

ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В 2013 ГОДУ

Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по
ВИЧ/СПИДу 2011 года



*В документе приведены дополнительные показатели всеобщего доступа к
услугам в сфере здравоохранения по версии ВОЗ/ЮНИСЕФ*

UNAIDS / JC2453R (перевод на русский язык, февраль 2013 г.)

Оригинал: на английском языке, UNAIDS / JC2453E, январь 2013 г.:

Global AIDS response progress reporting 2013: Construction of core indicators for monitoring the 2011 UN Political Declaration on HIV/AIDS

Перевод – ЮНЭЙДС

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2013 году: Мониторинг выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года

«ЮНЭЙДС / JC2453R».

1.ВИЧ-инфекции – терапия. 2.ВИЧ-инфекции – диагностика. 3.ВИЧ-инфекции – эпидемиология.
4.Синдром приобретенного иммунодефицита – профилактика и контроль. 5.Показатели состояния здоровья. 6.Оценка программы. 7.Руководство. I.ЮНЭЙДС.

ISBN 978-92-9253-015-0

(Классификация NLM : WC 503.6)

Авторское право © 2013. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

Все права защищены. Публикации ЮНЭЙДС могут быть получены после обращения в Информационный центр ЮНЭЙДС.

Воспроизведение графиков, таблиц, карт и цитирование разрешено в образовательных, некоммерческих и коммерческих целях, при условии соответствующей ссылки с указанием источника (ЮНЭЙДС) и года публикации. В случае использования фотографий необходимо ссылаться на источник (ЮНЭЙДС), автора фотографии и год публикации. Разрешение на воспроизведение или ответы на вопросы, связанные с переводом материалов, независимо от того, предназначены ли они для коммерческого или некоммерческого распространения, могут быть получены в Информационном центре по адресу: publicationpermissions@unaids.org.

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящей публикации не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и правильность содержащейся в данной публикации информации, и не несет ответственности за ущерб, связанный с ее использованием.

UNAIDS – 20 avenue Appia – 1211 Geneva 27 – Switzerland

Telephone: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 48 35

E-mail: distribution@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В 2013 ГОДУ

Мониторинг выполнения Политической декларации ООН
по ВИЧ/СПИДу 2011 года

*В документе приведены дополнительные показатели всеобщего
доступа к услугам в сфере здравоохранения по версии ВОЗ/ЮНИСЕФ*

Январь 2013 года, Женева, Швейцария

Просьба использовать сайт отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (www.unaids.org/AIDSReporting), чтобы представить свой заполненный отчет до 31 марта 2013 года.

Содержание

Предисловие	5
Список сокращений	6
Введение	7
Цель	7
Предпосылки	7
Как использовать настоящие руководящие принципы	7
Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2011 года - цели и обязательства	8
История отчетности	9
Формат отчетности	9
Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов	11
Внедрение отчетности о достигнутом прогрессе на государственном уровне	12
Построение показателей	12
Инструменты измерения и источники данных	12
Числители и знаменатели	13
Данные с разбивкой по позициям: пол и возраст	13
Новые и репрезентативные данные обследований	13
Интерпретация и анализ	14
Выбор показателей	14
Роль гражданского общества	15
Содержание отчета	16
Рекомендации о направлении отчетности	16
Система отчетности	16
Единая система отчетности по показателям ВОЗ и ЮНИСЕФ в сфере здравоохранения	17
Даты направления отчетов	17
Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия	18
Изменения в системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2013 году	19
Ключевые показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД	20
Цель 1. СНИЗИТЬ передачу ВИЧ половым путем НА 50% К 2015 году	23
1.1 Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ	24
1.2 Половые контакты в возрасте до 15 лет	26
1.3 Половые контакты с несколькими сексуальными партнерами	27
1.4 Использование презерватива во время последнего полового контакта людьми, имеющими половые контакты с несколькими сексуальными партнерами	28
1.5 Тестирование на ВИЧ среди населения в целом	29
1.6 Распространенность ВИЧ среди молодых людей	30
1.7 Работники секс-бизнеса: программы профилактики	32
1.8 Работники секс-бизнеса: использование презерватива	34
1.9 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса	36
1.10 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса	38
1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: ВИЧ профилактики	40
1.12 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива	42
1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами	44
1.14 Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами	46

Цель 2. Снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году	49
2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: программы профилактики	50
2.2 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: использование презерватива	52
2.3 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: безопасная инъекционная практика	54
2.4 Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики	56
2.5 Распространенность ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики	58
Цель 3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 года и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДА	61
3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	62
3.2 Раннее диагностирование ВИЧ у младенцев	66
3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)	68
Цель 4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году	71
4.1 Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	72
4.2 Сохранение ВИЧ-инфицированных в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев после ее начала	74
Цель 5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году	77
5.1 Ведение и лечение больных с туберкулезом и ВИЧ	78
Цель 6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов к 2015 году и обеспечить ежегодные инвестиции на уровне 22-24 млрд. Долларов США в странах со средним и низким уровнем доходов	81
6.1 Расходы в связи со СПИДом	82
Цель 7. Устранение гендерного неравенства	85
7.1 Распространенность случаев насилия со стороны сексуального партнера за последний период	86
Цель 8. Решение проблем стигмы и дискриминации	89
Цель 9. Устранение ограничений на перемещения	90
Цель 10. Укрепление социальной интеграции ВИЧ-инфицированных больных	91
10.1 Посещаемость школ детьми-сиротами	92
10.2 Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств	94
Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом	97
Приложения	99
Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе	100
Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2013 год	101
Приложение 3. Специальная анкета о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД – 2013	108
Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе	110
Приложение 5. Список использованной литературы	111
Приложение 6. Показатели обрезания крайней плоти у мужчин	112
1.22 Доля мужчин, прошедших процедуру обрезания	112
1.23 Число произведенных операций по обрезанию крайней плоти у мужчин	114
ЧАСТЬ 2 В документе приведены дополнительные показатели всеобщего доступа к услугам в сфере здравоохранения	117

Предисловие

За последние два года программы по борьбе со СПИДом во всем мире достигли беспрецедентных успехов с точки зрения предотвращения и лечения при ВИЧ-инфекции. Об ускорении темпов прогресса свидетельствует Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа за 2012 год.

Эти многообещающие данные получены на основании страновых отчетов, которые были предоставлены ЮНЭЙДС 186 из 193 государств-членов ООН. Это самый высокий показатель отчетности среди международных программ в сфере здравоохранения и социального развития. Исключительная приверженность стран ведению отчетности о противодействии СПИДу подтверждает всемирное стремление к достижению общей цели: ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа.

В этом году Генеральная Ассамблея ООН проведет промежуточную оценку прогресса в области достижения поставленных целей и выполнения обязательств в соответствии с Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу 2011 г. Генеральный секретарь ООН предоставит Генеральной Ассамблее доклад о достигнутом прогрессе и о мерах, необходимых для полной реализации программы.

Сбор и предоставление точных данных о программе противодействия СПИДу - важная составляющая программы с точки зрения совместной ответственности и глобальной солидарности. ЮНЭЙДС поддерживает государства-члены ООН в данном начинании. В рамках оказания поддержки мы подготовили данное руководство по мониторингу прогресса в области достижения целей, которые должны быть реализованы к 2015 году. В целях проведения промежуточной оценки ЮНЭЙДС просит страны предоставить самые актуальные данные за 2012 год, используя приведенные в настоящем документе показатели. Полученные данные позволят странам провести собственную промежуточную оценку и выявить области, требующие принятия конкретных мер для достижения приоритетных целей и выполнения принятых обязательств к 2015 году.

Благодарим вас за стремление к совершенствованию ваших национальных систем мониторинга и оценки в области противодействия СПИДу. Мы не сможем достичь поставленных целей без своевременного полученных данных, которые позволят правильно расставить приоритеты национальных программ противодействия СПИДу. Я ожидаю получения отличных результатов по страновым отчетам о противодействии глобальной эпидемии СПИДа, а вы можете рассчитывать на всеобъемлющую поддержку ЮНЭЙДС в этом начинании.



Мишель Сидибэ
Исполнительный директор
ЮНЭЙДС

Список сокращений

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЖК	дородовая женская консультация
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
МИКС	многоиндикаторное кластерное обследование
МОТ	Международная организация труда
МСМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НКС	национальный комитет по СПИДу
НОП	надзорное обследование поведения н/п не применяется
НПО	неправительственная организация (организации)
НПС	национальная программа по СПИДу
НСП	национальный стратегический план
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ОМ	обрезание у мужчин
ОНРС	оценка национальных расходов в связи со СПИДом
ООН	Организация Объединенных Наций
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПИН	потребители инъекционных наркотиков/люди, потребляющие инъекционные наркотики (последнее предпочтительней)
ПОШИ	программы обмена шприцев и игл
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
РДМ	ранняя диагностика ВИЧ у младенцев
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ССМБ	стратегия сокращения масштабов бедности
ССГАООН	специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ТБ	туберкулез
ЦРТ	цели развития тысячелетия
ЮНДАФ	Рамочная программа Организации Объединенных Наций по оказанию помощи в целях развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации Объединенных Наций
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу

Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в 2011 году:

Цели и обязательства по искоренению ВИЧ



Введение

Цель

Целью настоящего документа является предоставление учреждениям, которые активно участвуют в осуществлении мер в ответ на СПИД в стране, важнейшей информации о ключевых показателях, используемых для измерения эффективности национальных ответных мер, а также о составлении страновых отчетов об осуществлении мер противодействия СПИДу.

Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2011 года: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ/СПИДа (резолюция Генеральной Ассамблеи ООН 65/277), принятая в июне 2011 года в ходе заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам СПИДа, предписывает ЮНЭЙДС оказывать странам поддержку в области предоставления отчетности о принятых на себя обязательствах в соответствии с Политической декларацией ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Кроме того, данная декларация предусматривает представление Генеральной Ассамблее доклада о достигнутом прогрессе в ходе обзора 2013 года в соответствии с принципом глобальной отчетности о реализации целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия.


Показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (ранее известные как показатели ССГАООН) ранее предоставлялись на глобальном уровне каждые два года. Однако, начиная с 2013 года сбор данных будет производиться ежегодно, в том числе для составления специального промежуточного отчета о прогрессе программы в 2013 году.

Сбор данных и предоставление отчетности – это важная составляющая оценки прогресса, достигнутого на пути к поставленным целям, однако это всего лишь один из аспектов данного процесса. Странам также рекомендуется организовать составление промежуточных отчетов о достигнутом прогрессе на пути к достижению глобальных целей по борьбе с ВИЧ/СПИДом, поставленных на период до 2015 года. Подробное руководство по составлению данных отчетов и предлагаемому формату документирования результатов будет передано дополнительно, и оно не входит в настоящие руководящие принципы.

Странам настоятельно рекомендуется включать ключевые показатели в текущие мероприятия по мониторингу и оценке. Настоящие показатели предназначены для того, чтобы помочь странам в оценке состояния национальных ответных мер и прогресса в реализации национальных целевых показателей по противодействию ВИЧ-инфекции. Это также позволит достичь более глубокого понимания в сфере глобальных мер в ответ на пандемию СПИДа, в том числе в области измерения достигнутого прогресса на пути к достижению глобальных целей, поставленных в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года, и целей развития, изложенных в Декларации тысячелетия. Настоящие руководящие принципы призваны обеспечить повышение качества и согласованности данных, получаемых на страновом уровне, что в свою очередь обеспечит более высокую достоверность выводов, получаемых на основе этих данных, как на национальном, так и на региональном и глобальном уровнях.

Как использовать настоящие руководящие принципы

Настоящие руководящие принципы были разработаны, чтобы помочь странам максимально эффективно собрать данные и представить отчеты относительно осуществления мер в ответ на ВИЧ-инфекцию на национальном уровне. В разделе «Ключевые показатели отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД» содержится информация о каждом показателе с указанием причин, по которым данный показатель должен быть включен в отчетность, а также методов сбора данных по такому показателю, его разработки и измерения. Также приводятся преимущества и недостатки показателей.

Помощь доступна на каждом этапе данного процесса. Во вступительной части приводится вспомогательная информация, в т.ч. относительно контактных лиц, а также способов связи с ними, которая выделена и обозначена зеленой стрелкой. 

Предпосылки

К середине 2013 года пройдет ровно половина периода, отведенного для достижения далеко идущих целей по противодействию ВИЧ/СПИДу, указанных в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года, и это подходящий момент для мониторинга достигнутого прогресса в данном направлении.

Политическая декларация ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года основана на двух предыдущих политических декларациях: Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 года, а также Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2006 года. В 2001 году на ССГАООН государства-члены ООН единогласно приняли Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Она отражает единую позицию мировой общественности по вопросу создания всеобъемлющей программы, направленной на достижение цели в области развития под номером 6, указанной в Декларации тысячелетия: остановить распространение и начать сокращать масштабы эпидемии ВИЧ к 2015 году. В декларации подчеркивается необходимость осуществления комплексных действий в разных направлениях на глобальном, региональном и страновом уровнях в целях предотвращения дальнейшего инфицирования населения ВИЧ, предоставления широкого доступа к услугам здравоохранения и минимизации последствий эпидемии. Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу 2006 года признается острая необходимость обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ.

Несмотря на то, что данные декларации приняты на правительственном уровне, их действие простирается далеко за пределы государственного сектора, охватывая частные предприятия и профсоюзные объединения, конфессиональные организации, неправительственные организации и другие структуры гражданского общества, включая организации людей, живущих с ВИЧ.

Согласно положениям Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2011 года, успех в осуществлении мер в ответ на СПИД определяется достижением конкретных целевых задач с оговоренным сроком их реализации. Данная Декларация призывает обеспечить тщательный мониторинг хода выполнения согласованных обязательств и предусматривает представление Генеральным секретарем Организации Объединенных Наций ежегодного доклада о достигнутом прогрессе. Такие доклады предназначены для того, чтобы выявить проблемы и ограничивающие факторы и представить рекомендации по ускорению реализации этих целевых задач.

Руководящие принципы, изложенные в данном документе, были разработаны для повышения качества отчетности о ключевых показателях прогресса в осуществлении мер в ответ на СПИД. Полученные данные используются для мониторинга прогресса в области согласованных обязательств и целей в соответствии с Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу 2011 года и являются основой для выполнения глобального промежуточного анализа хода выполнения Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года и для доклада Генерального секретаря, который он должен представить Генеральной Ассамблее ООН.

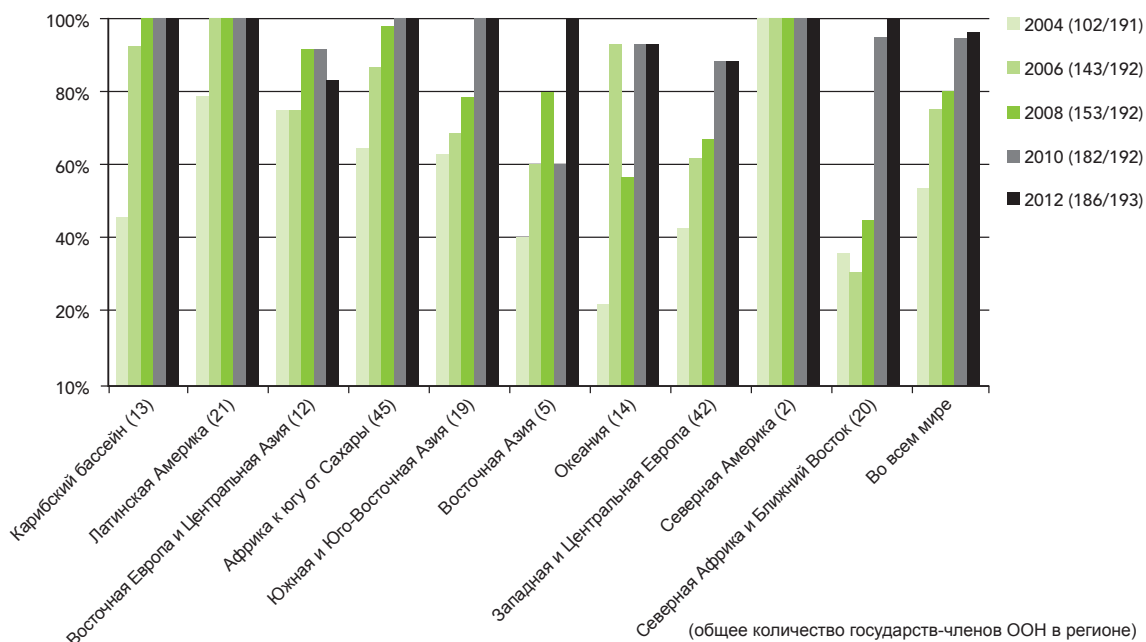
Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу 2011 года - цели и обязательства

1. Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году
2. Снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году
3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа
4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году ВИЧ
5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году
6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов к 2015 году и обеспечить ежегодные инвестиции на уровне 22 -24 млрд. долларов США в странах со средним и низким уровнем доходов
7. Искоренить гендерное неравенство, плохое обращение с женщинами и девочками и насилие по отношению к ним, а также расширить их возможности в плане защиты от ВИЧ-инфицирования
8. Искоренить стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ и затронутым проблемой ВИЧ, путем принятия законов и политик, обеспечивающих полную реализацию всех прав человека и основных свобод
9. Устранить ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса
10. Устранить параллельные системы оказания услуг в связи с ВИЧ с целью дальнейшей интеграции мер в ответ на СПИД в глобальные действия в области здравоохранения и развития, а также укрепления систем социальной защиты

История отчетности

ЮНЭЙДС собирает страновые отчеты о достигнутом прогрессе, предоставляемые государствами-членами ООН и направленные на мониторинг хода выполнения Политических деклараций, раз в два года, начиная с 2004 года. Количество откликнувшихся государств-членов ООН возросло со 102 стран (53%) в 2004 году до 186 (96%) в 2012 году (коэффициент отклика по регионам, а также тенденции его изменения во времени, представлены на графике).

Отчетный год (количество откликнувшихся государств-членов ООН/общее количество государств-членов ООН/)



В страновых отчетах о достигнутом прогрессе приведены наиболее полные данные как об эпидемической ситуации, так и о мерах в ответ на эпидемию. Полную базу данных, представленную на сайте www.aidsinfoonline.org, можно использовать для создания графиков, схем и таблиц. Доступ к неотредактированным страновым отчетам можно получить по адресу: www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries.

Формат отчетности

- ➔ Специальный промежуточный анализ 2013 года хода выполнения Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года включает две части: отчетность по показателям и специальный промежуточный анализ. Данные руководящие принципы содержат информацию о предоставлении отчетности по ключевым показателям. Руководство по проведению специального промежуточного анализа будет предоставлено отдельно.

Отчетность по ключевым показателям

Показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД важны по двум причинам. Во-первых, они помогают отдельным странам оценивать эффективность своих национальных ответных мер и служат основой для составления промежуточных отчетов о прогрессе в области достижения целей на 2015 год, сформулированных в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Во-вторых, если проводится совместный анализ данных из большого числа стран, такие показатели обеспечивают критически важную информацию об эффективности ответных мер на региональном и глобальном уровне и служат базой для проведения анализа регионального и глобального прогресса в области достижения целей, намеченных на период до 2015 года. В то же время это позволяет странам получить информацию об ответных мерах, предпринимаемых в других странах на национальном уровне.

ВВЕДЕНИЕ

При подготовке заседания Генеральной Ассамблеи по ВИЧ/СПИДу в 2011 году показатели, применявшиеся в рамках предыдущих раундов отчетности, были тщательным образом проанализированы в ходе всесторонних конструктивных консультаций, организованных Референс-группой ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке (РГМО). Включение показателей осуществлялось на основе четких объективных критериев, описанных в документе «Стандарты показателей: *технические руководящие принципы отбора показателей по противодействию ВИЧ*¹.

С последнего раунда отчетности в наборе индикаторов произошло всего три изменения:

- Небольшие уточнения в показателе охвата ППМР (показатель 3.1), отражающие последние события в этой сфере.
- Небольшие уточнения в показателе охвата услугами по предоставлению АРТ-терапии (показатель 4.1), отражающие последние события в этой сфере.
- В 2013 году не нужно предоставлять полную отчетность в отношении Национальных обязательств и политических инструментов (НОПИ). Необходимо только заполнить короткий опросник. Отчетность по НОПИ будет предоставляться только раз в два года.

Кроме того, обрезание крайней плоти у мужчин является важным элементом комплекса мер по профилактике ВИЧ-инфекции, который применяется в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции и с низким процентом мужчин, которым сделали обрезание. По этой причине для указанных 16 стран было добавлено два показателя²: распространенность обрезания у мужчин и количество мужчин, которым было сделано обрезание в прошлом году. Описание данных показателей см. в Приложении 6.

Странам необходимо рассмотреть применимость каждого из показателей к своей эпидемии. Если страна не предоставляет отчетность по тому или иному показателю, то она обязана дать соответствующее обоснование, которое позволит сделать вывод, имеет ли место отсутствие данных или неприменимость конкретного показателя к эпидемиологической ситуации в этой стране.

Большинство национальных показателей применимо ко всем странам. Так, показатели, характеризующие поведение ключевых групп населения повышенного риска, применимы к странам с низким уровнем эпидемии и с концентрированной эпидемией, а также к странам с генерализованной эпидемией. Точно так же странам с концентрированной эпидемией следует собирать данные о сексуальном поведении среди молодежи в качестве средства для отслеживания тенденций, которые могут влиять на характер ответных мер на национальном уровне в будущем. Однако некоторые показатели применимы только в конкретных условиях развития эпидемии ВИЧ.

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует странам использовать вышеупомянутые показатели в качестве основы для национальной системы мониторинга и оценки. В соответствии со своими конкретными потребностями, а также при наличии ресурсов, страны, возможно, захотят включить дополнительные показатели в свои национальные планы мониторинга.

Пять национальных показателей также являются показателями для целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия:

- процент молодых людей, живущих с ВИЧ;
- знания о ВИЧ среди молодежи;
- использование презерватива во время последнего полового акта повышенного риска;
- посещаемость школы детьми-сиротами;
- охват АРТ-терапией.

Источником данных, используемых Отделом статистики ООН в рамках отчетности по выполнению целей в области развития, поставленных Декларацией тысячелетия, в основном являются данные, предоставляемые государствами-членами в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

1 UNAIDS MERG Indicator Standards Operational Guidelines for Selecting Indicators for the HIV Response (Стандарты показателей РГМО ЮНЭЙДС: технические руководящие принципы отбора показателей по противодействию ВИЧ), Женева, 2010 г., также можно найти по адресу www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/4_3_MERG_Indicator_Standards.pdf

2 Ботсвана, Замбия, Зимбабве, Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Свазиленд, Уганда, Центральноафриканская Республика, Эфиопия, Южная Африка, Южный Судан.

- ➔ В данных руководящих принципах содержится информация с полным определением всех показателей, используемых в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Информацию о показателях также можно найти в Реестре показателей ЮНЭЙДС по адресу www.indicatorregistry.org. В этой электронной базе данных содержится информация с полными определениями показателей в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, а также других показателей по ВИЧ, используемых на страновом уровне. В электронной системе отчетности содержатся прямые ссылки на информацию о показателях в Реестре показателей. Из Реестра показателей данные по показателям можно экспортировать в Excel, Word или PDF.

Национальные показатели для стран с высоким уровнем доходов

Приняв Политическую декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, страны с высоким уровнем доходов также обязались представлять отчетность о ходе осуществления национальных мер в ответ на ВИЧ-инфекцию. Признается, что страны с высоким уровнем доходов могут использовать относительно сложные информационные системы и различные источники данных, что может усложнить задачу расчета единого национального показателя. Тем не менее это не исключает потребность в получении данных из стран с высоким уровнем доходов для мониторинга глобального выполнения Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Государства-члены Европейского союза нашли инновационные способы обеспечения более тесной привязки систем глобального мониторинга прогресса в деле противодействия СПИДу к обстоятельствам на региональном уровне. При необходимости получения дополнительных технических консультаций по вопросам отчетности о выполнении своих внутренних программ странам с высоким уровнем доходов следует обращаться в Департамент по сбору данных ЮНЭЙДС (AIDSreporting@unaids.org).

- ➔ Крайний срок подачи отчетов через соответствующий веб-сайт – 31 марта 2013 года. Если для отчетности веб-сайт не используется, печатные копии отчетов следует направить до 15 марта 2013 года, чтобы обеспечить возможность введения данных вручную.

Внедрение отчетности о достигнутом прогрессе на государственном уровне

- ➔ Странам, которым требуется дополнительная информация о реализации, следует обращаться за технической помощью к консультантам ЮНЭЙДС по стратегической информации, в представительства ЮНИСЕФ И ВОЗ, а также в рабочие группы по мониторингу и оценке вопросов ВИЧ. Кроме того, помощь технического характера можно получить у региональных консультантов ЮНЭЙДС, работающих в региональных группах поддержки, и в Департаменте по сбору данных Секретариата ЮНЭЙДС, обратившись по следующему электронному адресу: AIDSreporting@unaids.org.

Построение показателей

В данном документе представлена информация, необходимая для построения показателей, в том числе:

- назначение показателя;
- периодичность сбора релевантной информации;
- рекомендуемые инструменты измерения;
- рекомендуемые методы измерения;
- краткое описание процедуры интерпретации показателя.

Инструменты измерения и источники данных

Основные инструменты измерения различаются в зависимости от исследуемого показателя и включают:

- выборочные обследования населения, репрезентативные на национальном уровне;³
- надзорные обследования поведения;
- специальные целевые обследования и анкетирования, включая обследования определенных групп населения (напр., обследования для анализа охвата определенными видами услуг);
- системы отслеживания пациентов;
- информационные системы в сфере здравоохранения;
- дозорный эпидемиологический надзор;
- анкета для определения Национальных обязательств и политических инструментов (НОПИ).

Основные инструменты измерения должны дополняться за счет использования имеющихся источников данных, включая документацию и аналитические обзоры программ, предоставляемые учреждениями здравоохранения и школами, а также специфическую информацию, получаемую в результате реализации мероприятий и программ в сфере проведения эпиднадзора за распространением ВИЧ.

Ценным источником данных для многих показателей являются организации гражданского общества, особенно это касается показателей, характеризующих меры вмешательства, где активную роль играют неправительственные, конфессиональные организации и организации на уровне общин. Примером является работа среди молодежи, ключевых групп населения повышенного риска и беременных женщин.

Во многих странах имеющиеся источники информации могут не включать основную массу данных, необходимых для составления ключевых показателей на национальном уровне. Для этих целей скорее всего потребуется адаптация существующих инструментов мониторинга или проведение дополнительных специфических обследований. Страны, которые проводят регулярные репрезентативные в национальном масштабе обследования по методу выборки среди различных групп населения, такие как обследование в области демографии и здравоохранения/обследование для показателей в области СПИДа, будут получать важную информацию, включая данные о поведении молодых людей. В странах, где проводятся другие виды обследований среди различных групп населения, в том числе обследования, не связанные с ВИЧ, такие обследования можно адаптировать с целью сбора данных для определенных ключевых показателей. В странах, где информацию также получают в школах, учреждениях системы здравоохранения и у работодателей, в процесс сбора данных можно включить соответствующие требования к сбору данных о ВИЧ.

³ Такие как обследования в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), обследования для выявления показателей в области СПИДа (ОПС), а также многоиндикаторные кластерные обследования МИКС.

Числители и знаменатели

В данном документе содержатся подробные инструкции относительно измерения национальных ответных мер по каждому ключевому показателю. Большинство ключевых показателей на национальном уровне включают числители и знаменатели для расчета процентных величин, которые определяют нынешнее состояние национальных ответных мер.


При расчете показателя странам настоятельно рекомендуется обращать особое внимание на даты получения конкретных данных. Если данные собраны в различное время для числителей и знаменателей, это отрицательно скажется на точности и достоверности такой информации.

Описанные здесь методы были разработаны для того, чтобы содействовать процессу построения глобальных оценок с использованием данных, полученных на национальном уровне. Эти методы можно использовать на субнациональном уровне, однако для принятия решений на уровне ниже национального более подходящими могут быть более простые, быстрые и гибкие подходы, приспособленные к местным условиям.

Данные с разбивкой по позициям: пол и возраст

Одним из основных уроков, полученных в ходе предыдущих раундов отчетности, является важность получения данных с разбивкой по позициям, например, данных с разбивкой по полу и возрасту. В 2010 году почти 80% стран представили данные для показателей хотя бы с некоторой долей разбивки. Хотя это и свидетельствует о значительном улучшении по сравнению с предыдущими раундами отчетности, ряд стран все еще не способен правильно проследить различия в ключевых показателях с разбивкой по возрасту и полу. По-прежнему жизненно важно, чтобы страны собирали данные для отдельных составляющих, а не в суммарном виде. Без данных с разбивкой по позициям трудно проследить широту и глубину мер, осуществляемых в ответ на эпидемию на национальном или глобальном уровне. В такой же мере трудно проследить доступ к мероприятиям, определить справедливость такого доступа, целесообразность уделения особого внимания определенным группам населения, а также значимые изменения во времени.

Странам настоятельно рекомендуется обеспечить, чтобы сбор данных с разбивкой по позициям, особенно по полу и возрасту, стал одним из краеугольных камней в их усилиях по мониторингу и оценке. По возможности следует анализировать и данные относительно справедливости предоставляемого доступа. Ключевые министерства должны пересмотреть собственные системы информации, обследования и другие инструменты для сбора данных с тем, чтобы они могли собирать данные с разбивкой по позициям на субнациональном уровне, в том числе на уровне отдельных учреждений и проектов. Особое внимание следует уделять процедуре отслеживания данных, представляемых с разбивкой, вплоть до национального уровня. Помимо этого до сведения организаций частного сектора и/или гражданского общества, участвующих в мерах в ответ на СПИД в соответствующей стране, необходимо довести значение данных с разбивкой по позициям и сделать сбор и распространение таких данных приоритетом для их текущей деятельности.

 Веб-сайт Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (www.unaids.org/AIDSreporting) четко определяет данные с разбивкой по позициям, которые необходимы для представления точных отчетных данных для числителя и знаменателя по каждому показателю (дополнительную информацию по этим показателям см. в предыдущем подразделе "Числители и знаменатели"). В целом, по возможности все данные должны разбиваться по половому и возрастному признакам. При возникновении каких-либо сложностей во время сбора данных с разбивкой по позициям можно вводить частичные данные, если в этом есть необходимость.

Если данные с разбивкой по позициям получить трудно, необходимую информацию для ключевых показателей иногда можно извлечь из более крупных совокупных данных, несмотря на то, что их источники будут отличаться в зависимости от страны. Странам следует обращаться за технической помощью в систему Организации Объединенных Наций, включая страновые отделения ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также к партнерам ООН, если им требуется помощь в получении доступа к данным с разбивкой по позициям, необходимым для правильного выполнения измерений ключевых показателей. Для сбора и подтверждения данных правительствам рекомендуется использовать не только свои внутренние информационные ресурсы. Во многих случаях ценные первичные и вторичные данные могут предоставить организации гражданского общества.

Новые и репрезентативные данные обследований

Чтобы измерить показатели на основании результатов обследований населения в целом, используйте самые последние данные обследований, репрезентативных на национальном уровне. В некоторых случаях это может означать, что данные, представленные в рамках данного раунда, будут такими же, как и данные, представленные в ходе предыдущего раунда, поскольку обычно такие обследования проводятся раз в

пять лет. В том случае, если более поздние данные не были получены, не следует повторно вводить данные обследований, которые уже были представлены в отчетности за 2012 год. Это данные уже будут содержаться в соответствующих полях формы, их необходимо только подтвердить.

Обеспечение репрезентативности выборок при проведении обследований среди ключевых групп населения, представляет собой сложную техническую задачу. В настоящее время разрабатываются методы, направленные на обеспечение репрезентативности выборок таких групп населения (напр., выборок, составленных на основе ответов самих респондентов). Однако существует мнение, что, пока эти методы остаются несовершенными, странам, возможно, не удастся гарантировать репрезентативность выборок, используемых для проведения обследований среди групп населения повышенного риска инфицирования ВИЧ. Таким образом, странам рекомендуется использовать самые последние результаты обследований ключевых групп населения, причем они должны быть проверены и одобрены техническими экспертами в соответствующей стране, например членами технических рабочих групп по мониторингу и оценке или членами национальных советов по исследованиям.

Интерпретация и анализ

Поскольку в последующем разделе данного документа приводится анализ всех ключевых показателей, а также их преимуществ и недостатков, прежде чем начинать сбор и анализ информации, странам следует внимательно проанализировать содержащуюся в нем информацию, так как она объясняет, как интерпретировать каждый из показателей, а также как решить любой проблемный вопрос, который может быть с ними связан. Кроме того, вопросы, поднятые в этом разделе, необходимо проанализировать до завершения работы по выполнению промежуточного анализа достигнутого прогресса, чтобы удостовериться в точности своих выводов по каждому показателю.

Разделы, посвященные преимуществам и недостаткам каждого из ключевых показателей, имеют целью повысить точность и последовательность данных, предоставляемых в ЮНЭЙДС. В настоящем разделе содержится также дополнительная информация относительно значимости конкретного показателя. В данном разделе отмечается, что в разных странах может применяться разный подход к решению тех или иных вопросов, в т.ч. касающихся взаимосвязи между затратами и доходами на местном уровне, стандартов качества и схем лечения.

После того как страны составят свои отчеты о достигнутом прогрессе, им настоятельно рекомендуется продолжить анализ полученных данных. Это позволит им лучше понять ответные меры, принимаемые на национальном уровне, и определить возможности для их улучшения. Странам следует внимательно проанализировать взаимосвязь между политикой, реализацией программ по ВИЧ, изменениями в поведении, поддающимися проверке, и показателями динамики эпидемии ВИЧ. Например, если в стране существует политика, направленная на снижение передачи ВИЧ от матери ребенку, имеет ли также эта страна программы на местах, которые предоставляют беременным женщинам услуги по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку? Если такие программы на местах существуют, охватывают ли они достаточное количество женщин, чтобы повлиять на количество детей в этой стране, рожденных с ВИЧ-инфекцией?

Такие взаимосвязи существуют в каждом аспекте национальных ответных мер, и многие наиболее важные из них отражены в ключевых показателях на национальном уровне, включенных в настоящее пособие. Для эффективного анализа таких взаимосвязей странам необходимо использовать как можно более широкий массив имеющихся данных, включая количественную и качественную информацию как из государственного, так и частного сектора. Чрезмерное использование данных какого-либо одного типа или данных из какого-либо одного источника снижает вероятность получения перспективы или правильных представлений, необходимых для понимания взаимосвязей и определения любых существующих или зарождающихся тенденций.

Выбор показателей

На основании знаний о своей эпидемиологической ситуации странам следует проанализировать все показатели и определить, какие из них применимы к их конкретной ситуации. Например, стране с эпидемией, концентрированной только среди работников секс-бизнеса, а также мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, не требуется предоставлять данные по ключевым показателям, касающимся лиц, потребляющих инъекционные наркотики. При этом странам рекомендуется регулярно проводить оценку ситуации, чтобы удостовериться, что потребление инъекционных наркотиков не развивается по сценарию, вызывающему беспокойство. Также данным странам настоятельно рекомендуется рассчитывать конкретные показатели для работников секс-бизнеса и мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, а также более широкие показатели (напр., знания молодых людей о ВИЧ, половые контакты с повышенным уровнем риска среди

женщин и мужчин, пользование презервативами во время половых контактов с повышенным уровнем риска), которые важны для прослеживания распространения ВИЧ-инфекции среди населения в целом.

Аналогичным образом, странам с генерализованной эпидемией следует предоставлять данные по максимальному числу показателей, касающихся ключевых групп населения повышенного риска. Например, страна с эпидемией с более высоким показателем распространенности ВИЧ также может иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. По этой причине для такой страны будет полезно рассчитать и представить показатели, касающиеся ключевых групп населения повышенного риска.

Если страна не предоставляет данных по какому-либо показателю, ей необходимо указать следующее:

- (i) отсутствуют ли данные для характеристики такого показателя;
- или же
- (ii) считается, что такой показатель неприменим к эпидемиологической ситуации в данной стране.

Если считается, что это актуально для данной области с точки зрения эпидемии и ответных мер, но что сам показатель не актуален или не целесообразен для мониторинга данной проблемы, это следует указать в графе для комментариев в электронной системе отчетности.

Если для мониторинга конкретной проблемы в данной стране эффективно используется альтернативный показатель, следует упомянуть этот показатель в графе «Комментарии» (в т.ч. привести его полное описание и метод измерения), а также включить все имеющиеся данные для этого показателя.

Роль гражданского общества

Гражданское общество играет ключевую роль в осуществлении мер в ответ на эпидемию СПИДа во всех странах мира. Наличие у организаций гражданского общества обширных знаний превращает их в идеальных партнеров в процессе подготовки страновых отчетов о достигнутом прогрессе. В частности, организации гражданского общества имеют хорошие возможности для предоставления количественной и качественной информации с целью дополнить данные, собираемые правительством.

Национальным комитетам/комиссиям/советам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует стремиться к тому, чтобы использовать вклад всех организаций гражданского общества, в том числе неправительственных организаций, объединений людей, живущих с ВИЧ, профессиональных организаций, женщин, молодых людей, профсоюзов и организаций на уровне общин, при подготовке отчетов по ключевым показателям на национальном уровне, составляющих основу Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года. Невозможно переоценить важность обеспечения вклада всех организаций гражданского общества, включая людей, живущих с ВИЧ. Гражданское общество представляет самые различные организации и точки зрения, каждая из которых может оказаться ценной в процессе мониторинга и оценки мер по борьбе со СПИДом в соответствующей стране.

Национальным комитетам по СПИДу или эквивалентным им структурам следует предоставлять организациям гражданского общества удобный доступ к своим планам по сбору данных и к данным для включения в знаменатели. Также необходимо разработать простой механизм подачи и оценки информации. Промежуточные результаты анализа о достигнутом прогрессе должны включать данные, полученные от организаций гражданского общества. В рамках таких усилий организации гражданского общества также следует приглашать к участию в семинарах на национальном уровне для определения того, каким образом они смогут оказать оптимальную поддержку процессу подготовки страновой отчетности. Гражданскому обществу в каждой стране необходимо обеспечить достаточные возможности для анализа и внесения своих замечаний по собранным данным до того, как они будут окончательно утверждены и представлены. Необходимо обеспечить широкое распространение отчета, направляемого в ЮНЭЙДС, для того чтобы гражданское общество имело к нему открытый доступ.

Сотрудники ЮНЭЙДС на уровне соответствующей страны готовы помочь в организации участия гражданского общества на всех этапах этого процесса.

В частности, сотрудникам ЮНЭЙДС на уровне соответствующей страны необходимо:

- проинформировать организации гражданского общества относительно показателей и процесса представления отчетности;
- оказать техническую помощь при сборе, анализе и представлении отчетных данных, включая целевую поддержку людям, живущим с ВИЧ;

РЕАЛИЗАЦИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

- обеспечить распространение отчетов, в том числе, по мере возможности, на национальных языках.

Как и ранее, ЮНЭЙДС будет принимать неофициальные отчеты от организаций гражданского общества. Необходимо отметить, что неофициальные отчеты не имеют целью обеспечить параллельный процесс представления отчетности для гражданского общества. По мере возможности ЮНЭЙДС поддерживает включение организаций гражданского общества в национальные процессы отчетности, как описано выше. Неофициальные отчеты призваны представить альтернативную точку зрения там, где есть большая уверенность в том, что гражданское общество не включено должным образом в национальный процесс представления отчетности, где правительства не направляют отчеты о достигнутом прогрессе или где данные, предоставляемые правительством, значительно отличаются от данных, собираемых гражданским обществом, отслеживающим прогресс, достигнутый правительством в оказании услуг.

Содержание отчета

Ожидается, что в 2013 году страны представят данные по всем показателям национального уровня, применимым к их ответным мерам.

Национальные правительства отвечают за представление показателей на национальном уровне при поддержке со стороны институтов гражданского общества, а также, по возможности, партнеров по процессу развития. Процедуры, изложенные в настоящем пособии, следует использовать для сбора и расчета необходимых данных для каждого показателя.

Странам также следует, по возможности, направлять ссылки на свои основные отчеты или копии отчетов, из которых взяты данные по различным показателям. Направить такие отчеты можно с использованием электронной системы глобальной отчетности. Это ускорит анализ данных, в том числе анализ существующих тенденций, а также сравнительный анализ по странам.

Как указано выше, а также в соответствии с Политической декларацией по ВИЧ/СПИДу 2011 года, гражданское общество, включая людей, живущих с ВИЧ, следует вовлекать в процесс подготовки отчетности. Все организации частного сектора должны иметь аналогичные возможности для участия в процессе представления отчетности. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует национальным правительствам организовать семинар или форум для широкого представления и обсуждения данных, включаемых в отчетность о достигнутом прогрессе, до их направления в ЮНЭЙДС. Во многих странах существуют объединенные группы ООН по СПИДу, готовые содействовать такому диалогу.

Данные по показателям будут опубликованы после того, как завершится процесс их проверки, подтверждения и согласования с использованием системы AIDSinfo⁴.

➡ При возникновении каких-либо вопросов странам рекомендуется обращаться в региональный офис ЮНЭЙДС или в главный офис организации в Женеве по электронному адресу AIDSreporting@unaids.org. Обновленную информацию относительно отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД можно будет найти на веб-сайте ЮНЭЙДС по адресу <http://www.unaids.org/AIDSreporting>.

Рекомендации о направлении отчетности

➡ Странам, которым требуется дополнительная информация об инструментах составления и механизмах направления отчетности, следует обращаться за технической помощью к консультантам ЮНЭЙДС по стратегической информации и в рабочие группы по мониторингу и оценке вопросов ВИЧ, работающим в соответствующей стране. За помощью также можно обратиться в Департамент по сбору данных Секретариата ЮНЭЙДС по электронной почте ungassindicators@unaids.org.

Система отчетности

➡ Страны должны направлять свои отчеты с использованием электронной системы глобальной отчетности, которую можно найти по адресу <http://AIDSreportingtool.unaids.org>. Для каждой страны назначается национальный координатор, который будет отвечать за доступ к данной системе и введение страновой информации для ее дальнейшего представления.

⁴ www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo

Пользователи могут входить в систему для редактирования или просмотра содержащейся в ней информации. В рамках редактирования они могут вносить изменения или дополнения в информацию, которая впоследствии будет представлена. В рамках просмотра они могут просмотреть информацию, которая будет представлена, но не смогут вносить в нее каких-либо изменений. Национальный координатор отвечает за предоставление соответствующих учетных данных, необходимых для получения доступа в систему.

Как указано выше, если страны не направляют данных для определенного показателя, им необходимо указать, чем это обусловлено: отсутствием соответствующих данных или тем, что они не считают этот показатель актуальным для характеристики эпидемии в стране. В соответствующей графе для комментариев можно оставить краткое пояснение по каждому показателю с указанием процедуры расчета числителей и знаменателей и степени точности комбинированных данных и данных с разбивкой по позициям.

Для завершения процесса направления отчета страна должна нажать кнопку «направить». Такое действие закроет сессию работы страны в электронной системе глобальной отчетности, и страна больше не сможет вносить изменения или дополнения в направляемую информацию с использованием данной системы. ЮНЭЙДС рассмотрит полученные данные и при необходимости запросит их уточнение. Если по предоставляемым данным у ЮНЭЙДС возникнут вопросы, то соответствующей стране будет предоставлен повторный доступ в систему для редактирования отправленной отчетности.

При возникновении каких-либо проблем с использованием электронной системы глобальной отчетности обращайтесь по адресу AIDSreporting@unaid.org.

Единая система отчетности по показателям ВОЗ и ЮНИСЕФ в сфере здравоохранения

Чтобы максимально облегчить задачу и упростить процесс подготовки отчетности, ведение отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, а также отчетности по показателям ВОЗ и ЮНИСЕФ в сфере здравоохранения, как и в предыдущих раундах отчетности, будет координироваться и осуществляться с использованием одной и той же электронной системы отчетности.

Во второй части данного руководства описаны дополнительные показатели в сфере здравоохранения.

При возникновении вопросов по дополнительным показателям обращайтесь по электронной почте hivstrategicinfo@who.int.

Даты направления отчетов

Данные по ключевым показателям следует направлять в электронной форме до 31 марта 2013 года.

По мере возможности данные следует вводить через веб-сайт глобальной отчетности (www.unaids.org/AIDSreporting). Это будет значительно способствовать процессу обработки данных и сведет к минимуму ошибки.

Просьба обратить внимание на то, что странам, которые не направляют свои данные в электронном виде, следует направить свои отчеты до 15 марта 2013 года, с тем чтобы предоставить время для ввода данных вручную в Базу данных об осуществлении глобальных ответных мер в штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.

Для облегчения последующих действий странам необходимо указать имя/фамилию и контактные данные лица, ответственного за представление отчетности.

Печатные экземпляры отчетов можно высылать по адресу:

Division chief, Data for Action Division
UNAIDS, 20 Avenue Appia CH-1211 Geneva 27, Switzerland

Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия

Чтобы страновой отчет о достигнутом прогрессе способствовал осуществлению глобальных мер в ответ на эпидемию, очень важно предоставлять в отчетности исчерпывающие данные по ключевым показателям. Странам настоятельно рекомендуется разрабатывать графики и намечать ключевые вехи для выполнения необходимых задач. Ниже представлены действия, необходимые для выполнения полного цикла отчетности.

Под руководством Национального комитета по СПИДу или эквивалентной ему структуры странам необходимо выполнить следующие задачи:

1. определить потребности в данных в соответствии с требованиями национального стратегического плана и настоящими руководящими принципами разработки ключевых показателей в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД;
2. разработать и распространить план сбора данных, включая графики и роли национального комитета по СПИДу или эквивалентного органа, других правительственных учреждений и институтов гражданского общества;
3. определить релевантные инструменты для сбора данных;
4. обеспечить необходимое финансирование для всего процесса сбора, анализа и представления данных;
5. обеспечить сбор и проверку данных в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
6. проанализировать данные в координации с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
7. заполнить соответствующие формы с данными;
8. предоставить заинтересованным участникам, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, возможность высказать замечания по проекту отчета;
9. ввести данные через веб-сайт отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>);
10. предоставить данные по показателям до 31 марта 2013 года или до 15 марта 2013 года для стран, не использующих электронную систему отчетности;
11. своевременно реагировать на запросы ЮНЭЙДС, ВОЗ или ЮНИСЕФ по предоставленной отчетности.

Важно, чтобы представляемые данные были подтверждены и согласованы всеми партнерами в стране. Электронная система отчетности позволяет это сделать, предоставляя возможность передать право доступа для просмотра информации заинтересованным сторонам на национальном уровне. Согласно сообщениям нескольких стран, эта функция дала многочисленным партнерам, в т.ч. представляющим институты гражданского общества, возможность просмотреть соответствующую информацию и внести свой вклад в подготовку отчетности, что позволило осуществить процесс консультаций и подтверждения быстрее и с участием большего количества заинтересованных сторон.

В Приложение 4 включен суммарный контрольный перечень, который можно использовать при подготовке и представлении странового отчета о достигнутом прогрессе.

Изменения в системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2013 году

Показатели и формат предоставления отчетности базируются на успешной работе в ходе предыдущих раундов отчетности. Показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных ответных мер в ответ на СПИД (ранее известные как показатели ССГАООН) ранее предоставлялись каждые два года. Однако, с учетом необходимости составления специального промежуточного анализа в 2013 году потребуются обновленные данные на страновом, региональном и глобальном уровнях.

В целях облегчения процесса отчетности:

- Будет применяться тот же набор показателей, что и в 2012 году. Будут введены только следующие изменения:
 - уточнения в области формирования показателя охвата ППМР (показатель 3.1), отражающие последние события в этой сфере;
 - уточнения в области формирования показателя охвата ППМР (показатель 4.1), отражающие последние события в этой сфере;
 - в 2013 году по Национальным обязательствам и политическим инструментам (НОПИ) не нужно предоставлять полную отчетность, необходимо заполнить только короткий опросник. Отчетность по НОПИ будет предоставляться раз в два года.
- Предоставление отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в повествовательной форме не потребует.
- Данные обследований, которые не обновлялись с 2012 года, не нужно вводить повторно. (т.е. показатели 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 10.1, 10.2). В то же время, у стран есть возможность подтвердить свои наиболее свежие данные.

Будет добавлено два дополнительных показателя: распространенность обрезания крайней плоти у мужчин и количество мужчин, прошедших данную процедуру, однако данные показатели будут применяться только в 16 странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции и низкой распространенностью обрезания среди мужчин.

Сохранится единая система отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД и по показателям ВОЗ и ЮНИСЕФ в сфере здравоохранения. Во второй части данного руководства описаны дополнительные показатели в сфере здравоохранения.

Ключевые показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД

Отдельные показатели могут применяться для отслеживания хода выполнения нескольких целей.

Цели	Показатели	
<p>Цель 1. Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50% до 2015 года</p> <p><i>Население в целом</i></p>	1.1	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*
	1.2	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет
	1.3	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
	1.4	Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*
	1.5	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
	1.6	Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ*
<p><i>Работники секс-бизнеса</i></p>	1.7	Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ
	1.8	Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом
	1.9	Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
	1.10	Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ
<p><i>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</i></p>	1.11	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ
	1.12	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной
	1.13	Процент мужчин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
	1.14	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ
<p>Цель 2. Снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году</p>	2.1	Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год
	2.2	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта
	2.3	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
	2.4	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
	2.5	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ

<p>Цель 3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа⁷</p>	3.1	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
	3.2	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения
	3.3	Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)
<p>Цель 4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году</p>	4.1	Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают*
	4.2	Процент взрослых и детей, живущих с ВИЧ, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала
<p>Цель 5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году</p>	5.1	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ
<p>Цель 6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов к 2015 году и обеспечить ежегодные инвестиции на уровне 22 -24 млрд. долларов США в странах со средним и низким уровнем доходов</p>	6.1	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования
<p>Цель 7. Устранение гендерного неравенства</p>	7.1	Доля вступающих в брак или имевших сексуального партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев <i>Все показатели с разбивкой по полу могут быть использованы для измерения прогресса в достижении цели 7</i>
<p>Цель 8. Решение проблем стигмы и дискриминации</p>		<i>Построение показателя: планируется, что ведение отчетности по показателю стигмы среди населения в целом начнется с 2014 года</i>
<p>Цель 9. Устранение ограничений на перемещения</p>		<i>Сбором данных по ограничениям на перемещение занимается непосредственно отделение ЮНЭЙДС по правам человека и праву; отчетность не требуется</i>
<p>Цель 10. Укрепление социальной интеграции ВИЧ-инфицированных больных</p>	10.1	Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*
	10.2	Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали финансовую помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев <i>Построение показателей</i>
<p>Вопросы о политике страны (актуальны для всех 10 целей)</p>		<i>Специальный опросник по отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Отчетность по Национальным обязательствам и политическим инструментам (НОПИ) в 2013 году предоставляться не будет</i>

* Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

7. Глобальный план по предотвращению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и сохранению жизни их матерей определяет данную цель следующим образом:

1. Сократить количество новых случаев ВИЧ-инфицирования среди детей на 90%
2. Сократить материнскую смертность вследствие СПИДа на 50%

Более подробную информацию можно получить по адресу: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf



ЦЕЛЬ 1. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА 50% К 2015 ГОДУ

Население в целом

- 1.1 Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ*
- 1.2 Процент молодых женщин и мужчин, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет
- 1.3 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
- 1.4 Процент взрослых в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта*
- 1.5 Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.6 Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ*

Работники секс-бизнеса

- 1.7 Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ
- 1.8 Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом
- 1.9 Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.10 Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами

- 1.11 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ
- 1.12 Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной
- 1.13 Процент мужчин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 1.14 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ

* Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

1.1 Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ

Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ.

Предназначение

Этот показатель используется для измерения прогресса в обеспечении всеобщего доступа к знаниям об основных фактах передачи ВИЧ

Обоснование

Эпидемии ВИЧ распространяются главным образом в результате передачи инфекции половым путем новым поколениям молодых людей. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшей предпосылкой – хотя зачастую и недостаточной – для принятия поведения, снижающего риск передачи ВИЧ.

Числитель:	Число респондентов в возрасте 15-24 лет, которые дали правильные ответы на все пять вопросов
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15-24 лет
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования)</p> <p>Данный показатель рассчитывается на основе ответов на следующий ряд вопросов с подсказками:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если иметь половые контакты только с одним верным неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?2. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ, если постоянно использовать презервативы?3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ?4. Можно ли заразиться ВИЧ через укус комара?5. Можно ли заразиться ВИЧ, если принимать пищу совместно с ВИЧ-инфицированным?
Частота сбора данных:	Предпочтительно: раз в два года; минимум: раз в 3–5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (15-19 и 20-24 лет)

Пояснение к числителю

Первые три вопроса нельзя изменять. Вопросы 4 и 5 касаются местных неверных представлений, и вместо них можно задавать вопросы, касающиеся неправильных представлений, наиболее распространенных в вашей стране. Например: «Может ли человек заразиться ВИЧ через объятия и пожатие рук инфицированного человека?» или «Может ли человек заразиться ВИЧ в результате действия сверхъестественных сил?»

Тех, кто никогда не слышали и ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель. Ответ «не знаю» следует показывать как неправильный.

Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).

Преимущества и недостатки

Мнение о том, что здоровый на вид человек не может быть инфицирован ВИЧ, является широко распространенным неправильным понятием, что может привести к незащищенным половым контактам с инфицированными партнерами. В равной мере важно знать истинные пути передачи ВИЧ, а также понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными.

Например, представление о том, 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. Этот показатель имеет особое значение в странах, где знания о ВИЧ и СПИДе являются слабыми, поскольку он позволяет легко определить, как постепенно улучшается уровень знаний в стране с течением времени. В то же время этот показатель играет важную роль и в других странах, поскольку его можно использовать для проверки того, поддерживается ли уже существующий высокий уровень знаний.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / ОПС можно найти на следующем веб-сайте: www.measuredhs.com.

1.2 Половые контакты в возрасте до 15 лет

Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в увеличении возраста начала половой жизни среди молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет.

Обоснование

Во многих странах существует важная целевая задача – увеличить возраст начала половой жизни и исключить половую жизнь до брака, поскольку это позволяет уменьшить потенциальный риск заражения молодых людей ВИЧ. Кроме того, имеются данные, которые указывают на то, что более позднее начало половой жизни уменьшает восприимчивость к инфекции в результате полового акта, по крайней мере, для женщин.

Числитель:	Число респондентов (в возрасте 15–24 лет), которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 15 лет
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15–24 лет
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования) Респондентов спрашивают, имели ли они когда-либо половой акт, и если да, им задают вопрос: В каком возрасте у вас был первый половой контакт?
Частота сбора данных:	Каждые 3-5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (15-19 и 20-24 лет)

Преимущества и недостатки

В странах с очень малым числом молодых людей, которые имели половые контакты в возрасте до 15 лет, возможно, следует использовать альтернативный показатель: «Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 20–24 лет, которые указали на то, что они начали половую жизнь в возрасте до 18 лет». Преимущество использования показанных респондентами данных о возрасте начала половой жизни (по сравнению с медианным возрастом) заключается в том, что расчет является простым и позволяет проводить сравнения во времени. Знаменатель определяется легко, поскольку в него включаются все члены обследуемой выборки.

Сложность заключается в том, чтобы проследить изменения данного показателя за короткий период времени, поскольку на значение знаменателя могут влиять только члены данной группы, т.е. те, кому было меньше 15 лет в начале периода, за который оцениваются тенденции. Если же этот показатель оценивается каждые два-три года, в таком случае, вероятно, лучше сконцентрировать внимание на изменениях в уровнях для возрастной группы 15–17 лет. Если этот показатель оценивается каждые пять лет, в этом случае существует возможность проанализировать возрастную группу 15–19 лет.

В странах, где программы профилактики ВИЧ поощряют более позднее начало половой жизни или девственность, ответы молодых людей на данный вопрос могут включать систематическую ошибку, включая намеренное неправильное указание возраста начала половой жизни.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / ОПС можно найти на следующем веб-сайте: www.measuredhs.com.

1.3 Половые контакты с несколькими сексуальными партнерами

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев

Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в снижении процентного показателя людей, которые имеют половые контакты с разными сексуальными партнерами.

Обоснование

Распространение ВИЧ во многом зависит от распространенности незащищенного секса среди людей, у которых имеется большое количество партнеров. Лица, у которых много партнеров, имеют более высокий риск заражения ВИЧ по сравнению с теми, кто не связан с более широкой сетью половых контактов.

Числитель:	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15–49 лет
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования) Респондентов просят рассказать о своем сексуальном опыте. Анализ полученной от них информации позволяет определить, было ли у респондента более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев
Частота сбора данных:	Каждые 3-5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)

Преимущества и недостатки

Настоящий показатель позволяет получить данные об уровнях распространения сексуальной практики с повышенным фактором риска. Если у людей имеется только один сексуальный партнер, это изменение будет отражено в изменениях данного показателя. Однако если люди просто уменьшат число своих сексуальных партнеров, данный показатель не отразит изменения, даже если потенциально это может оказывать значительное воздействие на распространение эпидемии ВИЧ и может рассматриваться как успех программы. Для отражения снижения числа сексуальных партнеров в целом, возможно, понадобятся дополнительные показатели.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / ОПС можно найти на следующем веб-сайте: www.measuredhs.com.

1.4 Использование презерватива во время последнего полового контакта людьми, имеющими половые контакты с несколькими сексуальными партнерами

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ через незащищенные половые контакты с нерегулярными партнерами.

Обоснование

Использование презервативов является важной мерой защиты от ВИЧ, особенно среди людей, у которых несколько сексуальных партнеров.

Числитель:	Число респондентов (в возрасте 15-49 лет), которые указали на то, что у них были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев, а также на то, что во время последнего полового контакта они использовали презерватив
Знаменатель:	Число респондентов (в возрасте 15-49 лет), которые указали на то, что у них были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев.
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования)</p> <p>Респондентов просят рассказать о своем сексуальном опыте. Анализ полученной от них информации позволяет определить, было ли у респондента более одного сексуального партнера за последние 12 месяцев, и если да, то использовал ли респондент презерватив во время последнего полового контакта</p>
Частота сбора данных:	Каждые 3-5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)

Преимущества и недостатки

Данный показатель показывает, в какой степени люди, которые склонны иметь половые контакты с повышенным уровнем риска (т.е. регулярно менять партнеров), пользуются презервативами. В то же время более широкое значение любого данного показателя будет зависеть от степени, в какой люди вступают в такие контакты. Таким образом, следует осторожно интерпретировать уровни и тенденции, используя данные, полученные относительно процента людей, у которых за последний год было более одного сексуального партнера.

Использование презерватива наиболее эффективно тогда, когда его используют постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель не отражает уровень постоянного использования презервативов. В то же время применение альтернативного метода опроса – использовали ли вы презерватив постоянно/иногда/никогда не использовали во время контактов с нерегулярными партнерами в течение определенного периода времени – может привести к ошибке (трудно вспомнить). Кроме того, тенденции, характеризующие использование презервативов во время самого последнего полового контакта, обычно отражают тенденции, характеризующие постоянное использование презерватива.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / ОПС можно найти на следующем веб-сайте: www.measuredhs.com.

1.5 Тестирование на ВИЧ среди населения в целом

Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования.

Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, людям важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

Числитель:	Число респондентов в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста.
Знаменатель:	Число всех респондентов в возрасте 15-49 лет В знаменатель включаются респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ или СПИДе
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования) Респондентам задают следующие вопросы: <ol style="list-style-type: none">1. Я не хочу знать результаты, но проходили ли вы тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев? Если «да»:2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?
Частота сбора данных:	Каждые 3–5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)

Преимущества и недостатки

Слова «Я не хочу знать результаты [тестирования], но...» в начале вопроса располагают респондента, нежелающего говорить о своем серологическом статусе, к рассказу и снижают риск того, что такой респондент может утаить какую-либо информацию о прохождении теста на ВИЧ.

Знание результатов теста на ВИЧ, пройденного в течение последних 12 месяцев, не гарантирует того, что респондент знает свой ВИЧ-статус на текущий момент. Респондент мог инфицироваться ВИЧ за время, прошедшее с момента, когда он/она последний раз проходил/проходила тест на ВИЧ.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о получении доступа к данным ОДЗ / ОПС можно найти на следующем веб-сайте: www.measuredhs.com.

1.6 Распространенность ВИЧ среди молодых людей

Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, которые живут с ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ.

Обоснование

Целью мер в ответ на ВИЧ является снижение распространенности ВИЧ-инфекции.

Показатель распространенности ВИЧ в любом данном возрасте представляет собой разницу в кумулятивном количестве людей, заразившихся ВИЧ до данного возраста, минус число умерших, и выражается в виде процента от общего числа живущих в этом возрасте. В старшем возрасте изменения показателя распространенности ВИЧ отражают изменения в частоте возникновения новых инфекций (заболеваемость ВИЧ) с замедлением, поскольку средний период развития инфекции является длительным. Кроме того, снижение показателя распространенности ВИЧ может отражать насыщение инфекции среди людей, наиболее уязвимых к ней, и повышение уровня смертности, а не изменение поведения. В молодом возрасте тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ более точно отражают последние тенденции в области заболеваемости ВИЧ и рискованного поведения. Таким образом, снижение заболеваемости ВИЧ, связанное с подлинным изменением поведения, в первую очередь должно наблюдаться при анализе показателя распространенности ВИЧ в возрастной группе 15-24 лет (или даже 15–19 лет, если существует возможность разбить данные по возрастному признаку). При наличии данных параллельного обследования поведения такие данные следует использовать для правильной интерпретации изменений показателя распространенности ВИЧ.

Тип эпидемии:	Страны с генерализованными эпидемиями
Числитель:	Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15–24 лет), имеющих положительные результаты тестирования на ВИЧ.
Знаменатель:	Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15–24 лет), прошедших тестирование на определение ВИЧ-статуса.
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Руководящие принципы проведения дозорного эпиднадзора за ВИЧ (ЮНЭЙДС, ВОЗ) Данный показатель рассчитывают с использованием данных, полученных для беременных женщин, посещающих клиники дородовой женской консультации на участках дозорного эпиднадзора за ВИЧ в столичном городе и в других городских и сельских районах Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени
Частота сбора данных:	Ежегодно
Разбивка:	Нет

Преимущества и недостатки

В странах, где молодые люди начинают половую жизнь в более позднем возрасте и/или уровень использования контрацептивных средств является высоким, показатель распространенности ВИЧ среди беременных женщин в возрасте 15–24 лет будет отличаться от показателя для всех женщин этой возрастной группы.

Этот показатель (на основе данных, полученных клиниками дородовой женской консультации) дает довольно хорошую оценку относительно последних тенденций в распространении ВИЧ-инфекции там, где эпидемия обусловлена гетеросексуальными контактами. Он менее надежен для характеристики тенденций в эпидемии ВИЧ там, где большая часть инфекций по-прежнему временно ограничивается ключевыми группами населения.

Для дополнения данных, полученных клиниками дородовой женской консультации, все большее число стран проводит тестирование на ВИЧ в рамках обследований среди населения. Если в стране получены оценки относительно распространенности ВИЧ на основании обследований, такие оценки следует включать в графу для комментариев по данному показателю для сравнения различных обследований. При наличии оценок на основе обследований их следует разбить по половому признаку.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. 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.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти по следующей ссылке:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc954-anc-serosurveys_guidelines_en.pdf

1.7 Работники секс-бизнеса: программы профилактики

Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации основных элементов программ профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса.⁸

Обоснование

Работников секс-бизнеса зачастую трудно охватить программами профилактики ВИЧ. Однако, для предупреждения распространения ВИЧ и СПИДа среди этой группы населения, а также среди населения в целом, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения с повышенным риском. В таком случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель:	Число работников секс-бизнеса, ответивших «да» на оба вопроса
Знаменатель:	Общее число работников секс-бизнеса, принявших участие в обследовании.
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тест на ВИЧ?2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев (напр., в рамках услуг по методу «аутрич», через центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)? <p>Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).</p> <p>По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученных от них, не разглашается.</p>
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из работников секс-бизнеса и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

8. Этот показатель охватывает только два основных элемента программ профилактики для работников секс-бизнеса. Следует признать, что он не показывает частоту получения доступа к услугам среди этих групп населения или качество таких услуг. Эти ограничения указывают на то, что данный показатель может завышать уровень охвата услугами по профилактике ВИЧ среди работников секс-бизнеса. Несмотря на рекомендацию проводить постоянный мониторинг данного показателя для определения тенденций в изменении охвата минимальными услугами, необходимо также принимать дополнительные меры, чтобы точно определить, предоставляются ли адекватные услуги по профилактике ВИЧ указанным группам населения.

Использование этих показателей в целях отчетности не следует интерпретировать в том смысле, что данных услуг достаточно для реализации программ профилактики ВИЧ среди этих групп населения. Набор описанных выше ключевых мер вмешательства должен составлять часть комплексной программы профилактики ВИЧ, которая также включает такие элементы как предоставление информации о профилактике ВИЧ (напр., через программы информационно-просветительской работы на местах и просвещения среди лиц одного круга), лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и др. Другую информацию об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса можно найти в документе «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа».

Данный показатель касается услуг, полученных в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, пожалуйста, включите эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, также рекомендуется использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Кроме вышеуказанных данных, включите в отчет также программные данные для этого показателя, используя графу для введения текста, предусмотренную электронной системой отчетности.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007 г.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.8 Работники секс-бизнеса: использование презерватива

Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении вероятности контакта с ВИЧ среди работников секс-бизнеса в результате незащищенных половых контактов с клиентами.

Обоснование

Существуют различные факторы, которые повышают риск заражения 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 уменьшить риск передачи ВИЧ, как от клиентов, так и клиентам, если они будут постоянно и правильно пользоваться презервативами.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди работников секс-бизнеса. В данном случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель:	Число работников секс-бизнеса, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом.
Знаменатель:	Число респондентов, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев.
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований Респондентам задают следующий вопрос: Пользовались ли вы презервативом при половом контакте с вашим последним клиентом? По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах. Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученных от них, не разглашается.
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Использование презерватива является наиболее эффективным тогда, когда его используют постоянно, а не от случая к случаю. Текущий показатель будет завывать уровень постоянного использования презервативов. В то же время, применение альтернативного метода опроса – использовали ли вы презерватив постоянно/иногда/никогда не использовали во время контактов с нерегулярными сексуальными партнерами в течение определенного периода времени – может привести к ошибке (трудно вспомнить). Кроме того, тенденции, характеризующие использование презерватива во время самого последнего полового контакта, обычно отражают тенденции, характеризующие постоянное использование презерватива.

Данный показатель касается оказания платных сексуальных услуг в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Проводить обследование среди работников секс-бизнеса может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из представителей групп населения, которым грозит самый высокий риск, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.9 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса

Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди работников секс-бизнеса.

Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, работникам секс-бизнеса важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения. Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения с повышенным риском. В таком случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель: Число респондентов, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

Знаменатель: Число работников секс-бизнеса, ответивших на эти вопросы

Расчет: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований

Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:

1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев?

Если «да»:

2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

По мере возможности данные для работников секс-бизнеса следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.

Информация, обеспечивающая доступ к работникам секс-бизнеса, а также к данным, полученных от них, не разглашается.

Частота сбора данных: Раз в два года

Разбивка:

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из работников секс-бизнеса и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Отслеживать во времени работников секс-бизнеса для определения прогресса может быть проблематично, так как они относятся к мобильным и труднодоступным группам населения, и многие из них имеют скрытый характер. Таким образом, в описательной части отчета следует указывать информацию о характере выборки для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.10 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса

Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса.

Обоснование

Показатель распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса обычно выше, чем среди населения в целом как в странах с концентрированными эпидемиями, так и в странах с генерализованными эпидемиями. В о многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса имеет очень большое значение для успешной реализации мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди работников секс-бизнеса. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель: Число работников секс-бизнеса, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ

Знаменатель: Число работников секс-бизнеса, прошедших тестирование на ВИЧ

Расчет: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011 год)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора.

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени

Частота сбора данных: Ежегодно

Разбивка:

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

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 анализе данных о распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые были задействованы в секс-бизнесе на протяжении менее одного года). Данный вид анализа имеет определенное преимущество: на его результаты не влияет воздействие АРТ-терапии, повышающее процент выживаемости больных и, соответственно, увеличивающее показатели распространенности ВИЧ.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом участия в секс-бизнесе в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа к работникам секс-бизнеса систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации. Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с какой-либо более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из основных групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные и о других возрастных группах.

Тенденции в изменении распространенности ВИЧ среди работников секс-бизнеса в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время, это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. 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.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти по следующей ссылке:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска: WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)

1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: ВИЧ профилактики

Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации основных элементов программ профилактики ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.⁹

Обоснование

Мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ), зачастую трудно охватить программами по профилактике ВИЧ. Однако для того чтобы предупредить распространение ВИЧ и СПИДа среди этой группы населения, а также среди населения в целом, важно, чтобы они имели доступ к таким услугам.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения с повышенным риском. В таком случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель:	Число МСМ, ответивших «да» на оба вопроса
Знаменатель:	Общее число опрошенных МСМ
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований Респондентам задают следующие вопросы: <ol style="list-style-type: none">1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тест на ВИЧ?2. Получали ли вы презервативы за последние 12 месяцев (напр., в рамках услуг по методу «аутрич», через центры консультации без предварительной записи или клиники по охране полового здоровья)? Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя) По мере возможности данные для МСМ следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из МСМ и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Использование этих показателей в целях отчетности не следует интерпретировать в том смысле, что данные услуг достаточно для реализации программ профилактики ВИЧ в рамках этой группы населения.

⁹ Этот показатель охватывает только два основных элемента программ профилактики для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. Следует признать, что этот показатель не показывает частоту получения доступа к услугам среди этих групп населения или качество таких услуг. Эти ограничения указывают на то, что данный показатель может завышать уровень охвата услугами по профилактике ВИЧ среди мужчин-имеющих половые контакты с мужчинами. Несмотря на рекомендацию проводить постоянный мониторинг данного показателя для определения тенденций в изменении охвата минимальными услугами, необходимо также принимать дополнительные меры, чтобы точно определить, предоставляются ли адекватные услуги по профилактике ВИЧ указанным группам населения.

Набор описанных выше ключевых мер вмешательства должен составлять часть комплексной программы профилактики ВИЧ, которая также включает такие элементы, как предоставление информации о профилактике ВИЧ (напр., через программы информационно-просветительской работы на местах и просвещения среди лиц одного круга), лечение при инфекциях, передающихся половым путем, и др. Более подробную информацию об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди основных групп населения повышенного риска можно найти в документе «Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа».

Данный показатель касается услуг, полученных в течение последних 12 месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, пожалуйста, включите эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется использовать также для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Кроме вышеуказанных данных, включите в отчет также программные данные для этого показателя, используя графу для введения текста, предусмотренную электронной системой отчетности.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.12 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: использование презерватива

Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении вероятности заражения ВИЧ среди мужчин, имеющих незащищенные анальные половые контакты с мужчинами.

Обоснование

Применение презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Следовательно, постоянное и правильное использование презерватива имеет большое значение для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Кроме того, мужчины, практикующие анальный секс с другими мужчинами, также могут иметь партнеров-женщин, которые также могут заразиться. Использование презерватива во время секса с последним партнером-мужчиной считается надежным показателем поведения в долгосрочной перспективе.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами. В данном случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель:	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса
Знаменатель:	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной ¹⁰ последние шесть месяцев
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований</p> <p>При проведении обследования поведения в группе, включающей мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, респондентам задают вопросы о сексуальных партнерских отношениях за последние шесть месяцев, о наличии анального секса в рамках таких отношений и об использовании презерватива во время последнего анального секса.</p> <p>По мере возможности данные для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Информация, обеспечивающая доступ к респондентам, а также к данным, полученным от них, не разглашается.</p>
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, использование презерватива во время последнего анального секса с любым партнером является хорошим показателем общих уровней и тенденций в отношении защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. Этот показатель не дает никакого представления о рискованном поведении во время половых контактов с женщинами среди мужчин,

¹⁰ Сюда включаются как регулярные, так и нерегулярные партнеры, а также платные и бесплатные половые контакты. Как и в случае с другими показателями, данный показатель позволяет получить лишь ограниченную информацию. Для всесторонней оценки моделей риска, связанного с наличием половых контактов между мужчинами, необходима дополнительная информация, включая информацию о типах и числе партнеров, а также о том, являются ли партнеры рецептивными или инсертивными.

имеющих половые контакты как с мужчинами, так и женщинами. В странах, где мужчины, включаемые в данную обследуемую подгруппу, могут иметь партнеров обоего пола, следует проанализировать практику использования презервативов во время контактов как с женщинами, так и с мужчинами. В этих случаях данные об использовании презервативов всегда следует показывать отдельно для партнеров-мужчин и партнеров-женщин.

Данный показатель касается половых контактов между мужчинами в течение последних шести месяцев. Если у вас имеются данные за другой период времени, например, за последние 3 или 12 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные в раздел с комментариями формы, используемой в рамках системы отчетности.

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, также рекомендуется использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких основных групп населения с повышенным риском. В таком случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель:	Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знают результаты своего теста.
Знаменатель:	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые включены в выборку
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований Респондентам задают следующие вопросы: 1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев? Если «да»: 2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста? По мере возможности данные для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах. Информация, обеспечивающая доступ к респондентам, а также к данным, полученным от них, не разглашается.
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Отслеживать во времени мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, для определения прогресса может быть проблематично, так как они относятся к мобильным и часто труднодоступным группам населения. Таким образом, в описательной части отчета следует указывать информацию о характере выборки для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, также рекомендуется использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

1.14 Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами

Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами.

Обоснование

Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами, обычно имеют самый высокий показатель распространенности ВИЧ в странах с концентрированными или генерализованными эпидемиями. В о многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, имеет очень большое значение для успешной реализации мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких основных групп населения с повышенным риском. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель:	Число MSM, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ
Знаменатель:	Число MSM, прошедших тестирование на ВИЧ
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011 год) Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора. Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени
Частота сбора данных:	Ежегодно
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">По возрастному признаку (<25/25+ лет)

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 анализе данных о распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые в течение последнего года впервые имели половой контакт с мужчиной). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и, следовательно, увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом половых контактов с другими мужчинами в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа к мужчинам, имеющим половые контакты с мужчинами, систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации. Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с какой-либо более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из основных групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные и о других возрастных группах.

Тенденции в изменении распространенности ВИЧ среди мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время, это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. 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.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти по следующей ссылке:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска: WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)



ЦЕЛЬ 2. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА 50% К 2015 ГОДУ

- 2.1 Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год
- 2.2 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта
- 2.3 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
- 2.4 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты
- 2.5 Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ

2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: программы профилактики

Число шприцев, распространенных в рамках программ по обмену игл и шприцев на одно лицо, потребляющее инъекционные наркотики, в год

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в улучшении охвата основными услугами по профилактике ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

Обоснование

Потребление наркотиков - основной путь передачи ВИЧ приблизительно в 10% случаев инфицирования ВИЧ в мировом масштабе и 30% случаев инфицирования ВИЧ за пределами территории Африки к югу от Сахары. Соответственно, одной из основных задач на пути к снижению бремени ВИЧ является профилактика передачи ВИЧ вследствие потребления инъекционных наркотиков.

Одна из девяти мер по изменению поведения в рамках всеобъемлющего комплекса мероприятий ВОЗ, ЮНОДК и ЮНЭЙДС по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики предусматривает реализацию программ по обмену шприцев (ПОШ).

Эти программы оказывают наибольшее воздействие на процесс профилактики ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и их эффективность в деле предотвращения распространения ВИЧ подтверждается множеством научно обоснованных фактов (см. информацию на сайте <http://www.who.int/hiv/topics/idu/needles/en/index.html>).

Числитель:	Число шприцев, распространенных в рамках ПОШ за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики в стране
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Данные программ используются для определения числа розданных шприцев (числитель) Производится приблизительная оценка размера группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики, в стране (знаменатель)
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	Нет

Преимущества и недостатки

Наблюдаются определенные трудности с подсчетом шприцев и игл. В одних случаях чаще всего используются шприцы с иглой объемом 1-2 мл, а в других – шприцы, которые требуют использования дополнительных игл. В основном, доступны только данные относительно числа шприцев, розданных в рамках ПОШ, в то время как данные относительно продаж через аптеки недоступны.

Определенные трудности также возникают при определении приблизительного размера группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики, в стране. В информационно-справочных материалах существует множество разных определений термина «люди/лица, потребляющие инъекционные наркотики». Соответственно, данные тоже значительно разнятся. Референс-группа ЮНЭЙДС по ВИЧ и потреблению инъекционных наркотиков изучает имеющиеся материалы для определения данных относительно приблизительного числа тех, кто потребляет инъекционные наркотики, которые могут быть использованы, пока не будут определены размеры группы населения, представленной потребителями инъекционных наркотиков.

Страны могут осуществлять мониторинг данного показателя, исходя из следующих уровней охвата:

- Низкий: <100 шприцев на ПИН в год
- Средний: >100–<200 шприцев на ПИН в год
- Высокий: >200 шприцев на ПИН в год

Данные о вышеуказанных уровнях охвата основаны на обследованиях, проведенных в развитых странах для определения уровня раздачи шприцев, а также воздействия данных мероприятий по обмену шприцев на передачу ВИЧ. Примечание: уровни охвата, необходимые для профилактики гепатита С, значительно выше представленных здесь.

Дополнительная информация

Подробное описание показателя можно найти в документе: WHO, UNODC and UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs. Geneva, World Health Organization, 2004 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/e4a-needle/en/index.html>).

UNODC Global Assessment Programme on Drug Abuse. *Estimating prevalence: indirect methods for estimating the size of the drug problem*. Vienna, UNODC, 2003.

Hickman M et al. Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. *Bulletin on Narcotics*, 2002, 54:15–32.

Most at risk populations sampling strategies and design tool. Atlanta, United States Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, GAP Surveillance Team, 2009 (<http://www.igh.org/surveillance>).

<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/IDURGWeb.nsf/page/publications> (for more details on the Reference Group and to access reported country-level and global-level estimates of injecting drug use and HIV among injectors).

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf (the WHO/UNAIDS working group on global HIV/AIDS and STI surveillance 2010 guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV).

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf).

2.2 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: использование презерватива

Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в профилактике передачи ВИЧ половым путем среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

Обоснование

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие способы передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; а также (ii) лица, потребляющие инъекционные наркотики, могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В данном случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель:	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив.
Знаменатель:	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на то, что они употребляли инъекционные наркотики и имели половые контакты за последний месяц
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований Лицам, потребляющим инъекционные наркотики, задают следующие вопросы: <ol style="list-style-type: none">1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?2. Если «да»: Были ли у вас половые контакты за последний месяц?3. Если «да» на вопрос 1 и 2: Пользовались ли вы презервативом во время последнего полового контакта? По мере возможности данные для потребителей инъекционных наркотиков следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах Информация, обеспечивающая доступ к респондентам, а также к данным, полученным от них, не разглашается
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включить

информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Степень распространения ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (i) размер, стадия и характер распространения эпидемии СПИДа на национальном уровне; (ii) степень распространенности употребления инъекционных наркотиков; (iii) распространенность использования зараженного инъекционного инструментария среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики; а также (iv) модели смешанных половых контактов и использования презервативов среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также между лицами, потребляющими инъекционные наркотики, и представителями широких слоев населения. Данный показатель дает частичную информацию о четвертом факторе.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

WHO, UNODC and UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа». Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

2.3 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: безопасная инъекционная практика

Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в профилактике передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков.

Обоснование

Более безопасная инъекционная и сексуальная практика среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет важнейшее значение, даже в странах, где широко распространены другие пути передачи ВИЧ, поскольку: (i) риск передачи ВИЧ в результате использования зараженного инъекционного инструментария очень высок; и (ii) лиц, потребляющих инъекционные наркотики, могут распространять ВИЧ (напр., в результате половых контактов) среди широких слоев населения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями могут также иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В данном случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель:	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
Знаменатель:	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, указавших на употребление инъекционных наркотиков на протяжении последнего месяца
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований</p> <p>Респондентам задают следующие вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?2. Если «да»: Пользовались ли вы стерильной иглой и шприцем⁴? <p>По мере возможности данные для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах.</p> <p>Информация, обеспечивающая доступ к лицам, потребляющим инъекционные наркотики, а также к данным, полученным от них, не разглашается.</p>
Частота сбора данных:	Раз в два года
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Проводить обследования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также все относящиеся к этому вопросы.

Степень распространения передачи ВИЧ в связи с употреблением инъекционных наркотиков в стране зависит от четырех факторов: (i) размер, стадия и характер распространения национальной эпидемии СПИДа; (ii) степень распространенности употребления инъекционных наркотиков; (iii) распространенность использования зараженного инъекционного инструментария среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики; и (iv) модели смешанных половых контактов и использования презервативов среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, а также между лицами, потребляющими инъекционные наркотики, и широкими слоями населения. Данный показатель дает частичную информацию о третьем факторе.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

WHO, UNODC and UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа. Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

2.4 Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики

Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в реализации программ тестирования на ВИЧ и консультирования среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

Обоснование

Для того чтобы защитить самих себя и предупредить заражение других, лицам, потребляющим инъекционные наркотики, важно знать свой ВИЧ-статус. Знание своего статуса также имеет критическое значение при принятии решения по поводу лечения.

Примечание: Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения с повышенным риском. В этом случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

Числитель: Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста

Знаменатель: Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, участвовавших в опросе

Расчет: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Надзорное обследование поведения или другие специализированные виды обследований

Респондентам задают следующие вопросы:

1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев?

Если «да»:

2. Я не хочу знать результаты, но получили ли вы результаты этого теста?

По мере возможности данные для лиц, потребляющих инъекционные наркотики, следует собирать через организации гражданского общества, которые тесно работали с этой группой населения на местах

Информация, обеспечивающая доступ к лицам, потребляющим инъекционные наркотики, а также к данным, полученным от них, не разглашается

Частота сбора данных: Раз в два года

Разбивка:

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

Преимущества и недостатки

Полученные данные могут основываться не на репрезентативной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики, и обследуемой на национальном уровне. Любые сомнения относительно того, что данные основаны не на обследовании репрезентативной группы, следует отразить в интерпретации данных обследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать наиболее оптимальную имеющуюся оценку. В отчет по данному показателю необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также любую другую относящуюся к нему информацию.

Отслеживать лиц, потребляющих инъекционные наркотики, во времени может быть проблематично ввиду того, что эти группы населения имеют мобильный и труднодоступный характер. При этом многие из них относятся к скрытым группам населения. Таким образом, в описательной части отчета следует указывать информацию о характере выборки для облегчения интерпретации и анализа во времени.

Для обеспечения максимальной полезности этих данных выборку, применяемую для расчета данного показателя, рекомендуется также использовать для расчета других показателей, касающихся этих групп населения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf).

Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance: selection, evaluation and implementation. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/hiv_testing_technologies_surveillance_.pdf).

WHO, UNODC and UNAIDS. *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva, World Health Organization, 2009 (<http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html>).

A framework for monitoring and evaluating HIV prevention programmes for most-at-risk populations. Geneva, UNAIDS, 2007.

Практические руководящие принципы усиления профилактики ВИЧ: на пути к обеспечению всеобщего доступа. Женева, ЮНЭЙДС, 2007 г.

2.5 Распространенность ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики

Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые живут с ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики.

Обоснование

Лица, потребляющие инъекционные наркотики, обычно имеют самый высокий показатель распространенности ВИЧ в странах с концентрированными или генерализованными эпидемиями. В о многих случаях он более чем в два раза превышает такой же показатель среди населения в целом. Поэтому снижение распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, имеет очень большое значение для успешной реализации мер в ответ на ВИЧ на национальном уровне.

Страны с генерализованными эпидемиями также могут иметь концентрированную подэпидемию, развивающуюся среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики. В этом случае для такой страны будет полезно рассчитать и включить в отчет данный показатель для этой группы населения.

Числитель: Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые имеют положительную реакцию теста на ВИЧ

Знаменатель: Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, которые прошли тестирование на ВИЧ

Расчет: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП: руководящие принципы по эпиднадзору среди групп населения, которым грозит самый высокий риск ВИЧ (ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2011 год)

Данный показатель рассчитывают с использованием данных по результатам тестирования на ВИЧ среди респондентов на основном участке (участках) эпиднадзора или в контексте надзорного обследования

Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.

Частота сбора данных: Ежегодно

Разбивка:

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

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 анализе данных о распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, с целью оценки воздействия программ профилактики желательно не ограничиваться анализом среди молодых людей, а указывать данные о людях, которые впервые начали практиковать поведение, ставящее их в положение риска заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые в течение последнего года впервые потребляли инъекционные наркотики). Такой ограниченный анализ дает и другое преимущество – он не зависит от антиретровирусного лечения с точки зрения увеличения продолжительности жизни и, следовательно, увеличения показателя распространенности.

Если имеющиеся оценочные данные по распространенности можно разбить с учетом потребления инъекционных наркотиков в течение более и менее одного года, странам настоятельно рекомендуется включить такую разбивку в страновой отчет о достигнутом прогрессе, а также представить соответствующие данные в графе для комментариев относительно данного показателя, используя соответствующую форму системы отчетности.

Ввиду трудности получения доступа лицам, потребляющим инъекционные наркотики, систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для более общей группы населения, например, для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации.

Любые сомнения относительно таких данных следует отразить в интерпретации данных.

Важным фактором при интерпретации этого показателя является понимание того, каким образом данная выборка (выборки) соотносится с какой-либо более крупной группой (группами) населения, для которой (которых) характерно аналогичное рискованное поведение. Период принадлежности лиц к одной из основных групп населения больше связан с риском заражения ВИЧ, чем возраст. По этой причине желательно не ограничивать анализ молодыми людьми, а включать в отчет данные и о других возрастных группах.

Тенденции в изменении распространенности ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в столичном городе являются полезной информацией, характеризующей качество выполнения программ профилактики ВИЧ в этом городе. В то же время, это не будет характеризовать ситуацию в стране в целом.

Добавление новых участков эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборок и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. 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.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти по следующей ссылке:

http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp

Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди основных групп населения с повышенным риском: WHO/UNAIDS Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva, UNAIDS, 2011 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)



ЦЕЛЬ 3. ИСКОРЕНИТЬ НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ К 2015 ГОДА И ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА

- 3.1 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
- 3.2 Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения
- 3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)

3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые получали антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в сфере профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку путем предоставления антиретровирусных препаратов.

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг охвата беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом антиретровирусными препаратами с целью снижения риска передачи ВИЧ младенцам во время беременности и родоразрешения. При условии разбивки с учетом схемы лечения данный показатель может отражать увеличение доступа к более эффективным схемам лечения с использованием антиретровирусных препаратов для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку, а также к АРТ. Поскольку данный показатель измеряет число выданных, а не принятых пациентом антиретровирусных препаратов, определить уровень приверженности схеме лечения в большинстве случаев не представляется возможным.

Данный показатель не охватывает послеродовую схему лечения, включая АРВ-терапию с целью снижения риска передачи ВИЧ во время грудного вскармливания, однако послеродовая терапия учитывается в других показателях (см. показатель 3.7. (Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, получающих профилактический курс АРВ-терапии для снижения риска ранней передачи ВИЧ от матери ребенку в первые 6 недель жизни) и 3.8 (Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска ранней передачи ВИЧ во время грудного вскармливания) в части 2, ополнительном разделе настоящего документа об обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения).

Обоснование

Риск передачи ВИЧ от матери ребенку можно значительно снизить путем назначения антиретровирусных препаратов (в качестве пожизненного лечения или для профилактики) матери во время беременности и родоразрешения, назначения антиретровирусной профилактики младенцу, назначения антиретровирусных препаратов матери или ребенку на период грудного вскармливания (в случае грудного вскармливания), а также применения безопасных практик родоразрешения и вскармливания ребенка. Данный показатель поможет отследить прогресс в достижении цели искоренения передачи ВИЧ от матери ребенку на глобальном и национальном уровнях, направить политику и стратегическое планирование, эффективно использовать ресурсы для ускоренного расширения масштабов реализации соответствующих мероприятий, а также поможет проводить адвокационные мероприятия. Данный показатель позволяет определить тенденции, характеризующие охват антиретровирусной профилактикой и терапией, а при разбивке по схемам лечения также отражает прогресс в реализации более эффективных схем лечения и АРТ.

Числитель:	Число беременных женщин с положительным статусом ВИЧ, получавших антиретровирусные препараты в течение последних 12 месяцев в целях снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности и родоразрешения. Глобальные доклады об охвате населения АРВ-терапией в рамках программ ППМР составляются без учета данных о женщинах, получивших разовую дозу невирапина, поскольку данный вид терапии не считается оптимальным. Однако данные о числе женщин, получивших только разовую дозу невирапина, должны быть отражены в страновых отчетах.
Знаменатель:	Оценочное число беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом за последние 12 месяцев
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Для числителя: данные национальных программ, агрегированные с использованием инструментария программного мониторинга, в т.ч. журналов учета пациентов и форм итоговой отчетности. Для знаменателя: оценочные модели, такие как «Спектр», или данные эпиднадзора в клиниках дородовой женской консультации в сочетании с демографическими данными и соответствующими корректировочными данными относительно охвата обследованиями в дородовых женских консультациях. Мониторинг реализации программ и эпиднадзор за ВИЧ

Частота сбора данных:	Ежегодно или чаще в зависимости от потребностей страны в мониторинге
Разбивка:	Числитель следует разбить с учетом четырех основных вариантов терапии, указанных ниже

Пояснение к числителю

Числитель следует разбить с учетом четырех основных вариантов терапии (первые три являются рекомендуемыми) для беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку¹¹:

1. Пожизненная АРТ	
a. курс АРТ введен после наступления текущей беременности	
CD4 <350	
CD4 >350	
нет данных о CD4	
b. курс АРТ введен до наступления текущей беременности	
2. Профилактика тремя АРВ-препаратами для матери (профилактические меры в соответствии с вариантом Б рекомендаций ВОЗ)	
3. Терапия для матери с применением препарата AZT (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом А рекомендаций ВОЗ или рекомендациями ВОЗ от 2006 года)	
4. ТОЛЬКО разовая доза невирапина (с последующей послеродовой терапией или без нее)	
5. Другое (просьба прокомментировать, напр., уточнить схему лечения, отсутствие данных и т.д.)	

Примеры описания категорий

Разбивка по вариантам терапии

Категория	Пояснение	Типичные примеры
1) Пожизненная антиретровирусная терапия (в т.ч. вариант Б+), с разбивкой на: 1a) лечение, назначенное после наступления текущей беременности 1b) лечение, назначенное до наступления текущей беременности	Лечение тремя препаратами в качестве пожизненного курса АРТ 1a) Число выявленных беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом, которым в отчетном периоде был назначен пожизненный курс АРТ 1b) Число беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом, выявленных за отчетный период, которым уже был назначен курс АРТ на момент первого посещения клиники дородовой женской консультации В случае, если пожизненный курс АРТ вводится во время родов, женщину следует относить к категории 1a.	Стандартная национальная схема лечения, например: • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+NVP

¹¹ Несмотря на то, что в рамках национальных программ ППМР рекомендуется использовать более передовые, эффективные схемы лечения, при назначении РД-NVP ход его применения необходимо записывать и отражать в соответствующем отчете.

ЦЕЛЬ 3: ИСКОРЕНИТЬ НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ К 2015 ГОДА И ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА

<p>2) Профилактика тремя АРВ-препаратами для матери (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом Б рекомендаций ВОЗ)</p>	<p>Курс терапии тремя препаратами для профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку, который вводится во время беременности, после начала схваток или в момент родоразрешения и должен быть завершен после окончания периода грудного вскармливания (или после родоразрешения при отсутствии грудного вскармливания).</p> <p>Если курс терапии тремя АРВ-препаратами вводится после начала схваток или в момент родоразрешения, женщину следует относить к данной категории при условии, что применяется вариант Б.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TDF+3TC+EFV • AZT+3TC+EFV • AZT+3TC+LPV/r
<p>3) Терапия для матери с применением препарата AZT (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом А рекомендаций ВОЗ)</p>	<p>Профилактический курс терапии с применением препарата AZT (или другого НИОТ), который вводится для профилактики передачи ВИЧ с 14-й недели беременности или не позднее периода схваток и родоразрешения</p> <p>Если курс терапии АРВ-препаратами вводится после начала схваток или в момент родоразрешения, женщину следует относить к данной категории при условии, что применяется вариант А.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AZT до начала схваток + NVP интранатально • AZT до начала схваток + NVP интранатально + 7-дневный курс AZT/3TC в послеродовой период
<p>4) Разовая доза невирапина (рд-NVP) для матери в период беременности или родов</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Невирапин - ЕДИНСТВЕННЫЙ препарат, который беременная женщина с положительным ВИЧ-статусом получает во время беременности, в период схваток или родоразрешения <p>К категории рд-NVP НЕ относятся следующие случаи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Невирапин вводится во время беременности в рамках терапии в соответствии с вариантом А, или • ВИЧ-положительной беременной женщине назначается курс терапии в соответствии с вариантом А, Б или Б+ в момент схваток или родоразрешения 	<ul style="list-style-type: none"> • ТОЛЬКО рд-NVP для матери в начале родов • ТОЛЬКО рд-NVP + 7-дневный послеродовой курс AZT/3TC • ТОЛЬКО рд-NVP для матери в начале родов и рд-NVP для ребенка

Пояснения к знаменателю

Для определения знаменателя можно применить два способа:

1. построение прогнозной модели, например, при помощи программы «Спектр»; использование выходного показателя «число беременных женщин, нуждающихся в ППМР»; или
2. умножение числа женщин, родивших за последние 12 месяцев (можно взять оценочные данные центральных статистических органов, Отдела народонаселения ООН или систем учета беременности с окончательными данными), на самый последний результат оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (который можно получить на основе данных дозорного

эпиднадзора за ВИЧ в клиниках дородовой женской консультации, а также соответствующих корректировок, связанных с охватом обследованиями таких клиник), если нельзя получить прогноз с помощью программы «Спектр».

Для обеспечения сопоставимости данные программы «Спектр» будут использованы для определения знаменателя при проведении анализа на глобальном уровне.

Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг охвата беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом антиретровирусными препаратами с целью снижения риска передачи ВИЧ ребенку во время беременности и родов. При разбивке он может указать на увеличение доступа к более эффективным схемам лечения с использованием антиретровирусных препаратов и АРТ для предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку в отдельных странах. Поскольку данный показатель измеряет число выданных, а не принятых пациентом антиретровирусных препаратов, определить уровень приверженности схеме лечения в большинстве случаев не представляется возможным.

Данный показатель не охватывает применения соответствующих схем послеродовой терапии среди женщин (с целью снижения риска передачи ВИЧ и вирусной резистентности) и младенцев (с целью снижения передачи ВИЧ в околородовой период), которые назначаются вместе со схемами антиретровирусной терапии для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку в околородовой период. См. показатель 3.7. (Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, получающих профилактический курс АРВ-терапии для снижения риска ранней передачи ВИЧ от матери ребенку в первые 6 недель жизни) для информации о послеродовой терапии и показатель 3.8 (Процент младенцев, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска ранней передачи ВИЧ во время грудного вскармливания) для информации о терапии в период грудного вскармливания в части 2, дополнительном разделе настоящего документа об обеспечении всеобщего доступа к услугам здравоохранения).

Странам рекомендуется отслеживать и включать в отчеты фактическое число (или оценочный процент, если отсутствуют фактические данные) женщин, которым назначены различные схемы лечения, чтобы, исходя из их эффективности, можно было смоделировать воздействие антиретровирусных препаратов на передачу ВИЧ от матери ребенку. Если в стране еще не создана система для сбора данных и осуществления отчетности относительно предоставления различных схем антиретровирусного лечения и охвата ими населения с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, такую систему следует создать.

Дополнительная информация

Сектор программ по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку демонстрирует высокий темп развития. В связи с этим, развиваются также и методы мониторинга охвата населения такими услугами. Для получения самой последней имеющейся информации воспользуйтесь следующими ссылками:

www.who.int/hiv/pub/mtct/en/

www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html

3.2 Раннее диагностирование ВИЧ у младенцев

Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения

Предназначение

Он предназначен для измерения степени прогресса в тестировании на ВИЧ младенцев, рожденных ВИЧ-позитивными женщинами, в течение первых 2 месяцев после рождения с целью определения их ВИЧ-статуса, а также соответствия критериям получения антиретровирусного лечения. При этом измерение данного показателя осуществляется с разбивкой на результаты теста.

Обоснование

Младенцы, инфицированные ВИЧ во время беременности, родов или в ранний послеродовой период, часто умирают раньше, чем определяется их положительный ВИЧ-статус. ВОЗ рекомендует предусмотреть в рамках национальных программ развитие потенциала, необходимого для проведения раннего вирусологического тестирования на ВИЧ среди младенцев в возрасте 6 недель или как можно скорее после достижения ими этого возраста, чтобы обеспечить возможность принятия клинических решений на максимально ранней стадии. У детей ВИЧ-инфекция прогрессирует быстро, и начинать лечить их необходимо на максимально ранней стадии, так как если этого не сделать, почти 50% детей умрут еще до того, как им исполнится два года.

Числитель:	Число младенцев, прошедших тест на ВИЧ в течение 2 месяцев после рождения, на протяжении отчетного периода. Учет младенцев, прошедших тест на ВИЧ, производится только один раз.
Знаменатель:	Число ВИЧ-позитивных беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Данные диагностических лабораторий о проведении ранней диагностики ВИЧ среди младенцев (РДМ) для числителя; оценочные данные программы «Спектр», данные центральных статистических органов и/или данные дозорного эпиднадзора для знаменателя
Частота сбора данных:	Ежегодно или чаще в зависимости от потребностей страны в мониторинге

Пояснение к числителю

Данные собираются на основе баз данных диагностических лабораторий, предназначенных для проведения РДМ. Числитель должен отражать число младенцев, прошедших вирусологическое тестирование в течение 2 месяцев после рождения, а не число образцов, протестированных в лаборатории. Агрегация данных осуществляется с использованием баз данных лабораторий. По возможности следует 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 2 месяцев жизни, будет незначительным. Необходимо принять меры для включения в показатель данных из всех медицинских учреждений государственного и частного сектора, а также сектора НПО, которые проводят тестирование на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ.

В отчете можно указывать любую имеющуюся информацию относительно результатов соответствующего тестирования (о положительном, отрицательном или неопределенном результате, а также об отказе лаборатории принять образцы для проведения тестирования). Отражать в отчете следует только самые последние данные о результате тестирования младенца в течение первых 2 месяцев после рождения.

Пояснения к знаменателю

Знаменатель отражает репрезентативные данные по числу младенцев, которых родили ВИЧ-позитивные женщины.

Для определения знаменателя можно применить два способа:

- Использование прогнозной модели, например, при помощи программы «Спектр» и выходного показателя «число беременных женщин, нуждающихся в ПРМР» в качестве репрезентативных данных, или;

- б) Умножение общего числа женщин, родивших за последние 12 месяцев (можно взять оценочные данные о рождаемости центральных статистических органов или Отдела народонаселения ООН), на самый последний результат оценки распространенности ВИЧ среди беременных женщин на национальном уровне (который можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ в клиниках дородовой женской консультации, а также соответствующих корректировок, связанных с охватом обследованиями таких клиник), если нельзя получить прогноз с помощью программы «Спектр».

Для обеспечения сопоставимости данные программы «Спектр» будут использованы для определения знаменателя при проведении анализа на глобальном уровне.

Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг прогресса в проведении раннего вирусологического тестирования на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ и достигших или не достигших двухмесячного возраста, которое имеет очень важное значение для определения последующего ухода и лечения. Ограничение возраста до двух месяцев и менее позволяет исключить возможность проведения повторного тестирования для одного и того же младенца, что могло бы привести к двойным подсчетам. Отслеживание изменений, происходящих с данным показателем с течением времени, может помочь получить индикативные данные относительно охвата населения программами ППМР с применением АРВ-терапии, а также данные о взаимосвязи между охватом населения программами ППМР и РДМ, на основе которых можно будет предпринять определенные действия. Для данного показателя необходимы только следующие три составляющие: дата составления выборки, возраст на момент выборки (фактический или определенный исходя из даты рождения), а также систематическое занесение результатов в центральные базы данных по РДМ диагностических лабораторий.

Поскольку число диагностических лабораторий незначительно, а данные РДМ заносятся в электронном формате, сбор данных для определения данного показателя не является трудоемким процессом. Данные, получаемые лабораториями, в основном, высокого качества, что обеспечивает надежность показателя. Настоящий показатель не включает число детей с определенным диагнозом (т.е. диагнозом ВИЧ-инфекции) и не определяет, предоставлялись ли услуги по последующему ведению детей на основе интерпретации результатов тестирования. Кроме того, показатель не измеряет качество тестирования и систему, используемую для тестирования. В то же время, низкое значение показателя может указывать на системные недостатки, в т.ч. низкий уровень управления поставками систем для проведения вирусологических тестов на ВИЧ, низкий уровень сбора данных, а также неправильное обращение с образцами анализов.

Разбивка данных по результатам тестирования не может обеспечить их репрезентативность по отношению к общим уровням ПМР. Если уровень охвата национальных потребностей услугами РДМ или уровень охвата услугами тестирования в рамках РДМ в первые два месяца после рождения низкий, данные о низком уровне заболеваемости ВИЧ среди детей, прошедших тестирование, необязательно означают успешную реализацию соответствующих программ, поскольку в данной выборке не представлены многие другие дети, ВИЧ-статус которых, вероятно, позитивный.

Несмотря на то, что раннее вирусологическое тестирование является важной мерой, необходимой для определения того, инфицирован ребенок или нет, странам также необходимо направлять свои усилия на улучшение качества последующего ведения детей, подверженных ВИЧ-инфицированию, и обучение медицинских работников распознавать признаки и симптомы ранней стадии ВИЧ среди подверженных инфицированию детей, в частности, в местах, где доступ к вирусологическому тестированию ограничен. Ненадлежащий уровень управления поставками может оказать негативное воздействие на значение показателя и значительно снизить доступ к тестированию на ВИЧ среди детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями. Странам необходимо обеспечить наличие и использование соответствующих систем и инструментов, в т.ч. инструментов для работы ИСУЛ (LMIS), с целью осуществления закупок, распределения поставок и управления ими на центральном и районном уровнях, а также на уровне учреждения.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках и на веб-сайте:

WHO, UNICEF and UNAIDS. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector. Progress report, September 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/hiv/pub/2009progressreport/en/index.html>).

Next generation indicators reference guide. Washington, DC, United States President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2009.

Monitoring and evaluation toolkit. Part 2. Tools for monitoring programs for HIV, tuberculosis, malaria and health systems strengthening. Geneva, Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, 2009.

Measuring the impact of national PMTCT programmes: towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods. Geneva, World Health Organization, 2012.

3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)

Оценочный процент ВИЧ-инфекций среди детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями за последние 12 месяцев

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в искоренении передачи ВИЧ от матери ребенку.

Обоснование

Принимаются меры, в т.ч. путем назначения различных схем комбинированной профилактики и лечения с применением антиретровирусных препаратов, а также расширенного консультирования по грудному вскармливанию, для расширения доступа к мероприятиям, которые могут значительно снизить передачу ВИЧ от матери ребенку. Важно оценить воздействие мероприятий, предусмотренных программами ППМР, направленных на снижение числа случаев инфицирования ВИЧ среди детей вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку.

Расширение масштабов охвата программ ППМР и использование более эффективных схем профилактики и лечения должно снизить процент ВИЧ-позитивных детей.

Числитель: В числителе указывается оценочное число новых случаев инфицирования ВИЧ среди детей, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей за последние 12 месяцев, вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку

Знаменатель: Оценочное число ВИЧ-позитивных женщин, родивших за последние 12 месяцев

Расчет: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от назначенной схемы профилактики и лечения с применением антиретровирусных препаратов, а также технологии грудного вскармливания. Рассчитать вероятность передачи ВИЧ можно с помощью модели, спроецированной компьютерной программой «Спектр». Программа «Спектр»¹² использует следующие данные:

- a. распределение ВИЧ-позитивных женщин, применяющих различные схемы приема антиретровирусных препаратов до и во время родов (в околородовой период), исходя из категории их клеток CD4;
- b. распределение женщин и детей, принимающих антиретровирусные препараты после родов (в послеродовой период), исходя из категории клеток CD4 у матери;
- c. процент младенцев, не получающих грудного вскармливания в рамках программ ППМР, с разбивкой по возрасту ребенка;
- d. вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку в зависимости от различных схем применения антиретровирусных препаратов, а также технологии грудного вскармливания.¹³

Оценочный коэффициент передачи ВИЧ от матери ребенку на национальном уровне представляется в итоговом окне «Дети 0-14» программного обеспечения «Спектр». Эту переменную величину можно также рассчитать путем деления величины «Новые случаи инфицирования ВИЧ», предусмотренной для детей в возрасте от 0-14 лет¹⁴, на величину «Женщины, нуждающиеся в ППМР», используя программное обеспечение «Спектр».

12 Программное обеспечение «Спектр» представляет собой набор моделей, с помощью которых можно спроецировать воздействие эпидемии ВИЧ. Это программное обеспечение разработано Институтом Фьючерс (Futures Institute), и его можно загрузить на следующем веб-сайте: <http://www.futuresinstitute.org/Pages/Spectrum.aspx>.

13 На случай отсутствия данных по стране в программе «Спектр» имеются данные, установленные по умолчанию.

14 Проецируемая программой «Спектр» модель предполагает, что дети в возрасте 0-14 лет, могут заразиться исключительно вследствие передачи ВИЧ от матери ребенку. Таким образом, модель отражает оценочное число детей, инфицированных ВИЧ, что соответствует выходной величине программы «Спектр» «Новые случаи инфицирования ВИЧ (дети в возрасте 0-14 лет)».

Для включения в программу моделирования других путей передачи ВИЧ детям данных недостаточно. Кроме того, считается, что другие пути передачи ВИЧ представляют собой лишь незначительную часть в общей структуре путей передачи ВИЧ детям. Выходная величина «Новые случаи инфицирования ВИЧ среди детей в возрасте от 0 до 1 года» программы «Спектр» в данном случае не используется, так как в некоторых случаях инфицирование вследствие грудного вскармливания происходит после достижения детьми 1 года.

Частота сбора данных:	Ежегодно
Разбивка:	Нет

Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет оценивать потенциал программ ППМР во времени, определяя воздействие фактора увеличения предоставления антиретровирусных препаратов, а также применения более эффективных схем лечения и оптимальной технологии грудного вскармливания. Этот показатель генерируется моделью, которая предоставляет оценочные данные по инфицированию ВИЧ среди детей. Полученный таким образом показатель основан на допущениях и данных, используемых этой моделью. Он может не отражать реальные данные по передаче ВИЧ от матери ребенку. Например, в странах, где широко используются другие формы ППМР (в т.ч. кесарево сечение), данный показатель передачи ВИЧ от матери ребенку будет завышен. Этот показатель также основан на данных программ, которые часто включают назначаемые, а не применяемые пациентом схемы приема антиретровирусных препаратов. Таким образом, он может занижать уровень передачи ВИЧ от матери ребенку.

Данный показатель позволяет странам оценивать воздействие программ ППМР путем оценки коэффициента передачи ВИЧ от ВИЧ-позитивных женщин своим детям. Осуществление последующего ведения пары мать-ребенок, в особенности, на национальном уровне, представляет собой сложную задачу ввиду низкого уровня отчетности в данной сфере и большого количества медицинских учреждений, в которые пара мать-ребенок может обратиться для получения широкого спектра услуг в рамках ППМР и мероприятий по уходу за ребенком в течение определенного отрезка времени. В странах, где соответствующие данные доступны, уровень посещения медицинских учреждений высокий, а контрольные тесты проводятся систематически, мониторинг воздействия следует осуществлять путем прямой оценки процента детей, которые оказались ВИЧ-позитивными, от общего числа детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями. Все страны должны проводить мониторинг данных относительно ВИЧ-статуса и выживаемости детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, которые получены в ходе визитов в медицинские учреждения в рамках последующего ведения пациентов.

Дополнительная информация

<http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html>



ЦЕЛЬ 4. ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

- 4.1 Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают*
- 4.2 Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала

* Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

4.1 Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия

Процент взрослых и детей, которым полагается антиретровирусное лечение и которые его получают

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предоставлении антиретровирусной терапии всем лицам, которые соответствуют критериям, необходимым для получения такого лечения.

Обоснование

По мере развития эпидемии ВИЧ растет число людей, имеющих позднюю стадию ВИЧ-инфекции. Практика показывает, что назначение антиретровирусной терапии (АРТ) снижает смертность среди инфицированных, а также риск передачи ВИЧ. Предпринимаются шаги для того, чтобы сделать такую терапию более доступной и распространенной в странах с низким и средним уровнем доходов. Антиретровирусную терапию всегда следует проводить в сочетании с более комплексными услугами по уходу и поддержке, включая консультирование для членов семьи, которые осуществляют уход.

Числитель:	Число взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусного лечения и которые в настоящее время его получают в соответствии с утвержденным общенациональным протоколом лечения (или стандартами ВОЗ) на конец отчетного периода
Знаменатель:	<p>Оценочное число взрослых и детей, имеющих право на получение антиретровирусного лечения</p> <p>Национальные критерии назначения антиретровирусной терапии отличаются в отдельных странах. Для того, чтобы обеспечить сопоставимость этого показателя в разных странах, в глобальных докладах данные об охвате взрослых антиретровирусной терапией предоставляются в соответствии с критериями назначения АРТ, которые на текущий момент рекомендованы ВОЗ. Введите в электронную систему отчетности число взрослых, соответствующих критериям назначения антиретровирусной терапии, для обоих случаев: 1) в соответствии с национальными критериями и 2) в соответствии с критериями ВОЗ.</p>
Расчет:	<p>Числитель / знаменатель</p> <p>Процентные данные следует приводить за 2012 год для отслеживания тенденций в уровнях охвата антиретровирусной терапией</p>
Метод измерения:	<p>Данные необходимо собирать на уровне учреждений на постоянной основе. Данные следует периодически агрегировать. Для ежегодной отчетности следует использовать самые последние данные за месяц или квартал.</p> <p>Мониторинг реализации программ и оценка потребности в АРТ. Для числителя: журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, и соответствующие межведомственные формы отчетности. Для знаменателя: модели для оценки распространенности ВИЧ, такие как «Спектр».</p>
Частота сбора данных:	Данные необходимо собирать на уровне учреждений на постоянной основе. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или квартал. Для ежегодной отчетности следует использовать самые последние данные за месяц или квартал.
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По половому признаку• По возрастному признаку (<1, 1-4, 5-14, 15+ лет)• По типу учреждения: государственное/частное

Пояснение к числителю

Числитель можно получить путем подсчета числа взрослых и детей, получивших антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.

Числитель должен равняться числу взрослых и детей, имеющих право на получение антиретровирусного лечения, которые когда-либо начинали антиретровирусное лечение, минус число лиц, которые не получают в данный момент лечения – до завершения отчетного периода.

Пациенты, не получающие на данный момент лечения (на конец отчетного периода), или, иными словами, лица, исключенные из числителя -- это пациенты, которые умерли, прекратили лечение или за кем был утрачен контроль.

Некоторые пациенты во время одного посещения получают антиретровирусные препараты на несколько месяцев лечения. К таким препаратам могут относиться антиретровирусные препараты, полученные на несколько последних месяцев отчетного периода, но не учтенные в журнале учета пациентов как посещения за последние месяцы. Необходимо обеспечить учет таких пациентов, поскольку их следует включать в числитель.

Антиретровирусные препараты, принимаемые только в целях профилактики передачи от матери ребенку и профилактики после контакта, в этот показатель не включаются. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, получающие пожизненную антиретровирусную терапию, включаются в этот показатель.

Число взрослых и детей, которые отвечают критериям назначения антиретровирусной терапии и которые в настоящее время получают антиретровирусную терапию, можно получить из журналов учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, используемых в учреждении, или из данных, собранных системами управления закупками и поставками лекарственных препаратов. Эти данные затем подсчитываются и переносятся в межведомственные ежемесячные или ежеквартальные отчеты, которые можно агрегировать для получения общенациональных итоговых данных.

Там, где данные имеются, пациенты, получающие антиретровирусное лечение в частном секторе и государственном секторе, должны включаться в числитель.

Пояснения к знаменателю

Для получения знаменателя необходимо определить число больных ВИЧ, которые отвечают критериям назначения антиретровирусного лечения. При этом необходимо учитывать различные факторы, включая среди прочего, текущее число людей с ВИЧ, текущее число пациентов, получающих антиретровирусную терапию, а также естественное развитие ВИЧ от момента заражения до момента включения в программу антиретровирусной терапии.

Оценки в знаменателе чаще всего основываются на последних имеющихся данных в системе дозорного эпиднадзора, которые используются программой моделирования ВИЧ, такой как «Спектр». Более подробную информацию об оценках потребностей в связи с ВИЧ и использовании программы «Спектр» можно получить в Референс-группе ЮНЭЙДС/ВОЗ по оценкам, моделированию и прогнозам.¹⁵

Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет осуществлять мониторинг тенденций, характеризующих охват, но не может служить для дифференциации между различными формами антиретровирусной терапии или для измерения стоимости, качества или эффективности предоставляемого лечения, а также уровня приверженности схеме лечения. Каждый такой параметр будет изменяться в зависимости от страны и может изменяться во времени.

Пропорция людей, нуждающихся в антиретровирусной терапии, колеблется в зависимости от стадии развития эпидемии ВИЧ, критериев назначения терапии и кумулятивного охвата и эффективности антиретровирусной терапии среди взрослых и детей. Как упоминалось выше, национальные критерии назначения антиретровирусной терапии отличаются в отдельных странах. Для того, чтобы обеспечить сопоставимость этого показателя в разных странах, в глобальных докладах данные об охвате взрослых антиретровирусной терапией предоставляются в соответствии с критериями назначения АРТ, которые на текущий момент рекомендованы ВОЗ.

Степень применения антиретровирусной терапии будет зависеть от таких факторов, как ее стоимость относительно местных доходов, инфраструктура и качество оказываемых услуг, наличие и спрос на услуги по консультированию и тестированию, а также восприятия эффективности и возможных побочных эффектов лечения.

Данный показатель отражает число людей, получивших лекарственные препараты, но не показывает, принял ли пациент полученные лекарства, а значит, не измеряет уровень приверженности схеме лечения.

Дополнительная информация

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>

¹⁵ <http://www.who.int/hiv/pub/arv/adult2010/en/index.html>

4.2 Сохранение ВИЧ-инфицированных в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев после ее начала

Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в увеличении выживаемости инфицированных взрослых и детей за счет применения антиретровирусного лечения.

Обоснование

Одной из целей любой программы антиретровирусного лечения является увеличение показателя выживаемости среди инфицированных лиц. По мере расширения масштабов антиретровирусного лечения во всем мире важно также понимать, почему и в каком количестве люди выбывают из программ лечения. Эти данные могут быть использованы для того, чтобы продемонстрировать эффективность таких программ и указать на факторы, препятствующие их расширению и усовершенствованию.

Числитель:	Число выживших взрослых и детей, продолжающих курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала
Знаменатель:	Общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения, которые, как предполагалось, должны были добиться результатов за 12 месяцев в рамках отчетного периода,* включая тех, которые умерли после начала антиретровирусного лечения, тех, которые прекратили лечение, а также тех, за кем был утрачен контроль через 12 месяцев.
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	<p>Инструменты программного мониторинга; формы для когортного/группового анализа.</p> <p>Журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, и формы для когортного анализа антиретровирусного лечения.</p> <p>Отчетный период определяется как любой непрерывный период в 12 месяцев, закончившийся в пределах заранее определенного числа месяцев от даты представления отчета.</p> <p>Заранее определенное число месяцев может устанавливаться согласно национальным требованиям к отчетности. Если отчетным периодом является период с 1 января по 31 декабря 2012 года, страны будут рассчитывать этот показатель для всех пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в любой момент в течение 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2011 года. Если отчетный период установлен с 1 июля 2011 года по 30 июня 2012 года, страны будут включать пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в период с 1 июля 2010 года по 30 июня 2011 года.</p> <p>12-месячный результат определяется как конечный результат (т.е. выжил ли пациент, получающий антиретровирусное лечение, умер ли такой пациент или за ним был утрачен контроль) через 12 месяцев после начала лечения. Например, пациенты, которые начали антиретровирусное лечение в течение 12 месяцев с 1 января по 31 декабря 2010 года, достигнут своих 12-месячных результатов для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2012 года.</p>
Частота сбора данных:	После начала антиретровирусного лечения когортные данные для таких пациентов обычно следует собирать ежемесячно. После этого данные для ежемесячных когорт, которые закончили хотя бы 12-месячный курс лечения, следует объединить.

Разбивка:

- По половому признаку
- По возрастному признаку (<15, 15+ лет)

Пояснение к числителю

Для числителя необходимо, чтобы пациенты – взрослые и дети – оставались в живых и получали антиретровирусное лечение через 12 месяцев после начала своего лечения. Для более полного понимания выживаемости необходимо собрать следующие данные:

- Число взрослых и детей в начальных группах, получающих антиретровирусное лечение, которые начали такое лечение хотя бы за 12 месяцев до завершения отчетного периода.
- Число выживших взрослых и детей, продолжающих курс антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев после его начала.

Для числителя не требуется, чтобы пациенты получали антиретровирусное лечение постоянно в течение периода в 12 месяцев. Пациенты, которые могли пропустить одно или два назначения или получения препаратов и которые временно прекращали лечение в течение 12 месяцев с момента начала лечения, но которые учитываются как продолжающие лечение на 12-й месяц, включаются в числитель. И наоборот, пациенты, умершие, прекратившие лечение или за которыми был утрачен контроль на 12-й месяц после начала лечения, не включаются в числитель.

Например, для пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в мае 2010 года, если в какой-то момент времени с мая 2010 года по май 2011 года эти пациенты умерли или за ними утрачен контроль (и они не вернулись в программу лечения) или прекратили лечение (и не возобновили его), то на 12-й месяц (в мае 2011 года) они не получают антиретровирусное лечение и не включаются в числитель. И наоборот, пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2010 года и пропустил прием в июне 2010 года, но был на учете как получающий антиретровирусное лечение в мае 2011 года (на 12-й месяц), считается получающим лечение и включается в числитель. Важно, что пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2010 года, остается на учете как живой и получающий антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев, независимо от того, что могло произойти с мая 2010 года по май 2011 года.

Пояснения к знаменателю

Знаменатель представляет собой общее число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение в группах, которые начали такое лечение в какой-то момент в течение 12 месяцев до начала отчетного периода, независимо от их 12-месячного результата.

Например, для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2010 года сюда будут включены все пациенты, которые начали антиретровирусное лечение во время 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2009 года. Сюда включаются все пациенты, как получающие антиретровирусное лечение, так и умершие, прекратившие лечение или те, за которыми был утрачен контроль на 12-й месяц.

На уровне учреждения число взрослых и детей, получающих антиретровирусное лечение на 12-й месяц, включает пациентов, которые были переведены в программу лечения в какой-то момент после начала лечения до окончания 12-месячного периода, и исключает пациентов, которые выбыли из программы лечения за тот же период, что отражает чистую текущую когорту для каждого учреждения. Иными словами, на уровне учреждения пациенты, которые выбыли, не будут учитываться ни в числителе, ни в знаменателе. Точно так же пациенты, которые были включены в программу лечения, будут учитываться и в числителе, и в знаменателе. На национальном уровне число пациентов, переведенных в программу, должно соответствовать числу выбывших пациентов. По этой причине чистая текущая когорта (пациенты, результаты лечения которых в настоящее время обязано учитывать учреждение – число пациентов в начальной группе плюс все переведенные в программу и минус все выбывшие пациенты) спустя 12 месяцев должна равняться числу пациентов в начальной когортной группе 12 месяцами ранее.

Преимущества и недостатки

Использование этого знаменателя может занижать подлинное число «выживших» пациентов, поскольку определенная доля лиц, за которыми был утрачен контроль, все еще жива. Здесь мы получаем число тех, кто остается в живых и получает антиретровирусное лечение (т.е. показатель участия в программе антиретровирусного лечения) в некоей когорте лечения.

ЦЕЛЬ 4: ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ

Приоритетная отчетность предназначена для представления совокупных данных о выживших пациентах. При наличии и комплексных журналов учета когортных пациентов странам рекомендуется отслеживать показатели, характеризующие участие в программе антиретровирусного лечения через 24, 36 и 48 месяцев и в дальнейшем через каждый год. Это позволит проводить сравнение во времени числа лиц, выживших и получающих антиретровирусное лечение. При этом можно определить, увеличился или уменьшился показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев. Однако, объяснить причину таких изменений не представляется возможным. Например, если показатель, характеризующий выживаемость пациентов через 12 месяцев, со временем увеличивается, это может отражать улучшение ухода и лечения или более раннее начало антиретровирусного лечения. Следовательно, показатель, характеризующий участие в программе антиретровирусного лечения спустя 12 месяцев, следует интерпретировать с учетом исходных характеристик когорты пациентов на момент начала антиретровирусного лечения: смертность будет выше на участках, где пациенты получили доступ к антиретровирусному лечению на более поздней стадии развития инфекции. По этой причине сбор и представление данных о выживаемости пациентов за более длительные периоды лечения могут дать более точную картину эффективности антиретровирусного лечения в долгосрочной перспективе.

Дополнительная информация

<http://www.who.int/hiv/topics/treatment/en/index.html>



ЦЕЛЬ 5. СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НА 50% К 2015 ГОДУ

5.1 Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

5.1 Ведение и лечение больных с туберкулезом и ВИЧ

Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в выявлении и лечении ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

Обоснование

Туберкулез (ТБ) является одной из основных причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию. Усиление процесса выявления больных ТБ и обеспечения доступа к качественной диагностике и лечению в связи с ТБ в соответствии с международными/ национальными руководящими принципами имеет огромное значение для улучшения качества и продления жизни людей, живущих с ВИЧ. Определение процента ВИЧ-инфицированных больных ТБ, которые имеют доступ к соответствующему лечению в связи с ТБ и ВИЧ, имеет большое значение.

Числитель:	Число взрослых с поздней стадией ВИЧ-инфекции, которые получили комбинированное антиретровирусное лечение в соответствии с национальным протоколом лечения (или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС) и начали лечение в связи с ТБ (в соответствии с национальными программными принципами лечения в связи с ТБ) в течение отчетного года
Знаменатель:	Оценочное число случаев заболевания ТБ среди людей, живущих с ВИЧ Годовое оценочное число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ в странах с высоким бременем ТБ, подсчитывается ВОЗ; эти данные можно найти на сайте: http://www.who.int/tb/country/en .
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Журналы учета пациентов, которым назначена антиретровирусная терапия, и отчеты об антиретровирусном лечении в учреждениях; инструменты программного мониторинга Программные данные и оценки заболеваемости ТБ среди людей, живущих с ВИЧ
Частота сбора данных:	Данные необходимо собирать на уровне учреждений на постоянной основе. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или квартал. Здесь следует указывать самый последний год, за который были получены данные и оценки.

Преимущества и недостатки

Адекватное обнаружение и лечение больных ТБ продлевает жизнь людей, живущих с ВИЧ, и снижает бремя ТБ на население. ВОЗ предоставляет ежегодные оценки, характеризующие бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, используя наиболее оптимальные имеющиеся страновые оценки о распространенности ВИЧ и заболеваемости ТБ. Всем больным ТБ, зарегистрированным среди людей, живущих с ВИЧ, следует назначать лечение по поводу ТБ с учетом критериев назначения лечения в конкретной стране. Случаи заболевания ТБ определяются как новые случаи ТБ, имевшие место в течение года.

Этот показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами по ТБ и ВИЧ обеспечивает доступ людям, живущим с ВИЧ и страдающим от ТБ, к соответствующему лечению в связи с этими двумя заболеваниями. В то же время этот показатель также будет зависеть от уровня проведения тестирования на ВИЧ, доступа к услугам по уходу в связи с ВИЧ и антиретровирусному лечению, а также от доступа к диагностике и лечению ТБ. Существуют отдельные показатели для каждого из перечисленных факторов, которые следует указывать при интерпретации данного показателя.

Важно, чтобы те, кто предоставляет уход в связи с ВИЧ и антиретровирусное лечение, фиксировали результаты диагностики и лечения в связи с ТБ, поскольку эта информация может иметь важные последствия для назначения антиретровирусного лечения и выбора схемы лечения. По этой причине рекомендуется фиксировать дату начала лечения в связи с ТБ в журнале учета пациентов, которым назначена АРТ.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующем источнике:

Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. Geneva, World Health Organization, 2009
(<http://www.who.int/tb/country/en>).



ЦЕЛЬ 6. ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ К 2015 ГОДУ И ОБЕСПЕЧИТЬ ЕЖЕГОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ НА УРОВНЕ 22-24 МЛРД. ДОЛЛАРОВ США В СТРАНАХ СО СРЕДНИМ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

6.1 Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования

ЦЕЛЬ 6: ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ К 2015 ГОДУ И ОБЕСПЕЧИТЬ ЕЖЕГОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ НА УРОВНЕ 22-24 МЛРД. ДОЛЛАРОВ США В СТРАНАХ СО СРЕДНИМ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

6.1 Расходы в связи со СПИДом

Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования

Предназначение

Он предназначен для точного и согласованного измерения того, как расходуются средства на национальном уровне и из каких источников осуществляется финансирование.

Обоснование

По мере расширения национальных и международных мер в ответ на СПИД все более важным становится правильное и детальное отслеживание: i) каким образом средства расходуются на национальном уровне и ii) откуда поступают средства. Эти данные используются для измерения ежегодной общей суммы расходов в связи с ВИЧ, что является важным компонентом мониторинга выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу, принятой в 2011 году. Кроме того, эти данные помогают лицам, принимающим решения на национальном уровне, контролировать масштабы и эффективность своих программ. После агрегирования данных из ряда стран международное сообщество получает также возможность оценивать состояние глобальных ответных мер. Такая стратегическая информация поддерживает координирующую роль национального органа по СПИДу в каждой стране и является основой для выделения средств и улучшения процессов стратегического планирования.

Поскольку страны могут выбрать различные методики и инструменты для мониторинга потоков финансирования в связи со СПИДом, а именно, оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), субсчет по СПИДу в рамках национальных счетов здравоохранения (НСЗ) и специальный анализ ресурсных потоков, национальная матрица финансирования включает электронную таблицу, которая позволяет легко вводить, анализировать и представлять финансовые данные при использовании любой из указанных трех методик.

Инструмент измерения:

Основной инструмент/метод:

- 1) Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС);

Альтернативные инструменты/методы:

- 2) Национальные счета здравоохранения – субсчета по СПИДу. Не должно быть никакого различия между расходами на здравоохранение в связи со СПИДом, определяемыми с помощью ОНРС или по субсчетам НСЗ. Тем не менее, некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут не включаться в национальные счета здравоохранения.
- 3) Анализ ресурсных потоков (РП). Были предприняты меры по согласованию, и страны, включенные в выборку для такого анализа и заполнившие анкеты, могут вводить информацию в матрицу финансирования на совокупном уровне по основным мероприятиям. Тем не менее, некоторые мероприятия, осуществляемые вне системы здравоохранения, могут не включаться в анализ РП. Кроме того, некоторые мероприятия, связанные с населением, следует исключить из общей суммы расходов в связи со СПИДом.

Результаты, полученные с помощью любого из этих инструментов измерения, необходимо использовать для заполнения национальной матрицы финансирования, которая должна представляться в рамках странового отчета о достигнутом прогрессе (см. Приложение 2).

Метод измерения: Показатель, характеризующий национальные и международные расходы в связи со СПИДом, представляется путем заполнения национальной матрицы финансирования. В Приложении 2 содержатся дополнительные инструкции о порядке представления информации для данного показателя путем заполнения национальной матрицы финансирования. Обложка матрицы и информация, указанная в Приложении 2, должны представляться вместе со страновым отчетом о достигнутом прогрессе.

Фактические расходы, классифицируемые по восьми категориям расходов в связи со СПИДом и по источникам финансирования, включая государственные расходы из собственных источников (т.е. государственных доходов, таких как налоги) и международных источников:

1. Профилактика
2. Уход и лечение
3. Сироты и уязвимые дети¹⁶
4. Усиление администрирования и управления программой
5. Стимулы для кадровых ресурсов
6. Социальная защита и социальные услуги (исключая сирот и уязвимых детей)
7. Создание благоприятных условий и развитие сообщества
8. Исследования (исключая оперативные исследования в рамках управления программами).

(В каждой категории расходов в связи со СПИДом имеется несколько подкатегорий; см. Приложение 2)

Три основных группы источников финансирования:

1. Национальные государственные
2. Международные
3. Национальные частные (необязательные для отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД).

(В каждой категории расходов в связи со СПИДом имеется несколько подкатегорий; см. Приложение 6)

Частота сбора данных: 2010, 2011 и 2012 год (в зависимости от имеющихся данных) Календарный или финансовый год (в зависимости от имеющихся данных)

Данные за календарный или финансовый год (которые имеются)

Странам, которые представили свои данные за 2010 год в своем последнем отчете (GARPR 2012), не требуется еще раз вводить данные за 2010 год, кроме случаев, когда данные в последнем отчете отсутствовали, были неполными или были изменены по сравнению с данными за 2010 год благодаря получению новой информации. В таком случае мы заменим данные за 2010 год в нашей последней базе данных (GARPR 2012) и включим новые данные, представленные за 2013 год.

Преимущества и недостатки

Финансовые данные, вводимые в национальную матрицу финансирования, должны представлять собой фактические расходы, а не бюджеты или обязательства. Они также должны включать расходы в связи со СПИДом, произведенные в рамках более широких систем предоставления услуг. Например, для диагностики оппортунистических инфекций и соответствующего лечения потребуются специальная смета расходов для отслеживания конкретных ресурсов, выделяемых на диагностику и лечение в связи со СПИДом. Точно так же, для мероприятий по профилактике в школах можно использовать результаты подробной оценки для расчета фактических затрат на мероприятия в связи со СПИДом. Учитывая природу расширенных мер в ответ на СПИД, расходы в связи со СПИДом могут иметь место вне системы здравоохранения.

¹⁶ В контексте оценки потребностей в средствах и оценок расходов в связи со СПИДом уязвимые дети определяются как дети, у которых хотя бы один родитель жив, но серьезно болен (в основном, по причине ВИЧ) и не может заботиться о них.

ЦЕЛЬ 6: ЛИКВИДИРОВАТЬ ГЛОБАЛЬНЫЙ ДЕФИЦИТ РЕСУРСОВ К 2015 ГОДУ И ОБЕСПЕЧИТЬ ЕЖЕГОДНЫЕ ИНВЕСТИЦИИ НА УРОВНЕ 22-24 МЛРД. ДОЛЛАРОВ США В СТРАНАХ СО СРЕДНИМ И НИЗКИМ УРОВНЕМ ДОХОДОВ

Заполнение национальной матрицы финансирования позволит получить более полную характеристику ситуации на страновом уровне, что полезно для процесса принятия решений как на национальном, так и на глобальном уровне.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти в следующих источниках:

National AIDS Spending Assessment (NASA): classification, taxonomy and definitions. Geneva, UNAIDS, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>):

ЮНФПА/ ЮНЭЙДС/Институт междисциплинарных демографических исследований Нидерландов.

Подробную информацию о результатах обследований ресурсных потоков, инструментах обследований, странах, включенных в выборки, а также другие сведения об этом инструменте можно найти на сайте: www.resourceflows.org.

World Bank, WHO and USAID. *Guide to producing national health accounts.* Geneva, World Health Organization.

Настоящую публикацию и другие инструменты для национальных счетов здравоохранения и субсчетов по СПИДу можно найти на сайте: <http://www.who.int/nha>.

Health Systems 20/20 and USAID. *Methodological guidelines for conducting a national health accounts sub-analysis for HIV/AIDS* (<http://www.healthsystems2020.org>).

USAID, Health Systems 20/20 and UNAIDS. *Linking NASA and NHA concepts and mechanics.* Geneva, UNAIDS, 2009 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications>).



ЦЕЛЬ 7. УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА

- 7.1 Доля вступавших в брак или имевших сексуального партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев

7.1 Распространенность случаев насилия со стороны сексуального партнера за последний период

Доля вступавших в брак или имевших сексуального партнера женщин в возрасте 15-49 лет, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности насилия по отношению к женщинам со стороны их сексуальных партнеров (представляет собой как сам результат, так и репрезентативные данные по гендерному неравенству).

Интимным партнером женщины считается ее сожитель независимо от того, состояли ли они в браке на момент совершения акта насилия. Последнее могло иметь место уже после того, как они расстались.

Обоснование

Наблюдаемый высокий уровень распространенности ВИЧ среди женщин на глобальном уровне, Африке к югу от Сахары, привлек пристальное внимание к проблеме насилия по отношению к женщинам. Все больше людей считают, что в основе подверженности женщин и девочек риску инфицирования, а также их уязвимости к нему, лежит укоренившееся и широко распространенное гендерное неравенство, в частности, насилие по отношению к женщинам. Результаты исследований, проведенных во многих странах, показывают, что значительная доля женщин в той или иной форме испытала насилие в определенный период жизни. Согласно результатам исследований, проведенных в Руанде, Танзании и Южной Африке, уровень риска инфицирования ВИЧ среди женщин, пострадавших от насилия, в три раза выше, чем среди женщин, которые не подвергались насилию.¹⁷

Числитель:	Женщины в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был сексуальный партнер и которые указали на то, что они подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны, по крайней мере, одного из своих партнеров за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Общее число опрошенных женщин в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был интимный партнер
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Проведение обследований среди населения, таких как «Многострановые исследования ВОЗ», обследования в области демографии и здравоохранения / обследования для показателей по СПИДу (модуль домашнего насилия) ¹⁸ , «Международные исследования в области насилия в отношении женщин» (IVAWS) Сбор данных о насилии в отношении женщин предполагает применение специальной методики, разработанной в соответствии со стандартами этики и безопасности ¹⁹ , которая позволяет собрать такую информацию, не нарушая этических норм и не подвергая субъектов исследования опасности, но обеспечивая при этом максимальную надежность и достоверность данных.
Частота сбора данных:	Каждые 3-5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)• По ВИЧ-статусу (при наличии данных)

¹⁷ <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf>

¹⁸ Вопросы, которые задаются респондентам в рамках модуля домашнего насилия ОДЗ, немного отличаются от тех, которые задаются респондентам в рамках многострановых обследований ВОЗ в области домашнего насилия и здоровья женщин. Однако, оценочные данные, получаемые при этом на основе одной из методологий, сопоставимы.

¹⁹ WHO ethical and safety guidelines for collecting data on violence against women. 2003, <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>.

Пояснение к числителю

К женщинам в возрасте 15-49 лет, когда-либо выходившим замуж или имевшим партнера, относятся женщины, которые когда-либо выходили замуж или имели интимного партнера. Интимный партнер – партнер-сожитель, независимо от того, находились ли он и его партнерша-сожительница в браке на момент совершения акта насилия в отношении нее. Вышеуказанных женщин спрашивают, имели ли место в отношении их физическое или сексуальное насилие со стороны интимного партнера-мужчины 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 ей пощечину или бросил в нее предметом, который мог причинить ей боль;
- толкнул или оттолкнул ее;
- ударил ее кулаком или предметом, который мог причинить ей боль;
- ударил ее ногой, тащил ее за какую-либо часть тела или избил ее;
- душил ее или наносил ожоги;
- угрожал ей пистолетом, ножом или каким-либо другим оружием, или фактически использовал против нее что-либо из вышеперечисленного;
- применил силу, чтобы принудить ее к половому контакту против ее воли;
- принудил к действиям сексуального характера, которые, по ее мнению, были унижительными и оскорбительными;
- напугал ее тем, что он с ней сделает, если она не вступит с ним в половой контакт.

В числитель включаются те, кто указал на то, что за последние 12 месяцев имело место хотя бы одно из вышеперечисленных действий.

Пояснения к знаменателю

Общее число опрошенных женщин в возрасте 15-49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был интимный партнер.

Преимущества и недостатки

Данный показатель оценивает прогресс в снижении доли женщин, пострадавших от насилия со стороны своего последнего интимного партнера, что представляет результат такой оценки. Кроме того, он характеризует гендерное неравенство. Изменения во времени, касающиеся уровня распространенности насилия со стороны последнего интимного партнера, указывают и на изменения в уровне гендерного равенства, который является одним из структурных факторов развития эпидемии ВИЧ. Гендерное равенство имеет четкую обратную пропорциональную взаимосвязь с насилием со стороны интимного партнера: В странах с высоким уровнем насилия со стороны интимного партнера наблюдается низкий уровень гендерного равенства, образования и репродуктивного здоровья среди женщин, а также низкий уровень соблюдения прав женщин.²⁰

Данный показатель направлен на измерение прогресса снижения распространенности насилия именно со стороны последнего, а не когда-либо имевшегося интимного партнера, чтобы была возможность проводить мониторинг и оценку такого прогресса во времени. Если взять просто когда-либо полученный опыт насилия со стороны интимного партнера, то мы увидим лишь незначительные изменения во времени независимо от заданного программой уровня, поскольку числитель будет включать одних и тех же женщин на протяжении периода их пребывания в данной возрастной группе. Без существенного изменения гендерных отношений на бытовом и местном уровне и без проведения радикальных реформ в отношении несправедливых гендерных норм, 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. Таким образом, изменения только одного этого показателя станут отправной точкой в изменении статуса женщин и отношения к ним во всех сферах общественной жизни, что, в свою очередь, будет прямо или косвенно способствовать снижению риска инфицирования ВИЧ.

²⁰ Investing in gender equality: ending violence against women and girls. UNIFEM Brief, Oct. 2010.

ЦЕЛЬ 7: УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА

Даже при соблюдении руководящих принципов ВОЗ в области этики и безопасности, а также обеспечении надлежащих условий для проведения интервью, всегда найдутся женщины, которые не предоставят всей информации. Это означает, что оценочные данные будут, вероятно, ниже реального уровня насилия среди исследуемой группы населения.

Концепция сложной взаимосвязи между насилием в отношении женщин и ВИЧ изложена в комплексном анализе имеющихся фактов и текущей практики разработки и внедрения мер и стратегий по устранению данной взаимосвязи.²¹ Исследования, проведенные по всему миру за более чем десять лет, задокументировали существование неоспоримой связи между насилием в отношении женщин (НЖ) и ВИЧ. Результаты исследований показывают, что связь между НЖ и ВИЧ является как фактором, способствующем инфекции, так и ее следствием.²² Эта связь осуществляется через множество прямых и опосредованных механизмов.²³ Например:

- страх перед насилием может удерживать женщину от того, чтобы настоять на использовании презерватива партнером-мужчиной, который по ее мнению является ВИЧ-инфицированным;
- страх стать жертвой насилия со стороны своего интимного партнера может удерживать женщину от раскрытия информации о своем ВИЧ-статусе или обращения за лечением;²⁴
- принудительное вагинальное проникновение повышает вероятность передачи ВИЧ;
- изнасилование является одним из проявлений гендерного неравенства, которое может привести к инфицированию ВИЧ, хотя в большинстве случаев этого и не происходит;
- изнасилование и другие формы физического и сексуального насилия могут вызвать психологический стресс с проявлением в форме рискованного сексуального поведения, результатом чего может стать инфицирование ВИЧ.

Дополнительная информация

Investing in gender equality: ending violence against women and girls. UNIFEM Brief, October 2010. Geneva, World Health Organization, 2010.

Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Geneva, World Health Organization.

Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: a systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV.* Geneva, World Health Organization, 2009.

Gender-based violence and HIV. Cambridge, MA, Program on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, 2009.

Maman S et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:459–478.

21 WHO (2010). *Addressing violence against women and HIV/AIDS: What works?* Geneva, WHO.

22 Dunkle KL, Head S, Garcia Moreno C. *Current intervention strategies at the intersection of gender-based violence and HIV: A systematic review of the peer-reviewed literature describing evaluations of interventions addressing the interface between gender, violence and HIV.* Geneva, WHO, 2009 (in press), and Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, final draft report.

23 Maman, Suzanne, Jacquelyn Campbell, Michael D. Sweat, Andrea C. Gielen. (2000) *The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions* *Social Science & Medicine* 50 459-478.

24 Program on International Health and Human Rights at Harvard School of Public Health (2009). *Gender-Based Violence and HIV*, final draft report.



ЦЕЛЬ 8. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

Состояние показателя: показатель уровня стигмы среди населения в целом планируется разработать для внедрения в систему отчетности к 2014 году.



ЦЕЛЬ 9. УСТРАНЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ

Сбор данных об ограничении передвижения осуществляется непосредственно Отделом по правам человека и правовым вопросам ЮНЭЙДС, поэтому предоставления отчетности не требуется.



ЦЕЛЬ 10. УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

- 10.1 Текущая посещаемость школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет*
- 10.2 Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали финансовую помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев

* Показатель, включенный в цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия

10.1 Посещаемость школ детьми-сиротами

Текущая посещаемость школ детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей (в возрасте 10-14 лет, в возрасте учеников начальной школы, средней школы)

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предупреждении относительно более низкой посещаемости школы детьми-сиротами по сравнению с детьми, имеющими родителей.

Данный показатель разбит на две составные части, чтобы можно было провести сравнение между детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей:

Часть А: Текущий показатель посещения школы для детей-сирот в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы

Часть В: Текущий показатель посещения школы для детей в возрасте 10-14 лет, а также в возрасте учеников начальной школы и средней школы, у которых оба родителя живы и которые живут хотя бы с одним из родителей

Обоснование

СПИД уносит жизни все большего числа взрослых в период, когда они создают семью и воспитывают детей. Сиротство зачастую сопровождается предрассудками и ведет к усилению нищеты – эти факторы еще более уменьшают возможности детей для получения полного школьного образования и могут приводить к тому, что эти дети начинают использовать стратегии для выживания, которые повышают их уязвимость к ВИЧ. По этой причине важно осуществлять постоянный контроль за тем, в какой мере программы помощи в связи со СПИДом обеспечивают возможности для получения образования детьми-сиротами.

Числитель: Часть А: Число детей в возрасте 10-14 лет, в возрасте учеников начальной школы и средней школы, которые потеряли обоих родителей и при этом посещают школу

Часть В: Число детей в возрасте 10-14 лет, в возрасте учеников начальной школы и средней школы, у которых оба родителя живы, которые живут, по крайней мере, с одним из родителей и которые посещают школу

Знаменатель: Часть А: Число детей, потерявших обоих родителей

Часть В: Число детей, у которых оба родителя живы и которые живут, по крайней мере, с одним из родителей

Расчет: Для частей А и В: Числитель / знаменатель

Метод измерения: Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования)

По каждому ребенку в возрасте 10–14 лет, в возрасте ученика начальной и средней школы, живущему в домохозяйстве, у одного из членов домохозяйства спрашивают:

1. Жива ли еще биологическая мать этого ребенка? Если да, живет ли она в домохозяйстве?
2. Жив ли еще биологический отец этого ребенка? Если да, живет ли он в домохозяйстве?
3. Посещал ли этот ребенок когда-либо школу в течение учебного года?

Частота сбора данных: Предпочтительно: раз в два года

Минимум: каждые 4-5 лет

Разбивка:

- По половому признаку

Пояснение к числителю

Определение терминов «в возрасте ученика начальной школы» и «в возрасте ученика средней школы» должно отвечать определению, которое дано ЮНЕСКО и которое в данный момент используется при расчете для каждой конкретной страны других показателей, связанных с обучением, в т.ч. чистого коэффициента охвата начальным образованием/посещения начальной школы и чистого коэффициента охвата средним образованием/посещения средней школы. Возраст учеников начальной и средней школы может незначительно отличаться в зависимости от страны.

Поэтому в целях составления данного показателя используются термины «возраст ученика начальной школы» и «возраст ученика средней школы», которые в настоящее время применяются для расчета стандартных международных показателей в рамках основных программ обследований, в т.ч. ОДЗ или МИКС, чтобы каждая страна имела возможность применить собственную возрастную шкалу, применяемую для начальной и средней школы на национальном уровне. Важно сравнить текущий показатель посещения детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, начальной и средней школы, а не разбить этот показатель по возрастному признаку.

Преимущества и недостатки

Используемые здесь определения ребенка-сироты и ребенка, имеющего родителей (не сироты), т.е. ребенка в возрасте 10–14 лет (по последнему дню рождения), у которого оба родителя умерли или оба родителя живы, выбраны для того, чтобы можно было идентифицировать и проследить во времени максимальные отрицательные последствия, вытекающие из сиротства. Возрастной диапазон 10–14 лет используется по той причине, что дети-сироты младшего возраста, вероятнее всего, лишь недавно потеряли своих родителей, то есть прошло слишком мало времени для того, чтобы ощутить какое-либо отрицательное последствие этого фактора на получение ими образования. В то же время, возраст детей-сирот обычно выше возраста детей, имеющих родителей (поскольку родители детей младшего возраста часто имеют менее продолжительный срок инфицирования ВИЧ), а вероятность того, что дети старшего возраста оставили школу, выше.

Обычно данные, используемые для измерения этого показателя, берут по результатам обследований, проводимых среди домохозяйств. Дети, не учитываемые при проведении таких обследований, напр., дети, живущие в детских учреждениях, или дети улицы, в целом находятся в менее выгодном положении и с большей вероятностью являются сиротами. Таким образом, данный показатель, как правило, будет занижать показатель, отражающий более низкую посещаемость школы детьми-сиротами.

Данный показатель не проводит различия между детьми, потерявшими своих родителей вследствие СПИДа, и детьми, родители которых умерли по другим причинам. В странах с менее значительной эпидемией или эпидемией, находящейся на ранней стадии своего развития, большинство детей-сирот теряет своих родителей по другим, не связанным с ВИЧ, причинам. На этот показатель могли бы влиять какие-либо различия в отношении к детям-сиротам в зависимости от известной или предполагаемой причины смерти их родителей. Однако, на данный момент почти нет никаких данных, свидетельствующих о том, что такие различия в отношении детей широко распространены.

Данный показатель не дает никакой информации о фактической численности детей-сирот. Ограничения в применении такого показателя к детям, потерявшим обоих родителей, и к возрастной группе 10–14 лет означает, что полученные оценочные значения могут быть основаны на ограниченных данных в странах с малой или нарождающейся эпидемией.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

10.2 Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств

Доля наиболее бедных домохозяйств, которые получали финансовую помощь из внешних источников в течение последних 3 месяцев

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в предоставлении внешней финансовой поддержки наиболее бедным домохозяйствам, пострадавшим от последствий ВИЧ и СПИДа.

Обоснование

Предоставление финансовой помощи (в основном, в виде социальной помощи и прожиточного пособия) остается одним из ключевых компонентов многих программ по предоставлению комплексных услуг по уходу и поддержке. Данный показатель отражает растущую приверженность международного сообщества выполнению обязательств по обеспечению ВИЧ-ориентированной социальной защиты. Он также указывает на то, что основным объектом анализа должны быть домохозяйства, поскольку они являются целью многих услуг, предоставляемых в сфере ухода и поддержки. Отслеживание уровня охвата домохозяйств, в которых есть сироты, а также тех, которые относятся к наиболее бедным слоям населения, остается одним из главных приоритетов в сфере развития.

Числитель:

Число наиболее бедных домохозяйств, которые получали финансовую помощь в какой – либо форме из внешних, источников в течение последних 3 месяцев

Внешняя финансовая помощь – бесплатная финансовая помощь (гранты, выплачиваемые наличными, помощь по оплате обучения в школе, материальная помощь на обучение, помощь, выплачиваемая наличными или предоставляемая в натуральной форме для создания источников дохода, пособие на пропитание, предоставляемое домохозяйствам, или материальная или финансовая помощь на обеспечение места проживания), источником которой не являются друзья, члены семьи или соседи, если только они не работают в группе или организации, действующей на уровне общины. Источником внешней финансовой помощи, как правило, является национальное правительство или какая-либо организация гражданского общества

Знаменатель:

Общее число наиболее бедных домохозяйств

Наиболее бедные домохозяйства – домохозяйства, находящиеся в нижнем квинтиле материального благосостояния. Для обеспечения унифицированного подхода к мониторингу достигнутого прогресса и составлению и представлению отчетности о нем на национальном и глобальном уровнях страны должны придерживаться точного определения показателя и методики его измерения. Это позволит осуществлять мониторинг изменений во времени и проводить сравнения между разными странами. В то же время, страны могут добавлять или исключать другие категории (например, другие квинтили материального благосостояния) на местном уровне в зависимости от потребностей страны в разработке и реализации национальных программ.

Расчет:

Числитель / знаменатель

Метод измерения:

Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, или кластерные обследования или другие репрезентативные обследования)

Во время анализа данных проводится оценка материального благосостояния домохозяйств (путем оценки активов, которыми они владеют) с использованием данных по квинтилю материального благосостояния, чтобы определить 20% наиболее бедных домохозяйств. Однако, поскольку определить наиболее бедные домохозяйства на стадии сбора данных невозможно, вопросы, касающиеся финансовой поддержки, задаются всем домохозяйствам. В данный показатель включаются только те, кто входит в низший квинтиль материального благосостояния

В рамках обследования домохозяйств необходимо составить список всех членов домохозяйств с указанием их возраста, в котором также следует указать все домохозяйства, где в течение последнего года перед проведением обследования были дети младше 18 лет, а также сироты. После этого каждому такому домохозяйству следует задать вопросы относительно вида финансовой помощи, полученной за последние 3 месяца, а также относительно ее основных источников.

Главам или другим респондентам-членам домохозяйств задают следующие вопросы относительно вида внешней финансовой помощи, полученной за последние 3 месяца:

Получало ли ваше домохозяйство за последние 3 месяца внешнюю финансовую помощь в какой-либо из нижеперечисленных форм:

- a) наличными (например, пенсию, пособие по нетрудоспособности, пособие на ребенка (привести в соответствие с реалиями страны));
- b) помощь по оплате обучения в школе;
- c) материальная помощь на обучение (например, оплата формы, школьных учебников и т.д.);
- d) помощь, выплачиваемая наличными или предоставляемая в натуральной форме, в т.ч. в форме сельскохозяйственной продукции, для создания источников дохода;
- e) пособие на пропитание, предоставляемое непосредственно домохозяйству или через стороннее учреждение (например, школу);
- f) материальная или финансовая помощь на обеспечение места проживания;
- g) другая форма финансовой помощи (укажите).

Во время анализа данных проводится оценка материального благосостояния домохозяйств (путем оценки активов, которыми они владеют) с использованием данных по квинтилю материального благосостояния, что позволит оценить долю наиболее бедных домохозяйств, получающих внешнюю помощь.

Частота сбора данных:

Каждые 4-5 лет

Разбивка:

Рекомендуется осуществлять разбивку данного показателя по виду внешней финансовой помощи, чтобы отследить те виды финансовой помощи, которые предоставляются домохозяйствам, в частности, чтобы иметь возможность сравнить доступ к бесплатной социальной помощи, например, помощи, выплачиваемой наличными (и часто предназначенной бедным домохозяйствам с ограниченными возможностями трудоустройства), и доступ к прожиточному пособию (часто предназначенному бедным домохозяйствам с менее ограниченными возможностями трудоустройства). Также рекомендуется осуществлять разбивку данного показателя, исходя из наличия или отсутствия в домохозяйстве детей-сирот, так как сиротство остается одним из основных определяющих факторов уязвимости, в частности, в отношении получения доступа к услугам. По возможности данные следует также разбивать исходя из того, где находится домохозяйство – в городе или сельской местности. Страны, которые захотят также собрать данные по домохозяйствам, представляющим другие квинтили материального благосостояния, могут провести сравнение данного показателя на основании этих дополнительных данных, чтобы выяснить, достигает ли внешняя финансовая помощь домохозяйств из низшего квинтиля материального благосостояния по сравнению с домохозяйствами с более высоким материальным благосостоянием.

Преимущества и недостатки

Данный показатель является дополнительным доказательством необходимости уделять более пристальное внимание материальному благосостоянию как одному из факторов уязвимости, а также показывает, что определение в качестве цели наиболее бедных домохозяйств в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ обеспечивает хороший охват бедных домохозяйств, пострадавших от ВИЧ²⁵. Репрезентативные показатели

²⁵ Результаты реализации программ предоставления социальной помощи в Малави и Замбии подтверждают эффективность использования критериев уязвимости без какой-либо конкретной привязки к СПИДу для охвата детей и семей, пострадавших от СПИДа. Эти программы нацелены на самых бедных людей с ограниченными возможностями трудоустройства, и как показали результаты исследований, проведенных с использованием таких критериев, 80% всех домохозяйств, которые пострадали от СПИДа и представляют самое бедное население с ограниченными возможностями трудоустройства, были охвачены этими программами. (ЮНИСЕФ 2007).

ЦЕЛЬ 10: УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

последствий СПИДа (например, «хронические заболевания») часто в недостаточной мере ассоциировались с ВИЧ, и их ассоциация с негативными результатами в области развития также является слабой. Кроме того, как оказалось, их сложно выявить путем проведения анкетирования домохозяйств.

Данный показатель указывает на изменяющийся уровень финансовой помощи, предоставляемой наиболее бедным домохозяйствам. В странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, например, большинство таких домохозяйств, вероятнее всего, страдает от последствий ВИЧ. Данный показатель также указывает на изменения в составе внешней помощи (наличные, продукты питания, средства к существованию), предоставляемой наиболее бедным домохозяйствам.

Он не измеряет непосредственно степень финансовой помощи, предоставляемой ВИЧ-инфицированным домохозяйствам и домохозяйствам, пострадавшим от последствий ВИЧ, поскольку ее сложно определить в ходе исследования. При этом он опосредовано указывает на то, что домохозяйства, представляющие низший квинтиль материального благосостояния в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, вероятнее всего, страдают от негативных последствий ВИЧ и СПИДа и нуждаются в финансовой помощи. Чтобы максимально упростить процесс измерения, данный показатель не имеет целью определить различные источники помощи, предоставляемой домохозяйствам. Однако, они должны быть частично определены при помощи оценки национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС).

Сбор данных путем проведения обследований среди населения, в т.ч. обследований в области демографии и здравоохранения, а также многоиндикаторных кластерных обследований, говорит о том, что данный показатель не определяет статус лиц, проживающих за пределами домохозяйств, например, детей улицы, детей, содержащихся в учреждениях, а также внутренне перемещенных групп населения. Чтобы отследить охват этих уязвимых групп населения, необходимо проводить дополнительные обследования.

Дополнительная информация

Более подробную информацию можно найти на следующем веб-сайте:

http://www.unicef.org/aids/index_documents.html

Политика правительства в связи с ВИЧ и СПИДом

Специальная анкета в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД за 2013 год

В 2013 году не требуется предоставлять полный отчет о Национальных обязательствах и политических инструментах (НОПИ). Необходимо заполнить только эту краткую анкету.

Отчетность по НОПИ будет предоставляться раз в два года.

При ответе на два последних вопроса (вопросы 3 и 4) можно указать основные изменения в политике по борьбе со СПИДом, произошедшие с начала 2012 года, когда был представлен ваш последний отчет о НОПИ. Вопрос 3 предназначен для государственных организаций, вопрос 4 – для негосударственных.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2012 год

Приложение 3. Специальная анкета в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД за 2013 год

Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе

Приложение 5. Список использованной литературы

Приложение 6. Показатели обрезания крайней плоти у мужчин

Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

В 2013 году не требуется предоставления описательного отчета в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

Приложение 2. Матрица национального финансирования на 2013 год

Обложка

При подаче заполненной матрицы национального финансирования просьба указать следующую информацию.

Страна:

Контактное лицо в национальном органе/комитете по СПИДу (или эквивалентной организации):

ФИО: _____

Должность: _____

Контактная информация для национального органа/комитета по СПИДу (или эквивалентной организации):

Адреса: _____

Эл. почта: _____

Телефон: _____

Факс: _____

Цикл отчетности в 2010 г.: календарный год _____ или финансовый год _____

Цикл отчетности в 2011 г.: календарный год _____ или финансовый год _____

Цикл отчетности в 2012 г.: календарный год _____ или финансовый год _____

Для цикла отчетности за финансовый год указать первый и последний месяц/год: ____ / ____ - ____ / ____

Национальная валюта:

Средний обменный курс относительно доллара США в течение отчетного цикла: 2010: _____ /

2011: _____ / 2012: _____

Методика:

(Указать методику, использованную для получения данных для матрицы национального финансирования – оценки национальных расходов в связи со СПИДом, национальные счета здравоохранения или анализ ресурсных потоков. Кроме того, просьба предоставить информацию о том, как и где можно получить полный отчет, с указанием методики, используемой для сбора данных.)

Неучтенные расходы:

(Просьба указать, имели ли место расходы на мероприятия в любой категории или подкатегории расходов в связи со СПИДом, которые не были включены в матрицу национального финансирования, и пояснить, почему эти расходы не были включены.)

Странам, которые представили свои данные за 2010 год в своем последнем отчете (GARPR 2012), не требуется еще раз вводить данные за 2010 год, кроме случаев, когда данные в последнем отчете отсутствовали, были неполными или были изменены по сравнению с данными за 2010 год благодаря получению новой информации. В таком случае мы заменим данные за 2010 год в нашей последней базе данных (GARPR 2012) и включим новые данные, представленные за 2013 год.

2010: _____

2011: _____

2012: _____

Бюджетная поддержка: Была ли бюджетная поддержка из международного источника (напр., от двустороннего донора) включена в подкатегории "Центральные/национальные" и/или "Субнациональные" в разделе "Государственные источники финансирования"?

2010 г.: ____ Да ____ Нет / 2011 г.: ____ Да ____ Нет / 2012 г.: ____ Да ____ Нет

Матрица национального финансирования расходов в связи со СПИДом на 2013 г.

Предпосылки

Показатель «Расходы в связи со СПИДом» предназначен для измерения прогресса в достижении цели № 6, сформулированной в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года: «Значительно увеличить ежегодную общую сумму расходов (до приблизительно 22-24 миллиардов долларов США) в странах с низким и средним уровнем доходов». Представление отчета относительно выполнения показателя «Расходы в связи со СПИДом» осуществляется путем заполнения документа «Матрица национального финансирования: расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования». Эта матрица представляет собой электронную таблицу, которая позволяет странам записывать расходы в связи со СПИДом в рамках восьми категорий по трем источникам финансирования. Данный показатель включает критическую информацию, получаемую как на национальном, так и на глобальном уровне осуществления мер в ответ на СПИД. Матрица национального финансирования разработана таким образом, чтобы она была совместима с различными системами сбора и отслеживания данных, т.е. оценками национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), национальными счетами здравоохранения и результатами анализа ресурсных потоков, позволяя переносить информацию из этих документов в данную матрицу. Для стран, использующих ОНРС, эта матрица является одним из результатов применения данного инструмента. (Странам, заинтересованным в реализации ОНРС, рекомендуется обратиться в ЮНЭЙДС для получения дополнительной информации об этом инструменте.)

Структура матрицы

Матрица национального финансирования включает два основных компонента:

- категории расходов в связи со СПИДом (порядок расходования средств, выделенных для осуществления национальных ответных мер), и
- источники финансирования (источник получения средств, выделенных для осуществления национальных ответных мер).

Существует восемь категорий расходов в связи со СПИДом: профилактика; уход и лечение; сироты и уязвимые дети; усиление системы управления программами; стимулы для кадровых ресурсов; социальная защита и социальные услуги (кроме сирот и уязвимых детей); благоприятная среда и развитие общин; а также научные исследования.

Каждая категория расходов включает несколько подкатегорий. Восемь категорий расходов всего включают 91 подкатеорию. Важно отметить, что все категории и подкатегории расходов касаются СПИДа; например, расходы, указанные в категории «благоприятная среда и развитие общин», должны включать только те расходы, которые непосредственно связаны с осуществлением мер в ответ на СПИД.

Самая большая категория касается профилактики и содержит 22 подкатегории, от добровольного консультирования и тестирования до социального маркетинга презервативов и обеспечения безопасности крови; семь других категорий расходов включают менее 10 подкатегорий каждая. Цель разделения расходов на категории и подкатегории заключается в том, чтобы помочь национальным правительствам сделать разбивку своих расходов наиболее рациональным и последовательным образом. Как указано выше, матрица была разработана таким образом, чтобы быть совместимой с обычными системами сбора и отслеживания данных, позволяя уменьшить нагрузку на национальные правительства при составлении отчетности.

Существует три основных группы источников финансирования: государственные национальные, международные и частные национальные (необязательные для использования в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД).

Аналогично категориям расходов каждый источник финансирования включает несколько подкатегорий. Государственные источники включают четыре подкатегории: центральные/национальные, субнациональные, возмещаемые банкам и развития (займы), а также все остальные государственные источники. Международные источники включают пять подкатегорий: двусторонние организации, учреждения ООН, Глобальный фонд, гранты банков развития (невозмещаемые) и все остальные международные источники. Частные источники включают четыре подкатегории: корпоративные источники и средства потребителей/личные средства. (Примечание: Данные о частных источниках необязательны для включения в отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. В то же время странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, поскольку они могут быть полезными для координации национальных мер в ответ на эпидемию.)

Инструкции

- Национальный орган/комитет по СПИДу или эквивалентная структура должны назначить технического координатора для управления процессом сбора и включения релевантных данных в матрицу национального финансирования. Рекомендуется, чтобы этот координатор хорошо знал документы и методики, используемые в стране для сбора этого вида финансовых данных (т.е. оценки национальных расходов в связи со СПИДом, национальные счета здравоохранения и анализ ресурсных потоков). Кроме того, координатору необходимо поддерживать связь с другими лицами, координирующими процесс отслеживания национальных ресурсов, например, с координаторами в министерстве здравоохранения, которые участвовали в представлении отчетности о расходах в связи с ВИЧ. Их участие обеспечит согласование национальных оценок расходов в связи с ВИЧ и позволит избежать дублирования инициатив.
- Странам рекомендуется включать максимально подробные данные в матрицу национального финансирования, в том числе данные с разбивкой по всем применимым категориям и подкатегориям расходов и источников финансирования в связи со СПИДом. Необходимо четко указать любые категории или подкатегории, которые не применимы в стране; пояснение для категорий и подкатегорий, которые не включают оценки по какой-либо иной причине, необходимо представить на обложке к матрице.
- Финансовые данные в матрице должны включать фактические расходы. Они не должны включать бюджетные цифры, которые в действительности не стали фактическими расходами, а также не должны отражать суммы намеченных ассигнований или обязательств. Фактические расходы должны отвечать календарному или финансовому году (годам): 2009, 2010 и/или 2011 (в зависимости от имеющихся данных).
- Общая сумма по каждой строке расходов должна включать финансирование из всех источников, перечисленных для такой позиции. Кроме того, для каждой из восьми категорий расходов в связи со СПИДом необходимо указать общую сумму, которая должна включать все финансирование по всем источникам для всех подкатегорий в данной категории.
- Суммы по каждой категории или подкатегории должны указываться в национальной валюте. В то же время, важно указать средний обменный курс к доллару США за отчетный календарный или финансовый год; см. обложку матрицы национального финансирования на странице 104.
- Категории или подкатегории расходов составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории «Другие/не указанные в других позициях», которая включается в каждую из восьми категорий расходов в связи со СПИДом. (Подробное описание категорий и подкатегорий можно найти в документе ЮНЭЙДС «Оценка национальных расходов на борьбу со СПИДом (ОНРС): классификация и определения» (*National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*), см. литературу ниже.)
- Расходы необходимо учитывать только в одной категории или подкатегории; расходы нельзя учитывать дважды. Например, расходы на мероприятия для сирот и уязвимых детей не должны повторно указываться в категории «Социальная защита и социальные услуги».
- Категории или подкатегории источников финансирования составлены так, чтобы не требовалось никаких пояснений. Расходы, которые явно не попадают в определенную подкатегорию, следует указать в подкатегории «Все остальные», которая включается как в категорию государственных, так и в категорию международных источников. Обращаем внимание на то, что перечень категорий и подкатегорий «Источники финансирования» не является исчерпывающим. Однако, он является индикативным в отношении основных источников финансирования.
- Финансирование в подкатегориях «Центральные/национальные» и «Субнациональные» в категории «Государственные источники» должно включать только доходы, получаемые правительством и выделяемые на меры в ответ на СПИД. Сюда не следует включать какую-либо помощь в целях развития, получаемую из международных источников; единственным возможным исключением является бюджетная поддержка со стороны организаций-доноров, которую невозможно дифференцировать от внутренних доходов страны. Если общий объем бюджетной поддержки можно определить, его следует включить в соответствующую подкатегорию категории «Международные источники» (напр., двусторонние организации). Если какая-либо бюджетная поддержка включается в подкатегории «Центральные/национальные» и/или «Субнациональные», это необходимо указать на обложке (см. выше).
- Финансирование, предоставляемое банком развития, следует обозначать либо как «Возмещаемое» (напр., займы) в разделе «Государственные источники», либо как «Невозмещаемое» (напр., гранты) в разделе «Международные источники». Странам, получающим и займы, и гранты из банков развития, следует правильно распределять эти средства по категориям.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

- Финансирование, предоставляемое отдельными двусторонними донорами, необязательно разбивать в матрице финансирования по донорам.
- Финансирование, предоставляемое международными фондами, следует указывать в подкатегории «Все остальные» в категории «Международные». Средства, получаемые от национальных фондов, следует указывать в подкатегории «Все остальные» в категории «Государственные».
- Информация о финансировании из частных источников предоставляется по усмотрению. В то же время странам настоятельно рекомендуется собирать и представлять имеющиеся данные в этой области, чтобы дать более полную картину наличия средств для осуществления мер в ответ на СПИД.
- Основные группы населения с повышенным риском подверженности инфицированию ВИЧ: все программы, направленные на работу с группами населения, подверженными повышенному риску инфицирования ВИЧ, включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.), добровольное и анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространение презервативов, а также профилактику и лечение ИППП), программы, направленным на развитие и обретение навыков, необходимых для обеспечения безопасного поведения, изменения поведения, а также непрерывного участия в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом: *ASC.01.08 Программы профилактики для работников секс-бизнеса и их клиентов; ASC.01.09 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами (МСМ) или ASC.01.10 Программы снижения вреда для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).*
- Все программы, направленные на работу с другими особыми группами населения повышенного риска (коренное население, мигранты / мобильные группы населения, военные, полиция, а также представители других силовых структур), включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.), добровольное и анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространение презервативов, а также профилактика и лечение ИППП), программы, направленные на развитие и обретение навыков, необходимых для того, чтобы договориться о безопасном поведении, изменении поведения, а также непрерывном участии в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом: *ASC.1.04 Программы снижения риска для уязвимых и доступных групп населения.*
- Программы, направленные на работу с населением в целом: все программы, направленные на работу с населением в целом, включая мероприятия по снижению риска инфицирования ВИЧ, мероприятия в рамках реализации подхода «аутрич» (в т.ч. с участием коллег, ровесников и т.д.), добровольное и анонимное консультирование и тестирование на ВИЧ, мероприятия по профилактике передачи ВИЧ половым путем (распространение презервативов, а также профилактику и лечение ИППП), программы, направленным на развитие и обретение навыков, необходимых для того, чтобы договориться о безопасном поведении, изменении поведения, а также непрерывном участии в мероприятиях по профилактике инфицирования ВИЧ, следует закодировать и систематизировать в соответствии с классификацией, предусмотренной категориями расходов в связи со СПИДом: *ASC.01.01 Коммуникация для социальных перемен и изменений в поведении, ASC.01.02 Мобилизация общины, ASC.01.03 Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ), ASC.01.12 Социальный маркетинг презервативов, ASC.01.13 Предоставление мужских презервативов через государственный и частный сектор, а также ASC.01.14 Предоставление женских презервативов через государственный и частный сектор.*
- Стимулирование кадровых ресурсов: Данные расходы направлены на обеспечение наличия кадровых ресурсов для осуществления мер в ответ на СПИД. К стимулированию кадровых ресурсов относятся меры по подготовке, удержанию, раскрытию потенциала, а также поощрению качественного выполнения своих обязанностей медицинскими работниками и менеджерами в сфере ВИЧ. Таким образом, эти расходы направлены исключительно на включение в этот список дополнительных стимулов. Прямые затраты, связанные с кадровыми ресурсами, включаются в расходы по каждой из других категорий расходов. Например, расходы на кадровые ресурсы отражаются в общих расходах на меры по профилактике и лечению – *ASC.01 Профилактика* и *ASC.02 Уход и лечение* - в то время как расходы на кадровые ресурсы, которые необходимы для проведения определенных мероприятий вне места предоставления услуг по уходу, также включаются в расходы на программные мероприятия – *ASC.04 (Управление реализацией программ)*. Таким образом, расходы на заработную плату врача следует относить к расходам, связанным с финансированием непосредственно той программной деятельности, в

рамках которой врач предоставляет свои услуги. Только расходы на дополнительные денежные стимулы, например, за работу в определенных географических условиях или за работу, связанную со СПИДом, классифицируются в рамках категории *ASC.05 Стимулирование кадровых ресурсов*. В основном, эта категория покрывает расходы на врачей и медицинских сестер.

- Колонка корпоративных источников в категории «Частные источники» должна включать средства, потраченные в стране компаниями в различных категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом; соседняя колонка «Средства потребителей/личные средства» должна включать средства, расходуемые отдельными гражданами и/или семьями в категориях и подкатегориях расходов в связи со СПИДом. (Примечание: вероятно, что большая часть данных в колонке «Средства потребителей/личные средства» будет включена в категории и подкатегории по уходу и лечению, а также в отдельные категории и подкатегории по профилактике.)
- Если в стране имеется программа национальных счетов здравоохранения – суб счетов по СПИДу, ей необходимо использовать положения документа о ОНРС и НСЗ для введения данных относительно результатов реализации такой программы в матрицу финансирования. Документ «Объединяя концепцию и механизм ОНРС и НСЗ» (*Linking NASA and NHA Concepts and Mechanics*) представляет собой справочник, в котором всесторонне показана процедура перевода категорий расходов из ОНРС-НСЗ в матрицу национального финансирования. Страны могут обратиться к сотруднику по мониторингу и оценке в страновом офисе ЮНЭЙДС или в Группу мониторинга и анализа ответных мер при штаб-квартире ЮНЭЙДС в Женеве.
- Если страна использует анализ ресурсных потоков, она, возможно, сможет увязать информацию, характеризующую итоговые суммы в этом анализе, с восемью категориями расходов средств в связи со СПИДом в матрице национального финансирования.
- Электронные версии «Пособия по оценкам национальных расходов» (*Notebook to Produce National AIDS Spending Assessments*) и документа «Оценка национальных расходов на борьбу со СПИДом (ОНРС): классификация и определения» (*National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification taxonomy and Definitions*) можно загрузить со следующей страницы веб-сайта ЮНЭЙДС: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/nasapublications/>. Электронную версию матрицы национального финансирования можно загрузить в формате Excel с того же веб-сайта.
- Секретариат ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует НКС или эквивалентной организации провести однодневный семинар для заинтересованных участников с целью обзорного анализа матрицы национального финансирования до ее представления в рамках процесса отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Заинтересованные участники должны включать федеральные и провинциальные/региональные правительственные министерства и департаменты, а также местные и международные организации гражданского общества, многосторонние учреждения, двусторонних доноров, фонды и коммерческие структуры, а также представителей других соответствующих программ по отслеживанию ресурсов.

Матрицу национального финансирования можно найти в электронной системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (<http://AIDSreportingtool.unaids.org>).

После заполнения матрицу национального финансирования следует предоставить, используя электронную систему отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД.

Если у вас нет доступа к системе отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, просьба направить матрицу национального финансирования в ЮНЭЙДС (AIDSreporting@unaids.org).

Матрица национального финансирования на 2013 год

Категории расходов в связи со СПИДом ВСЕО (национальная валюта):	ВСЕО (национальная валюта):	Государственные Итого	Центральные / национальные	Субнациональные	Банки развития: возвратные (напр., займы)	Социальное обеспечение	Все другие государственные	Международные Итого	Двусторонние	Учреждения ООН	Глобальный фонд	Банки развития: невозвратные (напр., гранты)	Все другие Многосторонние	Все другие Международные	Частные Итого	Коммерческие учреждения, корпорации	Средства домохозяйств	Все другие частные
1. Профилактика (итого)																		
1.01 Коммуникация для социальных перемен и изменения в поведении																		
1.02 Мобилизация общин																		
1.03 Добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)																		
1.04 Снижение риска для уязвимых и доступных групп населения																		
1.05 Профилактика – молодежь в школе																		
1.06 Профилактика – молодежь вне школы																		
1.07 Профилактика передачи ВИЧ для людей, живущих с ВИЧ																		
1.08 Программы профилактики для работников секс-бизнеса и их клиентов																		
1.09 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами																		
1.10 Программы снижения вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики																		
1.11 Программы профилактики на рабочем месте																		
1.12 Социальный маркетинг презервативов																		
1.13 Предоставление мужских презервативов через государственный и частный сектор																		
1.14 Предоставление женских презервативов через государственный и частный сектор																		
1.15 Микробициды																		
1.16 Профилактика, диагностика и лечение при инфекциях, передающихся половым путем (ИППП)																		
1.17 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку																		
1.18 Обрезание у мужчин																		
1.19 Безопасность крови																		
1.20 Безопасные медицинские инъекции																		
1.21 Универсальные меры предосторожности																		
1.22 Профилактика после контакта																		
1.98 Профилактические мероприятия без разбивки на конкретные меры																		
1.99 Профилактические мероприятия, не классифицируемые в других документах																		
2. Уход и лечение (итого)																		
2.01 Амбулаторный уход (итого)																		
2.01.01 Тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг																		
2.01.02 Амбулаторная профилактика и лечение при оппортунистических инфекциях (ОИ)																		
2.01.03 Антиретровирусная терапия																		
2.01.04 Диетологическая помощь в связи с АРВ-терапией																		
2.01.05 Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ																		
2.01.06 Стomatологические программы для людей, живущих с ВИЧ																		
2.01.07 Психологическое лечение и поддержка																		
2.01.08 Амбулаторный паллиативный уход																		
2.01.09 Уход на дому																		
2.01.10 Народная медицина и неформальные услуги по уходу и лечению																		
2.01.98 Амбулаторный уход без разбивки на конкретные меры																		
2.01.99 Амбулаторный уход, не классифицируемый в других документах																		
2.02 Стационарный уход (итого)																		
2.02.01 Стационарное лечение при оппортунистических инфекциях (ОИ)																		
2.02.02 Стационарный паллиативный уход																		
2.02.98 Стационарный уход без разбивки на конкретные меры вмешательства																		
2.02.99 Стационарный уход, не классифицируемый в других документах																		
2.03 Транспортировка пациента и оказание экстренной помощи																		
2.98 Уход и лечение без разбивки на конкретные меры																		

Приложение 3. Специальная анкета о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД – 2013

В 2013 году не требуется предоставлять полный отчет о Национальных обязательствах и политических инструментах (НОПИ). Необходимо заполнить только эту краткую анкету.

При ответе на два последних вопроса (вопросы 3 и 4) можно указать основные изменения в политике по борьбе со СПИДом, произошедшие с начала 2012 года, когда был представлен ваш последний отчет о НОПИ. Вопрос 3 предназначен для государственных организаций, вопрос 4 – для негосударственных.

ЧАСТЬ А: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

1) Проводили ли вы оценку численности основных групп населения?

Основные группы населения	Оценка численности проводилась (да/нет)	Если да, то когда проводилась последняя оценка? (год)	Если да, то какие результаты были получены?
а) мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами;			
б) лица, потребляющие инъекционные наркотики;			
в) работники секс-бизнеса;			
г) другие основные группы населения (укажите, какие это группы в поле для комментариев).			
д) комментарии:			

2) Являются ли учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги в связи с ВИЧ, интегрированными с другими медицинскими учреждениями?

Услуги	Многие	Несколько	Ни одно го
а) Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, а также услуги, связанные с охраной полового и репродуктивного здоровья			
б) Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, а также услуги для больных туберкулезом			
в) Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ и общий амбулаторный уход			
г) Консультирование и тестирование в связи с ВИЧ, а также услуги для больных хроническими неинфекционными заболеваниями			
д) Антиретровирусная терапия и услуги для больных туберкулезом			
е) Антиретровирусная терапия и общий амбулаторный уход			
ж) Антиретровирусная терапия и услуги для больных хроническими неинфекционными заболеваниями			
з) ППМР и дородовое наблюдение/охрана здоровья матери и ребенка			
и) Другие комментарии по вопросу интеграции в связи с ВИЧ:			

3) Произошли ли в вашей политике по борьбе со СПИДом какие-либо важные изменения по сравнению с началом 2012 года, когда был представлен ваш последний отчет о НОПИ (Национальные обязательства и политические инструменты)? Если да, опишите их ниже. (государственные организации)

ЧАСТЬ В: негосударственные организации, например, организации гражданского общества, частный сектор, двусторонние и многосторонние учреждения.

4) Произошли ли в вашей политике по борьбе со СПИДом какие-либо важные изменения по сравнению с началом 2012 года, когда был представлен ваш последний отчет о НОПИ (Национальные обязательства и политические инструменты)? Если да, опишите их ниже.

Приложение 4. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе

- Определен процесс написания отчета, включая временные рамки и промежуточные цели, роли НКС, правительственных учреждений, учреждений ООН, гражданского общества и других соответствующих партнеров.
- Финансирование обеспечено по всем аспектам процесса предоставления отчетности.
- Определен процесс сбора, проверки и анализа данных, включая:
 - идентификацию релевантных инструментов и источников данных для каждого показателя;
 - временные рамки сбора данных в соответствии с другими действиями по сбору данных, включая действия через финансирующие организации, такие как Глобальный фонд, ПЕПФАР и учреждения ООН;
 - временные рамки для представления отчетности по показателям, рассчитываемым для учреждений, с целью получения совокупного национального показателя;
 - семинары по проверке и триангуляции данных с целью обеспечения консенсуса относительно правильности каждого показателя;
- Разработаны протоколы для обработки и управления данными, включая:
 - основные процедуры уточнения и валидации данных;
 - единую базу данных для анализа и отчетности.
- Релевантные данные проанализированы совместно с организациями-партнерами, представляющими правительство, гражданское общество и международное сообщество.
- Данные для показателей введены с использованием рекомендованных систем отчетности.
- Достигнут консенсус с заинтересованными сторонами, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, относительно окончательного отчета для представления.
- Отчет и требуемые формы с данными представлены ЮНЭЙДС в Женеве (AIDSreporting@unaids.org) до 31 марта 2013 года.
- В стране определен координатор для поддержания связи с Секретариатом ЮНЭЙДС в случае возникновения вопросов, связанных с отчетом и/или представленными данными.

Приложение 5. Список использованной литературы

- UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Assessment - Guidelines to support preparation, implementation and follow up activities*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *12 Components M&E System Strengthening Tool*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2011) *AIDS at 30: Nations at the Crossroads*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2011) *Glossary of M&E Terminology*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Guidance HIV M&E Capacity-building*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Indicator Standards and Assessment Tool*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: A National Evaluation Agenda for HIV*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Triangulation*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: An Introduction to Indicators*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Monitoring and Evaluation Fundamentals: Basic Terminology and Frameworks for Monitoring and Evaluation*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2008) *Organizing Framework for a Functional National HIV Monitoring and Evaluation System*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2010) *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2011) *Securing the future today – Synthesis of Strategic Information on HIV and Young People*; Geneva, UNAIDS
- UNAIDS (2010) *Strategic Guidance for the Evaluation of HIV prevention programmes*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2009). *UNGASS Guidelines on Construction of Core Indicators*. Geneva: UNAIDS
- WHO (2010) *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneva; WHO
- UNICEF (2011). *The State of the World's Children Report*. New York: UNICEF
- UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York; UNICEF

Приложение 6. Показатели обрезания крайней плоти у мужчин

Предоставление этих двух показателей требуется только в 16 странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, низкой распространенностью обрезания крайней плоти у мужчин и генерализованой эпидемией, обусловленной гетеросексуальными контактами, а именно: в Ботсване, Замбии, Зимбабве, Кении, Лесото, Малави, Мозамбике, Намибии, Руанде, Свазиленде, Объединенной Республике Танзании, Уганде, Центральноафриканской Республике, Эфиопии, Южной Африке, Южном Судане.

1.22 Доля мужчин, прошедших процедуру обрезания

Процент мужчин в возрасте 15-49 лет, которые прошли процедуру обрезания крайней плоти

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в увеличении охвата процедурой обрезания крайней плоти у мужчин.

Обоснование

Имеются убедительные доказательства того, что обрезание крайней плоти снижает для мужчины риск заражения ВИЧ через гетеросексуальный контакт приблизительно на 60%. В ходе трех рандомизированных контролируемых испытаний было подтверждено, что процедура обрезания, проведенная хорошо обученными специалистами и с использованием надлежащего оборудования, является безопасной и помогает снизить риск заражения ВИЧ. Согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНЭЙДС, обрезание крайней плоти у мужчин следует рассматривать в качестве эффективной меры по предотвращению распространения ВИЧ в странах и регионах, где наблюдается развитие эпидемии, обусловленной гетеросексуальными контактами, высокий уровень распространенности ВИЧ и низкая распространенность обрезания крайней плоти у мужчин.

Числитель:	Число респондентов-мужчин в возрасте 15-49 лет, которые указали на то, что прошли процедуру обрезания
Знаменатель:	Общее число респондентов-мужчин в возрасте 15-49 лет
Расчет:	Числитель / знаменатель
Метод измерения:	Проведение обследований среди населения (обследования в области демографии и здравоохранения, обследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные обследования или другие репрезентативные обследования)
Частота сбора данных:	Каждые 3-5 лет
Разбивка:	<ul style="list-style-type: none">• По возрастному признаку (15-19, 20-24, а также 25-49 лет)• По источнику/исполнителю процедуры обрезания: официальная система здравоохранения или народная медицина

Преимущества и недостатки

Изменение уровня распространенности обрезания крайней плоти у мужчин может быть или не быть следствием реализации программы по противодействию ВИЧ. Так, изменение уровня распространенности обрезания у мужчин может быть результатом эволюции общественных норм, не связанной с реализацией программы. Данный показатель отражает факт произошедших изменений в исследуемой группе населения вне зависимости от причины таких изменений.

Существующие методы проведения обследований среди населения (такие как ОДЗ) могут не давать точных данных о действительном уровне распространенности обрезания среди мужчин в связи с недостаточной информированностью о процедуре обрезания крайней плоти, сомнениями относительно того, проводилась ли такая процедура, и существующим общественным мнением в отношении данной процедуры. В этой связи возможно применение других подходов для определения принадлежности респондентов к той или иной группе

в зависимости от имевшей место процедуры обрезания крайней плоти, напр., использование фотографий или рисунков (рисунки могут быть более уместны с точки зрения культурных особенностей региона), вопросы с подсказками или даже проведение непосредственного осмотра. Для построения модели возможного влияния уровня распространенности обрезания у мужчин на уровень заболеваемости ВИЧ требуются точные данные об изменении показателя обрезания крайней плоти у мужчин во времени.

Дополнительная информация

Более подробную информацию о показателях обрезания у мужчин можно найти в следующем источнике:

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system, WHO, UNAIDS, 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

1.23 Число произведенных операций по обрезанию крайней плоти у мужчин

Число операций по обрезанию крайней плоти у мужчин, проведенных в соответствии с национальными стандартами за последние 12 месяцев

Предназначение

Он предназначен для измерения прогресса в расширении масштабов предоставляемых услуг по обрезанию крайней плоти у мужчин.

Обоснование

Имеются убедительные доказательства того, что обрезание крайней плоти снижает для мужчины риск заражения ВИЧ через гетеросексуальный контакт приблизительно на 60%. В ходе трех рандомизированных контролируемых испытаний было подтверждено, что процедура обрезания, проведенная хорошо обученными специалистами и с использованием надлежащего оборудования, является безопасной и помогает снизить риск заражения ВИЧ. Согласно рекомендациям ВОЗ/ЮНЭЙДС, обрезание крайней плоти у мужчин следует рассматривать в качестве эффективной меры по предотвращению распространения ВИЧ в странах и регионах, где наблюдается развитие эпидемии, обусловленной гетеросексуальными контактами, высокий уровень распространенности ВИЧ и низкая распространенность обрезания крайней плоти у мужчин.

Числитель:	Количество мужчин, прошедших процедуру обрезания в соответствии с национальными стандартами за последние 12 месяцев
Знаменатель:	Не применяется
Метод измерения:	Формы учета и отчетности учреждений здравоохранения
Частота сбора данных:	Ежегодно
Разбивка:	По возрастному признаку: <1, 1-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25- 49 и свыше 50 лет

Преимущества и недостатки

Общее число проведенных операций по обрезанию крайней плоти у мужчин отражает изменение либо в объеме предоставляемых услуг, либо в спросе на эти услуги. Сравнение результатов с данными предыдущих периодов помогает определить, получила ли распространение процедура обрезания недавно и наблюдается ли рост числа обращений за этой процедурой.

Рекомендуется осуществлять разбивку данных на национальном уровне по следующим параметрам:

- i) ВИЧ-статус согласно тестированию в месте проведения процедуры обрезания: положительный; отрицательный; неопределенный; нет данных/отказался пройти тестирование;
- ii) тип и местоположение учреждения здравоохранения;
- iii) состав специалистов, осуществляющих процедуру обрезания.

Разбивка числа проведенных операций по обрезанию крайней плоти у мужчин по ВИЧ-статусу и по возрастному признаку поможет смоделировать возможное влияние программ по расширению масштабов обрезания у мужчин на уровень распространенности ВИЧ. Если в конкретной стране ставится акцент на определенные возрастные группы, такая разбивка поможет проследить влияние ориентированных на возраст стратегий информирования на увеличение спроса. Кроме того, разбивка данных по типу и местоположению учреждений здравоохранения, где проводится процедура обрезания, позволяет оценить потребность в выделении средств. Наконец, разбивка данных по составу специалистов, осуществляющих процедуру обрезания, позволит оценить эффективность мер по перераспределению обязанностей и сделать выводы о необходимости выделения средств.

В рамках некоторых из реализуемых программ для определения ВИЧ-статуса широко используется добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. Если пациент, желающий пройти процедуру обрезания крайней плоти, недавно проходил тестирование на ВИЧ, повторного тестирования в условиях

учреждения здравоохранения может не потребоваться. В таких случаях для подтверждения ВИЧ-статуса учреждением здравоохранения может быть запрошен письменный подтверждающий документ.

Не существует установленных нормативных сроков до начала процедуры обрезания, в которые должно быть проведено тестирование, но рекомендуется, чтобы этот срок не превышал 3 месяцев (целью тестирования является не выявление всех ВИЧ-инфицированных мужчин, а предоставление возможности пройти тестирование всем мужчинам, которые обратились за услугами в сфере здравоохранения, а также выявление ВИЧ-позитивных мужчин, которые, в случае принятия ими решения о проведении процедуры обрезания, подвержены более высокому риску возникновения послеоперационных осложнений, а именно страдающих хроническими заболеваниями и имеющих низкий показатель клеток CD4).

Дополнительная информация

Более подробную информацию о показателях обрезания у мужчин можно найти в следующем источнике:

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system, WHO, UNAIDS, 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf

ЧАСТЬ 2

**СПРАВОЧНОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ
МОНИТОРИНГА И ОТЧЕТНОСТИ
В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ
ВИЧ/СПИДУ В РАМКАХ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Сокращения

АРТ	Антиретровирусная терапия
АРВ	Антиретровирусные (препараты)
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВПЛ	Внутренние перемещенные лица
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
СДП	Служба дородовой помощи
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ИВГ	Исключительное вскармливание грудью
КТЗ	Котримоксазол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
МиО	Мониторинг и оценка
НПО	Неправительственные организации
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПЛИ	Профилактическое лечение изониазидом Также может использоваться сокращение ПЛТБ (профилактическое лечение ТБ)
ПШИ	Программа шприцев и игл
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
СиР	Сзватки и роды
СР	Работники коммерческого секса
ССГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
ТБ	Туберкулез
ТиК	Тестирование на ВИЧ и консультирование
ТиКИП	Тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе провайдера
УНПООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
GARPR	Отчетность о ходе работы по осуществлению глобальных мер в ответ на СПИД

СОДЕРЖАНИЕ

I. ВВЕДЕНИЕ	122
Введение	
Описание индикаторов в данном руководстве	123
Техническая поддержка и обратная связь	124
Благодарности	124
II. ОПИСАНИЕ ИНДИКАТОРОВ	125
Перечень индикаторов	
Цель 1. Снизить к 2015 г. Уровень передачи ВИЧ половым путем на 50 процентов	130
Тестирование и консультирование	130
1.16 Тестирование на ВИЧ и консультирование для женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше	130
Инфекции, передаваемые половым путем	132
1.17 Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)	132
Цель 2. Снизить к 2015 г. уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50 процентов	139
2.6. Лица, употребляющие опиаты	139
2.7. Программы игл и шприцев (ПШИ) и пункты предоставления опиоидной заместительной терапии (ОЗТ)	139
EUR1 Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих опиоидную заместительную терапию (ОЗТ)	141
Цель 3. Положить конец к 2015 г. Передаче ВИЧ от матери ребенку и существенно снизить материнскую смертность вследствие СПИДа	143
3.4 Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты - во время беременности, в период схваток и изгнания и после родов(<72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом	143
3.5 Процент беременных, обратившихся в СДП, партнер которых прошел проверку на ВИЧ в течение последних 12 месяцев	145
3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо по результатам исследования CD4	147
	119

3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших профилактику антиретровирусными препаратами для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) в первые 6 недель после рождения	149
3.8 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ в период грудного вскармливания	151
3.9 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых профилактика котримоксазолом (КТЗ) начата в первые два месяца после рождения	154
3.10 Распределение способов вскармливания(исключительно грудное вскармливание, искусственное вскармливание, смешанное вскармливание/другое) у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, установленное во время визита для получения АКДС3	156
3.11 Число беременных, обратившихся за СДП хотя бы один раз в течение отчетного периода	158
EUR8 Процент ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность	159
EUR9 Процент ВИЧ-инфицированных беременных, которым сделано плановое кесарево сечение	160
3.13 Индикаторы ППМР для EURO (Беременные женщины, потребляющие внутривенные наркотики)	
EUR11 Процент ВИЧ-инфицированных беременных– потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	161
EUR12 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ОЗТ во время беременности	161
EUR13 Процент ВИЧ-позитивных женщин-ПИН, принимающих АРВ для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности	162
Цель 4. Обеспечить к 2015 г. 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусной терапией	163
4.1 Лечение ВИЧ-инфекции: антиретровирусная терапия	163
4.2b Лечение ВИЧ-инфекции: удержание на лечении через 24 месяца	165
4.2c Лечение ВИЧ-инфекции: удержание на лечении через 60 месяцев	165
EUR4 Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 24 месяца и 60 месяцев после ее начала	167
4.3 Число учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по антиретровирусной терапии (АРТ)	169
4.4 Дефицит АРВ-препаратов	172
4.5 Поздний диагноз ВИЧ	174
4.6 Лечебная помощь при ВИЧ	174
	120

EUR2 Число взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции	177
Цель 5. Уменьшить к 2015 г. число случаев смерти от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50 процентов	178
5.2 Число медучреждений, предоставляющих услуги по АРТ лицам, живущим с ВИЧ, располагающих наглядными методами борьбы против инфекций, в том числе против ТБ Число медучреждений, предоставляющих услуги по АРТ лицам, живущим с ВИЧ, располагающих	178
5.3 Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ)	179
5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита	181
ВИЧ/Гепатит	182
EUR17 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит С	182
Вопросы политики, имеющие отношение ко всем 10 целям	183
P.1b Вопросы политики ВОЗ	

I. ВВЕДЕНИЕ

По мере расширения странами масштаба национальных программ по ВИЧ/СПИДу по достижению всеобщего доступа (ВД) к профилактике, лечению, уходу и поддержке все большую важность приобретает улучшение качества стратегической информации об эпидемии и ответным действиям стран. Это необходимо для информированной разработки стратегий и программ, улучшения эффективности вмешательств и стимулирования подотчетности.

На международном уровне, начиная с 59-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, прошедшей в 2006 г., ВОЗ рассматривает как одну из приоритетных задач ежегодное проведение мониторинга и предоставление отчетности по глобальному прогрессу в области ответных действий, которые предпринимаются секторами здравоохранения стран и направлены на достижение всеобщего доступа к профилактике, лечению, уходу и помощи при ВИЧ-инфекции.¹ ВОЗ работает вместе с ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС над согласованием глобального мониторинга и отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД, направленных на достижение всеобщего доступа. Сотрудничество партнеров ООН направлено на гармонизацию сбора данных и минимизацию нагрузки на страны, связанной с отчетностью.

Для сбора данных от стран ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ разработали Совместный инструмент отчетности в режиме онлайн. Инструмент отчетности и руководство по индикаторам для Глобального отчета о прогрессе в деле противодействия СПИДу, а также индикаторы сектора здравоохранения доступны на веб-сайте www.unaids.org/aidsreporting.

В настоящем разделе руководства подробно описаны дополнительные индикаторы для сектора здравоохранения, которые не рассматриваются в документе ЮНЭЙДС "Глобальный отчет о прогрессе в деле противодействия СПИДу". Кроме того, наряду с другой информацией, его можно использовать для мониторинга ответных действий сектора здравоохранения на национальном уровне с целью обзора достигнутого прогресса. В итоге:

- **Глобальная отчетность:** Данный раздел руководства дополняет документ ЮНЭЙДС "Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, 2013 г. GUIDELINES Основные индикаторы для мониторинга выполнения Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом в 2011 г.". В целом, рекомендованный для использования странами процесс подробно описан в руководствах по глобальной отчетности. Цель настоящего раздела руководства – поддержать и облегчить сбор данных для "Совместного инструмента отчетности в онлайн-режиме", уделяя особое внимание дополнительным индикаторам, запрашиваемым для Отчетности сектора здравоохранения 2013 г., которые не являются частью индикаторов GARPR. Онлайн-инструмент сбора данных, предоставляемый в распоряжение всех стран, является основным инструментом ежегодной глобальной отчетности сектора здравоохранения о прогрессе в достижении всеобщего доступа к профилактике, помощи и лечению в связи с ВИЧ.
- **Мониторинг на национальном уровне:** Это руководство можно также использовать для мониторинга ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД на национальном уровне. Его можно адаптировать к эпидемиологической ситуации в каждой стране. Например, страны должны выбрать те индикаторы, которые помогли бы проводить мониторинг их собственных, установленных на национальном уровне целей. Они могут также добавлять или исключать некоторые индикаторы, в зависимости от важности областей вмешательств, направленных на борьбу с эпидемией в их странах.

¹ ВИЧ/СПИД. Вклад ВОЗ в обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе. Доклад Секретариата. Женева, ВОЗ, 2006 г.

Описание индикаторов в этом руководстве
Описание индикаторов дается в следующем формате:

Номер индикатора – это его номер в Инструменте отчетности GARPR/UA

Этот номер был использован в отчетности за прошлый год

№. НАЗВАНИЕ ИНДИКАТОРА	
Обоснование	Почему важен этот индикатор
Что он измеряет	Что измеряет этот индикатор
Числитель	Определение числителя
Знаменатель	Определение знаменателя (необходимо указать источники информации; для некоторых индикаторов есть возможность получить и/или требуются только расчетные значения)
Как измерять и инструменты измерения	Что включено в числитель и знаменатель Метод измерения Инструменты, использованные для измерения
Разбивка данных	Рекомендованная разбивка данных. Даже если разбивка данных не включена в Инструмент отчетности, для мониторинга и отчетности на уровне страны рекомендуется там, где уместно, собирать дезагрегированные данные.
Преимущества и недостатки	Описание преимуществ и недостатков индикатора
Дополнительные соображения	Другие моменты, которые должны учитывать страны
Использование данных	Как может использоваться индикатор и некоторые связанные с его значением выводы
Контроль качества данных и примечания для инструмента отчетности	Дополнительная информация по вопросам, которые нужно учитывать при заполнении инструмента отчетности. Включает следующие элементы: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Дублирование сообщенных данных:</i> На что нужно обращать внимание при анализе возможного дублирования при сообщении данных. • <i>Национальная репрезентативность:</i> На что нужно обращать внимание для определения национальной репрезентативности полученного значения индикатора. • <i>Вопросы, относящиеся к знаменателю:</i> На какие вопросы, относящиеся к знаменателю, следует обращать внимание. • <i>Возможности триангуляции:</i> Другие источники данных, обзор которых можно провести для проверки достоверности значения индикатора
Другие источники	Источники, имеющие отношение к индикаторам, например: <p><i>ППМР:</i> индикатор в обновленном Руководстве для национальных программ по мониторингу и оценке ППМР (2011 г.)</p> <p><i>ВИЧ/ТБ:</i> Индикаторы из обновленного Руководства по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ (2009г.)</p> <p><i>ПИН:</i> Техническое руководство для стран в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (2009г.)</p>

Техническая поддержка и обратная связь

ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС считают своей первостепенной задачей оказание поддержки странам в укреплении их систем стратегической информации, в том числе в проведении обзоров, касающихся систем мониторинга и оценки сектора здравоохранения; качества данных и проверки их достоверности; влияния проведенной оценки; оперативных исследований и создания потенциала по различным направлениям стратегического информирования, но не ограничиваясь этим.

Пожалуйста, свяжитесь с нами по электронной почте hivstrategicinfo@who.int, если у вас возникнут какие-либо вопросы, или если вы захотите сделать запрос или направить комментарии и пожелания по улучшению этого руководства.

Благодарности

Мы хотели бы особо поблагодарить работников министерств и ведомств всех уровней, которые ежегодно занимаются сбором, анализом, проверкой достоверности и предоставлением этой информации.

Мы благодарим персонал ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС, работающий на страновом и региональном уровнях для оказания содействия процессу передачи и сообщения данных.

Мы признательны MACRO-DHS за предоставление нам последних результатов медико-демографических обследований.

II. ОПИСАНИЕ ИНДИКАТОРОВ

В этой таблице содержится общий обзор индикаторов, приведенных в руководстве за 2013 г. к «Отчетности о ходе работы по осуществлению глобальных мер в ответ на СПИД(GARP), а также приведенных в руководстве к «Отчетности сектора здравоохранения по всеобщему доступу 2013 г.»(UA 2013)

GAR P	UA 2013
Цель 1. Снизить к 2015 г. Уровень передачи ВИЧ половым путем на 50 процентов	
Индикаторы для населения в целом	
X	1.1 Молодые люди: понимание вопросов профилактики ВИЧ
X	1.2 Сексуальные отношения до 15 лет
X	1.3 Лица, имеющие несколько половых партнеров
X	1.4 Применение презервативов при сношениях, несущих в себе значительный риск
X	1.5 Проверка на ВИЧ населения в целом
X	1.6 Понижение распространенности ВИЧ
Индикаторы для работников коммерческого секса	
X	1.7 Работники коммерческого секса: Программы профилактики
X	1.8 Работники коммерческого секса: Применение презервативов
X	1.9 Работники коммерческого секса: Проверка на ВИЧ
X	1.10 Работники коммерческого секса: Распространенность ВИЧ
Индикаторы для мужчин, практикующих секс с мужчинами	
X	1.11 Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Программы профилактики
X	1.12 Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Применение презервативов
X	1.13 Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Проверка на ВИЧ
X	1.14. Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Распространенность ВИЧ
Тестирование и консультирование	
X	1.16 Проверка на ВИЧ группы населения 15 лет и старше (по данным программы)

GAR P	UA 2013
	x
x	x
x	x
x	x
x	x
x	x
x	x
x	x

Инфекции, передаваемые половым путем

1.17 Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

Процент обратившихся в пункт дородовой помощи женщин, которые прошли проверку на сифилис при первом посещении

Процент обратившихся за дородовой помощью женщин, позитивных по сифилису

Процент of antenatal care attendees позитивных по сифилису, прошедших лечение

Процент работников коммерческого секса, больных сифилисом в активной форме

Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами, больными сифилисом в активной форме

Сообщенное число взрослых с сифилисом (в первичной/вторичной и латентной стадии) за отчетный период (для полевой проверки в ПАОЗ и РБВС)

Сообщенное число случаев врожденного сифилиса (у живорожденных и мертворожденных) за отчетный период (для полевой проверки в ПАОЗ и РБВС)

Сообщенное число лиц мужского пола с гонореей за отчетный период (для полевой проверки в ПАОЗ и РБВС)

Сообщенное число лиц мужского пола с выделениями из мочеполовых органов за отчетный период (для полевой проверки в ПАОЗ и РБВС)

Сообщенное число взрослых с генитальной язвой за отчетный период (для полевой проверки в ПАОЗ и РБВС)

Мужское обрезание

1.22 Мужское обрезание, распространенность

1.23 Число лиц мужского пола, прошедших обрезание в прошлом году,

Цель 2. Снизить к 2015 г. уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50 процентов

2.1 Лица, потребляющие наркотики внутривенно: Количество игл/ПИН

2.2. Лица, потребляющие наркотики внутривенно: Использование презервативов

2.3 Лица, потребляющие наркотики внутривенно: Безопасные методы инъекций

2.4 Лица, потребляющие наркотики внутривенно: Проверка на ВИЧ

2.5 Лица, потребляющие наркотики внутривенно: Распространенность ВИЧ

2.6 Лица, проходящие опиоидную заместительную терапию

GAR P	UA 2013
	x
x	x
x	x
x	x
x	x
x	x
	x
	x
	x
	x
	x
	x
	x
	x
	x
x	x

2.7 Пункты ПШИ и ОЗТ

EUR1 Процент лиц с оплоидной зависимостью, проходящих опиоидную заместительную терапию(ОЗТ)

Цель 3. К 2015 г. положить конец передаче ВИЧ от матери ребенку и существенно снизить материнскую смертность вследствие СПИДа

- 3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
- 3.2 Ранняя диагностика ВИЧ у новорожденных
- 3.3 Процент передачи ВИЧ от матери ребенку (смоделированный)
- 3.4 Беременные женщины, знающие о своем статусе по ВИЧ
- 3.5 Процент беременных, получающих дородовую помощь и партнер которых прошел проверку на ВИЧ в течение последних 12 месяцев
- 3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных, обследованных на наличие показаний для АРТ либо путем клинического выявления стадии
- 3.7 Процент новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших профилактическую АРТ для снижения риска начальной передачи ВИЧ от матери ребенку в течение первых 6-ти недель
- 3.8 Процент новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших АРТ для снижения риска передачи ВИЧ при кормлении грудью
- 3.9 Процент новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, приступивших к профилактике котримоксазолом в течение двух месяцев после родов
- 3.10 Распределение по типам кормления детей грудного возраста родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин на момент первого посещения для АКДС3
- 3.11 Число беременных, обратившихся за дородовой помощью по меньшей мере один раз в течение отчетного периода
- 3.13 Индикатор ППМР по Европе (Беременные ПИН)

Цель 4. Обеспечить к 2015 г. 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусной терапией

- 4.1 Охват АРТ (взрослые и дети), включая число взрослых и детей, которым полагается лечение и которые впервые поставлены на АРТ в течение

GAR P	UA 2013
x	<p>отчетного периода (2012 г.)</p> <p>4.2aКурс лечения против ВИЧ: 12 месяцев госпитализации</p> <p>4.2bКурс лечения против ВИЧ: 24 месяца госпитализации</p> <p>4.2cКурс лечения против ВИЧ: 60 месяцев госпитализации</p> <p>4.3 Медучреждения, предлагающие ART</p> <p>4.4 Дефицит APB</p> <p>4.5 <i>Последние данные по диагностике ВИЧ (только ЕРБ и ПАОЗ)</i></p> <p>4.6 <i>Помощь при ВИЧ</i></p>
x	<p>Цель 5. Уменьшить к 2015 г. число случаев смерти от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50 процентов</p> <p>5.1 Комбинированное ведение лечения ТБ и ВИЧ</p> <p>5.2 Медучреждения, предлагающие ART для ЛЖВ, овладевшие убедительными методами борьбы против инфекций включая борьбу против ТБ</p> <p>5.3 Процент взрослых и детей, которые включены в число получающих помощь при ВИЧ (поставлены на профилактическое лечение изониазидом (ППИ))</p> <p>5.4 Процент взрослых и детей, которые включены в число получающих помощь при ВИЧ, у которых, во время их последнего посещения был выявлен и зарегистрирован их статус по ТБ</p>
x	<p>Цель 6. Достичь значительного уровня глобальных ежегодных расходов (22-24 млрддолл. США) в странах с низким и средним уровнем доходов</p> <p>6.1 Расходы на СПИД-Внутренние и международные расходы на СПИД по категориям и источникам финансирования</p>
x	<p>Цель 7. Ликвидация гендерных неравенств</p> <p>7.1 Распространенность насилия со стороны близкого партнера (НБП) (старый пункт 7.2)</p>

GAR P	UA 2013
x	
x	
x	x

Цель8. Ликвидация стигмы и дискриминации

Разработка индикатора, Индикатор стигмы для населения в целом как предполагается, будет готов к отчетности за 2014 год

Цель9. Ликвидировать ограничения на поездки

Сбором информации об ограничениях на поездки занимается отдел ЮНЭЙДС по правам человека и законности, сбор данных не требуется

Цель10. Активизация включения ВИЧ

- 10.1 Посещаемость школ сиротами и детьми, имеющими родителей (старый пункт 7.3)
- 10.2 Экономическая поддержка семей, имеющих на это право (старыйпункт7.4)

Вопросы политики, значимые вопросы по всем 10 целям.

- P.1 Специальный вопросник GARPR за 2013 год
- P.1bВОПРОСЫ ПОЛИТИКИ ВОЗ (старый пункт 7.1b)

Примечание, касающееся определения «Учреждения здравоохранения»

Нередко задается вопрос о том, что мы определяем как **учреждение здравоохранения**. Для целей настоящего процесса в отчетность не включаются те учреждения здравоохранения, которые оказывают специализированную помощь и которые никогда не занимаются оказанием помощи при ВИЧ (например глазная клиника). Если вы испытываете затруднения по поводу того, что считать учреждением здравоохранения в рамках данной отчетности, просим изложить ваши комментарии в отведенном для этого разделе или направить в наш адрес электронное письмо.

Цель 1: Снизить к 2015 г. Уровень передачи ВИЧ половым путем на 50 процентов

Тестирование и консультирование

1.16 Число женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше, обратившихся за консультированием и тестированием в течение последних 12 месяцев и которым известны их результаты	
Обоснование	Знание ВИЧ-статуса имеет решающее значение для доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Существуют различные пути проведения тестирования и консультирования, например тестирование и консультирование по инициативе больного (ТиКИБ) и тестирование и консультирование по инициативе провайдера медобслуживания. Существенные элементы ТиК состоят в том, что лица прошедшие проверку соответствующим образом консультируются и осведомлены о результатах тестов.
Что он измеряет	Число лиц в возрасте 15 лет и старше, прошедших ТиК по ВИЧ в любой форме и при любых условиях (за исключением принудительного ТиК) в течение последних 12 месяцев и осведомленных о результатах Примечание: Хотя этого не требуется для целей данного индикатора знаменатель можно рассчитывать исходя из численности населения в целом наподобие знаменателя при генерализованной эпидемии и в отношении групп, подверженных наибольшему риску и других групп при вялотекущих и концентрированных эпидемиях. Эти цифры можно пересмотреть на фоне подсчетов того, какой процент ВИЧ-позитивных знает о своем статусе, и каковы рекомендуемые политика и частота проверки на ВИЧ.) Программный прогресс в области тестирования и консультирования. Отслеживание числа лиц прошедших тестирование и консультирование и осведомлены о своем статусе, служит указанием на успехи ТиК в стране.
Как измерять и инструменты измерения	Статистические данные по программному обслуживанию, полученные на основе плановых отчетов из всех пунктов обслуживания о численности лиц, прошедших проверку и осведомленных об ее результатах , включая пункты ТиКИБ, клиники, больницы и полевые пункты НПО и пр. (за исключением принудительных ТиК), которые часто сводятся вместе на региональных уровнях, а затем на национальном уровне. Этот индикатор не оценивается при помощи обследований населения.
Разбивка данных	По полу: мужской, женский, беременные Серостатус: ВИЧ-позитивные, ВИЧ-негативные <i>По возможности:</i> По возрасту: 15-19 лет, 20-24 года, 25 лет и старше <i>Тест:</i> новый, повторный
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет сравнивать тенденции в объеме услуг по ТиК и оценивать преимущества расширения масштабов услуг по ТиК с течением времени. Этот индикатор может сообщать сведения о количестве имевших место ТиК, но не обязательно о количестве лиц, получивших услуги по ТиК, если только в странах не предусмотрен механизм исключения двойного подсчета повторных проверок. Индикатор не дает информации о том, получили ли прошедшие проверку надлежащее направление и воспользовались ли они последующим обслуживанием, чтобы, зная свой статус, улучшить его.

Использование данных	Чтобы проанализировать количество тестов, проведенных в стране, данные можно сопоставить с данными за предыдущие годы для выявления тенденций, в то же время учитывая процент лиц, которые уже прошли в недавнее время проверку. Данные могут пригодиться для изучения картин тестирования, например, проводилось больше тестов в течение определенного сезона или месяца, когда проводились кампании, или проходило ли проверку значительно большее число лиц в отдельных медучреждениях или местах проживания населения
Дополнительные соображения для стран	В некоторых странах значительная часть услуг по ТИК предоставляется организациями по месту жительства или незарегистрированными организациями, которые нередко могут не отражаться в национальной статистике. Эти организации следует призывать регистрироваться в национальных органах с тем, чтобы все данные по ТИК были отражены в национальной статистике.
Контроль качества данных и примечания для отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Двойной счет: Странам будет необходимо оценить распространенность повторных проверок для того, чтобы выявить подлинное число лиц, прошедших ее в течение данного периода. Если в странах существует механизм, позволяющий сделать достоверную оценку (например, знать число повторных проверок или перепроверок в течении года), то просим сообщить об этом и отметить за счет чего это достигается. В противном случае просим сообщить общее число сообщенных проверок и пояснить, что повторные проверки, по-видимому, входят в это число. • Национальная репрезентативность: Постарайтесь, чтобы информация от НПО и частных учреждений также поступала на центральный уровень. Если отсутствуют важные сведения, просьба отметить это в разделе для комментариев. • Вопросы, касающиеся числителя: <i>Несмотря на то, что для целей данного индикатора это не имеет значения, достоверное значение числителя можно вывести из сопоставления по населению в целом, подобно числителю для генерализованной эпидемии и в отношении групп, подверженных наибольшему риску и других групп при вялотекущих и концентрированных эпидемиях.</i> • Варианты триангуляции: В условиях генерализованной эпидемиисведения из обследований населения, выявляющих число (и дающих подсчет процента) лиц, прошедших проверку, могут сопоставляться со значением данного индикатора в целях оценки и анализа всяких значимых различий.

Инфекции, передаваемые половым путем

1.17.1 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых прошли тестирование на сифилис при первом посещении СДП(ВД 2012 1.17)	
Обоснование	Проверка беременных на сифилис в первые месяцы беременности важна как для них самих, так и плода, а также для эпиднадзора за вторым поколением. Это также содействует контролю качества работы СДП.
Что он измеряет	Охват проверками на сифилис женщин впервые обращающихся в СДП
Числитель	Число беременных, впервые обращающихся в СДП и прошедших проверку на сифилис
Знаменатель	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи
Как измерять и инструменты измерения	<p>Как измерять: Все беременные должны проходить проверку на сифилис при первом посещении СДП. Страны не имеющие возможности провести различие между первым посещением и последующими посещениями все-таки могут сообщить сведения по этому индикатору, но должны ясно обозначить эту разницу, сообщая данные. Этот индикатор должен измеряться ежегодно.</p> <p>Результаты тестирования могут быть получены либо с помощью нетрепонемных тестов, которые измеряют количество реактивных антител (например, RPR или VDRL), либо с помощью трепонемных тестов (например, РПГА, ТРПА, ИФА или трепонемные экспресс-тесты). В отношении этого индикатора простая проверка любым методом достаточна, хотя предпочтительнее проверка обоими методами. Просьба указать в «Комментариях» какой вид проверки обычно используется в вашей стране.</p> <p>Инструменты оценки: В идеальном случае следует использовать отчеты национальных программ, объединенные с данными медучреждений. Однако, если данные национальных программ отсутствуют можно представить данные дозорного эпиднадзора и специальных обследований, если имеется ощущение, что они репрезентативны в отношении ситуации в стране. Просьба указать в разделе «Комментарии» источник данных и масштабы охвата (например, данные национальной программы по всем 12 провинциям).</p>
Разбивка данных	Без разбивки
Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> • Страны могут также пожелать неделю беременности, на которую будет приходиться проверка каждой беременной. Для предотвращения врожденного сифилиса необходимо, чтобы проверка проводилась на ранней стадии, поскольку в течение второго триместра может произойти выкидыш. Сведения о том, что проверка беременных происходит на поздней стадии, указывает на то, что женщины либо не обращаются СДП на ранней стадии, либо то, что на ранней стадии проверка не производится. • Программы, производящие тестирование беременных на сифилис и программы, тестирующие беременных на ВИЧ должны работать рука об руку, стремясь к повышению эффективности своей работы.
Использование данных	<p>Глобальное: Проследить тенденции во временной перспективе для оценки хода работы в направлении целевых показателей охвата тестированием, необходимого чтобы положить конец передаче сифилиса от матери ребенку. Для оценки тенденций в охвате необходимо знание политики и практики тестирования.</p> <p>Местное: Данные позволяют выявлять клинические учреждения, где национальная политика соблюдается не полностью.</p>

Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, прокомментируйте, являются ли данные, которые вы предоставляете, обычными программными данными, и являются ли они репрезентативными для всей страны.
Другие источники	Рекомендуемый индикатор программы "Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные индикаторы", "Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем".

1.17.2 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными (ВД 2012 1.17)

Обоснование	Данные о сифилитической инфекции у женщин, обращающихся в службы дородовой помощи, могут использоваться для определения потребностей программ по предупреждению ИППП, а также являться ранним предупреждающим признаком, оповещающим о возможных изменениях в передаче ВИЧ среди населения в целом.
Что он измеряет	Процент беременных женщин, обращающихся в службы дородовой помощи, у которых серологические реакции на сифилис были положительными (реактивными)
Числитель	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными
Знаменатель	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис
Как измерять и инструменты измерения	<p>Как измерять: Положительные результаты тестирования на сифилис могут быть получены либо с помощью нетрепонемных (например, RPR или VDRL), трепонемных тестов (например, РПГА, ТРПА, ИФА или различные экспресс-тесты), или, в идеале, сочетания тестов обоих видов. Положительные результаты, полученные в нетрепонемных тестах, особенно если высокий титр, указывают на наличие активного сифилиса, а в трепонемных - на имевшуюся ранее инфекцию, даже если она была успешно пролечена. Для целей этого индикатора (предназначенного для измерения серопозитивности), если у конкретного пациента имеются результаты как нетрепонемного, так и трепонемного теста, тогда положительный серостатус в отношении сифилиса должен определяться как положительный результат обоих тестов.</p> <p>Использование трепонемных экспресс-тестов позволило проводить тестирование на сифилис в учреждениях, не имеющих лабораторных мощностей, что значительно увеличило число женщин, которые могут пройти тестирование на сифилис и получить лечение во время беременности. Данные должны собираться ежегодно.</p> <p>Инструменты оценки: Отчеты национальных программ, объединенные с данными регистрационных журналов учреждений здравоохранения, дозорный эпиднадзор специальные обследования, использующие серологические тесты для определения реагиновых и/или трепонемных антител. Укажите источник и охват ваших данных (напр., дозорный эпиднадзор среди всех беременных женщин, обратившихся в службы ДРП в 2 из 10 областей), а также какой тип теста обычно используется в вашей стране, в графе "Комментарии".</p>

Разбивка данных	Возрастные группы: Всего, 15 лет –24 года, 25 лет и старше
Преимущества и недостатки	Преимущества: Данные по положительному статусу в отношении сифилиса у беременных имеются в большинстве стран и собираются в рамках стандартной отчетности системы здравоохранения. Недостатки: Различия в стратегии тестирования могут влиять на данные. Информация о применяемых в стране методах тестирования (напр., доли использованных трепонемных и нетрепонемных тестов) должна использоваться для помощи в интерпретации тенденций относительно заболеваемости.
Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> • Странам рекомендуется использовать персональные идентификаторы пациентов или регистрационные записи, в которых отдельно показаны первый и последующий тесты с тем, чтобы данные отражали не наличие позитивности, а распространенность сифилиса и заболеваемость им. • Учитывая, что в большинстве стран данные будут получены при использовании тестов разных типов, анализ данных, относящихся к возрастной группе (разбивка данных) женщин от 15 до 24 лет, может повышать вероятность того, что положительные результаты теста указывают на недавнее инфицирование.
Использование данных	Глобальное/региональное: Дать оценку перинатальной смертности и заболеваемости, связанных сифилисом, которых можно избежать благодаря эффективным программам по предотвращению передачи сифилиса от матери ребенку. Определить регионы, где особенно необходимы комплексные вмешательства по профилактике врожденного сифилиса. Местное: Рассмотреть тенденции во времени, чтобы провести оценку изменений в бремени этого заболевания и в потребностях программ по предупреждению ИППП. Все уровни: Индикатор позволяет сравнить данные по тенденциям в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции, чтобы определить ранние предупреждающие признаки повышения риска передачи ВИЧ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, прокомментируйте, являются ли данные, которые вы предоставляете, обычными программными данными, могут ли они быть репрезентативными для всей страны и какой тип теста использовался для определения серопозитивности (например, нетрепонемный, трепонемный, позитивность по обоим тестам, смешанный/неизвестный тип).
Другие источники	Рекомендуемый индикатор программы "Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные индикаторы", "Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем".

1.17.3 ИППП: Процент позитивных на сифилис женщин, обратившихся в СДП и прошедших лечение (ВД 2012 1.17)	
Обоснование	Лечение позитивных на сифилис женщин, обратившихся в СДП является прямым указанием на программные усилия по предотвращению передачи сифилиса от матери ребенку и на усилия по укреплению первичной профилактики ВИЧ.
Что он измеряет	Процент обратившихся в СДП женщин, позитивных по сифилису в течение определенного периода и прошедших надлежащее лечение
Числитель	Процент позитивных на сифилис женщин, обратившихся в СДП, получивших по крайней мере одну дозу бензатин пенициллина 2.4 mUIM
Знаменатель	Процент позитивных на сифилис женщин, обратившихся в СДП

Как измерять и инструменты измерения	<p>Как измерять: Данные следует собирать ежегодно. Чтобы считаться позитивным на сифилис по данному индикатору достаточно проявить серопозитивность либо по трепонемному, либо по нетрепонемному тесту.</p> <p>Инструменты оценки: В идеальном случае следует использовать отчеты национальных программ, объединенные с данными медучреждений. Однако, если данные национальных программ отсутствуют можно представить данные дозорного эпиднадзора и специальных обследований, если имеется ощущение, что они репрезентативны в отношении ситуации в стране. Просьба указать в разделе «Комментарии» источник данных и масштабы охвата (например, данные национальной программы по всем 12 провинциям).</p>
Разбивка данных	Без разбивки
Преимущества и недостатки	<p>Преимущества: Данные о лечении сифилиса у женщин, обратившихся в СДП собираются в рамках стандартной отчетности медучреждений.</p> <p>Недостатки: Для сбора данных в национальных масштабах требуется содействие программ охраны здоровья матери и ребенка.</p>
Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> • Для целей данного индикатора достаточно задокументировать единственную дозу пенициллина. Лечение позитивной на сифилис женщины при помощи единственной инъекции бензатин пенициллина 2.4 mU еще до того как оставшийся срок вынашивания составит 24 недели, достаточно для того, чтобы предотвратить передачу сифилиса от матери ребенку. Однако для излечения латентного сифилиса и предотвращения третичного сифилиса у матери рекомендуется сделать три инъекции с интервалом в неделю.
Использование данных	<p>Глобальное/региональное: Дать оценку эффективности программ в снижении перинатальной заболеваемости и смертности, обусловленных сифилисом.</p> <p>Местное: Выявить проблемные районы, нуждающиеся в помощи в осуществлении программ или в дополнительных ресурсах.</p> <p>Все уровни: Для интерпретации тенденций в лечении следует использовать знание политики и практики в области лечения.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Если представленные данные не охватывают всю страну, просьба привести пояснение.
Другие источники	Рекомендуемый индикатор программы "Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные индикаторы", "Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем".

1.17.4 ИППП: Процент работников коммерческого секса (СР) с активным сифилисом(ВД 2012 1.17)	
Обоснование	Тестирование на сифилис работников коммерческого секса (СР) важно для их собственного здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения.
Что он измеряет	Прогресс в снижении уровня сексуального поведения высокого риска и усилия по проведению вмешательств по борьбе с сифилисом у работников коммерческого секса.
Числитель	Число работников коммерческого секса, у которых результаты тестирования на активный сифилис были положительными
Знаменатель	Число работников коммерческого секса, которые прошли тестирование на активный сифилис
Как измерять и инструменты измерения	<p>Инструменты измерения: Можно использовать данные плановой отчетности информационных систем здравоохранения, дозорного эпиднадзора или специальных обследований.</p> <p>Как измерять: 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, ТРПА, ИФА или быстрый трепонемный тест). Новые трепонемные экспресс-тесты сравнительно просты в использовании. Эта способствует их применению для скрининга, в идеале, в паре с нетрепонемным тестом, который определяет реактивные антитела. Независимо от того, какой подход используется, предложенный индикатор требует положительного результата нетрепонемного теста И трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции. Если используется тест RPR, необходимо титрование, и титр $\geq 1:8$ указывает на активный сифилис.</p> <p>Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и являются полезными в определенных ситуациях для терапевтических целей, не являются достаточно специфическим для эпиднадзора среди СР. Требование наличия положительных результатов как нетрепонемного, так и трепонемного теста у СР отличается от требований для индикатора по тестированию на сифилис женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, так как у СР выше вероятность предыдущей инфекции в анамнезе. Положительный трепонемный тест определяет контакт с инфекцией в течение жизни, тогда как нетрепонемный тест является лучшим показателем активной инфекции.</p>
Разбивка данных	По полу: Общие данные, мужчины, женщины.
Преимущества и недостатки	<p>Преимущества: Требования проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает специфичность сообщаемого числа положительных результатов. Кроме того, требование тестирования с помощью обоих тестов увеличит вероятность выявления активного заболевания.</p> <p>Недостатки: Требование проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает сложность получения данных для этого индикатора.</p>
Дополнительные соображения	Обеспечение и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.
Использование данных	Позволяет рассмотреть проявляющиеся с течением времени тенденции в сравнимых группах. Позволяет сравнить данные о тенденциях в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции, где такие данные имеются.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно НЕ включать в подсчет несколько тестов, проведенных у одного пациента. То есть, если у одного человека проведено больше одного тестирования за последние 12 месяцев, они не должны подсчитываться больше одного раза.

1.17.5 ИППП: Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами, с активным сифилисом (раздел ВД 2012 1.17)	
Обоснование	Тестирование на сифилис мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), важно для их собственного здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения.
Что он измеряет	Прогресс в снижении уровня сексуального поведения высокого риска и усилия по проведению вмешательств для контроля сифилиса у МСМ.
Числитель	Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными
Знаменатель	Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, которые прошли тестирование на сифилис
Как измерять и инструменты измерения	<p>Инструменты измерения: Данные плановой отчетности информационных систем здравоохранения, дозорного эпиднадзора или специальных обследований.</p> <p>Как измерять: Традиционным подходом к определению серораспространенности является скрининг с применением нетрепонемного теста, который определяет реактивные антитела (напр., VDRL или RPR) и подтверждение положительных результатов с помощью трепонемного теста, который определяет трепонемные антитела (например РПГА, МНА-ТР, ИФА, быстрый трепонемный тест). Новые трепонемные экспресс-тесты сравнительно просты в использовании. Эта способствует их применению для скрининга, в идеале, в паре с нетрепонемным тестом, который определяет реактивные антитела. Независимо от того, какой подход используется, предложенный индикатор требует положительного результата нетрепонемного теста И трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции. Если используется тест RPR, необходимо титрование, и титр $\geq 1:8$ указывает на активный сифилис.</p> <p>Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и являются полезными в определенных ситуациях для терапевтических целей, не являются достаточно специфическим для эпиднадзора среди МСМ. Требование наличия положительных результатов как нетрепонемного, так и трепонемного теста у МСМ, отличается от требований для индикатора по тестированию на сифилис женщин, обратившихся в службы ДРП, так как у МСМ выше вероятность предыдущей инфекции в анамнезе. Положительный трепонемный тест определяет контакт с инфекцией в течение жизни, тогда как нетрепонемный тест является лучшим показателем активной инфекции.</p>
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	<p>Преимущества: Требование проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает специфичность сообщаемого числа положительных результатов. Кроме того, требование тестирования с помощью обоих тестов увеличит вероятность выявления активного заболевания.</p> <p>Недостатки: Требование проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает сложность получения данных для этого индикатора.</p>

Дополнительные соображения	Обеспечение и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.
Использование данных	Позволяет рассмотреть проявляющиеся с течением времени тенденции в сравнимых группах. Позволяет сравнить, где возможно, данные о тенденциях в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно НЕ включать в подсчет несколько тестов, проведенных у одного пациента. То есть, если у одного человека проведено больше одного тестирования за последние 12 месяцев, они не должны подсчитываться больше одного раза.

Цель 2: Снизить к 2015 г. уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50 процентов

2.6 Число лиц, получающих опиоидную заместительную терапию(ОЗТ)	
Обоснование	Использование опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) отражает приверженность предоставлению лечения потребителям опиатов и снижению частоты инъекций, желательно до нуля. ОЗТ–наиболее эффективный инструмент, который использует общественное здравоохранение для снижения потребления инъекционных наркотиков среди потребителей опиатов. Кроме того, ОЗТ обеспечивает важную поддержку проведению лечения других заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, ТБ и вирусный гепатит.
Что он измеряет	Национальную приверженность и прогресс, достигнутый в лечении потребителей опиатов, а также снижение вероятности передачи ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.
Как измерять и инструменты измерения	Данные программ
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц Городские, сельские</i>
Преимущества и недостатки	Данные о числе людей, получающих ОЗТ, должны быть легкодоступными и достоверными, поскольку пункты предоставления ОЗТ, как правило, получают лицензию у соответствующих органов.
Дополнительные соображения	Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обращайтесь к Техническому руководству ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков(http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).
Использование данных	Постарайтесь оценить, достаточно ли в стране пунктов предоставления ОЗТ по отношению к числу и географическому распределению лиц, страдающих зависимостью от опиоидов.
Другие источники	Техническое руководство ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков(http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html)

2.7 Число пунктов ПИШ и ОЗТ: Число пунктов, участвующих в программе игл и шприцев (ПИШ)	
Обоснование	Программы распространения игл и шприцев (ПИШ) являются одним из наиболее эффективных вмешательств по предупреждению передачи ВИЧ среди ПИН. Этот индикатор оценивает наличие соответствующего доступа к стерильным иглам и шприцам для ПИН.
Что он измеряет	Число пунктов ПИШ (включая аптеки, где можно получить иглы и шприцы бесплатно). Доступность пунктов, где ПИН могут получить стерильные шприцы и иглы.
Как измерять и инструменты измерения	Данные национальных программ
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц Городские, сельские</i>

Преимущества и недостатки	Многие пункты ПИШ являются «неофициальными» и поэтому могут не учитываться в данных национальных программ.
Дополнительные соображения	<p>Программы обмена игл и шприцев (ПИШ) – это любые программы, которые обеспечивают доступ к стерильному оборудованию и его безопасной утилизации через стационарные или мобильные программы обмена и/или через аптеки, где такое оборудование можно получить бесплатно. Во многих странах продажа инъекционного оборудования в аптеках является важным, а иногда и самым значительным источником стерильных шприцев и игл, доступным для потребителей наркотиков. Однако аптеки, которые продают иглы и шприцы, обычно не учитываются в используемых базах данных как часть программ общественного здравоохранения или программ по снижению вреда. Если аптеки предоставляют подобные услуги, они должны быть по возможности учтены и дополнительно выделены. Аптеки, которые предоставляют бесплатные иглы и шприцы, как правило, ведут регистрацию выданных игл и шприцев в рамках программы и должны быть включены расчеты.</p> <p>Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обращайтесь к Техническому руководству ВОЗ/ЮНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).</p>
Использование данных	Получить представление о наличии и доступности пунктов ПОИШ и определить тенденции, проявляющиеся течением времени. Также попытаться проанализировать данные на основе географического распределения пунктов ПОИШ и географического распределения и плотности популяции ПИН в стране. Попытаться определить, имеется ли достаточное число ПОИШ по отношению к размеру и распределению популяции ПИН в стране.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Многие пункты ПИШ являются «неофициальными»; они могут находиться в ведении НПО, и информации по ним может не быть у правительства. Пожалуйста, попытайтесь оценить национальную репрезентативность данных о числе ПИШ, которые вы сообщаете.
Другие источники	Техническое руководство ВОЗ/ЮНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html)

2.7 Число пунктов ПИШ и ОЗТ:

Число пунктов предоставления опиоидной заместительной терапии (ОЗТ)

Обоснование	Использование опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) отражает приверженность предоставлению лечения потребителям опиатов и снижению частоты инъекций, желательно до нуля. ОЗТ–наиболее эффективный инструмент, который использует общественное здравоохранение для снижения потребления инъекционных наркотиков среди потребителей опиатов.
Что он измеряет	Национальную приверженность и прогресс, достигнутый в лечении потребителей опиатов, а также снижение вероятности передачи ВИЧ среди ПИН. Число пунктов, предоставляющих ОЗТ, и доступность пунктов, которые

	могут предоставить ОЗТ для ПИН.
Как измерять и инструменты измерения	Данные национальных программ
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц Городские, сельские</i>
Преимущества и недостатки	Пункты ОЗТ должны быть легкодоступными и официально зарегистрированными, так как, как правило, им необходимо получить лицензию от соответствующих органов. Однако число пунктов не указывает на число имеющихся <i>свободных мест</i> для получения ОЗТ. Возможно, будет трудно оценить размеры подгрупп в популяции ПИН, и это может приводить к еще большей неопределенности.
Дополнительные соображения	Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обращайтесь к Техническому руководству ВОЗ/ЮНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).
Использование данных	Получить представление о наличии и доступности пунктов ОЗТ и тенденциях с течением времени относительно размера популяции пользователей инъекционных опиатов в стране. Кроме того, попытаться провести анализ данных на основе географического расположения пунктов ОЗТ и географического распределения и плотности популяции потребителей инъекционных опиатов в стране. Если возможно, попытаться интерпретировать этот индикатор с учетом информации по числу имеющихся мест для проведения ОЗТ в различных пунктах. Попытаться оценить, существует ли достаточное количество доступных пунктов ОЗТ по отношению к числу и географическому распределению потребителей инъекционных опиоидов в стране.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Многие пункты ОЗТ не являются «официальными» и могут находиться в ведении НПО, в отношении которых правительство может не располагать информацией. Просьба постараться дать оценку репрезентативности данных, которые вы сообщаете.
Другие источники	Техническое руководство ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf)

EUR1 Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих опиоидную заместительную терапию (ОЗТ)

Обоснование	Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) обладает высокой эффективностью для изменения инъекционного поведения, которое подвергает ПИН риску заражения ВИЧ-инфекцией. Кроме того, продемонстрировано, что ОЗТ способствовала как улучшению доступа к АРТ, так и повышению приверженности лечению и снижению смертности. ОЗТ также обеспечивает важную поддержку проведению лечения других заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, ТБ и вирусный гепатит.
Числитель	Число лиц, получающих ОЗТ во всех пунктах предоставления ОЗТ

Знаменатель	Число лиц, страдающих опиоидной зависимостью (потребители инъекционных и неинъекционных наркотиков)
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет объем предоставления ОЗТ целевой группе населения, которая в ней нуждается (ПИН/страдающие опиоидной зависимостью), и дает информацию об охвате вмешательствами по предоставлению ОЗТ и их эффективности. Он оценивает национальную приверженность и прогресс в лечении потребителей опиатов и в снижении вероятности передачи ВИЧ среди ПИН.
Как измерять и инструменты измерения	Отчеты программ
Разбивка данных	Не требуется. Однако женщины-ПИН часто сталкиваются с дополнительными препятствиями при получении доступа к услугам по профилактике и помощи в связи с ВИЧ. Поэтому может быть полезным собирать данные с разбивкой по полу и использовать их наряду с гендер-специфическими расчетами знаменателя для оценки и мониторинга этого неравенства.
Преимущества и недостатки	Данные о числе лиц, получающих ОЗТ, должны быть обоснованными, и их легко извлечь из отчетов программ, так как обычно пункты предоставления ОЗТ имеют лицензию соответствующих национальных органов власти.
Дополнительные соображения	ОЗТ осуществляется по-разному; чаще всего используется метадон и/или бупренорфин. В странах, где используются широкий спектр заместительных препаратов, все они должны быть включены в этот индикатор. Также необходимо рассмотреть ОЗТ для лиц с зависимостью от неинъекционных опиоидов; они должны быть включены, так как переход на инъекционное потребление в этой группе не редкость.
Использование данных	Иметь представление о наличии и доступности ОЗТ относительно размера популяции ПИН/потребителей опиоидов в стране. Если возможно, проанализировать географическое распределение тех, кто охвачен услугами по ОЗТ, и распределение и плотность популяции ПИН в стране. Интерпретировать данные с учетом информации о географическом расположении пунктов предоставления ОЗТ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Двойной подсчет: Существует риск двойного подсчета, если программы регистрируют число контактов с клиентами, а не число клиентов, охваченных ОЗТ. <i>Если имеется общее число получавших ОЗТ за последние 12 месяцев, пожалуйста, укажите его в графе "Комментарии".</i>
Другие источники	ВОЗ/ЮНПООН/ЮНЭЙДС Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков(http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

Цель 3: Исключить передачу ВИЧ от матери ребенку к 2015 г. и существенно снизить материнскую смертность, обусловленную СПИДом

3.4. Процент беременных женщин, которые знают свой ВИЧ-статус (прошли тестирование на ВИЧ и получили результаты – во время беременности, в период схваток и рождения ребенка и в послеродовой период [<72 часов], включая тех женщин, которые уже знали свой ВИЧ-статус)	
Обоснование	Определение серологического ВИЧ-статуса беременной является отправной точкой для предоставления других услуг, например услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), а также необходимо для того, чтобы сделать услуги по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ-инфекции соответствующими потребностям беременной женщины.
Что он измеряет	Оценивает усилия, направленные на определение серологического статуса беременных, которые предпринимались в последние 12 месяцев.
Числитель	<p>Число беременных женщин с известным ВИЧ-статусом. Оно складывается из числа женщин с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которые обращаются за услугами по дородовой помощи (ДРП), родовспоможению и послеродовой помощи, протестированных на ВИЧ и знающих свои результаты, и женщин с уже известным положительным ВИЧ-статусом, которые обратились за услугами по ДРП в связи с новой беременностью в последние 12 месяцев.</p> <p>Беременные с известным положительным ВИЧ-статусом: женщины, которые прошли тестирование, и их положительный ВИЧ-статус был подтвержден в какое-либо время до этой беременности, обратившиеся за услугами по ДРП в связи с новой беременностью. Эти женщины не нуждаются в повторном тестировании, если имеется документальное подтверждение их положительного ВИЧ-статуса² и тестирование проведено в соответствии с национальными методическими рекомендациями по тестированию беременных женщин. Однако эти женщины нуждаются в услугах по ППМР и учитываются в числителе.</p> <p><i>Беременные (или находящиеся в послеродовом периоде) женщины, серологический статус которых неизвестен:</i> женщины, которые не прошли проверку в дородовой период или во время схваток и рождения ребенка в данной беременности или не имеют документального подтверждения о тестировании в ходе данной беременности</p> <p>Числитель – это сумма категорий а-с, указанных ниже:</p> <p>(а-1) беременные, прошедшие тестирование на ВИЧ и получившие результаты тестирования при получении услуги по ДРП;</p> <p>(а-2) беременные с известным положительным ВИЧ-статусом, обратившиеся за услугами по ДРП при новой беременности;</p> <p>(b) беременные с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которым предоставлялись услуги по родовспоможению, прошедшие тестирование и получившие результаты;</p> <p>(с) женщины с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которые получали послеродовую помощь в течение 72 часов после родов, прошли тестирование и получили результаты</p> <p>(а-1), (b), (с) включают всех женщин, которые были протестированы и получили результаты, независимо от результатов теста на ВИЧ. (а-2) включает женщин с уже</p>

²Документация по ВИЧ-инфекции (карта по лечению и помощи, медицинская карта прошлой беременности или другая надежная письменная информация о ВИЧ-статусе) обычно требуется в большинстве стран. Без документального подтверждения существующей ВИЧ-инфекции ВИЧ-статус женщины обычно рассматривается как "неизвестный", и часто требует повторного тестирования. В этом вопросе необходимо следовать национальным руководствам.

	<p>известным ранее положительным ВИЧ-статусом.</p> <p>Данные, полученные из медучреждений, можно разбить на следующие категории: (а) женщины с уже известным (положительным) ВИЧ-статусом, получающие ДРП, (b) женщины, чей положительный ВИЧ-статус был определен впервые, (с) женщины с отрицательным ВИЧ-статусом (остальные). <i>Разбивка для глобальной отчетности приводится ниже.</i></p>
Знаменатель	Расчетное число беременных женщин за последние 12 месяцев
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается по данным национальных программ на основе совокупных данных, которые регистрируются в учреждениях предоставляющих ДРП, услуги по родовспоможению и послеродовой помощи. В странах с высокой частотой обращений в медицинские учреждения за услугами по родовспоможению данные могут быть собраны только на основании регистрационных журналов родов, так как результаты тестирования на ВИЧ для большинства беременных можно получить из одного этого источника. В регистрационных журналах учреждений здравоохранения должен фиксироваться известный положительный ВИЧ-статус беременных, обращающихся за ДРП в связи с новой беременностью. Это необходимо для получения ими услуг по ППМР. Должны быть включены все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют ТИК беременным. Значение знаменателя получают из расчетного числа беременных женщин, родивших в последние 12 месяцев. Для этого могут использоваться оценки числа рождений из центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или из системы регистрации беременных, содержащей полные данные.</p>
Разбивка данных	<p>Стадии беременности: дородовой период, период схваток и изгнания, послеродовой период</p> <p>Получение результатов: проверено, проверены и получены результаты Серологический ВИЧ-статус: число ВИЧ+</p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет осуществлять мониторинг тенденций в проведении тестирования а ВИЧ среди беременных женщин. Этот индикатор не позволяет установить, на каких этапах проведения ТИК происходит отказ от помощи, а также причины, по которым это происходит. Он не определяет ни качество тестирования или консультирования, ни число женщин, которые получили услуги по дотестовому консультированию.</p>
Дополнительные соображения	<p>В регистрационных журналах учреждений здравоохранения должен фиксироваться известный положительный ВИЧ-статус беременных, обращающихся за ДРП в связи с новой беременностью, даже если они не проходят тестирование в данном учреждении (это возможно путем кодировки, или данные этих женщин могут обводиться, или может использоваться другой метод). Это необходимо для получения ими последующих услуг по ППМР.</p> <p>Не все категории будут применимы или иметь значение для всех учреждений, например, категория «женщины с неизвестным ВИЧ-статусом, протестированные в течение 72 часов после родов». Возможно, страны захотят пересмотреть свои методы и использовать время и ресурсы для получения данных по тем категориям, которые имеют значение в их условиях.</p> <p>Возможно, для менеджеров программ будет важно использовать дополнительные субнациональные индикаторы и индикаторы на уровне учреждений для оценки тенденций и достигнутого прогресса в области ТИК, например, показатели использования услуг по ТИК и получения результатов.</p> <p>Также важно знать число женщин, чей ВИЧ-статус был определен на каждом этапе, то есть % обратившихся за услугами по ДРП, которые знают свой ВИЧ-статус; % женщин, рожавших в учреждениях здравоохранения, которые знают свой ВИЧ-статус, и т.д. Можно провести триангуляцию и валидацию данных по этому индикатору, используя</p>

	данные обследований населения, например, медико-демографических обследований, которые обычно проводятся каждые 5 лет, или данных популяционных обследований по показателям СПИДа, которые могут проводиться чаще.
Использование данных	Индикатор позволяет проследить тенденции во времени. Если имеются данные с разбивкой по регионам, можно определить возможность выявления тех географических областей, в которых результаты по этому индикатору более низкие. Можно провести обзор (при наличии таких данных), какой % женщин, обращающихся за услугами по ДРП, знает свой ВИЧ-статус (включая тех, чей ВИЧ-статус был подтвержден ранее, и тех, кто прошел тестирование) и какой % женщин, рожавших в учреждениях здравоохранения, знает свой ВИЧ-статус.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Двойной подсчет: Для этого индикатора существует риск двойного подсчета, так как беременные женщины могут проходить тестирование несколько раз во время ДРП, родов и в послеродовой период. Это особенно касается тех случаев, когда женщины проходят повторное тестирование, обращаясь в другое учреждение, или когда они приходят рожать без документов о проведенном тестировании. Хотя невозможно полностью избежать двойного подсчета, страны должны так организовывать сбор данных и систему отчетности, чтобы свести его к минимуму, например, использовать карты пациенток и журналы регистрации по ДРП, в которых зафиксирован факт прохождения тестирования. Пожалуйста, не суммируйте все данные о числе женщин протестированных при получении ДРП и во время родов, чтобы получить <i>общее</i> число прошедших тестирование женщин. Нам интересно знать число протестированных <i>женщин</i>, а не общее число проведенных тестов (например, если женщина прошла тестирование при получении ДРП, потом повторно во время родов, мы пытаемся учитывать ее только один раз). Важно включать в числитель тех, о которых уже было известно, что они инфицированы ВИЧ, даже если они не прошли тестирование на ВИЧ. Данные о наличии у них ВИЧ-инфекции используются для дальнейших вмешательств по ППМР. • Число протестированных, а также протестированных и получивших результаты: Если такие данные имеются, пожалуйста, сообщите, сколько беременных протестировано, а также, сколько протестированных беременных получили результаты (второе значение не должно быть больше первого). Если ваша система сбора данных в настоящее время не позволяет разделить данные по известному и неизвестному ВИЧ-статусу, и вы не можете предоставить специфические дезагрегированные данные, пожалуйста, проведите обзор имеющихся данных и извлеките самые точные данные по числу <i>беременных женщин, чей ВИЧ-статус был определен</i> во время беременности, родов (схваток и изгнания) или в течение 72 часов после родов. Пожалуйста, сообщите любую дополнительную информацию, которая могла бы помочь нам в интерпретации данных, в графе «Комментарии». Пожалуйста, сообщите об источнике данных, указанных вами в знаменателе.
Другие источники	Основной индикатор МиО ППМР #3

3.5. Процент беременных женщин, получающих дородовую помощь, партнер которых прошел проверку на ВИЧ в течение последних 12 месяцев

Обоснование	Мужское участие является важнейшим элементом обеспечения на семейном уровне обслуживания ВИЧ-инфицированных женщин, их детей грудного возраста и членов семьи. Оно также имеет большое значение в профилактике ВИЧ-инфекции и может помочь серонегативным семейным парам сохранить серонегативность.
-------------	--

	Тестирование партнера является первым шагом в привлечении к этому процессу партнера-мужчины, независимо от ВИЧ-статуса пары
Что он измеряет	Процент беременных, получающих дородовую помощь, партнер которых прошел проверку в ходе беременности своей партнерши в течение последних 12 месяцев
Числитель	Число беременных, получающих дородовую помощь, партнер которых прошел проверку в течение последних 12 месяцев
Знаменатель	Число беременных, получающих дородовую помощь
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается по данным национальных программ на основе данных, которые регистрируются в медучреждениях.</p> <p>Партнер-мужчина может пройти проверку одновременно с женщиной при первом посещении СДП или при последующем посещении или пройти проверку один при отдельном посещении, например во время, отведенное для посетителей мужчин.</p> <p>Данные можно свести воедино на основании записей СДП, тестирования и консультирования.</p> <p>В них включается информация от всех учреждений здравоохранения: государственных, частных и находящихся в ведении НПО, которые занимаются дородовым обслуживанием.</p> <p>По возможности, программы могут подумать о сборе сведений о том, раскрывали ли партнер или партнерша друг перед другом и в присутствии сотрудника клиники свой статус по ВИЧ.</p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам отслеживать усилия по расширению тестирования мужчин-партнеров беременных женщин, обратившихся в СДП. Этот индикатор не позволяет установить получил ли мужчина-партнер свои результаты или какое-либо обслуживание, вытекающее из этого. Индикатор не учитывает пациенток СДП, которые имеют более одного партнера или могут менять партнеров с течением времени. Он также может не учитывать, тех партнеров, которые прошли проверку на ВИЧ в другом учреждении помимо СДП и которое не связано с СДП (например ДТК или тестирование по инициативе провайдера).</p>
Дополнительные соображения	Хотя проверка мужчины-партнера является важным инструментом активизации мужского участия и предупреждения инфекции во время беременности, оно также является важнейшей отправной точкой непрерывного и сконцентрированного на семье процесса заботы о мужчине. Провайдеры медобслуживания должны предоставлять и документировать необходимое сопутствующее обслуживание для ВИЧ-позитивных мужчин-партнеров в рамках комплексных программ ухода и лечения
Использование данных	Интерпретация исходя из контекста страны и применимости. Обсуждение вопроса о том, как увеличить охват.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Пожалуйста, представьте такие замечания, которые помогли бы нам судить о репрезентативности данных.</p> <p>Если доступны сведения о количестве расходящихся во мнении пар, просим привести данные в разделе для комментариев, сопроводив подкрепляющими комментариями.</p>
Другие источники	Дополнительный индикатор ППМР #А-3

3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо по результатам исследования CD4	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые соответствуют клиническим и (когда имеются) иммунологическим критериям назначения антиретровирусной терапии (АРТ), должны получать это лечение. АРТ позволяет беременным женщинам оставаться здоровыми, а также снижает риск передачи ВИЧ от матери ребенку. Учреждения, предлагающие услуги по ППМР должны проводить подобную оценку. Женщины, которые пока не соответствуют критериям назначения АРТ, должны получать АРВ-препараты для ППМР в соответствии с национальными руководствами и рекомендациями.
Что он измеряет	Индикатор показывает охват ВИЧ-инфицированных беременных оценкой соответствия критериям назначения АРТ на основе либо клинических (используя критерии ВОЗ по определению клинической стадии), либо иммунологических (исследование CD4) критериев. Оценка может проводиться на месте или путем направления.
Числитель	<p>Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо используя исследование CD4, на месте или путем направления, в последние 12 месяцев.</p> <p>«На месте» означает, что услуги предлагаются в структуре медицинского учреждения или на его территории. Например, определение клинической стадии может проводиться в отделении ДРП, тогда как забор крови для тестирования CD4 проводится в отделении лечения и помощи при ВИЧ-инфекции того же медицинского учреждения. Считается, что оба вида этих услуг предоставляются на месте.</p> <p>Пациентки могут быть направлены в другие отделения того же учреждения или в другие учреждения, и это определяется как направление в другое отделение, к другому медицинскому работнику или в другое медицинское учреждение.</p> <p>Часто пациентки возвращаются в направившее их учреждение, отделение или к медицинскому работнику, а результаты услуг, полученных по направлению, сообщаются в направившее учреждение, где пациентка продолжает получать услуги по последующему наблюдению. Учреждения, в которые направляются пациентки, должны регистрировать, какие услуги были предоставлены, и их результаты.</p> <p>Данные по этому индикатору должны предоставляться с разбивкой по типу оценки (определение клинической стадии или исследование CD4). Женщины, у которых оценка проводилась как по клинической стадии, так и с помощью исследования CD4, должны включаться в подсчет только один раз, как прошедшие оценку с помощью исследования CD4.</p>
Знаменатель	Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается на основе данных национальных программ, которые представляют собой совокупные данные, полученные из регистрационных документов учреждений. Оценка может проводиться в службах ДРП, в отделениях по оказанию помощи и предоставлению лечения при ВИЧ-инфекции, на месте или по направлению. Необходимо использовать совокупные данные из соответствующих журналов регистрации, учитывая при этом то, в какие именно регистрационные журналы

	<p>заносятся данные, где в реальности проводилась оценка, возможный двойной или неполный подсчет и необходимость иметь точные данные на национальном уровне.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые проводят оценку соответствия критериям назначения АРТ у беременных, либо на месте, либо по направлению, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <p>(а) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или</p> <p>(б) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные национальные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).</p>
Разбивка данных	Разбивка по методам оценки соответствия критериям назначения АРТ: исследование CD4 или определение клинической стадии.
Достоинства и недостатки	<p>Сильной стороной этого индикатора является то, что он позволяет странам проводить мониторинг охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин вмешательством, которое имеет определяющее значение для обеспечения доступа к АРТ с целью поддержания их собственного здоровья.</p> <p>Этот индикатор не показывает, получили ли в действительности АРТ ВИЧ-инфицированные беременные, которые соответствовали критериям ее назначения.</p> <p>Хотя эти категории оценки являются взаимоисключающими, существует риск двойного подсчета, когда у ВИЧ-инфицированных беременных оценка проводится как клинически, так и иммунологически, или она проводится в разных отделениях или учреждениях. Необходимо, чтобы в странах была обеспечена организация таких систем, которые свели бы к минимуму риск двойного подсчета.</p> <p>Этот индикатор не учитывает женщин, которые были определены как ВИЧ+ во время родов, на основании чего у них оценивалось соответствие критериям назначения АРТ.</p>
Дополнительные соображения	Рекомендуется, чтобы страны проводили разбивку по статусу соответствия критериям, чтобы иметь возможность предоставить дополнительную информацию относительно национальных тенденций в отношении процента беременных, которые соответствуют критериям назначения АРТ. Когда ВИЧ-инфицированные беременные женщины направляются в другое учреждение здравоохранения или в другое отделение того же учреждения, медицинские работники должны регистрировать эти направления и предоставленные женщинам услуги в регистрационных журналах ДРП/ППМР; это позволит проводить более качественный учет и мониторинг ВИЧ-инфицированных беременных женщин.
Использование данных	Целью является обеспечение 100%-ного охвата; как только такой уровень охвата будет достигаться в обычном порядке, возможно, этот индикатор будет не нужен. Проведите дальнейшее изучение информации по дезагрегированным данным относительно того, оценивалось ли соответствие

	критериям назначения АРТ путем определения клинической стадии или при помощи исследования CD4, а также по любым имеющимся данным относительно того, сколько требуется времени в различных учреждениях для получения результатов исследования CD4.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, дайте любые комментарии, которые могли бы помочь нам в интерпретации данных.
Другие источники	Основной индикатор МиО ППМР #4

3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших профилактику антиретровирусными (АРВ) препаратами для снижения риска ранней (в первые 6 недель) передачи ВИЧ от матери ребенку (то есть передачи в ранний послеродовой период младенцу в возрасте около 6 недель)

Обоснование	Риск передачи ВИЧ от матери ребенку может быть значительно снижен благодаря использованию дополняющих друг друга подходов: предоставление АРВ-препаратов матери во время беременности и родов (для лечения или профилактики), профилактика АРВ-препаратами у младенца, назначение АРВ-препаратов матери или младенцу при грудном вскармливании (если оно применяется) и использование безопасных практик родовспоможения и вскармливания.
Что он измеряет	Прогресс в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку в ранний послеродовой период с помощью предоставления АРВ-профилактики, младенцам, контактировавшим с ВИЧ.
Числитель	Число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами за последние 12 месяцев, которые получали АРВ-профилактику для снижения риска ранней передачи ВИЧ от матери ребенку (то есть в ранний послеродовой период, в первые 6 недель жизни).
Знаменатель	Расчетное число живорождений у ВИЧ-инфицированных женщин в последние 12 месяцев.
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается на основе совокупных данных национальных программ, полученных из регистрационных документов учреждений. Младенцы, контактировавшие с ВИЧ, могут получать АРВ-препараты сразу после рождения в учреждениях, предоставляющих услуги по родовспоможению, если эти младенцы родились там; амбулаторно в учреждениях, предоставляющих услуги по послеродовой помощи, или в педиатрических учреждениях, если дети родились в домашних условиях, и их принесли в эти учреждения; или в учреждениях, предоставляющих помощь и лечение при ВИЧ-инфекции или в других учреждениях (в зависимости от страны).</p> <p>Для расчета числителя можно использовать три метода:</p> <p>Подсчет в местах отпуска АРВ-препаратов: В регионах с низкой долей родов, проходящих в медицинских учреждениях, данные для числителя следует собирать в пунктах, где отпускаются АРВ-препараты и где ведется регистрация данных. Существует риск двойного подсчета, когда АРВ-препараты предоставляются во время более чем одного визита или в разных учреждениях здравоохранения. Страны должны так организовывать сбор данных и систему отчетности, чтобы свести к минимуму двойной подсчет. Подсчет при рождении ребенка: В регионах, где доля женщин, рожавших в учреждениях здравоохранения велика, страны могут получить значение числителя, используя</p>

	<p>только журнал регистрации родов и подсчитав число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получивших АРВ-препараты по определенной схеме перед выпиской из роддома или родильного отделения. Там, где наблюдается высокая доля родов в учреждениях здравоохранения и низкий уровень обращений для последующего наблюдения, этот может быть самым надежным и точным методом для расчета этого индикатора, так как соответствующая регистрация АРВ-препаратов, входящих в назначенную схему, производится в момент ее получения младенцами. Подсчет в учреждениях, предоставляющих услуги по послеродовой помощи или в педиатрических учреждениях: Страны могут подсчитывать и получать совокупное число младенцев, контактировавших с ВИЧ и получивших АРВ-препараты, используя регистрационные записи послеродовых отделений и педиатрических учреждений, если посещаемость таких учреждений высока, и, скорее всего, известно, что у ребенка имелся контакт с ВИЧ (например, на основании записей послеродовых регистрационных журналов, отдельных или общих реестров данных о младенцах, контактировавших с ВИЧ).</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют АРВ-препараты для ППМР младенцам, контактировавшим с ВИЧ, должны быть включены в подсчет. Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <p>(а) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных женщин, которые нуждаются в услугах по ППМР» в качестве косвенного показателя; или</p> <p>(б) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).</p> <p>Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.</p>
Разбивка	Не требуется
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам проводить мониторинг охвата АРВ-профилактикой для снижения риска ранней передачи ВИЧ от матери (по отпущенным препаратам или по начатым схемам) у младенцев, контактировавших с ВИЧ.</p> <p>Индикатор указывает на степень охвата в отношении отпуска АРВ-препаратов для проведения профилактики у младенцев. Он не показывает, получил ли ребенок выданные препараты; невозможно определить, насколько тщательно соблюдалась схема профилактики (уровень приверженности), а также, была ли она проведена полностью.</p>
Дополнительные соображения	Страны, в которых разработаны механизмы охвата младенцев, контактировавших с ВИЧ, АРВ-профилактикой на уровне общины, необходимо стремиться обеспечить систему сбора данных для регистрации младенцев, которые получают АРВ-профилактику на этом уровне.
Использование данных	Проведение сравнения полученного значения этого индикатора с индикатором, относящимся к схемам получения АРВ-препаратов матерями (индикатор I10) и обсуждение того, что могут означать эти данные в контексте страны. Возможно,

	некоторые страны решат провести дальнейшие исследования и соответствующий обзор схем профилактики АРВ-препаратами у младенцев, в сравнении с которыми можно провести оценку материнских схем приема АРВ-препаратов.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, дайте любые комментарии, которые могли бы помочь нам в интерпретации данных.
Другие источники	Основной индикатор МиО ППМР #6

3.8 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и получавших АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ в период грудного вскармливания

Обоснование	Риск передачи ВИЧ от матери ребенку может быть значительно снижен благодаря предоставлению АРВ-препаратов матери во время беременности и родов (для лечения или профилактики), профилактики АРВ-препаратами у младенца, назначению АРВ-препаратов матери или младенцу при грудном вскармливании (если оно применяется) и использованию безопасных практик родовспоможения и вскармливания. В популяции использующих грудное вскармливание предоставление АРВ-препаратов матерям или младенцам может реально снизить риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании и требует мониторинга.
Что он измеряет	Прогресс, достигнутый в области ППМР в популяции использующих грудное вскармливание, благодаря предоставлению АРВ-препаратов для снижения риска передачи ВИЧ в период грудного вскармливания.
Числитель	Число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которые в последние в 12 месяцев получали грудное вскармливание и были охвачены АРВ-профилактикой (то есть АРВ-препараты получали мать или младенец) для снижения риска передачи ВИЧ в период грудного вскармливания.
Знаменатель	Расчетное число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (контактировавшие с ВИЧ младенцы) и получавших грудное вскармливание в последние 12 месяцев.
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается на основе данных национальных программ, которые представляют собой совокупные данные, полученные из регистрационных документов учреждений.</p> <p>Вмешательство по предоставлению АРВ-препаратов для снижения передачи ВИЧ через грудное молоко можно начинать сразу после рождения в учреждениях, предоставляющих услуги по родовспоможению, если эти младенцы родились там; амбулаторно в учреждениях, предоставляющих услуги по послеродовой помощи, или в педиатрических учреждениях, если дети родились в домашних условиях, и их принесли в эти учреждения; или в учреждениях, предоставляющих помощь/лечение при ВИЧ-инфекции или в других учреждениях (в зависимости от страны).</p> <p>В популяции использующих грудное вскармливание, прием АРВ-препаратов рекомендуется продолжать еще неделю после полного прекращения грудного вскармливания. Необходимо проводить мониторинг охвата АРВ-препаратами на протяжении всего периода их использования. На сегодняшний день время сбора данных для национального индикатора по охвату АРВ-препаратами в период грудного вскармливания – 2–3 месяца (или около того) после рождения ребенка: это</p>

визит с 6-недельным младенцем для ранней диагностики или для получения 3-й дозы вакцины АКДС; это позволяет получить информацию в период, когда потери младенцев для дальнейшего наблюдения минимальны. Сбор данных по этому индикатору изучается в полевых условиях, и возможно, рекомендация в будущем изменится. Странам рекомендуется включать мониторинг охвата АРВ-препаратами в период грудного вскармливания в существующую систему мониторинга и оценки (для получения дополнительной информации, пожалуйста, обращайтесь по адресу pmtctmoneval@who.int).

Данные для числителя нужно собирать во время визита с 6-месячным младенцем для ранней постановки диагноза или для получения АКДС3; эти данные необходимо регистрировать отдельно от данных об охвате АРВ-препаратами для предупреждения передачи ВИЧ сразу после родов. У младенцев, находящихся на грудном вскармливании необходимо зафиксировать данные о получении АРВ-препаратов матерью или младенцем для снижения постнатальной передачи. При подсчете в этот индикатор также включаются ВИЧ-инфицированные беременные женщины, соответствующие критериям пожизненного назначения АРТ и получающие это лечение, и дети которых, следовательно, получают пользу от профилактического действия АРТ в отношении снижения риска передачи ВИЧ через грудное молоко.

В знаменателе должно быть число контактировавших с ВИЧ младенцев, находящихся на грудном вскармливании. В регионах, где наиболее подверженные риску младенцы получают грудное вскармливание, расчетное число контактировавших с ВИЧ младенцев может быть косвенным показателем для знаменателя (необходима определенная корректировка с учетом смерти младенцев, которая произошла до момента проведения подсчета, если такие данные имеются). В других регионах, где значительная часть контактировавших с ВИЧ младенцев не получает грудного вскармливания, необходимо определить число контактировавших с ВИЧ младенцев, которые находятся на грудном вскармливании.

Для расчета знаменателя можно использовать три метода:

Подсчет при рождении ребенка: В регионах, где доля женщин, рождающих в учреждениях здравоохранения велика, страны могут получить значение знаменателя, используя только журнал регистрации родов, зафиксировав и подсчитав число контактировавших с ВИЧ младенцев, у которых первой практикой вскармливания было грудное вскармливание, используя это значение в качестве косвенного показателя для знаменателя.

Подсчет в учреждениях, предоставляющих услуги по послеродовой помощи или в педиатрических учреждениях: В странах, где большая доля женщин и детей пользуются услугами по послеродовой помощи и услугами педиатрических учреждений, страны могут подсчитывать и получать совокупное число младенцев, контактировавших с ВИЧ, у которых получение грудного вскармливания зарегистрировано в этих учреждениях и, скорее всего, известно, что у ребенка имелся контакт с ВИЧ (например, на основании записей послеродовых регистрационных журналов, отдельных или общих реестров данных о младенцах, контактировавших с ВИЧ).

Использование расчетного числа женщин нуждающихся в ППМР в качестве косвенного показателя: В регионах, где почти все родившие ВИЧ-инфицированные женщины, скорее всего, будут использовать грудное вскармливание, расчетное число родивших ВИЧ-инфицированных женщин (например, по прогнозам программы Spectrum, женщин, нуждающихся в ППМР), можно использовать как косвенный

	<p>показатель, скорректировав его с учетом расчетного числа смертей, если такие данные имеются. Для получения более ясного предоставления о доле популяции, которая учитывается в числителе, этот косвенный показатель также можно рассмотреть вместе с данными, собранными в учреждениях.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют АРВ-препараты для ППМР, должны быть включены в подсчет.</p>
Разбивка данных	<p>Данные по 1) АРТ у матери; 2) у или у младенцев для снижения постнатальной передачи ВИЧ при кормлении грудью должны быть зарегистрированы у младенцев, получающих грудное вскармливание.</p> <p>По моменту времени (например 3 месяца); какие данные представлены, необходимо пояснить в графе “Комментарии”.</p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам отслеживать охват предоставлением АРВ-препаратов для профилактики среди контактировавших с ВИЧ младенцев для снижения риска постнатальной передачи ВИЧ в популяции, использующей грудное вскармливание на определенный момент времени.</p> <p>Этот индикатор не показывает, получал ли ребенок выданные препараты и как долго он их получал; с его помощью невозможно также определить, насколько тщательно соблюдалась схема профилактики (уровень приверженности), а также, была ли она проведена полностью.</p> <p>В идеале, важно оценить охват получения АРВ-препаратов в период грудного вскармливания; однако во многих регионах наблюдается значительная потеря клиентов для последующего наблюдения после визита с ребенком в возрасте 6 месяцев, поэтому позднее трудно точно рассчитать этот охват. В отношении популяций, использующих грудное вскармливание, необходимо приложить усилия для того, чтобы с помощью этого индикатора обеспечить оценку охвата получения АРВ-препаратов или АКДС3 в период грудного вскармливания по истечении 6 недельного срока.</p>
Дополнительные соображения	<p>Страны, в которых разработаны механизмы предоставления АРВ-препаратов ВИЧ-инфицированным женщинам, использующим грудное вскармливание, или контактировавшим с ВИЧ младенцам в постнатальный период.</p> <p>Странам необходимо проводить периодический обзор данных для оценки, используется ли АРВ-профилактика в течение рекомендованного периода времени (до момента окончания грудного вскармливания).</p>
Использование данных	<p>Проведение сравнения полученного значения этого индикатора с индикатором, относящимся к охвату предоставления АРВ-препаратов матерям (индикатор I-10) и обсуждение того, что могут означать эти данные в контексте страны. Возможно, некоторые страны решат провести дальнейшие исследования и соответствующий обзор схем АРВ-профилактики в период грудного вскармливания, и провести сравнение со схемой получения АРВ-препаратов матерью.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Пожалуйста, сообщите любую информацию, которая могла бы помочь нам в интерпретации данных.</p>
Другие источники	<p>Основной индикатор МиО ППМР #7</p>

3.9 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых профилактика котримоксазолом (КТЗ) начата в первые два месяца после рождения

Обоснование	<p>Профилактика котримоксазолом (КТЗ) – простая и экономически эффективная мера профилактики пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i>, у ВИЧ-инфицированных младенцев. Эта инфекция является ведущей причиной тяжелых заболеваний дыхательных путей у таких младенцев в странах с ограниченными ресурсами, и часто ее проявления обнаруживаются до того, как поставлен диагноз ВИЧ-инфекции.</p> <p>Из-за нехватки ресурсов или недостатков в организации материально-технического обеспечения для проведения диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев раннего возраста, все младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, должны получать профилактику КТЗ, начиная с 4-6-й недели после рождения. Она должна продолжаться до тех пор, пока ВИЧ-инфекция не будет исключена, и младенец больше не подвергается риску инфицирования ВИЧ при грудном вскармливании.</p>
Что он измеряет	Предоставление профилактики КТЗ в соответствии с международными методическими рекомендациями и охват ею младенцев, контактировавших с ВИЧ. ³
Числитель	Число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых начата профилактика КТЗ в первые 2 месяца после рождения, за последние 12 месяцев.
Знаменатель	Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в последние 12 месяцев.
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается из данных национальных программ на основе совокупных данных учреждений здравоохранения.</p> <p>Данные должны быть собраны из соответствующих регистрационных документов учреждений здравоохранения, таких как отдельные или общие реестры, в которых регистрируются младенцы, контактировавшие с ВИЧ. Использование какого-либо конкретного реестра зависит от места предоставления услуг. Например, если контактировавшие с ВИЧ младенцы находятся под наблюдением медицинских работников в учреждениях, предоставляющих помощь и лечение при ВИЧ-инфекции, страны должны собирать данные из регистрационных документов этих учреждений.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют профилактику КТЗ контактировавшим с ВИЧ младенцам, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <p>(а) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных женщин, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или</p> <p>(б) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных⁴ (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).</p>

³ WHO. *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults: Recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2006.

⁴ Национальные расчетные показатели отношения ВИЧ-инфицированных беременных женщин следует получать путем корректировки данных эпиднадзора из надзорных пунктов служб, предоставляющих ДРП, и из других источников,

	Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам проводить мониторинг достигнутого прогресса в отношении раннего последующего наблюдения за контактировавшими с ВИЧ младенцами путем измерения предоставления КТЗ в соответствии с международными методическими рекомендациями. Он также может использоваться как косвенный показатель последующих посещений для наблюдения за младенцами, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами, в течение рекомендованных первых 4-6 недель жизни.</p> <p>Индикатор учитывает только тех младенцев, которые получали услуги по последующему наблюдению и помощи в течение 2 месяцев после рождения. Он не определяет <i>реальный</i> охват профилактикой КТЗ контактировавших с ВИЧ младенцев, так как у некоторых младенцев профилактика КТЗ могла быть начата после достижения ими двухмесячного возраста.</p> <p>Низкие значения этого индикатора могут указывать на узкие места в системе предоставления услуг, включая плохую организацию обеспечения КТЗ в стране, плохую организацию сбора данных или неадекватные системы распределения лекарственных препаратов.</p>
Дополнительные соображения	<p>Возможно, страны захотят также регистрировать предоставление профилактики КТЗ контактировавшим с ВИЧ младенцам, которым уже исполнилось 2 месяца, для проведения мониторинга общего прогресса, достигнутого в рамках программы с тем, чтобы определить, с какими проблемами связана невозможность раннего начала профилактики КТЗ, а также проводить мониторинг использования запасов лекарств с учетом вопросов снабжения. Неправильная организация снабжения может отрицательно влиять на значение индикатора и существенно снижать доступ контактировавших с ВИЧ младенцев к КТЗ. Странам необходимо обеспечить наличие соответствующих систем и механизмов, особенно в отношении организации материально-технического обеспечения и связанных с ним информационных систем с тем, чтобы обеспечивать адекватное снабжение, распределение и управление запасами лекарственных препаратов на уровне учреждения, района и на центральном уровне.</p>
Использование данных	Можно также провести обзор этих данных, как указывающих на число контактировавших с ВИЧ младенцев, которых принесли в учреждение здравоохранения в первые 2 месяца после рождения. Если значение индикатора низкое, нужно изучить причины этого (то есть, связано ли это с тем, что младенцев не принесли на прием в течение 2 первых месяцев жизни, или это объясняется дефицитом КТЗ и т.д.).
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии в отношении репрезентативности.</p> <p>Возможности для триангуляции: регистрационные журналы аптек</p> <p>Если сообщаемые сведения относятся к КТЗ для младенцев старше двух месяцев, просим отметить это в разделе комментариев</p>
Другие источники	Основной индикатор МиО ППМР #8

принимая во внимание эти характеристики, как распределение по возрасту и модели распространения ВИЧ-инфекции в сельских и городских районах.

3.10 Распределение способов вскармливания(исключительно грудное вскармливание, искусственное вскармливание, смешанное вскармливание/другое) у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, установленное во время визита для получения АКДС3

Обоснование	<p>ВИЧ может передаваться при грудном вскармливании даже при условии, если пожизненную АРТ или АРВ-препараты для ППМР получают 100% беременных. Смешанное вскармливание до достижения ребенком возраста 6 месяцев повышает риск передачи ВИЧ по сравнению с исключительно грудным вскармливанием. Поэтому в соответствии с рекомендациями ВОЗ, если женщина с известным положительным ВИЧ-статусом кормит грудью, она должна получать АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ ребенку и также использовать исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев. После 6 месяцев рекомендуется вводить прикорм и продолжать грудное вскармливание до достижения ребенком возраста 12 месяцев. Уровень охвата детей третьей дозой вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС3) в рекомендованном возрасте (примерно 14 недель), в большинстве стран сравнительно высокий. Предлагается собирать данные в это время, поскольку во время визита медицинские работники могут наблюдать большинство младенцев. Посещение врача для получения третьей дозы АКДС приходится на середину периода между родами и временем прекращения исключительно грудного вскармливания. Поэтому подобный способ получения данных сравним с тем, который обычно используется при отчетности по исключительно грудному вскармливанию для населения в целом в медико-демографических обследованиях.</p>
Что он измеряет	<p>Вскармливание⁵ контактировавших с ВИЧ младенцев в течение 24 часов до посещения врача, которое оценивается во время получения АКДС3, обычно в период около 3 месяцев жизни ребенка или в ближайшее к этому возрасту посещение врача.</p>
Числитель	<p>Разбивка числителей производится следующим образом: I12a: Число младенцев, контактировавших с ВИЧ, находившихся на исключительно грудном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения АКДС3 I12b Число младенцев, контактировавших с ВИЧ, находившихся на искусственном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения АКДС3 I12c: Число младенцев контактировавших с ВИЧ, находившихся на смешанном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения АКДС3 В числителях учитывается вид вскармливания только у контактировавших с ВИЧ младенцев, которых матери приносят в медицинское учреждение.</p>
Знаменатель	<p>Знаменатель один и тот же для всех трех индикаторов: число младенцев, контактировавших с ВИЧ, в отношении которых проводилась оценка</p>

⁵Способы вскармливания младенцев, измеряемые с помощью этого индикатора, определяются следующим образом:

Исключительно грудное вскармливание: Младенец получает только грудное молоко и никаких других жидкостей или твердой пищи, в том числе воды, за исключением капель или сиропов, содержащих витамины, минеральные добавки или лекарства, до достижения им возраста 6 месяцев. Определение «грудное молоко» относится и к молоку кормилицы, и к сцеженному молоку матери.

Искусственное вскармливание (полностью исключает грудное молоко): Вскармливание не получающего никакого грудного молока младенца, которое обеспечивает ребенка всеми необходимыми питательными веществами, пока он не начинает полностью питаться как остальные члены семьи. В течение первых 6 месяцев младенца следует кормить подходящим заменителем грудного молока. Обычно это имеющиеся в продаже детские молочные смеси, так как использование преобразованного в домашних условиях молока животных больше не рекомендуется для вскармливания младенцев в течение всех первых 6 месяцев жизни, за исключением случаев крайней необходимости.

Смешанное вскармливание: (или частичное грудное вскармливание): Вскармливание как грудным молоком, так и другой пищей и жидкостями младенцев в возрасте от 0 до 6 месяцев.

	<p>способов вскармливания во время визита для получения АКДС3. Возраст младенцев будет около 3 месяцев или больше.</p>
<p>Как измерять и инструменты измерения</p>	<p>Числитель рассчитывается с использованием регистрационных данных национальных программ на основе совокупных данных учреждений здравоохранения.</p> <p>В идеале, данные должны быть собраны из соответствующих регистрационных документов учреждений здравоохранения, таких как отдельные или общие реестры, в которых регистрируются младенцы, контактировавшие с ВИЧ. Использование какого-либо конкретного реестра зависит от места предоставления услуг и регистрации данных.</p> <p>Во время каждого посещения медицинский работник должен задать вопрос о том, какое вскармливание получал ребенок в течение 24 часов, предшествующих визиту: «Чем вы кормили и поили вашего ребенка вчера в течение дня и этой ночью?». После каждого полученного ответа, медицинский работник должен спросить: «Получал ли ребенок что-нибудь еще?». Запись ответа должна быть: исключительно грудное вскармливание, искусственное или смешанное вскармливание. Хотя эта информация заносится в медицинскую карту ребенка во время каждого посещения, медицинские работники должны регистрировать эту информацию в реестре только один раз, во время посещения для получения АКДС3. Эти регистрационные данные будут использоваться для сбора данных и их сообщения на национальном уровне. Там, где контактировавшие с ВИЧ младенцы наблюдаются в учреждениях по пре доставлению лечения и помощи при ВИЧ-инфекции, данные должны собираться, когда возраст младенца примерно 3 месяца.</p> <p>Знаменатель рассчитывается из общего числа младенцев, контактировавших с ВИЧ, в отношении которых проводилась оценка способов вскармливания. Младенцы, контактировавшие с ВИЧ, которых не принесли на прием к врачу, в знаменатель не включаются.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, где проводится последующее наблюдение за младенцами, контактировавшими с ВИЧ, должны быть включены в подсчет.</p>
<p>Разбивка данных</p>	<p>Регистрация распределения способов вскармливания: исключительно грудное вскармливание; искусственное вскармливание; смешанное вскармливание/другое; не категоризировано/другое.</p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Индикатор измеряет важный прогресс в использовании ВИЧ-инфицированными женщинами безопасных для контактировавших с ВИЧ младенцев способов вскармливания. Он может использоваться для определения качества консультирования по вскармливанию (низкий уровень смешанного вскармливания может указывать на адекватные консультирование и поддержку по вскармливанию), а также для моделирования эффекта вмешательства в стране (см. основной индикатор в руководстве по МиО ППМР или GARP 3.3 – моделирование частоты ППМР). Следует отметить, что индикатор ничего не говорит ни о качестве смесей для искусственного вскармливания, ни о влиянии способа вскармливания на выживаемость детей.</p> <p>Эту информацию можно сравнить с данными популяционных обследований (напр., DHS), в которых проводится мониторинг способов вскармливания младенцев в общей популяции.</p> <p>Индикатор может не отражать реального распределения методов вскармливания младенцев, контактировавших с ВИЧ, на национальном уровне. Он не включает тех младенцев, которые уже могли умереть; младенцев, в отношении которых неизвестно, был ли у них контакт с ВИЧ; и младенцев, чьи</p>

	матери не посещали с ними медицинское учреждение для получения АКДС3 или по любой другой причине по достижении ребенком возраста 3 месяцев или в период, близкий к этому времени.
Дополнительные соображения	<p>Для полного понимания масштаба использования различных типов вскармливания младенцев, страны должны рассмотреть возможность проведения когортного исследования среди ВИЧ-инфицированных женщин, которые выбрали искусственное вскармливание или исключительно грудное вскармливание. Подобные исследования не только позволяют оценить использование способов вскармливания младенцев, но и исследовать причины, по которым женщины, выбравшие тот или иной метод, пользуются или не пользуются исключительно им, а также соответствие критериям AFASS (приемлемость, осуществимость, финансовая доступность, устойчивость и безопасность). Из подобных исследований можно также узнать, какие виды пищевых продуктов и жидкостей в качестве прикорма получают младенцы, находящиеся на грудном или искусственном вскармливании, до достижения ими 6-месячного возраста, а также причины прекращения грудного вскармливания по достижении ребенком 6-месячного возраста и состав прикорма после этого возраста. Кроме того, исследования могут определить, как влияет ранняя постановка диагноза на способы вскармливания младенцев, и, если они влияют отрицательно, показать, что можно сделать в настоящее время для оказания поддержки матерям.</p> <p>В странах, где последующее наблюдение за контактировавшими с ВИЧ младенцами, было интегрировано в аутрич-услуги на базе общин, для этого индикатора необходимо организовать систему сбора данных на этом уровне. Страны могут рассмотреть возможность сбора информации и в другие периоды времени, например, когда возраст младенца 6 недель и 6 месяцев. Они могут также рассмотреть возможность подсчета индикаторов с другими знаменателями, например, с расчетным числом контактировавших с ВИЧ младенцев, которые могли бы получать услуги по дальнейшему наблюдению.</p>
Использование данных	Проведите обзор распространенности способов вскармливания младенцев и обсудите стратегии по продвижению к использованию более безопасных способов.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> •Пожалуйста, предоставьте любую важную информацию, которая помогла бы нам улучшить интерпретацию сообщенных данных. •Если эти данные недоступны, предоставьте в графе «Комментарии» расчетные данные по стране о распространенности методов вскармливания младенцев среди женщин, инфицированных ВИЧ.
Другие источники	Основной индикатор МиО ППМР #10

3.11 Число беременных женщин, обратившихся за ДРП хотя бы один раз в течение отчетного периода	
Примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Пожалуйста, укажите число женщин, обратившихся в учреждения, предоставляющие услуги по ДРП, хотя бы один раз в течение отчетного периода. Пожалуйста, имейте в виду, что в этом индикаторе подсчитывается число <i>женщин</i>, а не число <i>посещений</i>; это означает, что беременная женщина, посетившая учреждение, предоставляющее услуги по ДРП, три раза, будет подсчитана только один раз.</p> <p>Если указанное число не является репрезентативным для показателя по стране в целом (например, если у вас имеются только данные из 65% районов или учреждений; или если в этом числе отражены несколько посещений вместо "по крайней мере, одно посещение"), дайте комментарий о репрезентативности сообщаемых вами данных.</p>

EUR 8 Процент ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность	
Обоснование	Прерывание беременности распространено в странах Восточной Европы. ВИЧ-инфицированные женщины, которые прерывают беременность, не нуждаются в АРВ-препаратах для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Этот индикатор помогает оценить доступность эффективных методов контрацепции для ВИЧ-инфицированных женщин, качество консультирования по вопросам репродуктивного здоровья и планирования семьи, а также отражает принятые медицинские практики.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет распространенность прерывания беременности среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин.
Числитель	Число прерванных беременностей среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в течение отчетного года.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность была зарегистрирована в отчетном году.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Предупреждение нежелательной беременности среди ВИЧ-инфицированных женщин и улучшение доступа к услугам по планированию семьи и эффективным методам контрацепции являются одними из ключевых элементов всесторонней стратегии ППМР. Этот индикатор помогает улучшить организацию работы служб по охране репродуктивного здоровья для ВИЧ-инфицированных женщин.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Хотя разбивка данных для этого индикатора не требуется, для странового анализа полезны данные с разбивкой по географическим районам страны (если доступно); это позволяет выявить районы с низкой эффективностью работы служб. Этот индикатор будет оказывать влияние на другие индикаторы, в том числе на индикатор охвата АРТ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно прокомментировать, как рассчитывался индикатор. Разный подсчет может быть связан с различиями в политике тестирования на ВИЧ беременных женщин в разных странах, например: <ol style="list-style-type: none"> 1) Тестирование на ВИЧ предлагается всем беременным, включая тех, кто хочет прервать беременность; 2) Тестирование на ВИЧ предлагается только женщинам, которые не собираются прерывать беременность, исключая тех, кто хочет прервать беременность.

EUR9 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которым сделано плановое кесарево сечение	
Обоснование	Плановое кесарево сечение – вмешательство, которое уменьшает риск передачи вируса от матери ребенку. Этот индикатор помогает отследить доступ к мероприятиям по ППМР и рассчитать частоту передачи ВИЧ от матери ребенку; он также дает информацию о том, какие медицинские практики используют сегодня системы здравоохранения.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных женщин, у которых роды произошли в результате планового кесарева сечения, проведенного до начала сокращений матки и разрыва плодных оболочек.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных родивших женщин, у которых проведено плановое кесарево сечение
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в течение отчетного года
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	До использования АРТ для ППМР плановое кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин было одним из основных вмешательств с целью ППМР. Если используется АРТ и вирусная нагрузка на 36-й неделе гестации меньше 1000 копий/мл, преимущества этого вмешательства ограничены. В Регионе еще есть страны, в которых исследование вирусной нагрузки в обычном порядке не проводится. При неизвестном уровне вирусной нагрузки плановое кесарево сечение является важным вмешательством для ППМР.
Использование данных	Этот индикатор поможет рассчитать частоту передачи ВИЧ от матери ребенку.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно использовать данные об использовании планового кесарева сечения и не включать данные, относящиеся к срочному кесареву сечению.

3.13 Показатели ППМР для EURO

EUR11 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики, все еще остаются самой труднодоступной группой для проведения вмешательств по ППМР. Значительная доля ВИЧ-инфицированных детей и/или детей-отказников – это дети, родившиеся у женщин, употребляющих наркотики. Улучшение доступа женщин-ПИН к вмешательствам по ППМР и соответствующим службам – стратегическая цель для Региона.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые были активными ПИН во время беременности.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, являющихся ПИН.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность зарегистрирована в отчетном году.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Потребление инъекционных наркотиков и других психоактивных веществ всегда ассоциировалось со стигмой и дискриминацией. Из-за этого некоторые женщины-ПИН могут не сообщать медицинскому работнику о том, что употребляют наркотики, или в меньшей степени склонны обращаться за медицинской помощью. В связи с этим реальная распространенность потребления инъекционных наркотиков может недооцениваться, хотя при этом некоторые женщины-ПИН могут не иметь доступа к услугам, в которых они нуждаются.
Использование данных	Этот индикатор поможет проследить тенденции в потреблении инъекционных наркотиков среди беременных ВИЧ-инфицированных женщин и лучше спланировать направленные на них вмешательства.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

EUR 12 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ОЗТ во время беременности	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики, все еще остаются самой труднодоступной группой для проведения вмешательств по ППМР. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ) является важным вмешательством, направленным на улучшение доступа женщин-ПИН к услугам по ППМР.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, страдающих наркозависимостью, которые получали ОЗТ (метадон, бупренорфин) во время беременности.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ОЗТ во время беременности.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН, у которых беременность была зарегистрирована в течение отчетного года.

Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	Документально подтверждено, что ОЗТ является эффективным вмешательством, улучшающим исход беременности, в частности, она снижает показатели неонатальной заболеваемости и смертности. Из-за стигмы и дискриминации, которым подвергаются женщины-ПИН, некоторые из них могут не сообщать о потреблении инъекционных наркотиков, что, в свою очередь, может влиять на этот индикатор и приводит к завышенной оценке охвата ОЗТ.
Использование данных	Этот индикатор поможет отслеживать тенденции и оценивать доступность ОЗТ для беременных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

EUR13 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших АРВ во время беременности с целью уменьшения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики, все еще остаются самой труднодоступной группой для проведения вмешательств по ППМР. Антиретровирусная терапия (АРТ) является важнейшей мерой, направленной на уменьшение риска передачи ВИЧ от матери ребенку в случае ВИЧ-позитивных женщин-ПИН.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, потребляющих инъекционные наркотики, которые получали АРВ во время беременности.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших АРВ во время беременности.
Знаменатель	Число диагностированных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН, у которых беременность была зарегистрирована в течение отчетного года.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медучреждений.
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	Данные СДП часто неполны и могут повлиять на индикатор. По причине стигмы и дискриминации, которым подвергаются женщины-ПИН, некоторые из них могут преуменьшать объем потребления инъекцируемых наркотиков, что может в свою очередь повлиять на индикатор. Индикатор не отражает зависимость.
Использование данных	Этот индикатор поможет отслеживать тенденции и оценивать доступность АРВ для беременных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

Цель 4: Обеспечить к 2015 г. 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ, антиретровирусной терапией

4.1 Процент взрослых и детей, отвечающих критериям назначения АРТ и получающих АРТ в настоящее время (ВД 2012 G2a)

Примечание: Вышеупомянутый индикатор описан в Руководстве, тогда как представленный ниже индикатор в отношении лиц, приступающих к АРТ включен в качестве дополнительного в раздел 4.1, и не включен в Руководство GARP.

4.1 Лечение ВИЧ: Антиретровирусная терапия Число взрослых и детей, отвечающих критериям назначения антиретровирусной терапии (АРТ) и впервые начавших ее в течение отчетного периода (2012 г.)	
Обоснование	В дополнение к мониторингу охвата важно проводить мониторинг начала АРТ. Сравнение изменения числа людей, получающих АРТ в конце каждого года (индикатор G2), не дает информации о числе тех, кто впервые начал получать АРТ, так как в течение первого года лечения наблюдается самая большая убыль пациентов. Это означает, что не все пациенты, которые впервые начали получать АРТ в течение отчетного года, продолжают лечение в конце года. Следовательно, этот индикатор позволяет получить число пациентов, впервые начавших получать АРТ в течение отчетного года.
Что он измеряет	Число взрослых и детей, отвечающих критериям назначения АРТ, впервые начавших АРТ в течение отчетного периода (2011 г.) Ежегодное изменение числа пациентов, начавших получать АРТ
Как измерять и инструменты измерения	Регистрационные журналы учреждений по АРТ; формы управления снабжением лекарственными препаратами. Подсчет числа пациентов, которые впервые начали получать АРТ в течение отчетного периода. Пациенты, у которых в карте зарегистрировано, что они перевелись из другого учреждения или временно прекратили лечение и начали его опять в течение отчетного периода, не должны включаться в подсчет (риск двойного подсчета). Получающие АРВ-препараты для ППМР (за исключением АРТ для поддержания собственного здоровья матери) и постконтактной профилактики, не включаются в этот индикатор.
Разбивка данных	Мужчины, женщины По возрастным группам: <1, 1-4, 5-14, 15+ Государственный и частный сектор <i>Эти и другие типы разбивки данных, при их наличии, следует включить раздел Комментариев</i>
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет проводить мониторинг тенденций в отношении начала АРТ, но не позволяет провести различия между разными формами АРТ или оценить стоимость, качество или эффективность предоставляемого лечения. Каждый из этих показателей будет отличаться в разных странах и изменяться с течением времени. Уровень использования АРТ будет зависеть от таких факторов, как ее стоимость относительно местного уровня доходов, инфраструктура и качество предоставления услуг, от доступности и использования услуг по добровольному ТИК, а также представлений пациентов об эффективности и возможных побочных эффектах лечения.
Дополнительные соображения	Этот индикатор необходимо анализировать и как "лист ожидания", то есть рассматривать пациентов, отвечающих критериям назначения АРТ, но еще не начавших лечение.
Использование данных	В дополнение к уже существующим пациентам, которые продолжают АРТ (удержание на АРТ), данные о числе пациентов, впервые начавших АРТ, необходимо для тщательного планирования ресурсов и запасов лекарственных препаратов (чтобы избежать дефицита и нерационального использования).

<p>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</p>	<p>Двойной подсчет: Если пациенты, которые направляются в данное учреждение из других мест и из него в другие учреждения, не регистрируются надлежащим образом, и если пациенты, которые наблюдаются в различных учреждениях, предоставляющих АРТ, не учтены надлежащим образом, существует риск двойного подсчета, что может привести к завышению оценок охвата АРТ. Если это происходит, пожалуйста, прокомментируйте.</p> <p>Аналогично, если пациенты, которые временно прекращают АРТ и потом начинают ее заново, кодируются как новые пациенты, это приводит к завышению оценок реального числа пациентов, впервые начавших лечение.</p> <p>Национальная репрезентативность: Числитель – это национальный совокупный индикатор, который обычно предоставляется всеми учреждениями здравоохранения и, следовательно, позволяет оценить начало АРТ. Пожалуйста, если необходимо, прокомментируйте ваши данные.</p> <p>Возможности для триангуляции: Отчеты аптек, в которых сравнивается число новых пациентов в регистрационных журналах аптек и в регистрационных журналах по АРТ.</p>
<p>Другие источники</p>	<p>Индикатор и методические рекомендации PEPFAR</p>

<p>4.2 Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через</p> <p>(b) 24 месяца после ее начала (среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию в 2010 г.)(ВД2012 4.2b)</p> <p>(c) 60 месяцев после ее начала (среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию в 2007 г.)(ВД 2012 4.2c)</p>	
Обоснование	АРТ - это лечение, продолжающееся всю жизнь. Измерение показателя "удержания" пациентов на АРТ имеет важнейшее значение для определения эффективности программ и их воздействия, а также для определения преград на пути их расширения и совершенствования.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет показатель «удержания» пациентов на АРТ, что обусловлено повышением выживаемости и желанием продолжать АРТ. Он должен оцениваться через 12 месяцев после начала АРТ, а затем в течение длительного периода последующего наблюдения; здесь описано удержание на АРТ в течение 24 и 60 месяцев (удержание в течение 12 месяцев включено в руководство GARPR по индикаторам). Он дополняет показатель охвата программой, оценивая эффективность.
Числитель	Число взрослых и детей, которые еще живы и получают АРТ через b) 24 месяца, c) 60 месяцев после начала лечения(из тех, кто начал АРТ в b) 2010г. и c) 2007 г.).
Знаменатель	<p>b) Через 24 месяца: Общее число взрослых и детей, начавших АРТ в 2010г. (или в другой специально установленный период), в отношении которых ожидалось результаты через 24месяцвтечениеотчетногопериода(2012г.) (или через 24 месяца после специально установленного периода начала лечения), включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 24 месяца.</p> <p>c) Через60месяцев: Общее число взрослых и детей, начавших АРТ в 2007г. (или в другой установленный период), в отношении которых ожидалось результатычерез60втечениеотчетногопериода (2012г.) (или через 60 месяцев после специально установленного периода начала лечения), включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 60 месяцев.</p>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель и знаменатель: Инструменты мониторинга программ; регистрационные данные по АРТ и регистрационные формы когортного анализа.</p> <p>При измерении показателей "удержания" для двух различных интервалов важно тщательно отбирать пациентов в соответствии с периодом, когда они начали АРТ, и проверять результаты их лечения, когда они достигли ожидаемой продолжительности последующего наблюдения.</p> <p>Оценка результатов лечения через 24 месяца должна включать всех пациентов, кто начал АРТ 2 года назад; через 60 месяцев - всех пациентов, кто начал АРТ 5 лет назад. Если имеющиеся данные не соответствуют этим стандартным годовым периодам, важно указать период, когда пациенты начали АРТ.</p>
Разбивка данных	Среди пациентов, начавших АРТ (знаменатель), дополнительно сообщается (1) число пациентов, которые еще живы и получают АРТ (числитель); также важно сообщать число (2) потерянных для последующего наблюдения, (3) прекративших лечение и (4) умерших. Эти четыре исхода должны в сумме составлять число лиц, начавших АРТ.

	<p>При сборе информации на уровне учреждения пациенты, переведенные в это учреждение, должны включаться в статистику, а пациенты, переведенные из этого учреждения в другие, должны быть исключены из статистики. При объединении отчетов учреждений пациенты, переведенные из учреждений и в учреждения, суммируются на национальном уровне; эта статистика должна предоставляться для анализа за период 12 месяцев.</p>
Преимущества и недостатки	<p>Продолжение АРТ, как правило, обусловлено выживаемостью (но также желанием продолжать терапию). Выживаемость может отражать предоставление услуг, но также может зависеть от исходных характеристик пациентов, которые начали получать АРТ. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая стадии являются независимыми прогностическими факторами выживаемости пациентов, получающих АРТ. Исходные характеристики когорты пациентов должны помочь при интерпретации результатов и, в частности, при сравнении пунктов предоставления АРТ.</p>
Дополнительные соображения	<p>Если через 24 месяца или 60 месяцев данных по удержанию пациентов, которые начали АРТ в 2010г. Или в 2007г., соответственно, нет, но есть данные о пациентах, которые начали АРТ раньше (например в 2009/2008г. Или в 2006/2005г.), пожалуйста, укажите использованный период времени в графе “Комментарии”: например, “АРТ начата между [месяц]/[год] и [месяц]/[год]”. Для включения в числитель не требуется, чтобы в период 24месяцаили 60 месяцев пациенты получали АРТ без перерывов. Например, пациенты, которые пропустили одно или два назначенных посещения в рамках наблюдения или получения лекарств, или после начала лечения временно прекратили его, но зарегистрированы как все еще продолжающие получать АРТ через 24 месяца или 60 месяцев, включаются в числитель. Напротив, пациенты, которые умерли, прекратили лечение или были потеряны для последующего наблюдения через 24 месяца или 60 месяцев после начала лечения, не включаются в числитель.</p> <p>В странах, где отчетность по этому индикатору обеспечивается не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, данные должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности, что необходимо отметить в графе “Комментарии”.</p>
Использование данных	<p>Этот индикатор позволяет зафиксировать ситуации, когда наблюдается особенно низкий уровень удержания на лечении, и оценить лежащие в основе этого причины путем анализа распределения по группам тех, кто не получает АРТ: умершие, прекратившие АРТ или потерянные для последующего наблюдения. Если такие данные имеются, попытайтесь провести анализ группы пациентов, потерянных для последующего наблюдения, чтобы определить вероятность того, что они умерли, прекратили АРТ или были переведены в другие учреждения. Проведите сравнение когорт.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора предоставляются только подгруппой учреждений, необходимо добавить комментарий в отношении источника информации, и является ли информация репрезентативной для всех пунктов предоставления АРТ.</p>

EUR4 Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца и с) 60 месяцев после ее начала	
Обоснование	АРТ - это пожизненное лечение, повышающее выживаемость и снижающее вероятность передачи вируса. В Европейском регионе ВОЗ, где потребители инъекционных наркотиков (ПИН) в наибольшей степени затронуты эпидемией ВИЧ/СПИДа, доступ к АРТ и удержание на АРТ – ключевые вмешательства, осуществляемые сектором здравоохранения в ответ на эпидемию.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет показатель «удержания» пациентов на АРТ, что обусловлено повышением выживаемости и желанием продолжать АРТ. Он должен оцениваться через 24 месяца после начала АРТ, а затем ежегодно. Он дополняет показатель охвата программой, оценивая эффективность.
Числитель	Число ПИН, которые еще живы и продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 60 месяцев после начала лечения.
Знаменатель	<p>а) Через 12 месяцев: Общее число ПИН, начавших АРТ в 2011г., в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев в течение отчетного периода (2012г., включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 12 месяцев.</p> <p>б) Через 24 месяца: Общее число ПИН, начавших АРТ в 2010г., в отношении которых ожидалось результаты через 24 месяца в течение отчетного периода (2012г.), включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 24 месяца.</p> <p>с) Через 60 месяцев: Общее число ПИН, начавших АРТ в 2007г., в отношении которых ожидалось результаты через 60 месяцев в течение отчетного периода (2012г.), включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 60 месяцев.</p>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель и знаменатель: Инструменты мониторинга программ; регистрационные данные по АРТ и регистрационные формы для когортного анализа.</p> <p>При измерении показателей "удержания" для трех различных интервалов времени важно тщательно отбирать пациентов-ПИН в соответствии с периодом, когда они начали АРТ, и проверять результаты их лечения, когда они достигли ожидаемой продолжительности последующего наблюдения.</p> <p>Оценка результатов лечения через 12 месяцев должна включать всех пациентов-ПИН, кто начал АРТ в прошлом году, 24 месяца, всех пациентов-ПИН, кто начал АРТ два года назад; через 60 месяцев - всех пациентов-ПИН, кто начал АРТ пять лет назад. Если имеющиеся данные не соответствуют этим стандартным годовым периодам, важно указать период, использованный для расчета, и когда пациенты начали АРТ.</p> <p>Пациенты-ПИН должны быть живы и продолжать получать АРТ через 12/24/60 месяцев после начала лечения. Для числителя не требуется, чтобы в период 12/24/60 месяцев пациенты получали АРТ без перерывов. ПИН, которые пропустили одно или два назначенных посещения в рамках наблюдения или получения лекарств, и временно прекратили лечение в течение 12/24/60</p>

	<p>месяцев с момента его начала, но зарегистрированы как все еще продолжающие получать АРТ через 12/24/60 месяцев, включаются в числитель. Напротив, ПИН, которые умерли, прекратили лечение или были зарегистрированы как потерянные для последующего наблюдения через 12/24/60 месяцев после начала лечения, не включаются в числитель.</p> <p>При сборе информации на уровне учреждений пациентов, переведенных в это учреждение, необходимо включать в статистику, а пациенты, переведенные из этого учреждения в другие, должны быть исключены из статистики. При объединении отчетов учреждений пациенты, переведенные из учреждений и в учреждения, суммируются на национальном уровне; эта статистика должна предоставляться для анализа за период 12 месяцев.</p>
Разбивка данных	Насколько возможно, данные для этого индикатора должны даваться с разбивкой по полу, возрасту (<15, 15+), по схеме первого и второго ряда на момент окончания временного периода.
Преимущества и недостатки	Продолжение АРТ, как правило, обусловлено выживаемостью (но также желанием продолжать терапию). Выживаемость может отражать предоставление услуг, но также может зависеть от исходных характеристик пациентов-ПИН, которые начали получать АРТ. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая стадии являются независимыми прогностическими факторами выживаемости пациентов, получающих АРТ. Имеющиеся у ПИН различные проблемы со здоровьем могут дополнительно сказываться на показателях выживаемости. Исходные характеристики когорты пациентов должны помочь при интерпретации результатов и, в частности, при сравнении пунктов предоставления АРТ.
Дополнительные соображения	В странах, где данные для этого индикатора имеются не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, они должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности
Использование данных	Этот индикатор позволяет отметить ситуации, когда наблюдается особенно низкий охват и оценить лежащие в основе этого причины. Старайтесь получить данные по группам не получающих АРТ: умершие, прекратившие АРТ, потерянные для последующего наблюдения. Если такие данные имеются, попытайтесь провести анализ группы потерянных для последующего наблюдения, чтобы понять, какова вероятность того, что они умерли, прекратили АРТ или были переведены в другие учреждения. Проведите сравнение когорт. См. также индикаторы EUR3 и EUR5.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, в которых предоставляется АРТ.

4.3.a Число учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по антиретровирусной терапии (АРТ)	
Обоснование	АРТ- основа эффективного лечения ВИЧ-инфекции, и определение процента учреждений здравоохранения, предлагающих АРТ, дает ценную информацию о ее доступности.
Что он измеряет	<p>Число учреждений здравоохранения, которые предлагают АРТ (то есть назначают лечение и/или проводят последующее клиническое наблюдение).</p> <p>Возможности учреждений здравоохранения по предоставлению услуг по АРТ, выраженной как процент учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по АРТ (то есть назначают лечение и/или проводят последующее клиническое наблюдение). Учреждения здравоохранения включают государственные и частные учреждения, медицинские центры и больницы (в том числе противотуберкулезные), а также учреждения здравоохранения, которые находятся в ведении религиозных организаций или НПО.</p>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается путем сложения числа учреждений, сообщающих о предоставлении услуг по АРТ. Информация о наличии и доступности конкретных услуг обычно имеется на национальном или субнациональном уровне. Национальные программы по СПИДу должны иметь реестры по всем учреждениям здравоохранения, предлагающим услуги по АРТ. Источником такой информации может также служить перепись или данные обследований учреждений здравоохранения; кроме того, из данных обследований можно получить более подробную информацию об имеющихся услугах при условии, что она получена на репрезентативной выборке учреждений здравоохранения страны. Ответы на ряд вопросов позволяют установить, предоставляют ли работники АРТ непосредственно в этом учреждении (то есть назначают АРТ и/или проводят последующее клиническое наблюдение за пациентами, получающими АРТ) или направляют пациентов для получения этих услуг в другие учреждения здравоохранения. Кроме того, необходимо использовать регистрационные журналы учреждений, в которых отражено текущее состояние предоставления услуг. Одним из потенциальных ограничений обследований учреждений или переписей является то, что обычно они проводятся только один раз в несколько лет.</p> <p>Страны должны регулярно обновлять данные национальных программ, относящиеся к учреждениям здравоохранения, которые предлагают услуги по АРТ, и дополнять их данными, полученными при проведении обследований учреждений здравоохранения или переписей каждые несколько лет. Для обследований учреждений здравоохранения или переписей учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) или картирование доступности услуг (SAM).</p>
Разбивка данных	<p>По секторам: <i>государственный, частный</i></p> <p>По типу: <i>больница, здравпункт, СДП, противотуберкулезный пункт, пункт борьбы против ИППП</i></p>
Преимущества и недостатки	Этот индикатор предоставляет ценную информацию о доступности услуг по АРТ в учреждениях здравоохранения, но он не включает информацию о качестве предоставляемых услуг. Сама по себе АРТ является комплексным вмешательством и должна предоставляться как часть пакета вмешательств по оказанию помощи, включающего профилактику котримоксазолом, ведение оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний, поддержку в отношении питания и паллиативную помощь. Просто проведение мониторинга

	наличия и доступности услуг по АРТ не гарантирует, что все связанные с АРТ услуги предоставляются тем, кто в них нуждается, надлежащим образом. Тем не менее для того, чтобы планировать расширение услуг, необходимое для достижения целей по всеобщему доступу, важно знать, какой процент учреждений здравоохранения предоставляют услуги по АРТ.
Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> • Одна из стратегий по расширению масштаба услуг по АРТ – сделать АРТ доступной в большем числе учреждений здравоохранения. Этого можно достигнуть путем децентрализации услуг по АРТ, то есть обеспечить их предоставление не только в высокоспециализированных медицинских учреждениях (например в больницах), но и в учреждениях, предоставляющих первичную и вторичную медицинскую помощь. Расширение доступности услуг по АРТ имеет важнейшее значение для достижения цели по обеспечению всеобщего доступа к лечению ВИЧ-инфекции • В зависимости от типа эпидемии в стране, знаменатель может не играть особой роли в тех случаях, если одной из стратегических целей программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией является обеспечение предоставления услуг по АРТ в ограниченном числе пунктов.
Использование данных	Этот индикатор позволяет определить степень прогресса, достигнутого в увеличении доли учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ. Анализ данных по географическому расположению учреждений и по типу учреждения, а также триангуляция данных с оценками «плотности» случаев ВИЧ-инфекции, могут дать представление о том, существует ли необходимость в повышении доступности услуг по АРТ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Пожалуйста, укажите, откуда взяты отчетные данные: из национального реестра учреждений здравоохранения, из данных переписи или данных обследования учреждений здравоохранения. Если информация по частному или другим секторам отсутствует, пожалуйста, укажите это в графе «Комментарии». <p>Если вы можете легко получить и предоставить какую-либо дополнительную информацию по географическому распределению учреждений, предоставляющих услуги по АРТ (например, городские/сельские, процент учреждений, предоставляющих АРТ в районах с высокой концентрацией людей, живущих с ВИЧ), пожалуйста, сообщите дополнительные данные.</p>
Другие источники	Дополнительный рекомендуемый индикатор для национального мониторинга и оценки #5

4.3.b Учреждения здравоохранения Число учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по антиретровирусной терапии (АРТ) у детей(часть индикатора 3.12 ВД 2012 год)	
Обоснование	АРТ - основа эффективного лечения ВИЧ-инфекции, и определение процента учреждений здравоохранения, предлагающих АРТ у детей, дает ценную информацию о возможностях лечения ВИЧ-инфекции у детей.
Что он измеряет	Число учреждений здравоохранения, которые предлагают АРТ у детей, Возможности учреждений здравоохранения по предоставлению услуг по АРТ у детей, выраженной как процент учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по АРТ у детей. Учреждения здравоохранения включают государственные и частные учреждения, медицинские центры и больницы (в том числе противотуберкулезные), а также учреждения здравоохранения, которые находятся в ведении религиозных организаций или НПО.

<p>Как измерять и инструменты измерения</p>	<p>Числитель рассчитывается путем сложения числа учреждений, сообщающих о предоставлении услуг по АРТ у детей. Информация о наличии и доступности конкретных услуг обычно имеется на национальном или субнациональном уровне. Национальные программы по СПИДу должны иметь реестры по всем учреждениям здравоохранения, предлагающим услуги по АРТ. Источником такой информации может также служить перепись или данные обследований учреждений здравоохранения; кроме того, из данных обследований можно получить более подробную информацию об имеющихся услугах при условии, что она получена на репрезентативной выборке учреждений здравоохранения страны. Ответы на ряд вопросов позволяют установить, предоставляют ли провайдеры этого учреждения АРТ у детей непосредственно в этом учреждении или направляют пациентов для получения этих услуг в другие учреждения здравоохранения. Кроме того, необходимо использовать регистрационные журналы учреждений, в которых отражено текущее состояние предоставления услуг. Одним из потенциальных ограничений обследований учреждений или переписей является то, что обычно они проводятся только один раз в несколько лет. Страны должны регулярно обновлять данные национальных программ, относящиеся к учреждениям здравоохранения, которые предлагают услуги по АРТ у детей, и дополнять их данными, полученными при проведении обследований учреждений здравоохранения или переписей каждые несколько лет. Для обследований учреждений здравоохранения или переписей учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) или картирование доступности услуг (SAM). Знаменатель не требуется в отчетном инструменте ВД, однако некоторые страны, пытающиеся расширить в национальном плане масштабы применения АРТ у детей могут рассмотреть вопрос о применении показателя Общего числа учреждений здравоохранения, исключая те специализированные медучреждения, где АРТ у детей не проводится и не будет проводиться никогда, который рассчитывается общая сумма числа учреждений здравоохранения, включенных в выборку. Данные для расчета числителя можно получить из программных регистров, перечней медучреждений и/или национальных документов по вопросам стратегии и планирования. Эти данные не должны включать в себя специализированные медучреждения, где АРТ у детей не проводится и не будет проводиться никогда (например, учреждения глазной помощи, где АРТ никогда не будет применяться)</p>
<p>Разбивка данных</p>	<p>По секторам: <i>государственный, частный</i></p>
<p>Преимущества и недостатки</p>	<p>Этот индикатор предоставляет ценную информацию о доступности услуг по АРТ у детей в учреждениях здравоохранения, но он не включает информацию о качестве предоставляемых услуг. Сама по себе АРТ является сложным делом и должна предоставляться как часть пакета вмешательств по оказанию помощи, включающего профилактику котримоксазолом, ведение оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний, поддержку в отношении питания и паллиативную помощь. Просто проведение мониторинга наличия услуг по АРТ не гарантирует, что все связанные с АРТ услуги предоставляются тем, кто в них нуждается, надлежащим образом. Тем не менее для того, чтобы планировать расширение услуг, необходимое для достижения целей по всеобщему доступу, важно знать, какой процент учреждений здравоохранения предоставляют услуги по АРТ. Одно из возможных ограничений обследований учреждений или переписей состоит в том, что обычно они проводятся лишь раз в несколько лет и могут не отражать последнюю информацию в особенности в условиях позднейшей активизации расширения масштаба услуг.</p>

Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> Одна из стратегий по расширению масштаба услуг по АРТ – сделать услуги по АРТ у детей доступной в большем числе учреждений здравоохранения. Этого можно достигнуть путем децентрализации услуг по АРТ, то есть обеспечить их предоставление не только в высокоспециализированных медицинских учреждениях (например в больницах), но и в учреждениях, предоставляющих первичную и вторичную медицинскую помощь. Расширение доступности услуг по АРТ у детей имеет важнейшее значение для достижения цели по обеспечению всеобщего доступа к лечению ВИЧ-инфекции <p>В зависимости от типа эпидемии в стране, знаменатель может не играть особой роли в тех случаях, если одной из стратегических целей программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией является обеспечение предоставления услуг по АРТ у детей в ограниченном числе пунктов.</p>
Использование данных	Этот индикатор позволяет выявить тенденции с течением времени. Проанализировать число учреждений предоставляющих услуги по АРТ по сравнению с расчетной численностью детей, которые нуждаются в АРТ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, укажите, откуда взяты отчетные данные: из национального реестра учреждений здравоохранения, из данных переписи или данных обследования учреждений здравоохранения. Если это обследование, то пожалуйста не забудьте упомянуть год его проведения. Если данные из частного или других секторов отсутствуют, просьба прокомментировать. Если вы можете легко получить и предоставить какую-либо дополнительную информацию по географическому распределению учреждений, предоставляющих услуги по АРТ у детей (например, городские/сельские, процент учреждений, предоставляющих АРТ в районах с высокой концентрацией людей, живущих с ВИЧ), пожалуйста, сообщите дополнительные данные.
Другие источники	Дополнительные рекомендуемые индикаторы ЮНЭЙДС для национального мониторинга и оценки #5

4.4 Процент учреждений здравоохранения, отпускающих антиретровирусные (АРВ) препараты для антиретровирусной терапии, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов в последние 12 месяцев	
Обоснование	По мере того, как страны расширяют масштаб услуг по АРТ, важно обеспечить доступность АРВ-препаратов для тех, кто в них нуждается. АРТ – это долговременная стратегия лечения для людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, и перерывы в лечении могут привести к его неэффективности и развитию устойчивости ВИЧ к АРВ-препаратам. Для бесперебойного снабжения необходимыми АРВ-препаратами требуется эффективная организация поставок.
Что он измеряет	Этот индикатор оценивает ключевой аспект организации снабжения АРВ-препаратами: испытывали ли учреждения здравоохранения дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов за последние 12 месяцев.
Числитель	Число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты для АРТ, которые испытывали дефицит хотя бы одного необходимого АРВ-препарата в последние 12 месяцев
Знаменатель	Общее число учреждений здравоохранения отпускающих АРВ-препараты
Как измерять и инструменты измерения	Эта информация собирается на центральном уровне, куда учреждения здравоохранения предоставляют свои отчеты по управлению запасами лекарственных препаратов или формы заказа АРВ-препаратов. Эти формы содержат информацию о пациентах, получающих АРТ, данные по потреблению,

	<p>имеющиеся запасы препаратов с информацией о дефиците, если он наблюдался.</p> <p>Для этого индикатора требуются следующие инструменты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Контрольные отчеты о наличии лекарственных препаратов, предоставленные учреждениями здравоохранения, в которых также указано имеющееся количество для каждого наименования. • Формы заказа АРВ-препаратов, предоставленные учреждениями здравоохранения в определенный период времени (например, последний заказ, последний квартал, последний год). • Список АРВ-препаратов, которые каждое учреждение, как ожидается, распределит, если они уже не были включены в контрольные отчеты о наличии лекарственных препаратов или в форму заказа АРВ-препаратов. <p>Все вышеуказанные инструменты будут работать, если в стране действует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения. Если подобная система не работает, могут использоваться данные обследований учреждений здравоохранения (например, оценка поставщиков медицинских услуг [SPA] или картирование доступности услуг [SAM]), если они включают вопросы, связанные с дефицитом АРВ-препаратов.</p> <p>Если существует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения, которая содержит данные о наличии АРВ-препаратов на уровне учреждений здравоохранения, информацию для этого индикатора следует извлечь из этой системы. С другой стороны, может возникнуть необходимость в сборе информации путем проведения специальных обследований или визитов на места. Если в стране существует ограниченное число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты, обследование или визиты на места должны охватывать все подобные учреждения. Если в стране имеется большое число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты, то, возможно, потребуются репрезентативная выборка из общего числа таких учреждений (полный список должен быть в наличии на национальном уровне). При проведении выборки важно обеспечить, чтобы она включала учреждения разных уровней (центрального, районного и периферийного). В странах, где АРВ-препараты отпускаются в аптеках и в других пунктах, не являющихся учреждениями здравоохранения, их дефицит должен отслеживаться и в этих учреждениях; насколько это выполнимо, будет зависеть от охвата учреждений информационной системой управления материально-техническим снабжением.</p>
Разбивка данных	По секторам: государственный, частный
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор фиксирует важнейший компонент программы АРТ: наличие постоянного и непрерывного снабжения АРВ-препаратами на уровне учреждения здравоохранения.</p> <p>Однако этот индикатор не дает информации о том, что является причиной дефицита; дефицит какого (каких) АРВ-препарата(ов) наблюдается или наблюдался; или сколько времени наблюдался дефицит конкретного АРВ-препарата. Он также не дает информации по качеству хранения, доставки и распределения АРВ-препаратов.</p>
Дополнительные соображения	<p>В определенных ситуациях простой мониторинг дефицита препаратов может вводить в заблуждение, так как учреждение может иметь резервный запас АРВ-препаратов, но проводить политику, запрещающую его использовать. В соответствии с определением этого индикатора, подобные учреждения не будут учтены как испытывающие дефицит, даже если пациенты не получают АРВ-</p>

	препарат, необходимый им для лечения. В учреждениях, где при нехватке АРВ-препараты они из резервных запасов не выдаются, предпочтительнее собирать информацию о случаях функционального дефицита (т.е. невозможности физического доступа или использования необходимого АРВ-препарата).
Использование данных	Если существует дефицит препаратов, оцените, что является его причиной: проблемы, связанные с функционированием национальной системы распределения, или это проблема распределения финансов или глобального дефицита АРВ-препаратов. Попробуйте узнать, возможно, причиной являются прогнозные расчеты заказа на поставку или система распределения или какая-либо другая причина. Используйте этот индикатор как возможность определить, функционирует ли информационная система управления материально-техническим снабжением.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Укажите, на чем основана предоставленная информация: на национальных данных или на данных обследования выборки учреждений. Пожалуйста, дайте любые другие комментарии, которые могут помочь в интерпретации данных (например, если были включены данные только из государственного или только из частного сектора или существует вероятность завышения или занижения данных).
Другие источники	Гармонизированные индикаторы мониторинга и оценки для систем управления поставками и снабжением

4.5 Поздний диагноз ВИЧ: Процент лиц, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция и которые уже нуждаются в АРТ на момент диагноза

Обоснование	По мере того, как страны расширяют масштаб услуг по АРТ, важно следить за тем, чтобы диагноз ставился на раннем этапе (или за тем, какой процент еще диагностируется на позднем этапе).
Что он измеряет	Этот индикатор указывает на долю лиц, у которых диагностирован ВИЧ и которые уже нуждаются в АРТ.
Числитель	Число лиц, у которых диагностирована ВИЧ-инфекция и которые уже нуждаются в АРТ на момент диагноза. Показания к АРТ определяются на основе национальных рекомендаций, если таковые имеются. При отсутствии национальных рекомендаций, следует пользоваться международными рекомендациями. В настоящее время они рекомендуют лечить всякого ВИЧ-инфицированного, у которого число клеток CD4 менее 300/куб.мм, или всякого ВИЧ-инфицированного, у которого наблюдается СПИД-определяющее заболевание, независимо от числа клеток CD4
Знаменатель	Общее число лиц, у которых недавно диагностирована ВИЧ-инфекция

4.6.a Лечебная помощь при ВИЧ: Число взрослых, впервые зарегистрированных на АРТ (пред-АРТ) в течение отчетного периода (2012 г.)

Обоснование	Помимо проведения АРТ важно контролировать инициацию пред-АРТ. Имеется значительное число людей, у которых диагностирован ВИЧ, однако, согласно национальным критериям, у них нет показаний, чтобы начать АРТ. Обеспечение этой категории продолжительной помощью пред-АРТ имеет важное значение. Лица в состоянии пред-АРТ в конечном итоге будут нуждаться в АРТ и их следует регистрировать в пред-АРТ.
-------------	--

Что он измеряет	Число взрослых, впервые зарегистрированных на пред-АРТ в течении отчетного периода (2012 г.) Годовое изменение числа пациентов, впервые зарегистрированных на пред-АРТ
Как измерять и инструменты измерения	Регистрационные журналы учреждения по пред-АРТ. Путем подсчета количества пациентов, впервые зарегистрированных на пред-АРТ в течении отчетного периода
Разбивка данных	Мужчины и женщины Государственный и частный сектор Эти и другие разбивки, если имеются таковые, следует включать в раздел Комментариев
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет отслеживать тенденции в процессе регистрации на пред-АРТ, но не содержит в себе попытку оценить ни аспекты, ни качество пред-АРТ обслуживания. Он также не отражает продолжительности периода пред-АРТ.
Дополнительные соображения	Лица, включенные в «лист ожидания» АРТ, т.е. пациенты отвечающие критериям АРТ, но не прошедшие инициацию, нередко регистрируются в списках пред-АРТ. Количество лиц, включенных в пред-АРТ, также важно, по возможности, отслеживать, чтобы лица с ВИЧ получали помощь, даже если АРТ еще не проводится. В некоторых странах все пациенты регистрируются на пред-АРТ, даже если у них есть показания начинать АРТ, а затем их переводят в списки на АРТ; в других случаях, пациенты с показаниями на АРТ могут сразу заноситься в списки только на АРТ, например тогда когда списки на пред-АРТ не существуют. Это важно иметь в виду при анализе соответствующих данных.
Использование данных	Сравнение числа лиц иницируемых к пред-АРТ с числом лиц, диагностируемых с ВИЧ+ и с числом лиц, иницируемых к АРТ (предыдущий вопрос) позволяет судить о тенденциях в инициации к программам пред-АРТ и АРТ
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Двойной счет: Если пациенты, переводимые из одной категории в другую, не регистрируются тщательным образом, существует риск двойного счета, что может привести к переоценке процесса инициации к пред-АРТ. Если такое случается, просьба прокомментировать. Аналогичным образом, если пациенты, временно прекратившие пред-АРТ и вновь начинающие ее, записываются как новые пациенты, то при этом будет завышено подлинное число пациентов, впервые регистрируемых на пред-АРТ. Национальная репрезентативность: числитель представляет собой национальный кумулятивный индикатор, в обычном порядке подготавливаемый всем учреждениями здравоохранения. Просьба прокомментировать ваши данные необходимым образом. Возможности для триангуляции: Анализ числа лиц, у которых диагностирован ВИЧ.

4.6.b Лечебная помощь при ВИЧ:

Число взрослых, впервые зарегистрированных на лечебную помощь при ВИЧ (пред-АРТ или АРТ) в течение отчетного периода (2012 г.)

Обоснование	Число взрослых, впервые зарегистрированных на лечебную помощь при ВИЧ (пред-АРТ или АРТ) сообщает о том, сколько ВИЧ-инфицированных лиц приступают к лечению ВИЧ-инфекции в рамках системы здравоохранения. Это число можно сопоставлять с числом лиц, у которых ВИЧ был диагностирован недавно, чтобы оценить масштабы расширения служб помощи и лечения среди тех, у кого ВИЧ был диагностирован недавно.
-------------	---

Что он измеряет	Число взрослых, впервые зарегистрированных на пред-АРТ или АРТ в течении отчетного периода (2012 г.) Это число должно отражать число лиц, впервые получивших возможность воспользоваться услугами пред-АРТ/АРТ в течение года
Как измерять и инструменты измерения	Регистрационные журналы учреждений по пред-АРТ и АРТ, в зависимости от контрольной системы страны. Путем подсчета количества пациентов, впервые зарегистрированных на пред-АРТ/АРТ в течении отчетного периода Если системы контроля страны в отношении ВИЧ устроены таким образом, что все пациенты заносятся в регистрационные журналы пред-АРТ, даже если они готовы приступить к АРТ, тогда считать следует лишь новых пациентов, записанных на пред-АРТ (и количество будет то же, что и в предыдущем вопросе – число взрослых, впервые зарегистрированных на пред-АРТ). Если это не так, то имеющиеся данные необходимо проанализировать и объединить соответствующим образом.
Разбивка данных	Мужчины и женщины Государственный и частный сектор Эти и другие разбивки, если таковые имеются, следует включать в раздел Комментариев
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет отслеживать тенденции в процессе регистрации на помощь при ВИЧ (пред-АРТ и АРТ), но не содержит в себе попытку оценить ни качество, ни продолжительность лечебной помощи при ВИЧ.
Дополнительные соображения	Большинство стран сообщает о числе лиц, впервые инициируемых к АРТ, как о части от числа лиц, впервые зарегистрированных на пред-АРТ; затем нуждающиеся в АРТ переводятся из списка пред-АРТ в список АРТ. Если лица, приступающие к АРТ не регистрируются в списке пред-АРТ, то один из возможных способов получения числителя состоит в том, чтобы сложить число лиц, впервые зарегистрированных на пред-АРТ с числом лиц, лиц, впервые зарегистрированных на АРТ и вычесть число лиц, переведенных из пред-АРТ в АРТ в течение данного года. Однако, во многих случаях, когда мы имеем дело с бумажными системами контроля, выявить число лиц, переведенных из пред-АРТ в АРТ на национальном уровне, может оказаться нелегким делом, если только не создана национальная форма перекрестной отчетности, которая предоставит нам эту информацию.
Использование данных	Контроль за численностью лиц, впервые зарегистрированных на лечебную помощь при ВИЧ (инициация пред-АРТ/АРТ), с численностью лиц, которые недавно диагностированы как ВИЧ положительные может служить указанием на расширение масштабов помощи при ВИЧ лицам, диагностированным как ВИЧ положительным.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Двойной счет: Просьба сообщить, если существует реальная возможность двойного счета. Национальная репрезентативность: Просьба прокомментировать ваши данные необходимым образом. Возможности для триангуляции: Контроль за численность лиц, у которых диагностирован ВИЧ или сравнение с предыдущими годами.
Другие источники	Это новый индикатор для глобальной отчетности и он является числителем индикатора D-1 в «HIV testing and counselling M&E guide » (вариант для полевой проверки)

EUR2 Число ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции	
Обоснование	Помощь при ВИЧ-инфекции предоставляется пожизненно и помогает определить, когда начинать АРТ, отслеживать эффективность лечения и удовлетворять другие потребности пациентов, касающиеся их здоровья, способствуя тем самым уменьшению смертности среди ЛЖВ.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции и имеет отношение к своевременному началу и мониторингу АРТ у взрослых и детей, а также у других групп населения.
Числитель	Число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, которые были на приеме в медицинском учреждении, предоставляющем услуги при ВИЧ-инфекции, хотя бы один раз (один или более раз) в течение отчетного года.
Знаменатель	Не применимо. Хотя для этого индикатора знаменатель не требуется, он может быть рассчитан, используя совокупное число тех, кому был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции и зарегистрированных в регистре по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом, и кто еще жив (если такие данные доступны) к концу отчетного периода.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается на основании отчетов национальных программ, данные для которых получены из регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	По полу, возрасту (<15, 15+), пути передачи (потребление инъекционных наркотиков или другой/неизвестно), статусу в отношении потребления инъекционных наркотиков (в настоящее время/в прошлом/не-ПИН), статусу получающего ОЗТ, статусу заключенного и результатам лабораторного исследования (в зависимости от имеющихся данных).
Преимущества и недостатки	Своевременное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции (как можно раньше после инфицирования) позволяет вовремя начать АРТ и осуществлять последующий мониторинг АРТ, лечить сопутствующие заболевания и состояния, которые влияют на показатели смертности среди ЛЖВ, в частности, наркозависимость, ТБ, вирусные гепатиты В и С. Таким образом, включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции является одной из важных мер ведения случаев ВИЧ-инфекции, которая должна по возможности распространяться на все группы населения, нуждающиеся в такой помощи для достижения цели обеспечения всеобщего доступа. Кроме того, этот индикатор может служить знаменателем для других индикаторов, таких, как число тех, кто получает АРТ и нуждается в ней, или число лиц с коинфекцией ТБ или вирусного гепатита, которые нуждаются в скрининге, лечении и других видах помощи при этих заболеваниях.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Хотя разбивка данных для этого индикатора не требуется, данные с разбивкой по географическим областям страны (если доступны) полезны для национального анализа включения зарегистрированных ЛЖВ в программу помощи при ВИЧ-инфекции.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Двойной подсчет. Существует риск двойного подсчета, если в учреждении регистрируется число визитов, а не посетителей, или если в течение отчетного периода ЛЖВ получают помощь в нескольких учреждениях. Погрешность может быть сведена к минимуму, если в учреждениях, где происходит включение ЛЖВ в программу помощи при ВИЧ-инфекции, им будут заданы вопросы о ранее предоставленной помощи и учреждении, где она была предоставлена, и эта информация зафиксирована.

Цель 5: Уменьшить к 2015 г. число случаев смерти от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50 процентов

5.2 Число медучреждений, предоставляющих услуги по АРТ лицам, живущим с ВИЧ, располагающих наглядными методами борьбы против инфекций, в том числе против ТБ	
Обоснование	Борьба против ТБ является часть стратегии «3I» по удержанию под контролем эпидемии ТБ/ВИЧ (наряду с более активным выявлении случаев ТБ и профилактической терапией изониазидом.
Что он измеряет	Этот индикатор показывает осуществляют ли медучреждения, принимающие большое число лиц с ВИЧ, меры, предотвращающие риск передачи ТБ от одного человека к другому.
Числитель	Число медучреждений, предоставляющих услуги по АРТ лицам, живущим с ВИЧ, располагающих наглядными методами борьбы против ТБ, соответствующими международным рекомендациям
Как измерять и инструменты измерения	<p>Методология:</p> <p>Анализ письменных положений по борьбе против инфекций, существующих в медучреждении с поисками да/нет ответов на следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - существует ли план борьбы против инфекций? - назначено ли лицо, ответственное за осуществление плана борьбы против инфекций? - хорошо ли вентилируется помещение, где ожидают больные (например, открытые окна, двери)? - выявляются ли подозреваемые на ТБ сразу по прибытии и отделяются ли они от других пациентов? - контролируются ли и сообщаются ли в обычном порядке отмеченные среди медработников случаи ТБ? <p>Для того, чтобы медучреждение было признано как имеющее политику по борьбе против ТБ, соответствующую международным рекомендациям, необходим утвердительный ответ на все вопросы. Чтобы ответить утвердительно на вопрос о наличии письменного плана борьбы против инфекций необходимо предъявить экземпляр этого плана. Необходимо также выявлять документацию по другим компонентам.</p> <p>Периодичность: ежегодный сбор документации в каждом медучреждении во время контрольных посещений и/или внешняя проверка работы в области ТБ/ВИЧ или анализ работ программы ВИЧ.</p> <p>Инструменты измерения: контрольные списки по медучреждению</p>
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	Наличие определенной политики борьбы против инфекций, которая изложена в письменной форме, направлена против ТБ и согласуется с международными рекомендациями является основным шагом по установлению порядка борьбы против инфекций в учреждении здравоохранения, предоставляющего услуги по АРТ, лицам с ВИЧ. Однако, само наличие такой политики не означает, что она действенным образом претворяется в жизнь. Потребуется дополнительные расспросы, чтобы выяснить выполняется ли на практике и соблюдается ли порядок борьбы против инфекций. Анализ политики предполагает субъективное суждение,

	которое имеет ограниченную полезность в сравнениях между странами и для выявления временных тенденций. Данный индикатор выходит за рамки простого выявления существования политики борьбы против инфекций, устанавливая стандарты, которые должны быть соблюдены для того чтобы возникла приемлемая, соответствующая международным рекомендациям практика, по вопросу борьбы против инфекций в учреждениях здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ лицам, живущим с ВИЧ, устраняя тем самым некоторые, хотя и не все, субъективные суждения.
Дополнительные соображения	Ответственность: программы ВИЧ
Использование данных	Стопроцентная цель; все медучреждения предоставляющие услуги по АРТ, должны принять меры против ТБ инфекции, чтобы предотвратить передачу ТБ от человека к человеку.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Контрольные посещения и обследования медучреждений
Другие источники	Руководство по мониторингу и оценке в рамках совместных мероприятий ВИЧ/ТБ имеется по адресу: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244598191_rus.pdf

5.3 Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, начавших профилактическое лечение изониазидом	
Обоснование	Обеспечить, чтобы все ВИЧ-инфицированные лица получали лечение по поводу латентного туберкулеза, и, таким образом, снизить число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.
Что он измеряет	Число взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые начали получать лечение по поводу латентного ТБ (профилактическое лечение изониазидом[ПЛИ]), профилактическое лечение ТБ [ПЛТБ]), выраженное как доля от общего числа взрослых и детей, впервые включенных в программу оказания помощи при ВИЧ-инфекции в течение данного периода времени.
Числитель	Число взрослых и детей, впервые включенных(т.е. вступивших) в программу помощи при ВИЧ-инфекции (пред-АРТ и АРТ), которые начали ПЛИ (получили хотя бы одну дозу изониазида) латентного ТБ в течение отчетного периода. Помощь при ВИЧ включает в себя пред-АРТ и АРТ
Знаменатель	Число взрослых и детей, впервые включенных (т.е. вступивших)в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетного периода.
Как измерять и инструменты измерения	Учетные карточки лечения ВИЧ-инфицированных пациентов и Модифицированный реестр помощи при ВИЧ-инфекции. Данные, которые требуются для данного индикатора, собираются из реестров "до АРТ" и "на АРТ" в местах предоставления помощи при ВИЧ-инфекции, в зависимости от того, где предоставляется профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ). Клиенты с ВИЧ-положительным статусом должны проверяться на наличие ТБ. Тем, у кого признаков активного ТБ не обнаружено, будет предложена ПЛИ в соответствии с установленными национальными рекомендациями. Все те, кто согласился на проведение ПЛИ и получил хотя бы

	первую дозу изониазида, должны быть учтены. Эта информация фиксируется в дополнительной колонке в реестрах по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции. Для точного прогнозирования потребности в лекарственных препаратах необходимо собирать более детальную информацию.
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	Лечение латентного ТБ будет снижать частоту случаев развития заболевания ТБ у ЛЖВ, которые инфицированы микобактериями ТБ, но у которых нет активного ТБ. Включить в подсчет клиентов, которые получили хотя бы одну дозу, сравнительно просто даже в местах с ограниченными ресурсами. Эта информация является необходимым минимумом для обеспечения того, что профилактическое лечение ТБ предлагается клиентам с положительным ВИЧ-статусом без признаков активного ТБ. Однако если не собираются более подробные данные, этот индикатор не дает информации о том, какое число клиентов соблюдают план лечения или завершают курс профилактического лечения ТБ. Требуется гораздо больше ресурсов для сбора более полных данных по приверженности лечению или завершению курса терапии, однако в рамках программ могут быть предприняты периодические исследования, чтобы установить, например, уровни приверженности и точность вопросника по скринингу.
Дополнительные соображения	В аптечном регистрационном журнале ПЛИ должно отмечаться следующее посещение для получения клиентом препарата (обычно раз в месяц). На основании этого журнала учреждения могли бы иметь возможность ежеквартально сообщать о числе клиентов, начавших , продолжающих и закончивших ПЛИ. . Если подобная информация собирается в рабочем порядке, индикатор выбора – "число ВИЧ-инфицированных клиентов, прошедших полный курс лечения латентного ТБ, как доля от общего числа ВИЧ-инфицированных клиентов, начавших такое лечение". Данные, полученные в учреждениях, где проводились пилотные исследования, ясно показывают, что, как можно ожидать, многие клиенты с положительным результатом теста на ВИЧ начнут ПЛТБ; некоторые не будут соответствовать критериям начала лечения, некоторые откажутся от терапии или прекратят ее во время процесса скрининга. Доля тех, кто, вероятно, начнет ПЛТБ, зависит от использованного алгоритма тестирования (например, использование для скрининга туберкулиновой кожной пробы уменьшает число тех, кто отвечает критериям назначения терапии) и также от типа учреждения, где поставлен диагноз ВИЧ-инфекции.
Использование данных	При низких значениях индикатора изучите причины этого и сравните дезагрегированные данные с национальными средними значениями, чтобы определить места, требующие повышенного внимания, и причины недостаточного охвата. Дополнительно изучите имеющиеся данные о завершении ПЛТБ/ПЛИ.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> Пожалуйста, дайте любые комментарии относительно того, охватывают ли предоставленные вами данные всю страну или получены на отдельной выборке (если так, сообщите детали репрезентативности данных, а также любые допущения, сделанные для экстраполяции данных до национального значения).
Другие источники	Руководство по мониторингу и оценке в рамках совместных мероприятий ВИЧ/ТБ

5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита	
Обоснование	Это индикатор осуществления деятельности, направленной на снижение воздействия ТБ среди ЛЖВ. Он будет показывать уровень внедрения рекомендации поводить скрининг ЛЖВ на ТБ при постановке диагноза и при последующих визитах с использованием их последнего их визита в качестве косвенного показателя.
Что он измеряет	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита.
Числитель	Число взрослых и детей в программе помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита. Помощь при ВИЧ включает в себя пред-АРТ и АРТ
Знаменатель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетный период.
Как измерять и инструменты измерения	<p>ВОЗ рекомендует использовать упрощенный алгоритм скрининга для более активного выявления случаев ТБ. Этот алгоритм включает четыре клинических симптома: 1 - кашель, который наблюдается в настоящее время, 2 - повышенная температура тела, 3 - потеря веса, 4 - ночная потливость.</p> <p>Используя этот упрощенный алгоритм, оценка ТБ-статуса при каждом визите в течение отчетного периода ("Да" если "признаки отсутствуют", "есть подозрение" и "получает лечение" и "Нет", если ТБ-статус не оценивался) должна фиксироваться в карточке по предоставлению помощи при ВИЧ-инфекции/АРТ, и переноситься в регистрационные журналы данных "до АРТ" или "на АРТ", которые должны быть в наличии во всех учреждениях, предоставляющих помощь при ВИЧ-инфекции в установленном порядке. Люди, охваченные программой помощи, включают всех тех, кто продолжает оставаться в программе помощи, и тех, кто впервые включен в программу в течение отчетного периода. Эти данные должны анализироваться и сообщаться вместе с другими перекрестными данными, полученными на национальном уровне.</p> <p>Числитель взят из регистрационных журналов "до АРТ" и "АРТ" путем подсчета числа пациентов, в отношении которых проводилась оценка ТБ-статуса в течение отчетного периода. Для пациентов, которые начали АРТ в течение отчетного периода, необходимо обратить особое внимание на то, что их подсчет должен производиться на основе регистрационных журналов "АРТ", а не регистрационных журналов "до АРТ". Знаменатель для пациентов "до АРТ" будет получен при подсчете тех, кто обращался в учреждение за помощью в течение отчетного периода.</p> <p>Знаменатель берется из регистрационных журналов "до АРТ" и "АРТ" путем подсчета числа пациентов, посетивших учреждение в течение отчетного периода. Затем эти данные заносятся в форму отчетности по перекрестным данным.</p> <p>Программы по борьбе с ТБ и по ВИЧ/СПИДу должны сотрудничать друг с другом с тем, чтобы обеспечить использование согласованных критериев для выявления лиц с подозрением на ТБ и методов скрининга ТБ, соответствующих протоколам программ по борьбе с ТБ.⁶</p>
Разбивка данных	Не требуется

⁶При использовании предложенного метода скрининга ВИЧ-инфицированным клиентам задается вопрос, получают ли они в настоящее время лечение ТБ. Если нет, то следует вопрос о наличии основных симптомов ТБ (например кашель в течение >2 недель, постоянно повышенная температура, необъяснимая потеря веса и лимфоаденопатия). Можно использовать простой вопросник, тогда каждый положительный ответ будет указывать на то, что у конкретного лица можно подозревать ТБ. Если при опросе клиенты определены как лица с подозрением на ТБ (в соответствии с национальными протоколами), они должны пройти обследование на ТБ (или направлены в противотуберкулезные службы для прохождения обследования) и получить соответствующее лечение. Тем, у кого ТБ не обнаружен, необходимо предложить 6-месячное профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ).

Преимущества и недостатки	Оценка ТБ-статуса среди ЛЖВ с последующим своевременным направлением для диагностики и лечения увеличивает шансы на выживание, улучшает качество жизни и снижает уровень передачи ТБ в сообществе. Оценка ТБ-статуса позволяет выявлять ВИЧ-инфицированных клиентов, у которых нет признаков активного ТБ, и которым принесет пользу лечение латентного ТБ изониазидом. Индикатор не позволяет измерить качество более активного выявления ТБ и не указывает на то, прошли ли дальнейшее обследование на ТБ (и на эффективность такого обследования) лица, с подозрением на ТБ. Тем не менее он подчеркивает важность более активного выявления случаев ТБ у ЛЖВ в момент постановки диагноза ВИЧ-инфекции и при любом их контакте со службами по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции. Программы должны ставить своей целью достижение высокого значения этого индикатора (близкого к 100%), но для обеспечения необходимых действий, которые должны следовать за скринингом, интерпретировать его, принимая во внимание значения индикаторов, относящихся к % людей, получающих помощь при ВИЧ-инфекции, которые: а) получают лечение в связи с ТБ и б) получили лечение латентного ТБ. Низкое значение этого индикатора продемонстрирует, что Задача В – снижение воздействия ТБ среди ЛЖВ – вряд ли будет выполнена.
Использование данных	См. раздел "Преимущества и недостатки" для интерпретации данных и определения областей, которые нуждаются в дальнейшем изучении. Если значение индикатора низкое, проведите обзор дезагрегированных данных и определите причины этого.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Пожалуйста, предоставьте любые комментарии о том, как собирались данные, и о любых допущениях, сделанных при определении национальных расчетных значений.
Другие источники	Руководство по мониторингу и оценке в рамках совместных мероприятий ВИЧ/ТБ

ВИЧ/Гепатит

EUR17 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит С	
Обоснование	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГС, что особенно характерно для Европейского региона ВОЗ и связано с одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГС. Скрининг на ВГС обеспечивает врачей информацией для выбора стратегии ведения пациента (дальнейшая оценка и лечение гепатита С, если показано, или консультирование по минимизации риска заражения гепатитом С в будущем). Это является частью всестороннего подхода к предоставлению помощи ЛЖВ, который осуществляется в Европейском регионе ВОЗ.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет число ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на антитела к ВГС (подтипы a/b), цель которого - предоставить пациенту необходимые для поддержания его здоровья услуги, связанные с гепатитом С.
Числитель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли скрининг на гепатит С с использованием теста на антитела к ВГС a/b, в течение отчетного года.

Знаменатель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	Не требуется
Преимущества и недостатки	Преимуществом этого индикатора является то, что он позволяет странам проследить, насколько широко проводится скрининг на гепатит С среди ВИЧ-инфицированных пациентов, который является крайне важным для оценки будущих потребностей в лечении гепатита С. Обнаружение антител к ВГС a/b позволяет судить о частоте коинфекции ВИЧ/ВГС, обеспечивая врачей информацией о необходимости дальнейшей клинической и лабораторной оценки и лечения.
Дополнительные соображения	Как часть этого индикатора, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на гепатит С, у которых гепатит С был диагностирован в течение отчетного года. Эти данные позволяют оценить доступ к лечению среди тех, кто в нем нуждается.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического ведения пациента и контроля качества лечения.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, где предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

Р.1b Вопросы политики ВОЗ (ВД 2012 индикатор 7.1b)

Надзор	<p>I.a Проводится ли в стране систематический надзор среди следующих групп:</p> <p>Систематический надзор проводился Периодичность (каждые ""x"" года/лет)" Где проводится</p> <p>(i) Обращающиеся за услугами по ДРП?</p> <p>ii a) важнейшие группы населения, подверженные повышенному риску: работники коммерческого секса?</p> <p>(iib) важнейшие группы населения, подверженные повышенному риску: лица, потребляющие инъекционные наркотики?</p> <p>(iic) важнейшие группы населения, подверженные повышенному риску: мужчины, практикующие секс с мужчинами?</p> <p>(iii) Другие специфические группы населения (пожалуйста, уточните ниже)? Прочие: подростки (от 10 до 19 лет)</p>
--------	---

	<p>I.b Проводятся ли в стране медико-демографические (DHS) обследования с тестированием на ВИЧ?</p> <p>Когда было проведено последнее исследование?</p>
Мониторинг и оценка	<p>Существует ли в стране национальный план по МиО, охватывающий ответные меры сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД? (с установленными инструментами сбора данных и четко определенным потоком данных для сбора национальных индикаторов, в соответствующих случаях основанных на международных индикаторах или согласованных с ними).</p> <p>II.b Когда последний раз проводился обзор системы МиО для:</p> <p>(i) АРТ?</p> <p>(ii) ППМР?</p> <p>(iii)Тик?</p> <p>Просим представить информацию о ваших планах по МиО и об инструментах мониторинга (регистрационные журналы, учетные карты пациентов, формы отчетности). Просим загрузить их на сайт ВОЗ или отправить электронной почтой по адресу hivstrategicinfo@who.int.</p> <p>Есть ли у вас планы пересмотра вашей системы МиО в будущем (да/нет) Если да, то в каком году:</p> <p>Каковы основные проблемы, связанные с МиО в отношении ВИЧ со стороны сектора здравоохранения в вашей стране? Какого рода рекомендации, инструменты, содействие, могут поддержать вашу систему МиО?</p>
Лекарственная устойчивость ВИЧ	<p>III.a Существует ли в стране собственная стратегия по предупреждению и оценке лекарственной устойчивости ВИЧ (ЛУ ВИЧ)?</p> <p>III.b Включает ли стратегия по предупреждению и оценке ЛУ ВИЧ следующие элементы:</p> <p>(i) Регулярная оценка "ранних предупреждающих" индикаторов ЛУВИЧ, зарегистрированных в учреждениях, предоставляющих АРТ?</p> <p>(ii) Обследования для мониторинга мероприятий по предупреждению ЛУ ВИЧ и связанных с ЛУ ВИЧ факторов в надзорных учреждениях, предоставляющих АРТ?</p> <p>(iii)Обследования всех пунктов проведения АРТ для мониторинга эффективности работы в отношении индикаторов «раннего предупреждения» о лекарственной резистентности ВИЧ</p> <p>(iv) Обследования, проводимые в одном или нескольких районах, где АРТ широко применяется в течение 3 или более лет, по выявлению лекарственной резистентности ВИЧ у лиц, недавно инфицированных ВИЧ или у лиц, которые впервые приступают к АРТ?</p>

	(v) Составление ежегодного национального отчета и рекомендаций по ЛУ ВИЧ?
Комментарии и предложения	Пожалуйста, добавьте комментарии и предложения, относящиеся к этому инструменту отчетности, в графу ниже.
Стратегические и программные вопросы, касающиеся тестирования и консультирования	<p>ли в стране национальная политика по тестированию на ВИЧ и консультированию (Тик)?</p> <p>Если да, способствует ли эта политика проведению Тик по инициативе медицинского работника в учреждениях здравоохранения?</p> <p>Существуют ли в стране национальные рекомендации по внедрению тестирования и консультирования на ВИЧ по инициативе медицинского работника (ТиКИМР) в учреждениях здравоохранения?</p> <p>Для стран с генерализованной эпидемией: Содержат ли ваши политика/рекомендации положение о том, что медицинские работники должны инициировать проведение Тик у всех обращающихся пациентов (независимо от наличия симптомов или типа учреждения)?</p> <p>Для стран с низким уровнем эпидемии или ограниченной эпидемией: Содержат ли ваши политика/рекомендации положение о том, что медицинские работники должны обеспечить Тик для групп населения наибольшего риска и уязвимых групп (в соответствии с эпидемиологическим профилем страны)?</p> <p>Существует ли в стране регламент, в котором предусматривается, что ВИЧТК следует рекомендовать, но не проводить в обязательном порядке?</p> <p>Практикуется ли в стране порядок тестирования по месту жительства?</p> <p>Существует ли в стране порядок, поощряющий проведение экспресс-тестов (пункт обслуживания), непрофессионалами</p> <p>Проводится ли тестирование на ВИЧ систематически, при любых обстоятельствах? (просьба пояснить)</p> <p>Проводится ли тестирование на ВИЧ систематически для всех групп населения? (просьба пояснить)</p>
Стратегические и программные вопросы, касающиеся женщин и детей	<p>Пересмотр рекомендаций по ППМР: На конец декабря 2012 г. имеющиеся рекомендации по использованию АРВ-препаратов для ППМР были пересмотрены в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2010 г. или с обновленным программным документом ВОЗ 2012г. ?</p> <p>Если да, какой вариант профилактики выбран (Вариант А/ Вариант В/ Вариант В+/другой)?</p> <p>Если "другой", пожалуйста, уточните:</p> <p>Комментарий:</p> <p>Пожалуйста, пришлите нам электронную копию, если возможно (hivstrategicinfo@who.int)</p>

Пересматривали ли вы ваши индикаторы по МиО, регистрационные журналы и формы для приведение их в соответствие с новыми рекомендациями по ППМР?

Если да, следите ли вы за охватом антиретровирусными препаратами в период грудного вскармливания?

Пожалуйста, объясните:

В чем заключается национальная политика вашей страны по вскармливанию младенцев в контексте ВИЧ-инфекции?

ППМР и ТиКИМР: Имеется ли на конец декабря 2012 г. национальная политика/рекомендации по ТиКИМР (тестирование и консультирование по инициативе медицинского работника, то есть предложение этой услуги в обычном порядке с правом отказаться)?

ТиКИМР у детей: Осуществлялась ли национальная политика по предложению тестирования детям в обычном порядке в следующих учреждениях?

Стационарные учреждения

- Пункты предоставления амбулаторной помощи детям (поликлиники, услуги семейных врачей)
- Места проведения консультирования по вскармливанию на уровне учреждения и сообщества
- АРТ-центры
- ТБ-клиники
- Места проведения иммунизации
- Специальные пункты ДКиТ
- Другое

Если да, пожалуйста, уточните "другое"
Нет, пока не осуществлялась

Медицинская карта ребенка: Включалась ли информация о ВИЧ-инфекции в медицинские карты матери и/или ребенка концу 2012 г.?

Медицинская карта матери :

- Медицинская карта ребенка:

Пожалуйста, пришлите нам электронную копию, если возможно.

Имеются ли у вас целевые показатели по ликвидации ПМР, например, целевой показатель частоты передачи или целевой показатель по снижению новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей младшего возраста (в процентах)?

(напр., меньше 5% передачи ВИЧ от матери ребенку к 2015 г., снижение на 90% новых случаев инфекции среди детей младшего возраста к 2015 г.)

	<p>Просьба привести пример каких-либо конкретных планов, показателей, целевых установок и целевых лет.</p> <p>С какими основными вызовами вы сталкиваетесь, расширяя программы ПМР в направлении ликвидации новых педиатрических случаев ВИЧ и сохранения жизни матерей (Л-ПМР)?</p> <p>Имеется ли у вас национальный план, задача которого остановить передачу сифилиса от матери ребенку?</p> <p>Просьба привести пример каких-либо конкретных планов, показателей, целевых установок и целевых лет.</p>
<p>Стратегические и программные вопросы, касающиеся профилактики половой передачи ВИЧ, а также передачи в популяциях ПИН, секс-работников и MSM</p>	<p>Какие из указанных ниже компонентов всеобъемлющего пакета вмешательств по предупреждению, лечению и помощи, связанных с ВИЧ-инфекцией, для ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ осуществляются в стране? (Да/Нет)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) 2. (a) Заместительная терапия опиоидами (ЗТО) при опиоидной зависимости 2. (b) Лечение других видов наркозависимости 3. Тестирование на ВИЧ и консультирование 4. Антиретровирусная терапия 5. Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) 6. Программы по пропаганде использования презервативов для ПИН и их половых партнеров 7. Целенаправленная информация, просвещение и коммуникация (ИПК) 8. Диагностика, лечение и вакцинопрофилактика вирусных гепатитов 9. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у ПИН <p>Какие из указанных ниже компонентов всеобъемлющего пакета вмешательств по предупреждению, лечению и помощи, связанных с ВИЧ-инфекцией, для СЕКС-РАБОТНИКОВ осуществляются в стране? (Да/Нет)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Целевые программы по предоставлению презервативов 2. Тестирование на ВИЧ и консультирование 3. Антиретровирусная терапия и помощь 4a. Лечение симптоматических ИППП 4b. Лечение бессимптомных ИППП 4c. Периодическое пробное лечение ИППП

	<p>5. Всеобъемлющий пакет вмешательств для СР, которые являются потребителями инъекционных наркотиков, включая основанные на доказательствах вмешательства для лиц, страдающими не опиоидной, а другими видами зависимости, напр. алкогольной или зависимостью от амфетаминов (ATS)</p> <p>6. Расширение прав и возможностей секс-работников (участие в планировании и осуществлении мероприятий по профилактике ВИЧ/СПИДа/ИППП и предоставлению помощи)</p> <p>Какие из компонентов всеобъемлющего пакета вмешательств по предупреждению, лечению и помощи, связанных с ВИЧ-инфекцией, для МУЖЧИН, ПРАКТИКУЮЩИХ СЕКС С МУЖЧИНАМИ, осуществляются в стране?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пропаганда постоянного использования презервативов 2. Вмешательства на индивидуальном уровне и на уровне сообщества 3. Вмешательства по профилактике в местах встреч 4. Кампании социального маркетинга 5. Вмешательства с использованием Интернета 6. Тестирование на ВИЧ и консультирование 7. Антиретровирусная терапия и помощь 8. Ведение случаев ИППП, включая скрининг на бессимптомные гонорею, хламидиоз и сифилис 9. Вакцинация против гепатита В 10. Всеобъемлющий пакет вмешательств для MSM, которые являются потребителями инъекционных наркотиков, включая основанные на доказательствах вмешательства для лиц, страдающими не опиоидной, а другими видами зависимости, напр. алкогольной или зависимостью от амфетаминов (ATS)
<p>Стратегические и программные вопросы, относящиеся к кадровым ресурсам</p>	<p>Пожалуйста, укажите:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Сколько специалистов-врачей, принимают участие в лечении и обслуживании при ВИЧ/СПИДе в вашей стране? •Практикуется ли в стране инициация к АРТ сестринским персоналом/не врачами? •Практикуется ли в стране проведение АРТ сестринским персоналом/не врачами? •Практикуется ли в стране привлечение медработников первичного уровня к обслуживанию пациентов?

<p>Стратегические и программные вопросы, относящиеся к финансированию здравоохранения</p>	<p>Существует ли в вашей стране (в государственном секторе) политика бесплатного предоставления следующих услуг:</p> <ul style="list-style-type: none"> • препараты для АРТ? • КТЗ? • лабораторный мониторинг? • Тестирование на ВИЧ? • Лекарственные препараты для борьбы против оппортунистических инфекций? <p>Располагает ли ваша страна и международные доноры (Глобальный фонд и др.) достаточными финансовыми средствами, чтобы предоставить АРВ всем нуждающимся?</p> <p>Каким образом рассчитывается потребность в обеспечении антиретровирусными препаратами?</p>
<p>Стратегические и программные вопросы, связанные с антиретровирусной терапией</p>	<p>Когда последний раз обновлялись национальные рекомендации по АРТ?</p> <p>Просьба также, по возможности, приложить электронную копию. Существует ли механизм обновления рекомендаций, учитывающий руководящие принципы «Быстрого консультирования»?</p> <p>Имеется ли в стране план постепенного отказа от применения препарата d4T (согласно рекомендациям ВОЗ от 2010 г.)?</p> <p>Применяется ли в стране вместо этого препарата, АРТ на основе комбинированных препаратов в фиксированных дозах?</p> <p>Имеется ли в стране план постепенного перехода на АРТ по критерию вирусной нагрузки (согласно рекомендациям ВОЗ от 2010 г.)?</p> <p>Используется ли в стране методика CD4 в пункте обслуживания?</p>
<p>Стратегические и программные вопросы, относящиеся к ТБ/ВИЧ</p>	<p>Существуют ли в стране рекомендации по профилактическому лечению изониазидом (ПЛИ) для людей, живущих с ВИЧ?</p> <p>Включает ли программа по борьбе с ВИЧ-инфекцией профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) как важную часть подхода к оказанию помощи при ВИЧ-инфекции?</p> <p>Проводится ли АРТ в противотуберкулезных клиниках?</p> <p>Назначаются ли противотуберкулезные препараты в клиниках АРТ?</p> <p>Проводится ли АРТ для туберкулезных больных, независимо от результатов на CD4</p>
<p>Стратегические и программные вопросы, относящиеся к оказанию помощи</p>	<p>Существуют ли рекомендации по предоставлению КТЗ ВИЧ-инфицированным пациентам?</p> <p>Если да, когда они обновлялись последний раз?</p> <p>Существует ли в вашей стране разработанная национальная политика по поддержке в области питания для людей, живущих с ВИЧ?</p>

	<p>Если да, включает ли политика:</p> <ul style="list-style-type: none"> - консультирование по вопросам питания - предоставление дополнительного питания - вопросы продовольственной безопасности
Гепатит В и С	<p>Количество и процент ВИЧ-положительных, прошедших проверку на вирус гепатита В</p> <p>Количество и процент ВИЧ-положительных, прошедших проверку на вирус гепатита С</p> <p>Количество и процент ВИЧ-положительных/коинфицированных вирусом гепатита В, проходящих АРТ (и другое лечение от вируса гепатита В)</p> <p>Количество и процент ВИЧ-положительных/коинфицированных вирусом гепатита С, проходящих АРТ (и другое лечение от вируса гепатита С)</p>

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) возглавляет и вдохновляет мир для достижения единого видения: ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации и ноль смертей вследствие СПИДа. ЮНЭЙДС объединяет усилия 11 учреждений ООН – УВКБ ООН, ЮНИСЕФ, ВПП, ПРООН, ЮНФПА, ЮНОДК, «ООН-женщины», МОТ, ЮНЕСКО, ВОЗ и Всемирный банк – и тесно сотрудничает с глобальными и национальными партнерами для обеспечения максимальных результатов при осуществлении мер в ответ на СПИД. Вы можете узнать больше на сайте unaids.org или связавшись с нами через Facebook and Twitter.

Напечатано на бумаге, сертифицированной по стандартам FSC

Целью данных руководящих принципов является предоставление странам технических рекомендаций относительно того, как измерять основные показатели, необходимые для проведения мониторинга выполнения Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 г. Данные руководящие принципы содержат технические рекомендации с подробным описанием основных показателей, необходимой информацией о них, об основных принципах их разработки, а также относительно их интерпретации. Данные руководящие принципы также направлены на обеспечение максимальной действительности, внутренней согласованности и сопоставимости вне зависимости от страны происхождения оценочных данных показателей, а также периода их действия. В частности, эти руководящие принципы направлены на обеспечение согласованности всех типов данных и методологий расчета, использованных в данном документе.

ЮНЭЙДС
Объединенная Программа
оон по ВИЧ/СПИДу

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
ООН ЖЕНЩИНЫ
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666
distribution@unaids.org

unaids.org