящие варианты)

☐ Профилактическая терапия изониазидом (IPT) или профилактика латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ) у людей, живущих с ВИЧ

☐ Активное выявление туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ

☐ Меры противотуберкулезного инфекционного контроля в медицинских учреждениях, предоставляющих связанные с ВИЧ услуги

☐ Профилактика котримоксазолом

☐ Скрининг на вирусный гепатит В и ведение выявленных случаев в учреждениях, предоставляющих антиретровирусную терапию

☐ Скрининг на вирусный гепатит С и ведение выявленных случаев в учреждениях, предоставляющих антиретровирусную терапию

☐ Вакцинация против вирусного гепатита В в учреждениях, предоставляющих антиретровирусную терапию

☐ Лечение вирусного гепатита С (противовирусные препараты прямого действия) в учреждениях, предоставляющих антиретровирусную терапию

☐ Иное: укажите _____

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)

90. Имеются ли в стране национальные руководства или методические рекомендации по лечению инфекций, передающихся половым путем (ИППП):

☐ Да

☐ Нет

90.1 Если да, в каком году они в последний раз обновлялись? _____

91. Имеется ли в стране национальная стратегия или план действий по профилактике и контролю ИППП?

☐ Да

☐ Нет

92. Выполняется ли в стране мониторинг резистентности возбудителя к противомикробным препаратам для лечения инфекций, вызванных гонококками?

☐ Да, ежегодно

☐ Да, реже чем раз в год

☐ Нет

93. Включено ли рождение мертвого плода в принятое в стране определение врожденного сифилиса?

☐ Да

☐ Нет

Стратегия

94. 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 _____

94.1 Если да, проводился ли пересмотр национальной стратегии или политики по противодействию ВИЧ в течение последних двух лет?

- ☐ Да
- ☐ Нет

94.2 Если да, предусматривает ли национальная стратегия или политика противодействия СПИДу меры, направленные непосредственно на охват следующих ключевых групп населения или уязвимых групп, подверженных 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 люди
- ☐ Неперемещенное население, пострадавшее от чрезвычайных ситуаций
- ☐ Беженцы
- ☐ Внутренне перемещенные лица
- ☐ Мигранты и лица, ищущие убежища

94.3 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-инфекции 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

94.4 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

94.4.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

95. Есть ли в вашей стране национальная программа или стратегия по мониторингу и оценке в сфере противодействия ВИЧ?

- ☐ Да, отдельная стратегия или программа по мониторингу и оценке в сфере противодействия ВИЧ
- ☐ Да, мониторинг и оценка в сфере противодействия ВИЧ интегрированы в более широкую стратегию или программу по мониторингу и оценке в сфере здравоохранения
- ☐ Нет
- ☐ Иное: укажите _____

95.1 Если да, обновлялась ли эта программа или стратегия в течение последних двух лет?

- ☐ Да
- ☐ Нет

95.2 Если да, включены ли в нее индикаторы с учетом гендерной специфики*?

- ☐ Да
- ☐ Нет
-

Информационные системы в секторе здравоохранения

96. 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

96.2 Если информационная система здравоохранения существует, то доступны ли в этой системе в рутинном порядке такие данные индивидуального уровня, как результаты анализов пациентов на вирусную нагрузку?

- ☐ Да, полностью
☐ Да, частично
☐ Нет

96.3 Включены ли данные по каскаду лечения в информационную систему здравоохранения на районном уровне?

- ☐ Да, полностью
☐ Да, частично
☐ Нет

Эпидемиологический надзор

97. Выполняется ли в стране дозорный эпиднадзор в следующих отдельных группах населения:

Группа населения	Выполнение дозорного эпиднадзора	Частота выполнения (сколько раз за какой период времени/лет)?	Год последнего проведенного исследования	Количество учреждений, в которых было проведено исследование
------------------	----------------------------------	---	--	--

Работники секс-бизнеса	☐ Да ☐ Нет			
------------------------	---	--	--	--

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	☐ Да ☐ Нет			
---	---	--	--	--

Люди, употребляющие инъекционные наркотики	☐ Да ☐ Нет			
--	---	--	--	--

Трансгендерные люди	☐ Да ☐ Нет			
---------------------	---	--	--	--

Заклученные и лица, находящиеся в учреждениях закрытого типа	☐ Да ☐ Нет			
--	---	--	--	--

Другие (укажите)	☐ Да ☐ Нет			
------------------	---	--	--	--

98. 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) для мониторинга тенденций в распространенности ВИЧ-инфекции?

- ☐ Да
☐ Нет
-

Системы мониторинга пациентов

99. В стране обновлены индикаторы и инструменты системы мониторинга пациентов на основе Объединенного руководства ВОЗ (2017) по пациент-ориентированным подходам к организации мониторинга пациентов в сфере ВИЧ и эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции?

- ☐ Да, полностью
☐ Да, частично
☐ Нет
☐ Не знаю

Какой процент медицинских учреждений имеет электронные системы для сбора лонгитюдных данных об индивидуальных пациентах (например, электронные медицинские карты)? _____

Уникальные идентификационные коды для пациентов

100. Имеется ли в стране метод выявления и устранения дублирования медицинской информации для пациентов внутри клиник и между ними (такой, как связывания записей с использованием уникальных идентификаторов и/или персональной идентификационной информации (включая биометрические данные) для следующих услуг

	Метод выявления и устранения дубликатов медицинская информация	Если да, то укажите, пожалуйста, каким образом данные связаны между собой
Лечение	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
Услуги по тестированию	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
лабораторные услуги	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
Услуги по профилактике ВИЧ, предназначенные для какую-либо ключевую группу населения, которую можно отследить комбинированная профилактика		
Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
Работники секс-бизнеса	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____

Трансгендерные люди	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
Люди, употребляющие инъекционные наркотики	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____
Другие (укажите) _____	☐ Да, согласованный на национальном уровне ☐ Да, но различается по регионам ☐ Да, но различается в зависимости от программы ☐ Нет ☐ Не знаю	☐ Национальный уникальный идентификатор личности ☐ Уникальный идентификатор ВИЧ-положительного человека ☐ Сочетание регулярно собираемой персональной идентифицирующей информации ☐ Другие (укажите) _____ ☐ Биометрические _____

Учет данных о зарегистрированных случаях заболевания

101. Относится ли ВИЧ-инфекция к заболеваниям, подлежащим учету, сведения о которых должны предоставляться в обязательном порядке, согласно национальному законодательству?

- ☐ Да
☐ Нет

102. Есть ли в стране национальная система эпидемиологического надзора* за случаями ВИЧ-инфекции?

- ☐ Да
☐ Нет

102.1 Если да, то регистрируются ли в ней следующие эпиднадзорные события и мероприятия:

а) Диагноз

- ☐ Да
☐ Нет

б) Результаты первого исследования по определению числа клеток CD4 при постановке диагноза

- ☐ Да
☐ Нет

в) Начало антиретровирусной терапии

- ☐ Да
☐ Нет

г) Результаты первого и последующего тестов на вирусную нагрузку

- ☐ Да
☐ Нет

д) Летальные исходы

- ☐ Да
☐ Нет

103. Что является источником данных о количестве людей, которые знают свой ВИЧ-статус, используемых для индикатора 1.1 за 2019 год?

- ☐ Эпидемиологический надзор за случаями ВИЧ-инфекции
- ☐ Моделирование
- ☐ Нет доступных данных
- ☐ Другое (укажите) _____

104. Что является источником данных по числу людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию, для индикатора 1.2 за 2019 год?

- ☐ Программные данные, в основном представляемые кумулятивно
- ☐ Программные данные, в основном представляемые с использованием идентификаторов
- ☐ Национальные оценочные показатели, основанные на результатах демографических обследований
- ☐ Национальные оценочные показатели, основанные на репрезентативных результатах мониторинга когорт национального уровня
- ☐ Нет доступных данных
- ☐ Другое (укажите) _____

105. Когда в последний раз проводился обзор качества данных для определения точности национальных цифр по числу людей, зарегистрированных как получающие лечение?

- ☐ Проводится в настоящее время (результаты ожидаются в следующем году)
- ☐ Завершено в прошлом году, и результаты получены
- ☐ Проводился 2–5 лет назад
- ☐ Никогда не проводился или проводился более 5 лет назад

105.1 Если анализ качества данных проводился в прошлом году, его результаты были использованы для корректировки данных по числу лиц, получающих на лечение, представленных по индикатору 1.2?

- ☐ Да
- ☐ Нет

106. Что является источником данных по числу людей, живущих с ВИЧ, которые имеют сниженную вирусную нагрузку, для индикатора 1.4 за 2019 год?

- ☐ Объединенные данные стандартных программ, получаемые из лабораторных служб
- ☐ Данные из систем эпидемиологического надзора за случаями заболевания
- ☐ Обследования
- ☐ Нет доступных данных
- ☐ Другое (укажите) _____

Туберкулез/ВИЧ-инфекция

107. Содержатся ли в национальных стратегиях, регламентирующих документах, планах или руководствах по вопросам, связанным с туберкулезом и/или ВИЧ-инфекцией, следующие рекомендации для людей, живущих с ВИЧ?

а) Скрининг на туберкулез

- ☐ Да
- ☐ Нет

б) Профилактическое лечение туберкулеза

- ☐ Да
- ☐ Нет

108. Приняты ли в вашей стране обновленные положения из документа ВОЗ (2015 г.) The use of lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis and screening of active tuberculosis in people living with HIV о применении тестов мочи (липоарабиноманновый тест бокового сдвига [LF-LAM]) для быстрой диагностики и скрининга активного туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ?

- ☐ Да
- ☐ Нет

109. Какие из нижеперечисленных режимов лечения рекомендованы для профилактического лечения туберкулеза, согласно национальным регламентирующим документам (отметьте все подходящие варианты)?

а) Для взрослых, живущих с ВИЧ

- ☐ монотерапия изониазидом (6H) в течение 6 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (9H) в течение 9 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (36H) в течение 36 месяцев, ежедневно
- ☐ рифампицин (4R) ежедневно, в течение 4 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид еженедельно (3HP), в течение 3 месяцев
- ☐ рифампицин плюс изониазид (3RH) ежедневно, в течение 3 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид ежедневно (1HP), в течение 1 месяца
- ☐ Другое (укажите) _____

ai. Если рекомендованных режимов лечения несколько, то какой из них является предпочтительным?

- ☐ монотерапия изониазидом (6H) в течение 6 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (9H) в течение 9 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (36H) в течение 36 месяцев, ежедневно
- ☐ рифампицин (4R) ежедневно, в течение 4 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид еженедельно (3HP), в течение 3 месяцев
- ☐ рифампицин плюс изониазид (3RH) ежедневно, в течение 3 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид ежедневно (1HP), в течение 1 месяца
- ☐ Другое (укажите) _____

б) Для детей, живущих с ВИЧ

- ☐ монотерапия изониазидом (6H) в течение 6 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (9H) в течение 9 месяцев, ежедневно
- ☐ рифампицин (4R) ежедневно, в течение 4 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид еженедельно (3HP), в течение 3 месяцев
- ☐ рифампицин плюс изониазид (3RH) ежедневно, в течение 3 месяцев
- ☐ Другое (укажите) _____

bi. Если рекомендованных режимов лечения несколько, то какой из них является предпочтительным?

- ☐ монотерапия изониазидом (6H) в течение 6 месяцев, ежедневно
- ☐ монотерапия изониазидом (9H) в течение 9 месяцев, ежедневно
- ☐ рифампицин (4R) ежедневно, в течение 4 месяцев
- ☐ рифапентин плюс изониазид еженедельно (3HP), в течение 3 месяцев
- ☐ рифампицин плюс изониазид (3RH) ежедневно, в течение 3 месяцев
- ☐ Другое (укажите) _____

110. Является ли обязательным, согласно национальным регламентирующим документам, выполнение следующих исследований до начала профилактического лечения туберкулеза?

а) Туберкулиновая кожная проба или диагностический тест, основанный на высвобождении гамма-интерферона (IGRA)

- ☐ Да, требуется для всех
- ☐ Нет
- ☐ Только если есть возможность

б) Рентгеновский снимок

- ☐ Да, требуется для всех
- ☐ Нет
- ☐ Только если есть возможность

111. Отмечались ли перебои в поставках следующих препаратов в течение последнего отчетного периода?

а) Изониазид

- ☐ Да, на национальном уровне
- ☐ Да, на местном уровне
- ☐ Нет

б) Витамин B6

- ☐ Да, на национальном уровне
 - ☐ Да, на местном уровне
 - ☐ Нет
-

в) Другие препараты, рекомендованные на национальном уровне для профилактической противотуберкулезной терапии

- ☐ Да, на национальном уровне
☐ Да, на местном уровне
☐ Нет

сi. Если да, укажите, какие препараты: _____

112. Каков статус интеграции следующих услуг в сфере противодействия ВИЧ /туберкулезу?

а) Внедрение в спектр оказываемых услуг рекомендуемых ВОЗ быстрых молекулярно-генетических тестов на основе ПЦР (GeneXpert MTB/Rif):

- ☐ Внедрены лишь в некоторых (<50 %) медицинских учреждениях, проводящих тестирование и предоставляющих помощь в связи с ВИЧ-инфекцией
☐ Во многих (50–95%) медицинских учреждениях, предоставляющих тестирование и помощь в связи с ВИЧ-инфекцией
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений, предоставляющих тестирование и помощь в связи с ВИЧ-инфекцией)
☐ Не интегрировано в практику
☐ Другое (укажите) _____

б) Люди, живущие с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, получают антиретровирусные препараты в том же месте, где и противотуберкулезное лечение

- ☐ В немногих (50%) медицинских учреждениях
☐ Во многих (50-95%) медицинских учреждениях
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
☐ Не интегрировано в практику
☐ Другое (укажите) _____

в) Антиретровирусная терапия может быть инициирована тем же медицинским работником, который проводит противотуберкулезное лечение для людей, живущих с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез

- ☐ В немногих (50%) медицинских учреждениях
☐ Во многих (50-95%) медицинских учреждениях
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
☐ Не интегрировано в практику
☐ Другое (укажите) _____

г) Контроль за проведением антиретровирусной терапии и противотуберкулезного лечения у людей, живущих с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, осуществляется одним медицинским работником

- ☐ В немногих (50%) медицинских учреждениях
☐ Во многих (50-95%) медицинских учреждениях
☐ Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
☐ Не интегрировано в практику
☐ Другое (укажите) _____

Всеобщее медицинское страхование

113. Существует ли в вашей стране универсальная система медицинского страхования

- ☐ Да
☐ Нет

113.1 Если нет, переходит ли ваша страна к всеобщей системе медицинского страхования

- ☐ Да
☐ Нет

113.2 Если да, включает ли пакет предоставляемых по программе страхования услуг следующие услуги:

а) АРВ-препараты

- ☐ Да
☐ Нет

б) Доконтактную профилактику (ДКП)

- ☐ Да
☐ Нет

Приложение 1.

Избранная библиография

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Communities at the centre. Geneva: UNAIDS; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
12. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
13. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/strategic-information-guidelines/en>).
14. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en>).
15. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/en/).
16. The state of the world's children 2019. New York: UNICEF; 2016 (<https://www.unicef.org/media/61356/file/SOWC-2019.pdf>).
17. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (<http://mics.unicef.org/files?job=W1siZiZlsljwMTUvMDEvMzAvMDMvMjUvNTUvNTAwL0NvdW50cnlfGvKX01FX3N5c3RlYXMuMucGRmll1d&sha=cdcc92ec34d8448b>).

Приложение 2.

Планируемые объемы целевого финансирования, выделяемого в сфере противодействия ВИЧ за счет странового бюджета

Форма заполняется следующим образом:

1. Обязательно указывается, за какой финансовый год подаются данные. Финансовый год может совпадать или не совпадать с календарным годом (используйте тот финансовый год, который начинается в указанном календарном году).
2. Выберите валюту, которая используется для отчетности. Можно указывать суммы в местной валюте или конвертировать в доллары США по официальному обменному курсу.
3. Все суммы должны быть выражены в денежных единицах (тысячах или миллионах).
4. Внесите сведения об утвержденном и исполненном бюджете в соответствующем финансовом году. Утвержденный бюджет включает средства из собственного бюджета страны, выделение которых утверждено правительством. Бюджетные ассигнования, предусматривающие использование государственных кредитов (займов в рамках неофициальной помощи в целях развития), также считаются частью собственного странового бюджета. Исполненный бюджет — это расходование средств утвержденного бюджета; поэтому он не может быть больше утвержденного бюджета, за исключением случаев, когда могли выделяться дополнительные средства (в таком случае просим указать детали). Совокупность расходов может превышать утвержденный бюджет, поскольку некоторые понесенные расходы могли финансироваться не за счет целевых бюджетов, предназначенных конкретно для противодействия ВИЧ.
5. Укажите, какими представляются возможности финансирования на следующий финансовый год: возрастет или уменьшится объем бюджетного финансирования.
6. Необходимо указать совокупный промежуточный результат по бюджетным расходам по каждому уровню системы государственного управления, а также по несегментированным и независимым бюджетным структурам. Что касается уровней государственного управления, то в каждой стране (в зависимости от ее конкретных особенностей) можно представить промежуточные результаты по расходам на национальном/центральном/федеральном, субъектовом/региональном/областном и муниципальном/городском/местном уровнях. Отдельно представьте данные о государственных бюджетах учреждений, относящихся к другим системам, — учреждениям соцзащиты или другим национальным органам (например, Национальному комитету по противодействию ВИЧ/СПИДу), — если эти системы финансируются отдельно от вышеуказанных уровней государственного управления.

Приложение 3. Объем и цена за единицу закупленных и распределенных антиретровирусных препаратов

По индикатору 8.2 должна быть внесена вся информация по объемам и ценам закупленных и распространенных антиретровирусных препаратов.

Режим лечения/состав	Дозировки	Количество таблеток или минимальных доз в упаковке	Общее число упаковок, закупленных в отчетном финансовом году	Месяц и год закупки (ММ/ГГГГ)	Средняя цена единицы/за упаковку	Общее кол-во упаковок, полученных бенефициарами в отчетном финансовом году
Тенофовир + эмтрицитабин + эфавиренц [TDF + FTC + EFV]	300 мг + 200 мг + 600 мг					
Тенофовир + ламивудин + эфавиренц [TDF + 3TC + EFV]	300 мг + 300 мг + 600 мг					
Тенофовир + ламивудин + невирапин [TDF + 3TC] + NVP	300 мг + 300 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин + эфавиренц [ZVD + 3TC] + EFV	300 мг + 150 мг + 200 мг					
Абакавир + ламивудин + зидовудин [ABC + 3TC + ZDV]	300 мг + 150 мг + 300 мг					
Зидовудин + ламивудин + невирапин [ZVD + 3TC + NVP]	300 мг + 150 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин + невирапин [ZVD + 3TC + NVP]	60 мг + 30 мг + 50 мг					
Тенофовир + эмтрицитабин [TDF + FTC]	300 мг + 200 мг					
Зидовудин + ламивудин [ZDV + 3TC]	300 мг + 150 мг					
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	200 мг + 50 мг					
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	80 мг + 20 мг/мл					
Абакавир + ламивудин [ABC + 3TC]	60 мг + 30 мг					
Тенофовир + ламивудин [TDF + 3TC]	300 мг + 300 мг					
Дарунавир [DRV]	300 мг					
Долутегравир [DTG]	50 мг					
Другое (указать)						

1. Укажите объемы (в числе закупленных упаковок) и цены за единицу товаров (в местных денежных единицах).
2. Необходимо указать число закупленных упаковок по каждой закупочной партии для данного режима лечения/состава.
3. Данные о числе упаковок, взятых получателями, соответствуют режимам лечения/составам; предоставлять данные с разбивкой по каждому процессу закупки не требуется.
4. Выбирая вариант «Другое», вы сможете при сдаче отчета предоставить пользовательские данные о комбинации режима и дозировки, если информации об этом режиме нет в приведенном выше стандартном списке.
5. Информация о пациентах на каждом режиме будет представлена в обследовании ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (WHO/AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey), посвященном использованию ARV-препаратов и лабораторных технологий, а также в рамках реализации соответствующих рекомендаций ВОЗ, размещенных в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Приложение 4.

ТМатрица национального финансирования для индикатора 8.3: «Расходы в сфере противодействия ВИЧ в разрезе источников ресурсов»

Как и в предыдущих раундах отчетности, матрица национального финансирования, которую предлагается использовать в раунде программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа за 2020 год, содержит набор важнейших основных программ и услуг с разбивкой по источникам финансирования. Единственное изменение заключается в формате отчетности и в том, как обязательства, сформулированные в Политической декларации по прекращению эпидемии СПИДа (2016 г.), отражаются в информации, содержащейся в этой матрице (см. таблицу 1).

Каждая из категорий программ подразделяется на множества субиндикаторов. Набор ключевых субиндикаторов включает следующие основные программы или услуги:

- Комбинированную профилактику, в том числе распространение презервативов, доконтактную профилактику (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.
- ВИЧ-ассоциированный туберкулез.
- Системы социального обеспечения, в том числе сокращение стигмы и дискриминации.
- Создание программ по защите прав человека.

Таблица 1.

Отражение обязательств, принятых на Совещании высокого уровня по вопросам борьбы со СПИДом Генеральной Ассамблеи ООН в 2016 году, в категориях программ матрицы финансирования в сфере противодействия СПИДу в раунде отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа за 2020 г.

Обязательства по ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году (Fast-Track commitments)	Коды в таблице национального финансирования по программе глобального мониторинга СПИДа	Категории программ глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2020 года: полный спектр мероприятий
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)
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	2	Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку (промежуточный итог)
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, трансгендерных людей, работников секс-бизнеса и их клиентов, людей, употребляющих инъекционные наркотики, и заключенных 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)
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	Гендерные программы
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 снизить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 100 000 в год	5	Программы для детей и подростков
Обязательство 6. Обеспечить социальную защиту с учетом конкретных потребностей в сфере ВИЧ к 2020 году для 75 % людей, живущих с ВИЧ, а также подверженных риску заболевания или затронутых ВИЧ-инфекцией	6	Социальная защита в связи с ВИЧ
Обязательство 7. Довести к 2020 году объем услуг, предоставляемых силами сообществ, до уровня не менее 30 % от общих объемов услуг	7	Мобилизация сообществ
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	Управление программами и устойчивое развитие (промежуточный итог)
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 правовую поддержку для обеспечения доступа к правосудию, для отстаивания своих прав и предотвращения нарушения прав человека	9	Факторы, имеющие решающее значение для формирования благоприятной среды (промежуточный итог)
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, вирусных гепатитов В и С	10	Коинфекция ВИЧ/туберкулез, диагностика и лечение (промежуточный итог)

Рамочная структура отчетности по индикатору 8.3 «Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ в разрезе источников ресурсов» организована на базе двухмерной системы учета расходов, связанных с ВИЧ, по программам и по источникам финансирования. Форма отчетности имеет формат таблицы.

В таблице ниже (таблица 2) приводится полный набор программ или услуг (вместе с остаточной категорией), охватывающий весь спектр возможного использования ресурсов в странах, с указанием источников финансирования. Странам необходимо предоставить соответствующую информацию по действующим программам или услугам (то есть страны должны отчитываться не по всем, а только по соответствующим строкам таблицы). 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 (то есть значение равно «0»), данные недоступны или неприменимы.

Общие расходы в сфере противодействия ВИЧ являются суммой расходов по основным программам и услугам, полученных на основании отчетных данных по Обязательствам 1–10, с добавлением расходов по остаточной категории «Другие основные программы, не вошедшие в данную рамочную структуру отчетности» для учета общих совокупных объемов расходов в сфере ВИЧ, а не только расходов, полученных за счет бюджетов целевого финансирования.

Более подробные инструкции о том, как заполнить формы отчетности и представить в ЮНЭЙДС показатели о расходовании средств, приводятся в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. 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 сопоставляться с количеством людей, получающих те же услуги в рамках программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа или других систем отчетности.

Обновленное руководство по оценке национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС) в настоящее время дорабатывается. Ко времени сдачи отчетности по программе глобального мониторинга будут определены взаимосвязи между новыми категориями расходов, связанных со СПИДом (ОНРС), и категориями матрицы финансирования по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа, которую необходимо представить для индикатора 8.3. Если в стране выполняется оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС) — углубленный анализ и отслеживание ресурсов в сфере ВИЧ, — с помощью инструмента отслеживания ресурсов (RTT) можно получить отчет в формате Excel и загрузить его в модуль AIDS Spending/«Расходы, связанные со СПИДом» программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Таблица 2.

Перечень программ или услуг в сфере противодействия ВИЧ для таблицы национального финансирования

Коды в таблице национального финансирования по программе глобального мониторинга СПИДа	Категории программ глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2020 года: полный спектр мероприятий	Категории программ глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2020 года: ключевые субиндикаторы
1 Лечение, уход и поддержка (промежуточный итог)		
1.1	Тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ	Расходы на тестирование на ВИЧ и консультирование (без целевых групп), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2	Антиретровирусная терапия (промежуточный итог)	Расходы на антиретровирусную терапию (для взрослых и детей)
1.2.1.	Антиретровирусная терапия для взрослых	Расходы на антиретровирусную терапию взрослых с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2.2.	Антиретровирусная терапия детей	Расходы на антиретровирусную терапию детей с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2.3.	Антиретровирусная терапия без разбивки по возрасту либо схемам лечения	
1.3	Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ (CD4-лимфоциты, вирусная нагрузка)	Расходы на лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ (определение числа клеток CD4, вирусной нагрузки), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.4	Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ), кроме лечения и профилактики туберкулеза, у людей, живущих с ВИЧ.	
1.5	Паллиативная помощь	
1.6	Поддержка приверженности лечению	
1.98	Программные мероприятия по лечению, уходу и поддержке без разбивки по их типу	
2 Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку (промежуточный итог)		
2.1	Тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ для беременных женщин	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.2	Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.3	Антиретровирусная терапия для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.4	Другие компоненты профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, не связанные с применением антиретровирусных препаратов	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ, помимо расходов на антиретровирусную терапию, предоставляемую беременным женщинам в случае если они получают один из режимов лечения, предусмотренных для взрослых людей, живущих с ВИЧ.

2.98	Профилактика вертикальной передачи ВИЧ, без разбивки	
3 Профилактика: только пять главных компонентов комбинированной профилактики (промежуточный итог)		
3.1	Программы коммуникации для социальных и поведенческих изменений	Без целевых групп.
3.2	Распространение презервативов	Распространение презервативов (без целевых групп), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.3	Доконтактная профилактика (ДКП), с разбивкой по ключевым группам населения (промежуточный итог)	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.1.	ДКП для мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами (МСМ)	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.2.2.	ДКП для работников секс-бизнеса	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.3.	ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.4.	ДКП для трансгендерных людей	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.5.	ДКП для ключевых групп населения	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.6.	ДКП для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью ВИЧ	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.3.7.	Доконтактная профилактика (ДКП) ДКП для серодискордантных пар	Доконтактная профилактика (ДКП), с разделением по ключевым группам населения.
3.4	Добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин в странах с высокой распространенностью ВИЧ	Добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин.
3.5	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для мужчин-геев и других мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.6	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для работников секс-бизнеса и их клиентов	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.7	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для людей, употребляющих инъекционные наркотики (промежуточный итог)	Профилактика среди ключевых групп населения.

3.7.1.	Программы по обмену игл и шприцев, профилактике, тестированию на ВИЧ и консультированию, предоставлению доступа к медицинскому обслуживанию для людей, употребляющих инъекционные наркотики	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.7.2.	Заместительная терапия опиоидной зависимости	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.8	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для трансгендерных людей	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.9	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для лиц, находящихся в местах лишения свободы	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.10	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для молодых женщин и девочек-подростков (в странах с высокой распространенностью ВИЧ)	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.11	Выплата денежных пособий для девочек (в странах с высокой распространенностью ВИЧ)	Расходы на денежные пособия для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, в странах с высокой распространенностью ВИЧ) из бюджетов целевого финансирования, выделенного для противодействия ВИЧ.
3.12	Программы профилактики для уязвимых и доступных групп населения	
3.13	Постконтактная профилактика (ПКП)	
3.14	Профилактические программы на рабочих местах	
3.15	Меры в секторе здравоохранения для всего населения (стандартные меры предосторожности, обеспечение инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов, профилактика и лечение ИППП и др.)	
3.16	Меры профилактики передачи ВИЧ, направленные на профилактику среди людей, живущих с ВИЧ, без разбивки по видам	
3.98	Профилактика (пять главных компонентов комбинированной профилактики), без разбивки	Не включайте в этот код другие меры, если они не включены четко в перечень. При наличии дополнительных мероприятий внесите их отдельно во взаимоисключающие категории (чтобы избежать дублирования данных); избегайте пользоваться категориями, которые уже есть в вышеуказанном перечне.

4 Гендерные программы

5 Программы для детей и подростков

6 Социальная защита

7 Мобилизация сообществ

8 Управление программами и устойчивое развитие (промежуточный итог)

8.1	Стратегически важная информация
8.2	Планирование, координация и управление программами
8.3	Управление системами закупок и логистики
8.4	Укрепление систем здравоохранения
8.5	Образование и обучение в сфере противодействия ВИЧ
8.6	Исследования, связанные с ВИЧ/СПИДом
8.98	Управление программами и устойчивое развитие — без разбивки

9 Социальные факторы, имеющие решающее значение для формирования благоприятной среды (промежуточный итог)

9.1	Политический диалог
9.2	Ключевые программы по правам человека
9.3	Институциональное развитие в области ВИЧ/СПИДа
9.98	Социальные факторы, имеющие решающее значение для формирования благоприятной среды — без разбивки

10 Коинфекция ВИЧ/туберкулез, диагностика и лечение (промежуточный итог)

10.1	Скрининг и диагностика туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ	Расходы по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.
10.2	Профилактика и лечение туберкулеза для людей, живущих с ВИЧ	Расходы по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.
10.98	Коинфекция ВИЧ/туберкулез, диагностика и лечение — без разбивки	

11.99	Прочие значимые программы за рамками предлагаемой структуры ключевых программ противодействия ВИЧ/СПИДу (перечислите и детализируйте ниже)	противодействия ВИЧ, не отнесенные к какой-либо из вышеперечисленных категорий (коды от 1 до 10). Убедитесь, что ни одно из перечисленных здесь программ или мероприятий не дублируется ни в одной из вышеуказанных категорий. Любая перечисленная здесь программа или услуга не должна иметь никакого другого кода из перечисленных выше (коды от 1 до 10). Все эти коды являются взаимоисключающими.
--------------	---	---

Приложение 5: Дополнительные рекомендации по формированию индикаторов по ВИЧ-инфекции и туберкулезу для включения в глобальный мониторинг эпидемии СПИДа (индикаторы 10.1–10.3 программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа)



Индикатор 10.1: Процент случаев *впервые выявленного заболевания туберкулезом у ВИЧ-положительных* людей, которым лечение туберкулеза предоставлялось в комплексе с лечением ВИЧ-инфекции = $(B+E)/\text{оценочное число}$

Примечание: Числитель в индикаторе 10.1 должен быть равен числу случаев впервые выявленного и рецидивного заболевания ТБ у ВИЧ-положительных людей, которые начали принимать АРВ-терапию, согласно данным национальной программы противодействия туберкулезу. Просим представлять данные, согласованные с национальной программой противодействия туберкулезу.

Индикатор 10.2: Процент людей, живущих с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез в активной форме, от числа людей, живущих с ВИЧ, впервые начавших получать лечение от ВИЧ-инфекции = B/A

Примечание: Числитель в индикаторе 10.1 будет больше, чем в индикаторе 10.2.

Индикатор 10.3: Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые начавших принимать лечение от ВИЧ-инфекции, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза = C/A

Процент людей, живущих с ВИЧ, в настоящее время получающих лечение от ВИЧ-инфекции, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза = $(C + F)/(A + D)$

Охраняется авторским правом © 2019
Объединенная программа ООН 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 их государственных органов, либо относительно указания их пределов или границ. ЮНЭЙДС не гарантирует, что представленная в данной публикации информация является полной и точной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, понесенный в результате ее использования.

UNAIDS/JC2976



ЮНЭЙДС
Объединенная программа
Организации Объединенных
Наций по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org