

РУКОВОДСТВО | 2015

# **ОТЧЕТНОСТЬ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В 2015 ГОДУ**

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

Global AIDS response progress reporting 2015.

1.HIV Infections. 2.Acquired immunodeficiency syndrome - prevention and control. 3.Program Evaluation. I.World Health Organization. II.UNAIDS.

ISBN 978 92 4 450934 0 (WHO) (NLM classification: WC 503.6)  
ISBN 978-92-9253-075-4 (UNAIDS)

© Всемирная организация здравоохранения, 2015 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения имеются на веб-сайте ВОЗ ([www.who.int](http://www.who.int)) или могут быть приобретены в Отделе прессы ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Запросы на получение разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - как для продажи, так и для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел прессы ВОЗ через веб-сайт ВОЗ ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти, либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов.

## **СОДЕРЖАНИЕ**

<b>ПРЕДИСЛОВИЕ</b>	<b>5</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>7</b>
Цель	7
Предпосылки	8
История отчетности	9
Формат отчетности	10
Национальные показатели стран с высоким уровнем доходов	11
<b>ВНЕДРЕНИЕ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ</b>	<b>12</b>
Получение показателей	12
Инструменты измерения и источники данных	12
Числители и знаменатели	13
Данные с разбивкой по признакам: пол и возраст	14
Данные на субнациональном уровне	15
Новые и репрезентативные данные исследований	15
Интерпретация и анализ данных	16
Выбор показателей	17
Осуществление наблюдения с использованием геокодирования и результаты мониторинга и оценки	18
Роль гражданского общества	18
Содержание отчета	19
Рекомендации о направлении отчетности	20
Инструмент отчетности	20
Единая система отчетности по показателям ВОЗ и ЮНИСЕФ в сфере здравоохранения	21
Даты направления отчетов	22
Процесс представления отчетности на национальном уровне: необходимые действия	22
<b>ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД В 2015 ГОДУ</b>	<b>24</b>
<b>БУДУЩЕЕ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД</b>	<b>26</b>

## **КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОТЧЕТНОСТИ О ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД 27**

### **ЦЕЛЬ 1. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА 50 % К 2015 ГОДУ 30**

- 1.1. Молодые люди: знания о профилактике ВИЧ 31
- 1.2. Половые контакты в возрасте до 15 лет 32
- 1.3. Половые контакты с несколькими сексуальными партнерами 33
- 1.4. Использование презерватива во время последнего полового  
контакта людьми, имеющими половые контакты с  
несколькими сексуальными партнерами 34
- 1.5. Тестирование на ВИЧ среди населения в целом 36
- 1.6. Распространенность ВИЧ среди молодых людей 37
- 1.7. Работники секс-бизнеса: программы профилактики 39
- 1.8. Работники секс-бизнеса: использование презерватива 41
- 1.9. Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса 43
- 1.10. Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса 45
- 1.11. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами:  
программы профилактики ВИЧ 47
- 1.12. Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами:  
использование презерватива 49
- 1.13. Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющих половые  
контакты с мужчинами 51
- 1.14. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин,  
имеющих половые контакты с мужчинами 53

### **ЦЕЛИ 1 И 2. ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ 56**

### **ЦЕЛЬ 2. СНИЗИТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА 50 % К 2015 ГОДУ 57**

- 2.1. Лица, потребляющие инъекционные наркотики:  
программы профилактики 57
- 2.2. Лица, потребляющие инъекционные наркотики:  
использование презерватива 59
- 2.3. Лица, потребляющие инъекционные наркотики:  
безопасная инъекционная практика 61
- 2.4. Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих  
инъекционные наркотики 63

2.5. Распространенность ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики	65
<b>ЦЕЛЬ 3. ИСКОРЕНИТЬ НОВЫЕ СЛУЧАИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ К 2015 ГОДУ И ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ СПИДА</b>	<b>68</b>
3.1. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	68
3.1а Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку при грудном вскармливании	73
3.2. Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев	75
3.3. Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделировано)	78
<b>ЦЕЛЬ 4. ПРЕДОСТАВИТЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМОЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 15 МИЛЛИОНАМ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, К 2015 ГОДУ</b>	<b>81</b>
4.1. Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия	81
4.2. Дальнейшее участие ВИЧ-инфицированных в программе антиретровирусной терапии спустя 12 месяцев после ее начала	84
<b>ЦЕЛЬ 5. СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НА 50 % К 2015 ГОДУ</b>	<b>88</b>
5.1. Ведение и лечение больных с туберкулезом и ВИЧ	88
<b>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</b>	<b>90</b>
6.1. Расходы в связи со СПИДом	90
<b>ЦЕЛЬ 7. УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА</b>	<b>93</b>
7.1. Распространенность случаев насилия со стороны сексуального партнера за последний период	93
<b>ЦЕЛЬ 8. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ</b>	<b>97</b>
8.1. Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ	97
<b>ЦЕЛЬ 9. УСТРАНЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ</b>	<b>102</b>

<b>ЦЕЛЬ 10. УКРЕПЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ</b>	<b>103</b>
10.1 Посещаемость школ детьми-сиротами	103
10.2 Внешняя финансовая поддержка наиболее бедных домохозяйств	105
<b>ПОЛИТИКА ПРАВИТЕЛЬСТВА В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ</b>	<b>109</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>110</b>
Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе	110
Приложение 2. Матрица национального финансирования	112
Приложение 3. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе	120
Приложение 4. Список использованной литературы	121
Приложение 5. Показатели обрезания крайней плоти у мужчин	122
Приложение 6. Сбор географических данных в рамках мероприятий по эпидемиологическому надзору, мониторингу и оценке	125
Приложение 7. Руководство по мониторингу прогресса в деле искоренения гендерного неравенства	128
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b>	<b>138</b>
<b>ЧАСТЬ 2 РУКОВОДСТВО ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ МОНИТОРИНГА И ОТЧЕТНОСТИ В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ И СПИДУ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВОЗ/ЮНИСЕФ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВСЕОБЩЕГО ДОСТУПА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)</b>	<b>141</b>

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Интенсивный анализ и новые данные, – большинство из которых были получены в рамках механизма отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, – позволили ЮНЭЙДС выпустить три важнейших доклада за последние три месяца – Доклад о пробелах (Gap Report), «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году» и доклад о состоянии эпидемии ВИЧ в больших городах (OUTLOOK: The Cities report). Эти три доклада демонстрируют, насколько многого мы добились в изменении траектории эпидемии СПИДа. С 2001 года число новых случаев ВИЧ-инфекции снизилось на 38%. Есть и еще более обнадеживающие данные – число новых инфекций среди детей сократилось на 58% и впервые составило менее 200 000 случаев в 21 наиболее сильно пострадавшей стране Африки. Это значительная веха на нашем пути к 2020 и 2030 году в стремлении покончить с эпидемией СПИДа как угрозой общественному здоровью.

У нас есть всего пять лет, чтобы переломить траекторию эпидемии СПИДа. Наш прогресс в ближайшие пять лет определит то воздействие, которое мы сможем оказать в последующие 10 лет до 2030 года. Это новые, убедительные доказательства, которые мы не должны игнорировать.

Вот почему ЮНЭЙДС призывает выполнить новые цели ускорения деятельности, которые позволят нам сосредоточить усилия там, где можно и необходимо достичь результатов: расширить масштабы лечения ВИЧ для достижения цели 90-90-90 (90% людей, живущих с ВИЧ, знают свой статус; 90% людей, живущих с ВИЧ и знающих свой статус, получают антиретровирусное лечение; и у 90% людей на лечении снижена вирусная нагрузка), и достичь смелых целей в области профилактики и снижения стигмы. Мы должны закрыть этот пробел, чтобы никто не остался без внимания в ходе выполнения мер по противодействию СПИДу.

В сентябре 2014 года 127 стран смогли представить свои полугодовые отчеты с данными об АРТ и ППМР, а 57 стран прислали эти данные в разбивке по субнациональному уровню. Это иллюстрирует прогресс в национальных системах мониторинга и показывает, как страны направляют свои ответные меры в те области, где разумные инвестиции приносят более весомые программные результаты.

В этом руководстве 2015 года странам-членам ООН предлагается детальная информация о том, как сопоставлять данные и как осуществить следующий раунд отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Я призываю все страны воспользоваться этой возможностью, чтобы проконсультироваться с ключевыми заинтересованными сторонами в стране, включая гражданское общество, о том, как направить национальные меры в ответ на СПИД. Этот раунд отчетности предоставляет еще больше возможностей для концентрации наших усилий для сбора более детальных данных и подготовки отчетов по ним, а также для анализа субнациональных данных и их использования для совершенствования программ.

Сбор высококачественных данных о мерах в ответ на СПИД и отчетность по этим данным являются важным компонентом нашей повестки дня в рамках общей ответственности и глобальной солидарности. ЮНЭЙДС полна решимости оказать поддержку в Вашей работе. Я рассчитываю на Вас и ожидаю получения данных мониторинга и оценок в связи с ВИЧ за 2014 год к 31 марта 2015 года.

Если у Вас есть какие-либо вопросы или если Вы нуждаетесь в дополнительной поддержке, пожалуйста, пишите по адресу: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

Благодарю Вас за Вашу неустанную работу в сфере противодействия СПИДу.



Мишель Сидибэ  
Исполнительный директор  
ЮНЭЙДС



### Цель

Целью настоящего документа является предоставление национальным программам и другим партнерам, которые активно участвуют в осуществлении мер в ответ на СПИД в каждой отдельной 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 и СПИДу 2011 года: активизация наших усилий по искоренению ВИЧ и 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.

До 2012 года показатели отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (до 2013 года известные как показатели ССГАООН) предоставлялись на глобальном уровне каждые два года. Однако, начиная с 2013 года, сбор данных производится ежегодно.

Сбор данных и предоставление отчетности — это важная составляющая оценки прогресса, достигнутого на пути к поставленным целям. 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 ВИЧ, в том числе в области измерения достигнутого прогресса на пути к достижению глобальных целей, поставленных в Политической декларации по ВИЧ и 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 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. Кроме того, приводятся преимущества и недостатки показателей.

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



## Предпосылки

Наступил 2015 год — крайний срок реализации целей Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 г. и целей развития тысячелетия (ЦРТ). Это дает нам хорошую возможность для проведения оценки достигнутого прогресса и начала подготовки итоговой отчетности об успехах, достигнутых на пути реализации соответствующих задач.

Политическая декларация ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 г. основана на двух предыдущих политических декларациях: Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 2001 г. и Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2006 г. В 2001 году на специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу (ССГАООН) государства — члены ООН единогласно приняли вышеупомянутую декларацию.

Данный документ отражает единую позицию мировой общественности по вопросу создания всеобъемлющей программы, направленной на достижение шестой цели развития тысячелетия, а именно: 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 национальном уровнях в целях предотвращения дальнейшего инфицирования населения ВИЧ, предоставления широкого доступа к услугам здравоохранения и минимизации последствий эпидемии. В тексте декларации 2006 г. признается наличие острой необходимости 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 и СПИДом 2011 г. 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

## Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу 2011 г.

### цели и обязательства



СНИЖЕНИЕ  
ПЕРЕДАЧИ  
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ



ПРОФИЛАКТИКА  
ВИЧ СРЕДИ  
ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ  
НАРКОТИКОВ



ИСКОРЕНЕНИЕ  
НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-  
ИНФИЦИРОВАНИЯ  
СРЕДИ ДЕТЕЙ



ДОСТУП К  
ЛЕЧЕНИЮ ДЛЯ  
15 МЛН. ЛЮДЕЙ



ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ  
СМЕРТНОСТИ  
ОТ ТБ



ЛИКВИДАЦИЯ  
ДЕФИЦИТА  
РЕСУРСОВ



ИСКОРЕНЕНИЕ  
ГЕНДЕРНОГО  
НЕРАВЕНСТВА



ИСКОРЕНЕНИЕ  
СТИГМЫ И  
ДИСКРИМИНАЦИИ



УСТРАНЕНИЕ  
ОГРАНИЧЕНИЙ  
НА ПОЕЗДКИ



УСИЛЕНИЕ  
ИНТЕГРАЦИИ  
ПРОГРАММ ПО  
ВИЧ

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 и связанными со СПИДом ЦРТ, принятой в 2011 году.

### История отчетности

В период с 2004 по 2013 г. ЮНЭЙДС осуществляла сбор страновых отчетов о достигнутом прогрессе, предоставляемых государствами — членами ООН с целью мониторинга хода выполнения Политических деклараций раз в два года. С 2013 года такая деятельность ведется ежегодно. Количество откликнувшихся государств — членов ООН возросло со 102 стран (53 %) в 2004 году до 180 (93 %) в 2014 году (смотри диаграмму о пропорции стран принявших участие в глобальной отчетности по регионам).

**Диаграмма: Пропорция стран, принявших участие в представлении Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД в 2014 году**



В страновых отчетах о достигнутом прогрессе приведены наиболее полные данные как об эпидемической ситуации, так и о мерах в ответ на эпидемию. Данные, полученные на предыдущих раундах представления отчетности, доступны для изучения в сети Интернет на портале AIDSinfo ([aidsinfo.unaids.org](http://aidsinfo.unaids.org)). Полную базу данных, представленную на сайте [www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org), можно использовать для создания графиков, схем и таблиц. Доступ к неотредактированным страновым описательным отчетам за 2014 год можно получить по адресу: [www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2014countries). В полном виде НОПИ доступны для изучения по адресу: [www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries](http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/ncpi/2014countries).



В рамках представления Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД количественные данные направляются ЮНЭЙДС посредством веб-сайта <https://aidsreportingtool.unaids.org>, что позволяет обеспечить полноту и улучшить качество данных, а также упрощает процесс их обработки и анализа на национальном, региональном и международном уровнях.



Конечный срок подачи отчетности посредством упомянутого выше веб-сайта — 31 марта 2015 г.

## Формат отчетности

В рамках отчетности 2015 года, предусмотрено представление данных по ключевым показателям и описательных отчетов о достигнутом прогрессе. Представление данных по НОПИ не предусмотрено.

При подготовке Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД составление описательных отчетов должно осуществляться странами на основе соответствующих национальных страновых отчетов. При наличии странового отчета, подготовленного в недавнем прошлом, такой документ может быть представлен соответствующей страной в качестве ее описательного отчета о достигнутом прогрессе. Шаблон странового отчета о достигнутом прогрессе, содержащий подробные инструкции по заполнению различных разделов, приведен в приложении 1. Каждый подаваемый страновой отчет должен содержать количественные данные. Таким образом, в соответствии с разделом «Внедрение отчетности о достигнутом прогрессе на государственном уровне» в настоящих руководящих принципах, в ходе проведения консультаций по страновым отчетам о достигнутом прогрессе и подготовки соответствующих материалов рассмотрению подлежат как описательная часть таких документов, так и значения показателей.

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, во-вторых, в случае проведения сопоставительного анализа данных из большого числа стран, такие показатели обеспечивают получение критически важной информации 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, реализуемых в других странах на национальном уровне.

Перечень изменений, внесенных в порядок представления отчетности по итогам 2014 года, представлен на стр. 20.

Странам необходимо рассмотреть применимость каждого из показателей к наблюдающейся на их территории эпидемиологической картине. 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 ко всем странам независимо от национального уровня распространенности ВИЧ. Точно так же странам с низким уровнем распространенности ВИЧ 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 рамках их национальных систем мониторинга и оценки. В соответствии со своими конкретными потребностями, а также при наличии ресурсов, страны, возможно, захотят включить дополнительные показатели в свои национальные планы в области 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.

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.

### Национальные показатели стран с высоким уровнем доходов

Приняв Политическую декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИДом, страны с высоким уровнем доходов тем самым 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. Однако это не исключает потребность в получении данных из стран с высоким уровнем доходов для мониторинга глобального прогресса, достигнутого на пути реализации целей Политической декларации по ВИЧ и СПИДу 2011 года. Государствами — членами Европейского союза / Европейского экономического сообщества (ЕС/ЕЭС) применяются инновационные способы обеспечения более тщательного учета региональных особенностей в системах глобального мониторинга прогресса в деле противодействия СПИДу.

При необходимости получения дополнительных технических консультаций по вопросам отчетности о выполнении собственных программ ЮНЭЙДС рекомендует странам с высоким уровнем доходов обращаться в отдел стратегической информации и мониторинга ЮНЭЙДС ([AIDSreporting@unaid.org](mailto:AIDSreporting@unaid.org)).



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. Информация о показателях также представлена в Реестре показателей ЮНЭЙДС по адресу: [www.indicatorregistry.org](http://www.indicatorregistry.org). В эту электронную базу данных включены информация и полные определения показателей в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, а также четкие указания о том, как такие данные соотносятся с показателями, которые используются ВОЗ, ЮНЭЙДС, Глобальным фондом и другими ключевыми партнерами и применяются в рамках Чрезвычайного плана президента США по борьбе со СПИДом (PERFAR) и прочих инициатив. В Реестре показателей также содержатся другие показатели по ВИЧ, используемые на национальном уровне. В электронной системе отчетности содержатся прямые ссылки на информацию о показателях в Реестре показателей. Данные по показателям, содержащиеся в Реестре, можно экспортировать в файлы форматов Excel, Word и PDF.

## ВНЕДРЕНИЕ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ НА ГОСУДАРСТВЕННОМ УРОВНЕ

### Получение показателей

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

- описание объектов измерения;
- обоснование показателя;
- числитель, знаменатель и расчет показателя;
- рекомендуемые инструменты измерения;
- частота проведения измерений;
- преимущества и недостатки использования показателя (в том числе, краткое описание процедуры интерпретации получаемых значений).

### Инструменты измерения и источники данных

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

- выборочные исследования населения, репрезентативные на национальном уровне;
- надзорные исследования поведения;
- специальные целевые исследования и анкетирования, включая исследование определенных групп населения (напр., исследования для анализа охвата определенными видами услуг);
- системы отслеживания пациентов;
- информационные системы в сфере здравоохранения;
- дозорный эпидемиологический надзор;
- относящиеся к ВИЧ национальные оценочные показатели, полученные при использовании ПО «Spectrum».

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.

Еще одним способом получения знаменателей, используемых в формулах расчета показателей в материалах Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, является использование **программного комплекса ПО «Spectrum»**, позволяющего странам оценить количество лиц, живущих с ВИЧ, лиц, нуждающихся в антиретровирусной терапии, а также, в частности, женщин, нуждающихся в антиретровирусных препаратах, и детей, находящихся в контакте с ВИЧ, которые нуждаются в обследовании на вирусную нагрузку.

В 2015 году процессы ввода данных в файл в ПО «Spectrum» и представления информации в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД будут осуществляться одновременно в целях обеспечения согласованности результатов такой деятельности так же, как и в 2014 году. Представители стран примут участие в семинарах-тренингах, которые будут проводиться при поддержке ЮНЭЙДС в феврале и марте, с целью разработки и подготовки финальных версий файлов.

**Окончательные файлы «Spectrum» следует подать на рассмотрение ЮНЭЙДС до 31 марта 2015 года. Информация о датах проведения региональных семинаров и инструкции для участников будут разосланы странам в январе 2015 г.**

Файлы «Spectrum» подготавливаются группами национальных экспертов, прошедших курс обучения работе с этой программой и, в частности, способам ввода данных. Очень важно, чтобы при подготовке материалов GARPR группа, ответственная за этот процесс, использовала самые последние оценочные данные, подготовленные группой национальных экспертов по оценкам в связи с ВИЧ.

Ценным источником данных для многих показателей являются организации гражданского общества, особенно это касается показателей, характеризующих меры вмешательства, активную роль в которых 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 исследований. Страны, которые проводят регулярные репрезентативные в национальном масштабе выборочные исследования среди различных групп населения, такие как обследование в области демографии и здравоохранения / оценка показателей в области СПИДа, получают важную информацию, в том числе данные о поведении молодых людей. В тех странах, где проводятся другие виды исследований среди различных групп населения, в том числе исследования, не связанные с ВИЧ, используемые процедуры можно адаптировать с целью сбора данных по определенным ключевым показателям.

### Числители и знаменатели

В данном документе содержатся подробные инструкции относительно измерения масштаба 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.

При расчете ряда показателей, использующихся для оценки степени охвата населения предоставляемыми услугами, используется знаменатель, рассчитанный на основе общего количества жителей страны, а не только числа пациентов учреждений здравоохранения. Для расчета показателей для всего населения страны необходимо произвести оценку числа лиц, нуждающихся в той или иной услуге. Например, для оценки полноты охвата случаев ПИР необходимо произвести оценку общего числа беременных женщин, живущих с ВИЧ. Для расчета значений знаменателей, требующихся для подготовки Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, ЮНЭЙДС рекомендует странам пользоваться программным комплексом ПО «Spectrum».



В инструменте глобальной отчетности в режиме онлайн (<https://aidsreportingtool.unaids.org>) четко определены данные с разбивкой по определенным признакам, 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. В тех случаях, когда в этом есть необходимость, при возникновении каких-либо сложностей во время сбора данных с разбивкой по позициям можно вводить частичные данные.

## Данные с разбивкой по признакам: пол и возраст

Одним из основных уроков, усвоенных в ходе предыдущих раундов подачи отчетности, является важность получения данных с разбивкой по определенным признакам, напр., данных с разбивкой по полу и возрасту. Жизненно важно, чтобы страны собирали данные для отдельных составляющих, а не в суммарном виде. Без данных с разбивкой по определенным признакам 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 определенным признакам, особенно по полу и возрасту, стал одним из краеугольных камней в их усилиях по мониторингу и оценке. По возможности следует анализировать и данные относительно равенства предоставляемого доступа. Гендерную динамику можно будет отследить путем разбивки эпидемиологических данных по полу и возрасту, а также с помощью поведенческих показателей. В Приложении 6 можно найти дополнительные рекомендации о более широком мониторинге прогресса в деле достижения гендерного равенства в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года. Ключевые министерства должны пересмотреть собственные системы по сбору информации, исследования и другие инструменты для сбора данных с тем, чтобы они могли собирать данные с разбивкой по определенным признакам 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 определенным признакам и сделать сбор и распространение таких данных приоритетом для их текущей деятельности.

Если данные с разбивкой по определенным признакам 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 офисы ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ, а также к партнерам ООН, если им требуется помощь в получении доступа к данным с разбивкой по определенным признакам, 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.



Странам рекомендуется присылать отчеты с имеющимися дополнительными данными, отражающими гендерную разбивку показателей, полученных из других источников, включая количественные и качественные данные, собранные организациями гражданского общества, указывая это в полях для комментариев на каждой странице с показателями. Эти дополнительные данные позволят провести более полный ситуационный анализ показателей с учетом гендерных различий.

## Данные на субнациональном уровне

Во многих странах совершенствуется использование данных, полученных на субнациональном уровне, с целью более глубокого понимания эпидемии и ответных мер. Такие данные помогут всем заинтересованным сторонам лучше понять географическое распределение эпидемии ВИЧ и ответные меры в каждом сообществе. В 2014 году ЮНЭЙДС опубликовала руководство «Проблемы местных эпидемий» (Local Epidemics Issues Brief), в котором рассматриваются преимущества локализованных данных) ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2559\\_local-epidemics\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2559_local-epidemics_en.pdf)). В 2015 году в онлайн-инструменте отчетности появилась возможность внесения данных на субнациональном уровне, которые следует присылать по конкретным показателям 3.1 и 4.1, а также данных о ключевых группах населения (см. следующий абзац, в котором детально описаны требования к субнациональным данным по ключевым группам).

## Новые и репрезентативные данные исследований

Чтобы измерить показатели на основании результатов исследований населения в целом, используйте самые последние данные исследований, репрезентативных на национальном уровне.

***Вы должны будете представить только новые имеющиеся данные. Если Вы уже представляли последние доступные данные в ходе предыдущего раунда отчетности, Вам не нужно будет делать это еще раз в 2015 году.***

Обеспечение репрезентативности выборок при проведении исследований среди ключевых групп населения, представляет собой сложную техническую задачу.

В настоящее время разрабатываются методы, направленные на обеспечение репрезентативности выборок таких групп населения (напр., выборка, построенная самими респондентами). Однако существует мнение, что, пока эти методы остаются несовершенными, странам, возможно, не удастся гарантировать репрезентативность выборок, используемых для проведения исследований среди ключевых групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования ВИЧ. Таким образом, странам рекомендуется использовать самые последние результаты исследований ключевых групп населения, причем такие данные должны быть проверены и одобрены техническими экспертами в соответствующей стране, напр. членами технических рабочих групп по



При необходимости получения дополнительной поддержки по техническим вопросам следует обратиться к советникам ЮНЭЙДС по стратегической информации, сотрудникам ЮНИСЕФ и ВОЗ, а также членами рабочих групп по мониторингу и оценке ситуации с ВИЧ. Кроме того, техническая поддержка предоставляется региональными советниками ЮНЭЙДС по стратегической информации, входящими в состав региональных групп поддержки, и Департаментом по сбору данных Секретариата ЮНЭЙДС (посредством обращения по адресу эл. почты [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org)).

мониторингу и оценке или членами национальных советов по исследованиям. Мы призываем представителей стран направить нам результаты всех недавно и качественно проведенных исследований ключевых групп населения с указанием места проведения, а также значениями числителей и знаменателей и использованной методологии в предоставленном формате Excel.

Одна из основных трудностей, сопряженных с оценкой величины бремени болезней и определением потребностей в реализации соответствующих программ, заключается в формировании представления о размере ключевых групп населения. Странам необходимо предоставить информацию об оценочном числе таких групп, а также об использовавшихся для его определения методах и эмпирических оценках, полученных в отдельных городах/регионах. Дополнительная информация по этому вопросу представлена на стр. 51. Ряд государств, использующих эмпирические методы для оценки численности ключевых групп населения на уровне страны в целом, также имеют возможность для объединения всех данных по профилактическим программам. В этом году странам предоставляется возможность направления отчетности по тому или иному показателю на основе данных о реализации национальных программ посредством заполнения графы «Комментарии».

## Интерпретация и анализ данных

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 составлению и оформлению в письменном виде отчета-характеристики о достигнутом прогрессе, 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 ЮНЭЙДС. В настоящем разделе также содержится дополнительная информация относительно значимости отдельных показателей. В данном разделе отмечается, что в разных странах может применяться разный подход к решению тех или иных вопросов, в т. ч. вопросов, 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, может не понадобиться 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. Кроме того, 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, использование презервативов во время половых контактов с повышенным уровнем риска), которые важны для отслеживания 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 распространения 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.

В отношении каждого показателя странам необходимо указать в онлайн-инструменте отчетности степень релевантности такого показателя с учетом эпидемиологической ситуации в стране и факт наличия или отсутствия соответствующих данных.

В случае оценки той или иной области в качестве актуальной с учетом эпидемиологической обстановки и ответных мер при отсутствии актуальности или целесообразности использования того или иного конкретного показателя для мониторинга данной проблемы, это следует указать в графе для комментариев в онлайн-инструменте 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.

## Осуществление наблюдения с использованием геокодирования и результаты мониторинга и оценки

Механизм Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД предназначен для предоставления странами данных, являющихся репрезентативными на национальном уровне. В то же время, определение границ географических зон локализации эпидемии ВИЧ, не охваченных необходимыми услугами, и областей, в которых такие услуги не предоставляются лицам, наиболее подверженным воздействию таких эпидемий, является одной из ключевых предпосылок повышения эффективности и целесообразности мер в ответ на ВИЧ, реализуемых на территории отдельных стран. Такие географические данные могут быть совмещены с полученными показателями, при этом использование геокодирования позволяет связать воедино полученные из разных источников данные эпидемиологического надзора и реализации различных программ, что способствует формированию более полного представления о характере эпидемии ВИЧ и упрощает процесс реализации целенаправленных и адаптированных к ситуации оперативных мер там, где потребность в них наиболее велика. Данный подход может быть осуществлен посредством передачи функций сбора данных на субнациональный уровень при обеспечении применимости получаемых результатов в рамках программы. Многие страны уже начали расширять деятельность по дисагрегации данных на более низких уровнях административно-территориального деления и среди ключевых групп населения. При сборе, анализе и распространении любых данных необходимо руководствоваться этическими принципами и соблюдать конфиденциальность получаемой информации, с тем чтобы обеспечить использование геокодирования для предоставления услуг ближе к местам проживания нуждающихся в них лиц, не подвергая их при этом опасности. Дополнительная информация об использовании геокодирования в целях наблюдения, а также о результатах мониторинга и оценки представлена в приложении 6.

Начиная с 2014 года, в полугодовых отчетах странам рекомендуется представлять любые имеющиеся субнациональные данные по показателям 3.1 и 4.1.

## 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, конфессиональных 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 и 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 в ответ на СПИД 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. 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;
- 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 2015 году страны представят данные по всем показателям национального уровня, применимым к их ответным мерам (кроме НКПИ).

Национальные правительства отвечают за представление показателей на национальном уровне при поддержке со стороны институтов гражданского общества, а также, по возможности, партнеров по процессу



При возникновении вопросов, странам рекомендуется обращаться в региональный офис ЮНЭЙДС или в головной офис в Женеве по электронному адресу: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org). Актуализированная информация относительно отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД представлена на веб-сайте ЮНЭЙДС по адресу: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>.



Представителей стран просят направлять свои отчеты с использованием онлайн-инструмента отчетности, который представлен 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. В случае необходимости представления отчетных данных из нескольких источников или разными структурами странам предоставляется возможность добавления/назначения нескольких ответственных за этот процесс лиц.

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 онлайн-инструмента 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 и 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 сайта [www.aidsinfoonline.org](http://www.aidsinfoonline.org).

### Рекомендации о направлении отчетности

Странам, которым требуется дополнительная информация об инструментах составления и механизмах направления отчетности, следует обращаться за технической помощью к советникам ЮНЭЙДС по стратегической информации и в рабочие группы по мониторингу и оценке по вопросам ВИЧ, работающим в соответствующей стране. За помощью также можно обратиться в отдел стратегической информации и мониторинга Секретариата ЮНЭЙДС по электронной почте: [ungassindicators@unaids.org](mailto:ungassindicators@unaids.org).

С целью обеспечения большего удобства взаимодействия с сотрудниками ЮНЭЙДС в Женеве во время направления отчетности и в ходе последующего периода представителям стран необходимо в максимально короткие сроки сообщить ЮНЭЙДС ФИО и контактные данные лица, ответственного за предоставление данных, по эл. почте: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

### Инструмент отчетности

Ответственные за отчетность в странах могут получить доступ к данному инструменту с тем же именем пользователя и паролем, которые они использовали в предыдущем раунде отчетности. Новым специалистам необходимо зарегистрировать свое имя пользователя и ввести новый пароль. Первоначально на основе официальной информации для каждой страны назначается по одному специалисту в области редактирования данных, однако, при желании, ответственные за предоставление отчетности лица вправе расширить список редакторов. В обязанности таких

специалистов входит добавление новой информации и внесение изменений в подлежащие представлению данные. Как и прежде, лицам, ответственным за предоставление отчетности от имени стран, предоставляется право доступа к данным других специалистов для просмотра с целью проведения максимально широких консультаций на национальном уровне. Лицам, получившим такой доступ, предоставляется возможность изучить подлежащую представлению информацию без внесения в нее каких-либо изменений. Дополнительная информация по этому вопросу содержится в электронных пособиях об использовании инструмента отчетности на странице «Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД» (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting>).

Как указано выше, если страны не направляют данных по тому или иному показателю, им необходимо указать, чем это обусловлено: отсутствием соответствующих данных или тем, что они не считают этот показатель актуальным для эпидемиологической ситуации в стране. В соответствующей графе для комментариев необходимо оставить краткое пояснение по каждому показателю с указанием процедуры расчета числителей и знаменателей и степени точности агрегированных данных и данных с разбивкой по запрашиваемым признакам. При представлении обзора ситуации на уровне всей страны соответствующие данные, в случае необходимости, могут быть распечатаны как один документ.

Степень готовности отчетности можно оценить на главной странице онлайн-инструмента отчетности посредством изучения доли или количества показателей, в отношении которых были предоставлены данные. Помимо предоставления данных за текущий год страны могут также сделать запрос об изменении сведений, предоставленных годом ранее, в случае возникновения такой необходимости. Такие действия осуществляются также с помощью онлайн-инструмента отчетности.

Когда ввод данных закончен для того чтобы отправить данные, следует нажать на кнопку «Отправить», и сеанс работы представителей страны в онлайн-инструменте отчетности будет завершен, и такая страна больше не сможет вносить изменения или дополнения в направляемую информацию с использованием данной системы. ЮНЭЙДС рассмотрит полученные данные и при необходимости направит запрос об их уточнении. Если по предоставляемым данным у ЮНЭЙДС возникнут вопросы, то соответствующей стране будет предоставлен повторный доступ в систему для редактирования отправленной отчетности. При возникновении проблем с использованием онлайн-инструмента отчетности обращайтесь по адресу: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.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 того же онлайн-инструмента 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](mailto:hivstrategicinfo@who.int).

## Даты направления отчетов

Данные по ключевым показателям следует направлять в электронной форме до 31 марта 2015 г. Загрузка файла в формате ПО «Spectrum» в предназначенную для этого документа папку осуществляется группой специалистов в области оценки ситуации с ВИЧ в соответствующей стране в срок до 31 марта 2015 г. Любые вопросы, касающиеся местоположения папки для загрузки файлов, просьба направлять по адресу эл. почты: [estimates@unaids.org](mailto:estimates@unaids.org).

Данные по показателям следует вводить через веб-сайт глобальной отчетности (<https://aidsreportingtool.unaids.org>). Это будет значительно способствовать процессу обработки данных и сведет к минимуму ошибки.

## 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. Назначить контактное лицо, отвечающее за направление отчетности, после чего отправить его имя и контактные данные в офис ЮНЭЙДС в Женеве по адресу эл. почты: [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org);
2. 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; 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 совместно с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
6. Проанализировать данные совместно с организациями-партнерами из правительства, гражданского общества и международного сообщества;
7. Доработать предварительный файл «Spectrum» с целью получения окончательных данных для знаменателей
8. Рассчитать показатели оценочного охвата АРТ и ППМР с использованием знаменателей из актуализированного файла «Spectrum»;
9. Предоставить заинтересованным участникам, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, возможность высказать замечания по проекту отчета;



10. Ввести данные в онлайн инструмент глобальной отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>);
11. Загрузить итоговый файл «Spectrum» в папку, предназначенную для хранения страновых оценочных данных;
12. Представить данные по показателям до 31 марта 2015 г.;
13. Своевременно реагировать на запросы ЮНЭЙДС, ВОЗ или ЮНИСЕФ по представленной отчетности.

Важно, чтобы представляемые данные были подтверждены и согласованы всеми партнерами в стране. Онлайн-инструмент 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 гражданское общество, 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 3 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 2015 ГОДУ

В 2015 году в отчетности необходимо будет представить данные только по ключевым показателям и отправить страновой описательный отчет о достигнутом прогрессе. Данные по Национальным обязательствам и политическим инструментам (НОПИ) не запрашиваются.

**Ниже представлен перечень изменений внесенных в отчетность 2015 года, в сравнении с отчетностью 2014 года:**

- Для всех показателей по ключевым группам населения (показатели 1.7-1-14 и 2.1 - 2.5) добавлено требование представления данных в разбивке по административно-территориальным единицам в поле для комментариев, если эти данные относятся к субнациональному уровню. Пожалуйста, присылайте любые имеющиеся отчеты исследований в цифровом формате через веб-сайт глобальной отчетности.
- Начиная с 2014 года, в полугодовых отчетах странам рекомендуется направлять отчеты с любыми имеющимся субнациональными данными по показателям 3.1 и 4.1. В разделе о разбивке данных приведено детальное описание этих показателей.
- Показатель 6.1 содержит уточненное описание концептуальных рамок Матрицы национального финансирования с пересмотренной классификацией программ по СПИДу и новой Матрицей национального финансирования. Эти изменения были сделаны для получения более актуальной информации для выработки политики и более точных данных по ключевым показателям, которые охватывают 10 целей Политической декларации по ВИЧ/СПИДу 2011 года, принятой Генеральной Ассамблеей ООН.
- В онлайн-инструменте глобальной отчетности 2015 года к Показателю 7.1 добавлено дополнительное поле для комментариев, в котором страны могут указывать любые имеющиеся у них данные о гендерном насилии в отношении женщин, мужчин и ключевых групп, включая людей, живущих с ВИЧ,
- Показатель 8.1 измеряет распространенность дискриминирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ. Для более полного анализа прогресса в деле искоренения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом и успеха или неудачи мер по снижению уровня стигмы также важно измерять другие проявления стигмы и дискриминации. Поэтому ссылки на другие новые показатели, которые могут помочь в этой работе, были добавлены к Показателю 8.1, хотя они и не входят в официальную отчетность в рамках отчетности 2015 года.
- Показатель 10.2 был обновлен за счет новой информации о методах измерения.
- Было добавлено приложение «Руководство о мониторинге прогресса в деле искоренения гендерного неравенства» (Приложение 7).
- Необходимо представить описательный отчет (более подробно это требование описано в Приложении 1).
- Данные по Национальным обязательствам и политическим инструментам (НОПИ) присылать не нужно.

**Ключевые изменения, внесенные в процедуру подготовки и направления отчетности в 2013 и 2014 году и продолжающие действовать в 2015 году**

- Как и в предыдущие три отчетных периода, данные исследований, не обновлявшиеся с конца предыдущего отчетного периода (т. е., с 2012, 2013 или 2014 гг., в зависимости от того, когда отчетность подавалась в последний раз), представлять заново не требуется (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, 1.22, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5, 7.1, 8.1, 10.1, 10.2).

- Два показателя, представленные в 2013 году с целью оценки распространенности обрезания крайней плоти среди мужчин и количества мужчин, прошедших такую процедуру, в 16 странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ и низкой распространенностью обрезания среди мужчин, по-прежнему включены в соответствующий перечень (показатели 1.22 и 1.23, см. Приложение 5).
- Понятие «трансгендер», как один из вариантов разбивки данных о работниках секс-бизнеса (показатели 1.7, 1.8, 1.9 и 1.10), введенное в процедуры отчетности в 2014 году, продолжает применяться.
- В отчетном периоде 2014 года показатель профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (Показатель 3.1) содержал дополнительные разъяснения разбивки данных и взаимодействия с ПО «Spectrum». Показатель для измерения охвата профилактикой передачи от матери ребенку при грудном вскармливании был добавлен непосредственно после этого показателя (под названием Показатель 3.1a),
- Показатель охвата АРТ (Показатель 4.1) имеет такой же знаменатель, как и в 2014 году, включая всех людей, живущих с ВИЧ, а не только тех, кто соответствует критериям для начала лечения. Более того, разбивка на лиц, впервые начавших АРТ (в течение последних 12 месяцев), применяется так же, как и в 2014 году.
- Как и в 2014 году, показатель удержания на лечении в 12 месяцев после начала АРТ (Показатель 4.2) включает возможную разбивку по статусу беременности и грудного вскармливания при начале лечения.
- Принятые в отчетном периоде 2014 года изменения показателя одновременного лечения туберкулеза и ВИЧ (Показатель 5.1), где слово «взрослые» было заменено на «взрослых и детей» в числителе, а фраза «поздняя стадия» была удалена из фразы «поздняя стадия ВИЧ-инфекция», остаются актуальными.
- Показатель «Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ (Показатель 8.1) относится к цели 8.
- В настоящее руководство включена и 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.

## БУДУЩЕЕ ОТЧЕТНОСТИ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ В ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ГЛОБАЛЬНЫХ МЕР В ОТВЕТ НА СПИД

2015 год – это крайний срок реализации большинства целей, поставленных как в Политической декларации ООН по ВИЧ и СПИДу 2011 г. и в целях развития тысячелетия (ЦРТ). Мир готовится к более широкому процессу определения целей устойчивого развития, а новая цель – покончить с эпидемией СПИДа – уже была принята Координационным советом программы ЮНЭЙДС в июне 2014 года; несколько программных целей уже поставлены (см. «Ускорение: прекращение эпидемии СПИДа к 2030 году», ЮНЭЙДС, 2014 год).

Для дальнейшего обеспечения актуальности и полезности данных в 2015 году будут пересмотрены глобальные рамки мониторинга эпидемии СПИДа и ответных мер, чтобы проанализировать их применимость в будущем и разработать рекомендации для новых рамок деятельности до 2020 (и 2030 года). Этот обзор также связан с гармонизацией отчетности в сфере здравоохранения, которую координирует Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). При проведении обзора будет использован документ «Консолидированное руководство по стратегической информации о ВИЧ в секторе здравоохранения» (“Consolidated Strategic Information Guide for HIV in the Health Sector”) подготовленное Департаментом ВОЗ по ВИЧ. Этот процесс будет завершен к концу 2015 года и поможет принимать решения о будущих механизмах и целях мониторинга на 2016 и последующие годы.

## **ОБЪЕДИНЕННЫЙ НАБОР ПОКАЗАТЕЛЕЙ GARPR И ВД**

**(GARPR - Отчетность о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД; ВД - всеобщий доступ; ДД - Дублинская декларация)**

Отдельные показатели могут применяться для отслеживания хода выполнения нескольких целей.

### **Цель 1. Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50 % до 2015 года**

#### *Население в целом*

- 1.1 Молодежь. Знания о профилактике ВИЧ (GARPR)
- 1.2 Половые отношения в возрасте до 15 (GARPR)
- 1.3 Несколько половых партнеров (GARPR)
- 1.4 Использование презервативов при последнем половом контакте среди лиц, имеющих нескольких половых партнеров (GARPR)
- 1.5 Тестирование на ВИЧ среди населения в целом (GARPR)
- 1.6 Распространенность ВИЧ среди молодых людей (GARPR)

#### *Работники секс-бизнеса*

- 1.7 Работники секс-бизнеса. Профилактические программы (GARPR)
- 1.8 Работники секс-бизнеса: Использование презервативов (GARPR, ВД, ДД)
- 1.9 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса (GARPR, ВД, ДД)
- 1.10 Распространенность ВИЧ среди работников секс-бизнеса (GARPR, ВД, ДД)

#### *Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами*

- 1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами. Профилактические программы (GARPR)
- 1.12 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: Использование презервативов (GARPR, ВД, ДД)
- 1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, имеющие половые контакты с мужчинами (GARPR, ВД, ДД)
- 1.14 Распространенность ВИЧ среди мужчин, имеющие половые контакты с мужчинами (GARPR, ВД, ДД)

#### *Тестирование и консультирование*

- 1.15 Число медицинских учреждений, оказывающих услуги по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ (ВД)
- 1.16 Тестирование и консультирование в связи с ВИЧ среди женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше (ВД)
- 1.16.1 Процент медицинских учреждений, проводящих экспресс-тесты на ВИЧ, которые испытали дефицит в течение последних 12 месяцев (ВД)

#### *Инфекции, передающиеся половым путем*

- 1.17 Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) (ВД)
- 1.17.1 Процент женщин, посещающих службы дородовой помощи (ДРП), которые прошли тестирование на сифилис (ВД)

- 1.17.2 Процент посетительниц служб ДРП, получивших позитивный результат теста на сифилис (ВД)
- 1.17.3 Процент посетительниц служб ДРП, получивших позитивный результат теста на сифилис и прошедшие лечение (ВД)
- 1.17.4 Процент работников секс-бизнеса с активным сифилисом (ВД)
- 1.17.5 Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, с активным сифилисом (ВД)
- 1.17.6 Число зарегистрированных случаев сифилиса среди взрослых (первичного/вторичного и латентного/неизвестного) в течение последних 12 месяцев (ВД)
- 1.17.7 Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (среди живорожденных и мертворожденных) в течение последних 12 месяцев (ВД).
- 1.17.8 Число зарегистрированных случаев гонореи у мужчин в течение последних 12 месяцев (ВД)
- 1.17.9 Число мужчин, у которых обнаружены выделения из уретры в течение последних 12 месяцев (ВД).
- 1.17.10 Число взрослых, у которых обнаружены генитальные язвы в течение последних 12 месяцев (ВД).
- 1.18 Процент (%) беременных женщин с позитивными данными серологического обследования на сифилис, чьи половые контакты были выявлены и пролечены от сифилиса (только ПАОЗ)
- 1.19 Число диагнозов случаев ВИЧ/СПИДа (ВД).
- 1.19.1 Число диагностированных случаев ВИЧ с разбивкой по возрасту и полу в 2010-2014 гг. (ВД).
- 1.19.2 Число диагностированных случаев СПИДа с разбивкой по возрасту и полу в 2010-2014 гг. (ВД).

#### *Мужское обрезание*

- 1.22 Мужское обрезание, распространенность (GARPR,ВД)
- 1.23 Число мужчин, прошедших обрезание в прошлом году (GARPR,ВД)

## **Цель 2. Снизить передачу ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики на 50 % к 2015 году**

- 2.1 Потребители инъекционных наркотиков: профилактические программы (GARPR, ВД, ДД)
- 2.2. Потребители инъекционных наркотиков: использование презервативов (GARPR, ВД)
- 2.3 Потребители инъекционных наркотиков: практика безопасных инъекций (GARPR, ВД)

- 2.4 Тестирование на ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (GARPR, ВД, ДД)
- 2.5 Распространенность ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков (GARPR, ВД, ДД)
- 2.6 Лица, получающие опиоидную заместительную терапию (ВД)
- 2.7 ПОШ и пункты ОЗТ (ВД)

### **Цель 3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа**

- 3.1 Профилактика передачи от матери ребенку (GARPR, ВД)
  - 3.1a Профилактика передачи от матери ребенку во время грудного вскармливания (GARPR, ВД)
- 3.2 Ранняя диагностика новорожденных (GARPR, ВД)
- 3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (по результатам моделирования) (GARPR, ВД)
  - 3.3a Частота передачи от матери ребенку (по программным данным)
- 3.4 Беременные женщины, прошедшие тестирование на ВИЧ и получившие результаты (ВД)
- 3.5 Процент беременных женщин, посещающих службы ДРП, мужчина-партнер которых прошел тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев (ВД)
- 3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, прошедших оценку на возможность применения АРТ в результате определения клинической стадии или тестирования CD4
- 3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, получивших АРВ-профилактику для снижения риска ранней передачи от матери ребенку в первые 6 недель жизни (ВД).
- 3.9 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, начавших получать профилактику котримоксазолом (СТХ) в первые два месяца после рождения (ВД).
- 3.10 Распределение результатов младенцев, имевших контакт с ВИЧ (ВД).
- 3.11 Число беременных женщин, посетивших службы ДРП хотя бы раз в течение отчетного периода (ВД).
  - 3.11.1 Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, прервавших беременность (ЕРБО8)
  - 3.11.2 Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, родивших в отчетном году (ЕРБО9)
- 3.12 Учреждения ДРП та РДН (ВД)

- 3.13 Специфический для ЕРБО показатель ППМР (беременные женщины, потребляющие инъекционные наркотики)
  - 3.13.1 Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) (ЕРБО11)
  - 3.13.2 Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин, которые получали ОЗТ во время беременности (ЕРБО12)
  - 3.13.3 Процент ВИЧ-позитивных беременных женщин-ПИН, которые получали АРТ для снижения риска передачи от матери ребенку во время беременности (ЕРБО13)

#### **Цель 4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущим с ВИЧ, к 2015 году**

- 4.1 Лечение ВИЧ: антиретровирусная терапия (GARPR, ВД, ДД)
- 4.2a Удержание на антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев (GARPR, ВД)
- 4.2b Удержание на антиретровирусной терапии в течение 24 месяцев (ВД)
- 4.2c Удержание на антиретровирусной терапии в течение 60 месяцев (ВД)
- 4.2.1 Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 12, 24 и 60 месяцев после ее начала (ЕРБО4)
- 4.3 Медицинские учреждения, предлагающие антиретровирусную терапию (ВД)
- 4.4 Возникновение дефицита АРВ-препаратов (ВД)
- 4.5 Поздняя диагностика ВИЧ (ВД)
- 4.6 Помощь при ВИЧ (ВД)
- 4.7 Вирусная нагрузка (ВД)

#### **Цель 5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50 % к 2015 году**

- 5.1 Одновременное проведение лечения от ТБ и ВИЧ (GARPR, ВД)
- 5.2 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых было выявлено активное заболевание ТБ (ВД)
- 5.3 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) (ВД)
- 5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита (ВД)



**Цель 6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов в связи со СПИДом к 2015 году и обеспечить ежегодные глобальные инвестиции на уровне 22-24 млрд долларов США в странах со средним и низким уровнем доходов**

6.1 Расходы в связи со СПИДом (GARPR, ДД)

**Цель 7. Устранение гендерного неравенства**

7.1 Распространенность недавнего насилия со стороны интимного партнера (НИП) (GARPR)

**Цель 8. Искоренение стигмы и дискриминации**

8.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ (GARPR)

**Цель 9. Устранение ограничений на перемещение**

**Цель 10. Усиление интеграции ВИЧ**

10.1 Посещение школ сиротами (GARPR)

10.2 Внешняя экономическая поддержка наиболее бедным домохозяйствам (GARPR)

Политика правительства в отношении ВИЧ и СПИДа

P.1b Вопросы о политике и программах (ВД)



## **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 развития 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

Данный 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.

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

### 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 слышал о ВИЧ и СПИДе, следует исключить из числителя, но включить в знаменатель.

Ответ «Не знаю» отмечается как неверный.

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

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://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

Данный показатель 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 цель— 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.

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

## Преимущества и недостатки

В странах, в которых число молодых людей, имеющих половые контакты в возрасте до 15 лет, очень мало, 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 респонденты выборки исследуемого населения.

Сложность заключается в том, чтобы проследить изменения данного показателя за короткий период времени, поскольку на значение знаменателя могут влиять только представители 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 возрастной группе 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

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://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 лиц, 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:** Общее количество респондентов в возрасте 15—49 лет

**Расчет:** Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Проведение исследований среди населения (исследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные исследования или другие репрезентативные исследования). 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:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15—19 лет, 20—24 года и 25—49 лет)

#### Преимущества и недостатки

Настоящий показатель позволяет получить данные о распространенности половых актов с повышенным риском. 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, на данном показателе это изменение не отразится, несмотря на то что, потенциально, это может оказывать значительное воздействие на уровень распространенности эпидемии ВИЧ и может рассматриваться как успех программы. Для отражения снижения числа сексуальных партнеров в целом, возможно, понадобятся дополнительные показатели.

#### Дополнительная информация

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://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

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в предупреждении риска заражения ВИЧ при незащищенных половых контактах среди лиц, имеющих половые контакты с несколькими сексуальными партнерами.

### Обоснование

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

<b>Числитель:</b>	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
<b>Знаменатель:</b>	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
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Проведение исследований среди населения (исследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные исследования или другие репрезентативные исследования). 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
<b>Частота сбора данных:</b>	Каждые 3—5 лет
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• По половому признаку</li><li>• По возрастному признаку (15—19 лет, 20—24 года и 25—49 лет)</li></ul>

### Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет оценить частоту использования презервативов лицами, склонными к вступлению в половые контакты с повышенным уровнем риска (т. е. к регулярной смене партнеров). В то же время значимость величины данного показателя будет зависеть от степени вовлеченности людей в отношения подобного рода. Таким образом, следует с осторожностью интерпретировать уровни и тенденции, используя данные, полученные относительно процента лиц, 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

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://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

Данный показатель 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:** Общее количество респондентов в возрасте 15—49 лет.  
В знаменатель включаются респонденты, которые никогда не слышали о ВИЧ или СПИДе
- Расчет:** Числитель/знаменатель
- Метод измерения:** Проведение исследований среди населения (исследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные исследования или другие репрезентативные исследования).  
Респондентам задают следующие вопросы:  
1. Я не хочу знать результаты, но проходили ли вы тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев?  
При положительном ответе:  
2. Я не хочу знать результаты Вашего обследования, но я бы хотел(-а) узнать, знаете ли их Вы?



**Частота сбора данных:** Каждые 3—5 лет

**Разбивка:**

- По половому признаку
- По возрастному признаку (15—19 лет, 20—24 года и 25—49 лет)

## Преимущества и недостатки

Слова «Я не хочу знать результаты [тестирования], но...» в начале вопроса располагают респондента, не желающего 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

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com).

## 1.6 Распространенность ВИЧ среди молодых людей

---

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

---

### Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности ВИЧ.

### Обоснование

Целью мер в ответ на ВИЧ является снижение распространенности ВИЧ-инфекции. Однако ввиду отсутствия в настоящее время возможностей для проведения перекрестного исследования с целью получения достоверной оценки числа новых случаев ВИЧ-инфицирования, такие показатели следует рассчитывать на основе косвенных данных.

Показатель распространенности ВИЧ среди лиц той или иной возрастной категории представляет собой разницу между общим количеством людей, заразившихся ВИЧ до наступления соответствующего возраста и числом умерших и выражается в виде процента от общего числа ныне живущих людей, относящихся к этой возрастной категории. 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. В этом случае снижение показателя распространенности ВИЧ может отражать насыщение инфекцией групп, наиболее уязвимых

к ней, и повышение уровня смертности, а не изменение поведения, в то время как рост показателя распространенности ВИЧ может отражать увеличение числа людей, получающих антиретровирусное лечение и, таким образом, продлевающих себе жизнь. Однако в молодом возрасте тенденции в изменении показателя распространенности ВИЧ более точно отражают последние тенденции заболеваемости ВИЧ и рискованного поведения, поскольку молодые люди с большой степенью вероятности начали вести половую жизнь или потреблять наркотики лишь недавно. Кроме того, маловероятно, что молодые люди, заразившиеся ВИЧ в недавнем прошлом, уже начали проходить антиретровирусное лечение. 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 исследования поведения такие данные следует использовать для правильной интерпретации изменений показателя распространенности ВИЧ.

<b>Тип эпидемии:</b>	Страны с генерализованными эпидемиями
<b>Числитель:</b>	Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15—24 лет), имеющих положительные результаты тестирования на ВИЧ
<b>Знаменатель:</b>	Число посетителей клиник дородовой женской консультации (в возрасте 15—24 лет), прошедших тестирование на определение ВИЧ-статуса
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	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
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно
<b>Разбивка:</b>	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. При изменении рождаемости данная тенденция может перестать отражать реальное положение дел в том случае, если женщины, живущие с ВИЧ, начнут принимать иные решения в отношении беременности.

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

Для дополнения данных, полученных клиниками дородовой женской консультации, все большее число стран проводит тестирование на ВИЧ в рамках исследований среди населения. Если в стране получены оценки относительно распространенности ВИЧ на основании исследований, такие оценки следует включать в графу для комментариев по данному показателю для сравнения различных исследований. При наличии оценок на основе исследований 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 сравнимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

По мере увеличения количества доживающих до репродуктивного возраста детей, заразившихся вирусом от своих матерей, интерпретация значений данного показателя становится все более затруднительной. Для исключения живущих с ВИЧ женщин с положительным серологическим статусом, при анализе наблюдающихся тенденций странам необходимо осуществлять сбор данных о времени инфицирования таких лиц.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена по ссылке: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118\\_Methodology.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/20131118_Methodology.pdf)

## 1.7 Работники секс-бизнеса: программы профилактики

### Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ

#### Предназначение

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

#### 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.

<b>Числитель:</b>	Число работников секс-бизнеса, ответивших «да» на оба вопроса
<b>Знаменатель:</b>	Общее число работников секс-бизнеса, принявших участие в исследовании
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований.

Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:

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 репродуктивного 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 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, полученным от них, не разглашается.

**Частота сбора данных:** Раз в два года

**Разбивка:**

- По половому признаку (женщина, мужчина, трансгендер)
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из работников секс-бизнеса. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

Включение этих показателей в отчетность не следует интерпретировать в том смысле, что данных услуг достаточно для профилактики ВИЧ среди этих групп населения. Набор описанных выше ключевых вмешательств 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. Прочая информация об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди работников секс-бизнеса представлена 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, напр., за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, пожалуйста, включите эти дополнительные данные только в раздел с комментариями онлайн-инструмента отчетности.

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

В ходе предыдущих раундов подачи отчетности ряд стран предоставляли данные о распространении ВИЧ среди групп населения, включающих в себя женщин-трансгендеров, в графе для дополнительных комментариев в онлайн-инструменте отчетности. Данный факт указывает на возможность получения данных в самых разных условиях.

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

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена 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.;

Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 1.8 Работники секс-бизнеса: использование презерватива

---

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

---

### Предназначение

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	Число работников секс-бизнеса, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время контактов с последним клиентом
<b>Знаменатель:</b>	Число респондентов, которые указали на то, что у них были платные половые контакты за последние 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. 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, полученным от них, не разглашается
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• По половому признаку (женщина, мужчина, трансгендер)</li> <li>• По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li> </ul>

## Преимущества и недостатки

Использование презерватива является наиболее эффективным тогда, когда его используют постоянно, а не от случая к случаю. Данный показатель отражает завышенные оценки уровня 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, напр., за последние 3 или 6 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные только в раздел с комментариями в онлайн-инструменте отчетности.

Проводить исследование среди работников секс-бизнеса может быть проблематично. Следовательно, полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из работников секс-бизнеса. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

В ходе предыдущих раундов отчетности ряд стран предоставляли данные о распространенности ВИЧ среди групп населения, включающих в себя женщин-трансгендеров, в графе для дополнительных комментариев в онлайн-инструменте отчетности. Данный факт указывает на возможность получения необходимой информации в самых разных условиях.

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 подробная информация представлена 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.;

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation* ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 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

Данный показатель 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 субэпидемию, развивающуюся среди одной или нескольких групп населения с повышенным риском.

<b>Числитель:</b>	Число респондентов, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают результаты своего теста
<b>Знаменатель:</b>	Число работников секс-бизнеса, ответивших на эти вопросы
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований.

Работникам секс-бизнеса задают следующие вопросы:

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

В случае положительного ответа:

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, полученным от них, не разглашается

**Частота сбора** Раз в два года

**данных:**

**Разбивка:**

- По половому признаку (женщина, мужчина, трансгендер)
- По возрастному признаку (<25/25+ лет)

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из работников секс-бизнеса. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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.

В ходе предыдущих раундов отчетности ряд стран предоставляли данные о распространенности ВИЧ среди групп населения, включающих в себя женщин-трансгендеров, в графе для дополнительных комментариев в онлайн-инструменте отчетности. Данный факт указывает на возможность получения необходимой информации в самых разных условиях.

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

Данный показатель имеет наибольший вес в условиях, при которых расширение программ тестирования начало осуществляться лишь в недавнем времени. Люди, прошедшие тестирование более 12 месяцев назад и знающие о своем положительном статусе, рассматриваются в качестве лиц, не учитываемых при расчете показателя. В идеале, опросные листы должны содержать вопрос о причинах непрохождения респондентом теста в течение последних 12 месяцев. В том случае, если респондент отвечает, что знает о положительном результате



своего тестирования на ВИЧ, он не учитывается при расчете знаменателя. После 2015 года в данный показатель будут внесены официально утвержденные изменения. При подготовке отчетности по этому показателю странам, по возможности, не следует учитывать людей с положительными результатами тестирования на ВИЧ в ходе расчета знаменателя, при этом факт выполнения этой рекомендации необходимо указать в графе для комментариев.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена 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.;

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation* ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 1.10 Тестирование на ВИЧ среди работников секс-бизнеса

### Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ

#### Предназначение

Данный показатель 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. Во 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.

<b>Числитель:</b>	Число работников секс-бизнеса, имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ
<b>Знаменатель:</b>	Число работников секс-бизнеса, прошедших тестирование на ВИЧ
<b>Расчет:</b>	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 (женщина, мужчина, трансгендер)
- 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 АРВ-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 онлайн-инструмента отчетности .

Ввиду трудности доступа к работникам секс-бизнеса систематические ошибки в данных эпиднадзора по результатам серологического скрининга могут оказаться намного более значительными, чем в данных, полученных для общей группы населения, напр., для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации. Любые опасения 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 ключевых 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 дозорного эпиднадзора позволит повысить репрезентативность выборки и, следовательно, получить более надежные точечные оценки распространенности ВИЧ. В то же время добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сравнимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

В ходе предыдущих раундов подачи отчетности ряд стран предоставляли данные о распространенности ВИЧ среди групп населения, включающих в себя женщин-трансгендеров, в графе для дополнительных комментариев в онлайн-инструменте отчетности. Данный факт указывает на возможность получения необходимой информации в самых разных условиях.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена в следующих источниках:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](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](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf)) *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation (www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a).*

## 1.11 Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами: программы профилактики ВИЧ

### Предназначение

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

### 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.

<b>Числитель:</b>	Число МСМ, ответивших «да» на оба вопроса
<b>Знаменатель:</b>	Общее число опрошенных МСМ
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. Респондентам задают следующие вопросы: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Знаете ли вы, куда следует обратиться, если вы хотите пройти тест на ВИЧ?</li> <li>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)?</li> </ol> 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.
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	По возрастному признаку (<25/25+ лет)

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из МСМ. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

Включение этих показателей в отчетность не следует интерпретировать в том смысле, что данных услуг достаточно для реализации программ профилактики ВИЧ в рамках этой группы населения. Набор описанных выше ключевых вмешательств 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 подробная информация об элементах комплексных программ профилактики ВИЧ среди ключевых групп населения повышенного риска представлена 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, напр., за последние 3 или 6 месяцев или за последние 30 дней, пожалуйста, включите эти дополнительные данные только в раздел с комментариями в онлайн-инструменте 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 онлайн-инструментом отчетности.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена 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.;

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation* ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 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

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что они пользовались презервативом во время последнего анального секса
<b>Знаменатель:</b>	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые указали на то, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной последние шесть месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. При проведении исследования 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. 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
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li> </ul>

## 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, имеющих половые контакты как с мужчинами, так и с женщинами. В странах, где мужчины, включаемые в данную исследуемую 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, напр., за последние 3 или 12 месяцев, просьба включить эти дополнительные данные только в раздел для комментариев в онлайн-инструменте отчетности.

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из MSM. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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 подробная информация представлена 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.;

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation* ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

## 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

Данный показатель 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 ключевых групп населения с повышенным риском. В таком случае им следует рассчитать и включить в отчет данный показатель для этих групп населения.

<b>Числитель:</b>	Число мужчин, имеющих половые отношения с мужчинами, которые прошли тестирование на ВИЧ в течение последних 12 месяцев и знают результаты своего теста.
<b>Знаменатель:</b>	Число мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые включены в выборку
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований.

Респондентам задают следующие вопросы:

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

В случае положительного ответа:

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** Раз в два года

**данных:**

**Разбивка:**

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

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из МСМ. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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.

Данный показатель имеет наибольший вес в условиях, при которых расширение программ тестирования начало осуществляться лишь в недавнем времени. Люди, прошедшие тестирование более 12 месяцев назад и знающие о своем положительном статусе, рассматриваются в качестве лиц, не учитываемых при расчете показателя. В идеале, опросные листы должны содержать вопрос о причинах не прохождения респондентом теста в течение последних 12 месяцев. В том случае, если респондент отвечает, что знает о положительном результате своего тестирования на ВИЧ, он не учитывается при расчете знаменателя. После 2015 года в данный показатель будут внесены официально утвержденные изменения. При подготовке отчетности по этому показателю странам, по возможности, не следует учитывать людей с положительными результатами тестирования на ВИЧ в ходе расчета знаменателя, при этом факт выполнения этой рекомендации необходимо указать в графе для комментариев.



## Дополнительная информация

Более подробная информация представлена 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.;

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. MEASURE Evaluation* ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).

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

---

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

---

#### Предназначение

Данный показатель 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. Во 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 ключевых 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:**

- 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, подвергающее их риску заражения (напр., ограничиваясь анализом среди лиц, которые в течение последнего года впервые имели половой контакт с женщиной). 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, напр., для женщин, посещающих клинику дородовой женской консультации. Любые опасения 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 ключевых 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, характеризую-

ющей 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена в следующих источниках:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](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](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf))  
*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People*. MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a));

*Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People*. MEASURE Evaluation ([www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a)).



## ЦЕЛИ 1 И 2. ОЦЕНКА ЧИСЛЕННОСТИ КЛЮЧЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

### Обоснование

Эффективность планирования программ, направленных на работу с ключевыми категориями населения, может быть значительно увеличена в случае точного определения размеров таких групп. Наличие количественных данных позволит министерствам здравоохранения и ЮНЭЙДС сформировать представление о масштабах потенциальной эпидемии ВИЧ, а также об объеме ресурсов, достаточном для принятия профилактических мер в отношении находящихся в зоне риска групп населения.

1. Проводили ли вы оценку численности ключевых групп населения?

Ключевые группы населения	Оценка численности группы проводилась (да/нет)	В случае положительного ответа: когда оценка проводилась в последний раз? (год)	В случае положительного ответа: предоставьте оценку численности группы
<b>а) Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</b>			
<b>б) Лица, потребляющие инъекционные наркотики</b>			
<b>в) Работники секс-бизнеса</b>			
<b>д) Другие ключевые группы населения — просьба указать, какие именно, в графе для комментариев</b>			
<b>е) Комментарии:</b>			

С целью формирования более полного понимания направленных оценочных данных просим вас предоставить в графе для комментариев следующую информацию по каждому оценочному показателю:

1. определение соответствующей группы населения;
2. применявшийся для получения оценочных данных метод;
3. оценочные данные по участкам для каждого имеющегося оценочного показателя.

Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об оценках численности населения в цифровом формате, используя функцию загрузки.

Предпринимаемые в настоящее время усилия, направленные на предоставление более детализированных отчетов, обеспечат возможность географического соотнесения данных, использующихся при расчете знаменателя, с информацией о реализации соответствующих программ при осуществлении сбора таких данных в одних и тех же районах проведения исследований.



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

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

### 2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: программы профилактики

---

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

---

#### Предназначение

Данный показатель 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>).

<b>Числитель:</b>	Число шприцев, розданных в рамках ПОШ за последние 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, в стране
<b>Расчет:</b>	Числитель / знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Данные программ используются для определения числа розданных шприцев (числитель). Производится оценка численности группы населения, представленной лицами, потребляющими инъекционные наркотики, в стране (знаменатель)
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	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 оценочного числа группы населения, представленной ЛПИИ, в стране. Соответствующие оценочные данные публикуются ЮНОДК во Всемирном докладе о наркотиках, при этом такие сведения доступны для использования. В случае наличия причин для ОТКАЗА от использования этой информации их следует указать в графе для комментариев.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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

- Низкий: <100 шприцев на одного представителя группы ЛПИИ в год
- Средний: >100—<200 шприцев на одного представителя группы ЛПИИ в год
- Высокий: >200 шприцев на одного представителя группы ЛПИИ в год

Данные о вышеуказанных уровнях охвата основаны на исследованиях, 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 представлено 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, 2012 ([http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html)).

Более подробная информация представлена 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> (дополнительная информация о референтной группе и предоставленные оценочные показатели потребления инъекционных наркотиков и распространенности ВИЧ среди их потребителей в отдельных странах и во всем мире);

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011\\_Estimating\\_Populations\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_Estimating_Populations_en.pdf) (рекомендации в области оценки размера групп населения повышенного риска инфицирования ВИЧ, представленные в 2010 году рабочей группой ВОЗ/ЮНЭЙДС по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП);

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](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 и указавших на использование презерватива во время последнего полового акта*

---

### Предназначение

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики и указавших на то, что во время последнего полового контакта использовался презерватив
<b>Знаменатель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики и указавших на то, что они употребляли инъекционные наркотики и имели половые контакты за последний месяц
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. Лицам, потребляющим инъекционные наркотики, задают следующие вопросы: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц?</li><li>2. В случае положительного ответа: Были ли у вас половые контакты за последний месяц?</li><li>3. В случае положительных ответов на вопросы 1 и 2: Пользовались ли вы презервативом во время последнего полового контакта?</li></ol> 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 респондентам, а также к данным, полученным от них, не разглашается
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• По половому признаку</li><li>• По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li></ul>

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.



Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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 подробная информация представлена 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, 2012 [http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html);

*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 и указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков*

---

### Предназначение

Данный показатель 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) 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.

<b>Числитель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики и указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков
<b>Знаменатель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики и указавших на употребление инъекционных наркотиков на протяжении последнего месяца
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. Респондентам задают следующие вопросы: 1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо за последний месяц? В случае положительного ответа: 2. Пользовались ли вы стерильной иглой и шприцем? 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.
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• По половому признаку</li><li>• По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li></ul>

## Преимущества и недостатки

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

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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 подробная информация представлена 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, 2012 [http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/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, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты*

---

### Предназначение

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты
<b>Знаменатель:</b>	Число включенных в выборку лиц, потребляющих инъекционные наркотики
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель

<b>Метод измерения:</b>	Надзорное исследование поведения или другие специализированные виды исследований. Респондентам задают следующие вопросы: 1. Проходили ли вы тест на ВИЧ за последние 12 месяцев? В случае положительного ответа: 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
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в два года
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>По половому признаку</li> <li>По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li> </ul>

## Преимущества и недостатки

Полученные данные могут быть основаны не на репрезентативной национальной выборке, составленной из лиц, потребляющих инъекционные наркотики. Любые опасения относительно того, что данные основаны не на репрезентативной выборке, следует отразить в интерпретации данных исследования. Если существуют различные источники данных, следует использовать лучшую 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.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

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.

Данный показатель имеет наибольший вес в условиях, при которых расширение программ тестирования начало осуществляться лишь в недавнем времени. Люди, прошедшие тестирование более 12 месяцев назад и знающие о своем положительном статусе, рассматриваются в качестве лиц, не учитываемых при расчете показателя. В идеале, опросные листы должны содержать вопрос о причинах не прохождения респондентом теста в течение последних 12 месяцев. В том случае, если респондент отвечает, что знает о положительном результате своего тестирования на ВИЧ, он не учитывается при расчете знаменателя. После 2015 года в данный показатель будут внесены официально утвержденные изменения. При подготовке отчетности по этому показателю странам, по возможности, не следует учитывать людей с положительными результатами тестирования на ВИЧ в ходе расчета знаменателя, при этом факт выполнения этой рекомендации необходимо указать в графе для комментариев.

## Дополнительная информация

Более подробная информация представлена 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](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](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, 2012

[http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets\\_universal\\_access/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/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 и живущих с ВИЧ*

---

### Предназначение

Данный показатель 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. Во 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.

<b>Числитель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики имеющих положительную реакцию теста на ВИЧ
<b>Знаменатель:</b>	Число лиц, потребляющих инъекционные наркотики прошедших тестирование на ВИЧ
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	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 исследования. Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета данного показателя, должны оставаться неизменными, чтобы была возможность отслеживать изменения во времени.
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• По половому признаку</li> <li>• По возрастному признаку (&lt;25/25+ лет)</li> </ul>

## 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 онлайн-инструмента 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, напр., 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 ключевых 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 сравнимость значений. Таким образом, при проведении анализа тенденций важно, чтобы новые участки эпиднадзора не учитывались при расчете данного показателя.

Если данные собраны на субнациональном уровне, опишите разбивку по административно-территориальным единицам в поле для комментариев. Пожалуйста, представьте любые имеющиеся отчеты об исследованиях в цифровом формате, используя функцию загрузки.

### Дополнительная информация

Более подробная информация представлена в следующих источниках:

[http://www.unaids.org/en/HIV\\_data/Methodology/default.asp](http://www.unaids.org/en/HIV_data/Methodology/default.asp)

Обновленные руководящие принципы по эпиднадзору за ВИЧ среди ключевых 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](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 ГОДУ 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*
  - 3.1a *Процент живущих с ВИЧ женщин, получающих антиретровирусные препараты для себя или своих детей-младенцев в период грудного вскармливания (ранее — показатель 3.8)*
  - 3.2 *Процент рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин младенцев, прошедших вирусологический тест на ВИЧ в течение двух месяцев со дня рождения*
  - 3.3 *Оценочный процент случаев заражения ВИЧ-инфекцией детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей в течение последних 12 месяцев*
- 

### **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

Данный показатель 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 беременных женщин, живущих с ВИЧ. Поскольку данный показатель, как правило, измеряет число изначально выданных, а не принятых пациентом антиретровирусных препаратов, определить уровень приверженности схеме лечения в большинстве случаев не представляется возможным.

Послеродовые схемы лечения, в том числе АРВ-терапия, применяющаяся с целью снижения риска передачи ВИЧ во время грудного вскармливания, учитываются при расчете пока-



зателя 3.1a. Кроме того, производится расчет показателя 3.7, позволяющего оценить долю 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.

## 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.

<b>Числитель:</b>	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
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом за последние 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	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 ПО «Spectrum», или данные эпиднадзора в клиниках дородовой женской консультации в сочетании с демографическими данными и соответствующими корректировочными данными относительно охвата обследованиями в дородовых женских консультациях
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно или чаще в зависимости от потребностей страны в мониторинге
<b>Разбивка:</b>	Числитель следует разбить с учетом шести основных схем терапии, указанных ниже.  Пожалуйста, предоставьте данные на субнациональном уровне, с разбивкой по административно-территориальным единицам. В таблице для ввода данных имеется для этого специальная графа. Кроме того, Вы можете прислать любые имеющиеся отчеты по этой теме в цифровом формате, используя функцию загрузки.

## Пояснение к числителю

Респондентов, учитываемых при расчете числителя, следует распределить по шести ниже представленным категориям, соответствующим различным мерам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (первые три из которых в настоящее время рекомендованы ВОЗ) для беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом:

1. Начало курса АРТ после наступления текущей беременности
2. Начало курса АРТ до начала текущей беременности
3. Профилактика тремя АРВ-препаратами для матери (профилактические меры в соответствии с вариантом Б рекомендаций ВОЗ)
4. 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)
5. ТОЛЬКО разовая доза невирапина (с последующей послеродовой терапией или без нее)
6. Другое (просьба прокомментировать, напр., уточнить схему лечения, невозможность включения соответствующих мер в ту или иную категорию и т. д.)

## Описание распределенных по категориям схем терапии

Категория	Пояснение	Типичные примеры
Первые две категории предусматривают получение женщинами пожизненной антиретровирусной терапии (в том числе вариант Б+): 1) лечение, назначенное после наступления текущей беременности; 2) лечение, назначенное до наступления текущей беременности.	Лечение тремя препаратами в качестве пожизненного курса АРТ. 1) Число выявленных беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом, которым в отчетном периоде был назначен пожизненный курс АРТ 2) 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, начала прохождения пожизненного курса АРТ во время родов, женщину следует относить к категории 1.  В случае отсутствия данных о количестве женщин, проходящих антиретровирусную терапию на момент начала такого лечения, соответствующая информация может быть указана в графе, озаглавленной «Общее число беременных женщин, проходящих пожизненную АРТ».	Стандартная национальная схема лечения, напр.: <ul style="list-style-type: none"><li>• TDF+3TC+EFV</li><li>• AZT+3TC+NVP</li></ul>

Категория	Пояснение	Типичные примеры
3) Профилактика тремя АРВ-препаратами для матери (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом Б рекомендаций ВОЗ)	<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"> <li>• TDF+3TC+EFV</li> <li>• AZT+3TC+EFV</li> <li>• AZT+3TC+LPV/r</li> </ul>
4) Терапия для матери с применением препарата AZT (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом А рекомендаций ВОЗ)	<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"> <li>• AZT в любое время до начала схваток + NVP интранатально</li> <li>• AZT в любое время до начала схваток + NVP интранатально + 7-дневный курс AZT/3TC в послеродовой период</li> </ul>
5) Разовая доза невирапина (рд-NVP) для матери в период беременности или родов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невирапин — ЕДИНСТВЕННЫЙ препарат, который беременная женщина с положительным ВИЧ-статусом получает во время беременности, в период схваток или родоразрешения.</li> </ul> <p>К категории рд-NVP НЕ относятся следующие случаи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• невирапин вводится во время беременности в рамках терапии в соответствии с вариантом А, или</li> <li>• ВИЧ-положительной беременной женщине назначается курс терапии в соответствии с вариантом А, Б или Б+ в момент схваток или родоразрешения.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТОЛЬКО рд-NVP для матери в начале родов</li> <li>• ТОЛЬКО рд-NVP + 7-дневный послеродовой курс AZT/3TC</li> <li>• ТОЛЬКО рд-NVP для матери в начале родов и рд-NVP для ребенка</li> </ul>

Значение числителя должно соответствовать показателям, указанным при работе с ПО «Spectrum». В противном случае группе ответственных лиц будет направлен автоматический запрос на приведение данных к единому стандарту.

Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД	ПО «Spectrum»
1) Начало курса АРТ после наступления текущей беременности	Начало курса АРТ <b>после</b> наступления текущей беременности
2) Начало курса АРТ до начала текущей беременности	Начало курса АРТ <b>до начала</b> текущей беременности
3) Профилактика тремя АРВ-препаратами для матери (профилактические меры в соответствии с вариантом Б рекомендаций ВОЗ)	Вариант Б — профилактика тремя препаратами, начиная с 14-й недели
4) Терапия для матери с применением препарата AZT (профилактические меры во время беременности и родов в соответствии с вариантом А рекомендаций ВОЗ)	Вариант А — терапия для матери с применением препарата AZT
5) Разовая доза невирапина (рд-NVP) для матери в период беременности или родов	Разовая доза невирапина
6) Другое (как правило, используется странами, в которых будущим матерям на поздних сроках беременности по-прежнему назначается препарат AZT)	При указании на назначение терапии для матери с применением препарата AZT в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2006 г. в ПО «Spectrum» требуется предоставление данных о ранее использовавшихся схемах лечения. Данная категория используется для описания схем лечения, применявшихся в прошлом.

## Пояснение к знаменателю

Для определения знаменателя можно применить два способа:

1. Построение прогнозной модели, напр., при помощи ПО «Spectrum»; 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 ПО «Spectrum».

Для обеспечения сравнимости данные ПО «Spectrum» будут использованы для определения знаменателя при проведении анализа на глобальном уровне.

## Преимущества и недостатки

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 в рамках 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. Наиболее актуальная информация представлена по следующим ссылкам: [www.who.int/hiv/pub/mtct/en/](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/)  
[www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html)

## 3.1a Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку при грудном вскармливании

---

*Процент живущих с ВИЧ женщин, получающих антиретровирусные препараты для себя или своих детей-младенцев в период грудного вскармливания (ранее — показатель 3.8)*

---

### Предназначение

В то время как показатель 3.1 позволяет оценить охват существующими программами будущих матерей во время беременности и родов, показатель 3.1a используется для определения того, получают ли женщины или их дети-младенцы лечение в рамках профилактических мер, осуществляемых в ходе периода грудного вскармливания.

### Обоснование

Риск передачи ВИЧ-инфекции ребенку от кормящей грудью и не получающей антиретровирусное лечение женщины остается высоким. Данный риск может быть снижен посредством прохождения матерью или ребенком профилактических мероприятий на протяжении всего периода грудного вскармливания. Предоставляемые данные будут использоваться для оценки прогресса, достигнутого на пути реализации глобальных и национальных целей в области предотвращения случаев передачи ВИЧ от матери ребенку, а также для информационного сопровождения деятельности по планированию политических и стратегических мер, пропагандистской деятельности и привлечения ресурсов, необходимых для ускорения процесса расширения программ.

<b>Числитель:</b>	Число живущих с ВИЧ женщин, осуществлявших грудное вскармливание и получивших профилактический курс антиретровирусной терапии для себя или своих детей-младенцев с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку в период грудного вскармливания в течение последних 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	Оценочное число живущих с ВИЧ женщин, осуществлявших грудное вскармливание в течение последних 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Расчет числителя: данные национальных программ, агрегированные с использованием инструментов мониторинга хода реализации программ, в том числе журналов учета пациентов и форм итоговой отчетности. Сбор данных, необходимых для расчета числителя, может производиться в ходе визитов матерей с шестинедельными младенцами для проведения ранней диагностики ВИЧ среди младенцев (РДМ) и визитов, предпринимаемых с целью получения третьей дозы вакцины АКДС (2—3 месяца с момента рождения ребенка), при этом такие данные следует регистрировать отдельно от данных о мерах профилактики передачи ВИЧ с помощью АРВ-препаратов непосредственно после родов. В отношении младенцев, находящихся на грудном вскармливании, необходимо фиксировать факт получения или неполучения предназначенных для снижения вероятности постнатальной передачи инфекции АРВ-препаратов матерью или младенцем. При расчете числителя также учитываются ВИЧ-инфицированные беременные женщины, отвечающие критериям, применяющимся при назначении пожизненной АРТ, и получающие такое лечение, которое — за счет профилактического действия антиретровирусной терапии — способствует снижению риска передачи ВИЧ от таких матерей их детям при грудном вскармливании. Расчет знаменателя: показатели прогнозных моделей, таких как модели, получаемые с помощью ПО «Spectrum», или данные исследований в дородовых женских консультациях, скорректированные с учетом демографических показателей и охвата группы исследованием. Знаменатель отражает число живущих с ВИЧ женщин, осуществляющих грудное вскармливание. В случае существования условий, при которых грудное вскармливание осуществляется большинством женщин с положительным статусом ВИЧ, расчет знаменателя может осуществляться опосредованно на основе оценочных данных о количестве беременных женщин, живущих с ВИЧ (при корректировке таких значений на показатель младенческой смертности до установления сроков проведения оценки). В случае наличия вероятности того, что значительное число младенцев, подверженных риску заражения ВИЧ, не вскармливаются грудным молоком, необходимо произвести оценку количества подверженных риску заражения ВИЧ младенцев, вскармливаемых грудным молоком.
<b>Частота сбора данных:</b>	Раз в год или чаще, в зависимости от потребностей страны в области осуществлении мониторинга.

## Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет странам осуществлять мониторинг охвата программами, реализуемыми с целью снижения риска передачи ВИЧ детям в ходе грудного вскармливания. Поскольку при расчете этого показателя учитывается количество предоставленных, а не фактически использованных антиретровирусных препаратов, уровень приверженности предложенной схеме лечения не поддается установлению.

Данный показатель необходимо отличать от показателя 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»).

Важным аспектом является оценка охвата получения женщинами АРВ-препаратов в период грудного вскармливания, однако во многих регионах наблюдается значительный спад числа пациенток, продолжающих наблюдаться у врача после визита с ребенком в возрасте 6 недель. Таким образом, в дальнейшем точно рассчитать охват программ затруднительно. В отношении групп, использующих грудное вскармливание, необходимо приложить усилия для того, чтобы с помощью этого показателя обеспечить оценку охвата получения АРВ-препаратов или АКДС3 в период грудного вскармливания по истечении шестинедельного срока.

В случае недостаточной репрезентативности предоставленных значений показателя на национальном уровне это следует указать в графе для комментариев вместе с описанием использованной выборки.

### 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. Наиболее актуальная информация представлена по следующим ссылкам: [www.who.int/hiv/pub/mtct/en](http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en)  
[www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html](http://www.who.int/hiv/pub/me/en/index.html)

## 3.2 Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев

---

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

---

### Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения степени прогресса в тестировании на ВИЧ младенцев, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, в течение первых двух месяцев после рождения с целью определения их ВИЧ-статуса, а также соответствия критериям назначения 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.

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

## Пояснение к числителю

Данные собираются на основе баз данных диагностических лабораторий, предназначенных для проведения ранней диагностики ВИЧ среди младенцев. 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 двух 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 необходимо указать результаты соответствующего тестирования (положительный, отрицательный или неопределенный результаты либо отказ лаборатории принять образцы для проведения тестирования). Отражать в отчете следует только самые последние данные о результате тестирования младенца в течение первых двух месяцев после рождения.

## Пояснение к знаменателю

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

Для определения знаменателя можно применить два способа:

а) использование прогнозной модели, напр., при помощи ПО «Spectrum» 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 исследованием таких клиник), если нельзя получить прогноз с помощью ПО «Spectrum».

Для обеспечения сопоставимости данные ПО «Spectrum» 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. Для данного показателя необходимы только следующие три составляющие: дата забора биоматериала, возраст на момент забора (фактический или рассчитанный 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 должен являться 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. недостаточно слаженное управление поставками тест-систем для проведения вирусологических тестов на ВИЧ, некачественный сбор данных, недостатки в наблюдении пациентов, а также неправильное обращение с образцами биоматериала.

Разбивка данных по результатам тестирования не может служить косвенным показателем вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Если уровень охвата национальных потребностей услугами РДМ или охвата услугами тестирования для РДМ в первые два месяца после рождения низкий, данные о низкой доле положительных результатов на ВИЧ среди детей, прошедших тестирование, необязательно означают успешную реализацию соответствующих программ, поскольку в данной выборке не представлены многие другие дети, ВИЧ-статус которых, вероятно, положительный.

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-положительными 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 подробная информация представлена 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-положительными матерями за последние 12 месяцев*

### Предназначение

Данный показатель 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 программами ППМР и использование более эффективных схем профилактики и лечения должно снизить процент ВИЧ-положительных детей.

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

**Знаменатель:** Оценочное число ВИЧ-положительных 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 от практик грудного вскармливания. Рассчитать вероятность передачи ВИЧ можно с помощью модели, спроецированной ПО «Spectrum». ПО «Spectrum» использует следующие данные:

- a. распределение ВИЧ-положительных женщин, применяющих различные схемы приема антиретровирусных препаратов до и во время родов (в околородовой период), исходя из их категории с учетом уровня CD4;
- b. распределение женщин и детей, принимающих антиретровирусные препараты после родов (в послеродовой период), исходя из категории с учетом уровня 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 практик грудного вскармливания.

Оценочный коэффициент передачи ВИЧ от матери ребенку на национальном уровне представляется в итоговом окне «Дети 0—14» ПО «Spectrum». Эту переменную величину можно также рассчитать путем деления величины «Новые случаи инфицирования ВИЧ», предусмотренной для детей в возрасте от 0—14 лет, на величину «Женщины, нуждающиеся в ППМР», используя ПО «Spectrum».

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» ПО «Spectrum» 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

С целью обеспечения сравнимости данных для расчета этого показателя в рамках осуществления глобального анализа будут использоваться выходные данные ПО «Spectrum».

## Преимущества и недостатки

Данный показатель позволяет оценивать потенциал программ ППМР во времени, определяя воздействие увеличения предоставления антиретровирусных препаратов, а также применения более эффективных схем лечения и оптимальной практики грудного вскармливания. Этот показатель генерируется моделью, которая предоставляет оценочные данные о ВИЧ-инфекции 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-положительных 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 ВИЧ-положительны, от общего числа детей, рожденных ВИЧ-положительными матерями. Все страны должны проводить мониторинг данных относительно ВИЧ-статуса и выживаемости детей, рожденных ВИЧ-положительными 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, получающих в настоящее время антиретровирусное лечение\**
- 4.2 *Процент ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжили получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала*
- 

\*Показатель, включенный в перечень Целей развития тысячелетия

### 4.1 Лечение при ВИЧ: антиретровирусная терапия

---

*Процент взрослых и детей, получающих в настоящее время антиретровирусное лечение, от числа всех взрослых и детей, живущих с ВИЧ*

---

#### Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в предоставлении антиретровирусной терапии всем людям, живущим с ВИЧ.

#### Обоснование

Доказано, что назначение антиретровирусной терапии (АРТ) снижает связанную с ВИЧ смертность среди людей, живущих с ВИЧ, а также риск передачи ВИЧ-инфекции. За последние годы рекомендации, устанавливающие критерии включения в антиретровирусное лечение, претерпели ряд изменений. Кроме того, критерии, которыми в этом вопросе руководствуются отдельные страны, не всегда соответствуют международным стандартам. В результате этого предоставленные данные охвата АРТ отличались методикой расчета, например в их основу были положены рекомендации международных руководств, национальных руководств и протоколов или руководств и протоколов обоих уровней. При внесении изменений в международные руководства с целью включения в лечение большего числа людей, живущих с ВИЧ, национальные показатели охвата уменьшаются. С целью предотвращения отличий в расчете охвата АРТ, количество людей, получающих такое лечение, будет соотноситься с общим числом людей, живущих с ВИЧ. Использование подхода в расчете охвата АРТ с учетом оценочного числа всех людей, живущих с ВИЧ, в качестве знаменателя схоже с расчетом знаменателя на основе количества людей, которые нуждаются в антиретровирусном лечении, как это осуществлялось ранее в соответствии с рекоменда-

циями 2013 года в отношении применения антиретровирусной терапии. Согласно критериям предоставления антиретровирусного лечения, предложенным ВОЗ, такая терапия полагается приблизительно 85 % людей, живущих с ВИЧ.

**Числитель:** Число взрослых и детей, в настоящее время получающих антиретровирусное лечение в соответствии с утвержденным национальным протоколом лечения (или стандартами ВОЗ) на конец отчетного периода

**Знаменатель:** Оценочное число взрослых и детей, живущих с ВИЧ. Национальные критерии назначения антиретровирусной терапии отличаются в отдельных странах. Для того, чтобы обеспечить сравнимость этого показателя в разных странах, в глобальных отчетах данные об охвате взрослых и детей антиретровирусной терапией подлежат представлению в виде процента от общего числа людей, живущих с ВИЧ

**Расчет:** Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Несмотря на то, что охват АРТ будет оцениваться относительно общего числа людей, живущих с ВИЧ, также требуется предоставить оценку числа лиц, которые нуждаются в антиретровирусном лечении в соответствии с критериями включения, согласно национальным руководствам.

Данные необходимо собирать на уровне учреждений на постоянной основе. Данные следует периодически агрегировать. Для ежегодной отчетности следует использовать последние доступные данные за полный год.

Расчет числителя: журналы учета получающих антиретровирусное лечение пациентов отдельных учреждений и соответствующие межведомственные формы отчетности. Расчет знаменателя: модели для оценки распространенности ВИЧ, такие как модели, получаемые в ПО «Spectrum».

**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:**

- По половому признаку.
- По возрастному признаку (менее 15 лет, 15 лет и старше, 15—49 лет, <1 года, 1—4 года, 5—9, 10—14, 15—19 лет, 20—24 года, 25—49 и свыше 50 лет).
- Государственные/частные учреждения.
- Пациенты, впервые начавшие антиретровирусное лечение в течение последнего отчетного года (данный показатель можно рассчитать на основе данных из тех же источников, которые используются для подсчета общего числа людей, получающих антиретровирусное лечение).

Пожалуйста, предоставьте данные на субнациональном уровне, с разбивкой по административно-территориальным единицам. В таблице для ввода данных имеется для этого специальная графа. Кроме того, Вы можете прислать любые имеющиеся отчеты по этой теме в цифровом формате, используя функцию загрузки.

## 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, которые когда-либо начинали антиретровирусное лечение, минус число лиц, которые не получают лечение на момент завершения отчетного периода.

Пациенты, не получающие на данный момент лечение (на конец отчетного периода), или, иными словами, лица, исключенные из числителя — это пациенты, которые умерли, прекратили лечение или которые выпали из наблюдения.

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 постконтактной профилактики, в этот показатель не включаются. ВИЧ-инфицированные беременные женщины, получающие пожизненную антиретровирусную терапию, включаются в этот показатель.

Число взрослых и детей, 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.

При наличии данных пациенты, получающие антиретровирусное лечение в частном секторе и государственном секторе, должны включаться в числитель.

## Пояснение к знаменателю

Расчет знаменателя осуществляется посредством оценки числа людей, живущих с ВИЧ. В прошлом, ЮНЭЙДС и ВОЗ предоставляли соответствующую отчетность в виде процентного соотношения, рассчитываемого на основе данных о количестве людей, нуждающихся в АРТ в соответствии с критериями ВОЗ. С 2014 года в такой отчетности будет учитываться общее оценочное число людей, живущих с ВИЧ. Данные изменения не преследуют цель популяризации представления о необходимости получения антиретровирусного лечения всеми людьми, живущими с ВИЧ. В действительности данные меры реализуются с целью упрощения расчетов, обеспечения их неизменности во времени и приведения к единому стандарту показателей охвата АРТ, получаемых на государственном и глобальном уровнях.

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

## 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 лечению. Каждый такой параметр будет изменяться в зависимости от страны и может изменяться во времени.

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 лечению.

### Дополнительная информация

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

## 4.2 Дальнейшее участие 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 через 12 месяцев после его начала*

### Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в увеличении выживаемости инфицированных взрослых и детей за счет их удержания на антиретровирусном лечении.

### 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.

<b>Числитель:</b>	Число выживших взрослых и детей, продолжающих курс антиретровирусного лечения через 12 месяцев после его начала
<b>Знаменатель:</b>	Общее число взрослых и детей, начавших курс антиретровирусного лечения, которые, как предполагалось, должны были добиться результатов через 12 месяцев в отчетном периоде, включая тех, которые умерли после начала антиретровирусного лечения, тех, которые прекратили лечение, а также тех, кто выпали из наблюдения в течение 12 месяцев
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель



<b>Метод измерения:</b>	<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. Заранее определенное число месяцев может устанавливаться согласно национальным требованиям к отчетности. Если отчетным периодом является период с 1 января по 31 декабря 2014 г., 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 2013 г. Если отчетный период установлен с 1 июля 2013 г. по 30 июня 2014 г., страны будут включать пациентов, которые начали антиретровирусное лечение в период с 1 июля 2012 г. по 30 июня 2013 г.</p> <p>12-месячный результат определяется как конечный результат (т. е. выжил ли пациент, получающий антиретровирусное лечение, умер ли такой пациент или выпал из наблюдения) когда исполняются 12 месяцев после начала лечения. Например, пациенты, которые начали антиретровирусное лечение в течение 12 месяцев с 1 января по 31 декабря 2012 г., достигнут своих 12-месячных результатов для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2014 г.</p>
<b>Частота сбора данных:</b>	<p>После начала антиретровирусного лечения когортные данные для таких пациентов обычно следует собирать ежемесячно. После этого данные для ежемесячных когорт, которые закончили 12-месячный курс лечения, следует объединить.</p>
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• По половому признаку</li> <li>• По возрастному признаку (&lt;15, 15+ лет)</li> <li>• Наличие или отсутствие беременности на дату начала лечения</li> <li>• Осуществление грудного вскармливания на дату начала лечения</li> </ul>

## Пояснение к числителю

Для числителя необходимо, чтобы пациенты — взрослые и дети — оставались в живых и получали антиретровирусное лечение в 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 через 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 2013 года, если в какой-то момент времени с мая 2013 года по май 2014 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 2014 года) они не получают антиретровирусное лечение и не включаются в числитель. И наоборот, пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2013 года и пропустил прием в июне 2013 года, но был на учете как получающий антиретровирусное лечение в мае 2014 года (на 12-й месяц), считается получающим лечение и включается в числитель. Важно, что пациент, который начал антиретровирусное лечение в мае 2013 года, остается на учете как живой и получающий антиретровирусное лечение через 12 месяцев, независимо от того, что могло произойти с мая 2013 года по май 2014 года.

В журналах регистрации пациентов, получающих антиретровирусное лечение, должны отмечаться различные особенности, характеризующие пациентов, напр. их возраст на дату начала курса АРТ. Кроме того, во многие журналы учета будет включена информация о наличии или отсутствии беременности у пациенток и факте осуществления ими грудного вскармливания на дату начала курса АРТ. С целью определения степени удержания беременных и кормящих грудью пациенток в программе АРТ по прошествии 12 месяцев в отношении таких женщин необходимо осуществлять расчет соответствующих показателей.

### Пояснение 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 2014 г. сюда будут включены все пациенты, которые начали антиретровирусное лечение во время 12-месячного периода с 1 января по 31 декабря 2013 г. 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 из другого учреждения в какой-то момент после начала лечения до окончания 12-месячного периода, и исключает пациентов, которые были переведены в другое учреждение за тот же период, что отражает чистую текущую когорту для каждого учреждения. Иными словами, на уровне учреждения пациенты, которые были переведены в другое учреждение, не будут учитываться ни в числителе, ни в знаменателе. Точно так же пациенты, которые были переведены в программу лечения из другого учреждения, будут учитываться и в числителе, и в знаменателе.

На национальном уровне число пациентов, переведенных в программу из других учреждений, должно соответствовать числу переведенных пациентов в другие учреждения. 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 переведенные в другие учреждения) в 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, которые выпали из наблюдения, 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 некой когорте лечения.

Приоритетная отчетность предназначена для представления совокупных данных о выживших пациентах. При наличии 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

Данный показатель 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 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 ВИЧ-инфекцией, которые получали 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. Оценки знаменателя за 2014 год (представленные странами на основе сообщений о числе случаев и данных об охвате АРТ) будут доступны только в августе этого года – их не следует предоставлять во время подготовки данного отчета. Для справки: оценочные данные за 2013 год можно найти по адресу: <http://www.who.int/tb/country/en>.

**Расчет:** Числитель/знаменатель

<b>Метод измерения:</b>	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
<b>Частота сбора данных:</b>	Данные необходимо собирать на уровне учреждений на постоянной основе. Данные следует периодически агрегировать, предпочтительно раз в месяц или квартал, и предоставлять ежегодно. 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. ВОЗ предоставляет ежегодные оценки, характеризующие бремя ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, используя лучшие 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, за вычетом случаев скрытого протекания болезни. Всем людям, живущим с ВИЧ и больным ТБ, необходимо начать противотуберкулезное лечение и АРТ через восемь недель после начала противотуберкулезного лечения независимо от показателей числа CD4. ВИЧ-позитивные больные туберкулезом, у которых наблюдается сильная иммуносупрессия (напр., CD4 меньше 50 клеток/мм<sup>3</sup>), должны получить АРТ в течение первых двух недель после начала противотуберкулезного лечения. Курс лечения ТБ следует начинать в соответствии с требованиями государственной программы противодействия ТБ.

Этот показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами по ТБ и ВИЧ обеспечивает доступ людям, живущим с ВИЧ и больным 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 подробная информация представлена в следующих источниках:

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

Руководство по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244598191\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789244598191_rus.pdf)).



## **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*

#### **6.1 Расходы в связи со СПИДом**

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

#### Предназначение

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

#### Обоснование

Объемы ресурсов, выделяемых на противодействие СПИДу продолжают расти, чтобы покончить с эпидемией к 2030 году. Учитывая нехватку ресурсов, все важнее становится точное отслеживание: i) использования имеющихся ресурсов для разнообразных программ по ВИЧ и СПИДу на национальном уровне; и ii) источников происхождения средств. Эти данные используются как доказательство для отслеживания изменений в приоритетах национальной политики и определения того, привели ли проведенные реформы и новые программы к изменениям в распределении и расходовании ресурсов. Эти данные также используются для измерения глобальных расходов в связи со СПИДом, а это важный компонент мониторинга выполнения Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года.

В данном отчетном периоде мы внедряем более совершенные концептуальные рамки Матрицы национального финансирования и пересмотренную классификацию программ по СПИДу. Эти изменения были сделаны для получения более актуальной информации о политике и ключевых показателях, разработанных с целью охвата десяти целей Политической декларации 2011 года.

В Матрице национального финансирования отражен инвестиционный подход и полностью интегрирована стратегия «ускорения» с целью прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году. В новых рамках особое внимание уделяется отслеживанию расходов на базовые программы по профилактике и лечению и связанные с этим важные факторы содействия и синергизм в области развития. В этой связи категории программ были переименованы и реструктурированы, хотя содержание программ остается без изменений.

Классификация программ и услуг сделана максимально понятной для пользователя. Для того чтобы помочь странам в адаптации этих изменений в новой системе классификации, мы предлагаем список соответствий предыдущим кодам.

В Приложении 2 представлены инструкции Упрощение категорий отчетности в GARPR не исключает необходимости сбора дезагрегированных данных в ходе анализа расходов в странах. Наоборот, странам рекомендуется и в дальнейшем собирать дезагрегированную или детализированную информацию и анализировать ее для целей, существующих в странах, но отчеты по ней следует подавать в обобщенном виде на страновом уровне.

Рамки классификации программ по СПИДу структурированы по 10 целям, поставленным в Политической декларации Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ и СПИДу 2011 года, и разделены на 8 ключевых областей программ по СПИДу. Каждая программная область содержит ряд конкретных категорий, включая базовые программы по профилактике и лечению, а также важные факторы содействия и синергию с программами развития.

Полный список программных областей и категорий расходов представлен в Приложении 2. Для упрощения использования и просмотра этой матрицы предусмотрена опция, позволяющая скрывать и открывать категории каждой программы по ВИЧ/СПИДу – для этого нужно нажать «+» или «-» в левой части таблицы. Такая же опция позволяет скрывать и открывать колонки, в которых указаны источники финансирования. В Приложении 2 содержатся дополнительные инструкции по заполнению Матрицы национального финансирования и представлению данных.

**Инструмент измерения:**

Основной инструмент/метод:

1. Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС)

Альтернативный инструмент/метод:

2. Система счетов здравоохранения (ССЗ)

**Метод измерения:**

Поскольку страны могут выбирать разные методы и инструменты для мониторинга потоков денежных средств, расходуемых в связи с ВИЧ и СПИДом, мы рекомендуем использовать ОНРС в качестве основного метода и ССЗ – в качестве альтернативного. При измерении расходов с помощью ОНРС или ССЗ не должно возникнуть существенной разницы. Однако некоторые мероприятия, осуществляемые вне сектора здравоохранения, могут не учитываться в ССЗ. Результаты подсчетов с использованием этих инструментов следует использовать для заполнения Матрицы национального финансирования, которая затем прилагается к страновому отчету о достигнутом прогрессе. Если предлагаемые методы измерения не применяются, страны могут провести сбор данных специально для отчета с подробным описанием способов подсчета расходов.

**Частота сбора данных:**

Предпочтительно делать это через определенные периоды времени, например, каждый календарный или финансовый год.

В данный отчетный период мы предлагаем странам присылать столько годовых отчетов, сколько они сочтут необходимым, включая оценки за 2012, 2013 и 2014 годы. С точки зрения отчетности по показателю б.1 страны не ограничены последними тремя годами и могут присылать данные, собранные с 2001 года. Если в ранее присланные Матрицы национального финансирования не были внесены изменения, то страны могут не присылать те же самые данные повторно. Если данные за предыдущий отчетный период были неточными, странам рекомендуется прислать уточненные версии отчетов.

## Преимущества и недостатки

Методы ОНРС и ССЗ признаны на международном уровне, поэтому они и предлагаются в качестве основных и, соответственно, альтернативных инструментов для сбора данных. ОНРС позволяет проводить всестороннюю разбивку данных по программам и получать информацию, необходимую для заполнения Матрицы национального финансирования. ССЗ не позволяет проводить разбивку данных по программам на таком же уровне, однако дает возможность определить источники финансирования общих расходов здравоохранения в связи со СПИДом. Кроме того, в ОНРС можно отслеживать расходы, не связанные со здравоохранением, такие как социальное обеспечение, образование, занятость, правосудие и расходы других секторов, вовлеченных в многосекторальные меры в ответ на ВИЧ.

Подсчет расходов с помощью ОНРС или ССЗ может быть трудоемким процессом и требует наличия потенциала определенного уровня. Иногда довольно непросто бывает получить доступ к качественным данным о реальных расходах. Таким образом, применение этого подхода требует серьезной политической поддержки и готовности многочисленных заинтересованных сторон предоставить необходимые данные. В то же время, важно, чтобы сбор этих данных проходил регулярно, последовательно и комплексно, поэтому желательно, чтобы эта работа официально проводилась на национальном уровне с использованием одного из рекомендованных инструментов.

## Дополнительная информация

3. ЮНЭЙДС. Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС): Классификация и определения  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20090227\\_nasa\\_classifications\\_edition\\_ru\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20090227_nasa_classifications_edition_ru_0.pdf)
4. UNAIDS. Guide to Produce National AIDS Spending Assessment (NASA)  
[http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406\\_nasa\\_notebook\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090406_nasa_notebook_en.pdf)
5. UNAIDS. National AIDS Spending Assessment (NASA) country reports  
<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/nasacountryreports/>
6. WHO. Producing national health accounts <http://www.who.int/SHA/create/en/>
7. OECD. Eurostat. WHO. A system of health accounts. 2011 Edition  
<http://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1>
8. WHO. Guidelines on the Implementation of the System of Health Accounts 2011  
[http://www.who.int/health-accounts/documentation/system\\_of\\_health\\_accounts\\_2011/en/](http://www.who.int/health-accounts/documentation/system_of_health_accounts_2011/en/)
9. USAID, Health Systems 20/20 and UNAIDS. Linking NASA and SHA concepts and mechanics  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2009/SHA\\_nasa\\_crosswalk\\_final\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2009/SHA_nasa_crosswalk_final_en.pdf)





## ЦЕЛЬ 7. УСТРАНЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО НЕРАВЕНСТВА

---

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

---

### 7.1 Распространенность случаев насилия со стороны сексуального партнера за последний период

---

*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.*

---

#### 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 косвенный показатель гендерного неравенства).

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, особенно в 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 ВИЧ, а также их уязвимости к ВИЧ, лежит укоренившееся и широко распространенное гендерное неравенство, в частности, насилие по отношению к женщинам. Насилие и ВИЧ связаны между собой прямо и косвенно. Результаты исследований, проведенных во многих странах, показывают, что значительная доля женщин в той или иной форме испытала насилие в определенный период жизни. По оценкам ВОЗ, в мире каждая третья женщина в течение жизни подвергалась насилию со стороны интимного партнера и/или сексуальному насилию со стороны постороннего мужчины. 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. Дополнительная информация о мониторинге прогресса в деле достижения гендерного равенства (за рамками показателя 7.1) приведена в Приложении 7.

<b>Числитель:</b>	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. (См. пояснение к числителю ниже о том, какие конкретные факты физического или сексуального насилия следует включать в этот показатель).
<b>Знаменатель:</b>	Общее число опрошенных женщин в возрасте 15—49 лет, у которых в настоящее время есть или когда-либо был сексуальный партнер
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Проведение исследований среди населения, таких как «Многосторонние исследования ВОЗ», исследования в области демографии и здравоохранения / исследования для показателей по СПИДу (модуль домашнего насилия), «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, которая позволяет собрать такую информацию, не нарушая этических норм и не подвергая субъектов исследования опасности, но обеспечивая при этом максимальную надежность и достоверность данных
<b>Частота сбора данных</b>	Каждые 3—5 лет
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• По возрастному признаку (15—19 лет, 20—24 года и 25—49 лет)</li> <li>• По ВИЧ-статусу (при наличии данных)</li> </ul>

## Пояснение к числителю

К женщинам в возрасте 15—49 лет, когда-либо выходящим 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 сексуальный 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 косвенно 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 обратно 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.

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. Этот также будет невозможным без пропаганды ответственности мужчин за профилактику ВИЧ. 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.

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. Исследования, проведенные по всему миру за более чем десять лет, задокументировали существование неоспоримой связи между насилием в отношении женщин и ВИЧ. Результаты исследований показывают, что связь между насилием в отношении женщин и ВИЧ является как фактором, способствующем инфекции, так и ее следствием. Эта связь осуществляется через множество прямых и опосредованных механизмов. Например:

В рамках отчетности по этому показателю в 2015 году вводится дополнительное поле для комментариев, в котором страны могут указать любые имеющиеся данные о гендерном насилии в отношении женщин, мужчин и ключевых групп населения, включая женщин, живущих с ВИЧ. Насилие по гендерному признаку (помимо НИП) также повышает уязвимость мужчин, мальчиков и представителей ключевых групп к ВИЧ. Эти дополнительные данные позволят обеспечить более полное понимание ситуации, а также прогрессе в деле достижения гендерного равенства с учетом особенностей развития эпидемии в каждой стране.

- 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;
- 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.

Global and regional estimates of violence against women. Geneva, World Health Organization, 2013.

16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool. Geneva, World Health Organization, 2013.

Unite with women, unite against violence and HIV. Geneva, UNAIDS, 2014.

World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010.

Dunkle KL, Decker MR. Gender-based violence and HIV: reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *Am J Reprod Immunol* 2013; 69 (Suppl. 1): 20–26.

The Gap Report” Chapter 2: Adolescents and Young women, pp 132-145 [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids\\_gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/unaids_gap_report_en.pdf).



## ЦЕЛЬ 8. РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ СТИГМЫ И ДИСКРИМИНАЦИИ

### 8.1 Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ

#### 8.1 Дискриминационное отношение к людям, живущим с ВИЧ

*Доля мужчин и женщин в возрасте 15—49 лет, которые сообщают о дискриминационном отношении к людям, живущим с ВИЧ*

##### Предназначение

Данный показатель предназначен для измерения прогресса в снижении распространенности дискриминационного отношения к людям, живущим с ВИЧ, а также оценки уровня одобрения дискриминационных мер в обществе.

##### Обоснование

Дискриминация является нарушением прав человека, запрещенным международными правозащитными нормами и большинством национальных конституций. В контексте ВИЧ дискриминация определяется как несправедливое или необоснованное отношение к человеку (выраженное в виде действия или бездействия) на основании его ВИЧ-статуса, действительного или предполагаемого. Дискриминация приводит к повышению рисков и лишению людей прав, и в конечном итоге приводит к развитию эпидемии ВИЧ.

Данный показатель не измеряет уровень дискриминации как таковой; он измеряет распространенность в обществе дискриминационного отношения, которое может приводить к дискриминационным действиям (или бездействию). Один компонент показателя измеряет уровень одобрительного отношения респондентов к гипотетической ситуации дискриминации ВИЧ-положительных людей в некоем учреждении, другой отражает степень социального дистанцирования или степень проявления в поведении людей существующих предрассудков. Комбинированный показатель может быть использован для оценки уровня стигмы и вероятности дискриминации ВИЧ-инфицированных людей в данной социальной среде. Данный показатель позволяет получить более полное представление и разработать более эффективные меры устранения дискриминации людей, живущих с ВИЧ, путем (1) отслеживания изменения доли людей, разделяющих дискриминационное отношение, (2) сравнительной оценки работы административных органов на уровне страны, провинции, штата и т. п., а также (3) выделения приоритетных направлений работы.

<b>Числитель:</b>	Число респондентов (в возрасте 15—49 лет), ответивших «Нет» на любой из двух вопросов.
<b>Знаменатель:</b>	Число всех респондентов в возрасте 15—49 лет, которые слышали о ВИЧ
<b>Расчет:</b>	Числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	<p>Проведение исследований среди населения (исследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные исследования или другие репрезентативные исследования)</p> <p>Данный показатель рассчитывается по результатам опроса населения на основании ответов респондентов, слышавших о ВИЧ, на следующие вопросы.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Стали бы вы покупать свежие овощи у лавочника или продавца, если бы вы знали, что он является носителем ВИЧ? («Да»; «Нет»; «Не знаю / не уверен»; «В зависимости от ситуации»)</li> <li>• Должны ли, по вашему мнению, дети, живущие с ВИЧ, иметь возможность посещать школу вместе с ВИЧ-отрицательными детьми? («Да»; «Нет»; «Не знаю / не уверен»; «В зависимости от ситуации»)</li> </ul>
<b>Частота сбора данных</b>	Каждые 3—5 лет
<b>Разбивка:</b>	<p>Возраст (15-19, 20-24, 25-49 лет)</p> <p>Пол</p> <p>Помимо значения для комбинированного показателя, необходимо получить значение показателя по каждому отдельному вопросу (на основе одного и того же знаменателя).</p>

## Пояснение к числителю

Респонденты, не слышавшие о ВИЧ и СПИДе, должны быть исключены как из числителя, так и из знаменателя. Участники опроса, ответившие «Не знаю / не уверен» / «В зависимости от ситуации»; либо отказавшиеся от ответа, также должны быть исключены из расчета.

Необходимо измерить долю респондентов, ответивших «Не знаю / не уверен» / «В зависимости от ситуации», либо отказавшихся от ответа. Высокая доля таких ответов снижает точность результатов и может свидетельствовать о несоответствии задаваемых вопросов особенностям исследуемой среды.

## Преимущества и недостатки

Данный показатель используется для непосредственного измерения распространенности дискриминационного отношения и уровня одобрения дискриминационных мер среди населения.

Вопрос о покупке овощей практически идентичен вопросу, использованному в ОДЗ для измерения уровня толерантности к людям, живущим с ВИЧ, что позволяет продолжать наблюдение этого параметра во времени, однако этот вопрос больше акцентирован на ответах «Нет» (дискриминирующее отношение), чем «Да» (толерантное отношение). Данный показатель является более совершенным инструментом по сравнению с использованными ранее средствами измерения уровня толерантности, поскольку может быть использован в странах с высокой и низкой распространенностью ВИЧ-инфекции, высоким и низким

уровнем доходов населения, а также различной культурной средой. Ни отдельные компоненты показателя, ни комбинированная величина не зависят от того, был ли сам респондент свидетелем фактов дискриминации людей, живущих с ВИЧ: такие случаи могут быть редки и с трудом поддаются количественной или качественной характеристике. Вместо этого данный показатель и его компоненты направлены на определение личного отношения респондента, которое может в значительной степени формировать его поведение.

В рекомендованных вопросах респондентам предлагается не вспоминать конкретные факты дискриминации, а оценить гипотетические ситуации как приемлемые или неприемлемые, поэтому на выбор ответов могут влиять соображения социальной желательности. Это может привести к занижению уровня дискриминационного отношения. В настоящее время отсутствует механизм оценки частоты или серьезности случаев дискриминации, фактически имеющих место в обществе.

В дополнение к проведению исследований, направленных на измерение распространенности дискриминационного отношения в обществе, желательно также при возможности собирать качественные данные о причинах дискриминации. Рекомендуется также регулярно проводить среди людей, живущих с ВИЧ, опросы о случаях стигмы и дискриминации, с которыми они сталкиваются в своей жизни, при помощи инструмента «Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ» ([www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)) для последующего сопоставления этих данных с полученным показателем распространенности дискриминационного отношения.

### Дополнительная информация

Более подробная информация о стигме и дискриминации, а также мерах по измерению их распространенности, представлена в следующих источниках.

Thematic Segment on Non-Discrimination, 31st meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Background Note.

([www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111\\_PCB%2031\\_Non%20Discrimination\\_final\\_newcoverpage\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf))

Stangl, A., Brady, L., Fritz, K. Technical Brief: Measuring HIV Stigma and Discrimination.

Washington DC and London: International Center for Research on Women and London School of Tropical Medicine; STRIVE, 2012

([http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE\\_stigma%20brief-A4.pdf](http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf)).

Stangl, A., Lloyd, J., Brady, L. et al. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013, vol 16 Supplement ([www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464](http://www.jiasociety.org/index.php/jias/issue/view/1464)).

[www.stigmaactionnetwork.org](http://www.stigmaactionnetwork.org)

Дополнительная информация о методологии и способах проведения ОДЗ/ИПС представлена на веб-сайте: [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

Показатель 8.1 позволяет измерить уровень дискриминирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ. Для более полного анализа прогресса в деле искоренения стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ, и успеха или неудачи мер по снижению уровня стигмы важно также измерить другие составляющие стигмы и дискриминации. Следующие новые показатели, которые помогут в этой работе, были добавлены в список показателей. Более подробную информацию можно найти по адресу: <http://www.indicatorregistry.org/?q=taxonomy/term/677>.

- Негативные проявления стигмы в связи с ВИЧ (не окончательный вариант).
- Процент людей, сообщивших о негативных проявлениях стигмы в связи с ВИЧ на индивидуальном или общественном уровне.
- Страх заразиться ВИЧ при случайных контактах с человеком, живущим с ВИЧ (не окончательный вариант).
- Процент людей, сообщивших о боязни заразиться ВИЧ в результате не инвазивных контактов с человеком, живущим с ВИЧ.
- Сотрудники медицинских учреждений: внутренние правила (Уровень 1)
- Процент сотрудников медицинских учреждений, сообщивших, что в их учреждении действуют письменные инструкции о защите пациентов, живущих с ВИЧ, от дискриминации.
- Сотрудники медицинских учреждений: применение внутренних правил (Уровень 2)
- Процент сотрудников медицинских учреждений, сообщивших, что у них возникнут проблемы на работе, если они будут дискриминировать пациентов, живущих с ВИЧ.
- Сотрудники медицинских учреждений: боязнь ВИЧ-инфекции (Уровень 1)
- Процент сотрудников медицинских учреждений, которых беспокоит вероятность заражения ВИЧ при оказании медицинских услуг пациентам, живущим с ВИЧ
- Сотрудники медицинских учреждений: отношение и мнения (Уровень 1)
- Процент сотрудников медицинских учреждений, которые придерживаются стигматизирующего мнения о людях, живущих с ВИЧ
- Сотрудники медицинских учреждений: зафиксированные случаи стигматизирующего отношения (Уровень 1 в условиях высокой распространенности ВИЧ и Уровень 2 в условиях низкой или концентрированной распространенности ВИЧ)
- Процент сотрудников медицинских учреждений, которые наблюдали в своих учреждениях несправедливое отношение к пациентам, живущим с ВИЧ,
- **Сотрудники медицинских учреждений: ненужные меры предосторожности (Уровень 2)**
- Процент сотрудников медицинских учреждений, которые применяют ненужные меры предосторожности при оказании медицинских услуг пациентам, живущим с ВИЧ.
- **Сотрудники медицинских учреждений: потребности и поддержка персонала (Уровень 2)**
- Процент сотрудников медицинских учреждений, которые сообщили об отсутствии поддержки на рабочем месте, направленной на защиту персонала от контакта с ВИЧ при выполнении профессиональных обязанностей.



### *Особое примечание для раунда отчетности 2015 года:*

- Поскольку данный показатель является относительно новым, существует вероятность, что многие страны не смогут предоставить данные по нему в рамках раунда отчетности 2015 года;
- В связи с этим требуется представить лишь данные по первому вопросу, который был использован в предыдущей версии: «Стали бы вы покупать свежие овощи у лавочника или продавца, если бы Вы знали, что он является носителем вируса СПИДа?». Этот вопрос неоднократно использовался при проведении ОДЗ во многих странах;
- При использовании данных ОДЗ, полученных в ответ на вопрос 1 по показателю 8.1, в числитель следует включать только ответы «Нет». Обратите внимание, что показатель, в настоящее время используемый в программе ОДЗ StatCompiler и в последних страновых отчетах по ОДЗ, выражен в процентах лиц, ответивших «Да». Сумма ответов «Да» и «Нет» может не равняться 100%, если были получены ответы «Не знаю» или если респонденты вообще не ответили на этот вопрос. Таким образом, не следует рассчитывать процент лиц, ответивших «Нет» путем вычитания процента лиц, ответивших «Да» из 100%. Данные ОДЗ по этому вопросу можно получить, нажав кнопку «Загрузить данные» (“Load data”) в онлайн инструменте глобальной отчетности для показателя 8.1.
- В ходе будущих раундов подачи отчетности страны должны будут предоставлять полный набор данных по этому показателю.



## **ЦЕЛЬ 9. УСТРАНЕНИЕ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ПЕРЕМЕЩЕНИЯ**

---

*Сбор данных об ограничении перемещения 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 школ 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 трех месяцев
- 

### 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

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	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, и которые живут, по крайней мере, с одним из родителей и которые посещают школу
<b>Знаменатель:</b>	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
<b>Расчет:</b>	Для частей А и В: числитель/знаменатель
<b>Метод измерения:</b>	Проведение исследований среди населения (исследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, многоиндикаторные кластерные исследования или другие репрезентативные исследования По каждому ребенку в возрасте 10—14 лет, в возрасте ученика начальной и средней школы, живущему в домохозяйстве, у одного из членов домохозяйства спрашивают: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Жива ли еще биологическая мать этого ребенка? Если да, живет ли она в домохозяйстве?</li> <li>2. Жив ли еще биологический отец этого ребенка? Если да, живет ли он в домохозяйстве?</li> <li>3. Посещал ли этот ребенок когда-либо школу в течение учебного года?</li> </ol>
<b>Частота сбора данных:</b>	Предпочтительно: раз в два года Минимум: каждые 4—5 лет
<b>Разбивка:</b>	• 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 исследований, 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 исследований, проводимых среди домохозяйств. Дети, не учитываемые при проведении таких исследований, 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 подробная информация представлена на следующем веб-сайте:  
[http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](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 трех 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 (напр., другие квинтили материального благосостояния) на местном уровне в зависимости от потребностей страны в разработке и реализации национальных программ.

**Расчет:** Числитель/знаменатель

**Метод измерения:** Проведение исследований среди населения (исследования доходов и расходов домохозяйств, исследованию бюджетов домохозяйств, обследования в области демографии и здравоохранения, исследования для показателей по СПИДу, кластерные исследования или другие репрезентативные исследования). Исследования доходов и расходов домохозяйств проводят национальные статистические агентства, а анкеты должны включать следующие вопросы: «недавно полученные поступления (денежные и материальные) и недавно полученные поступления (услуги)».

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 исследования 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 исследования были дети младше 18 лет, а также сироты. После этого каждому такому домохозяйству следует задать вопросы относительно вида финансовой помощи, полученной за последние три месяца, а также относительно ее основных источников.

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

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

- a) наличными (напр., пенсию, пособие по нетрудоспособности, пособие на ребенка (привести в соответствие с реалиями страны)); помощь по оплате обучения в школе;
- b) материальная помощь на обучение (напр., оплата формы, школьных учебников и т. д.);
- c) помощь, выплачиваемая наличными или предоставляемая в натуральной форме, в т. ч. в форме сельскохозяйственной продукции, для создания источников дохода;
- d) пособие на пропитание, предоставляемое непосредственно домохозяйству или через стороннее учреждение (напр., школу);
- e) материальная или финансовая помощь на обеспечение места проживания;
- f) 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, напр., 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 ВИЧ. Репрезентативные показатели последствий СПИДа (напр., «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, напр., большинство таких домохозяйств, вероятно 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.

Данный показатель 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 опосредованно указывает на то, что домохозяйства, представляющие низший квинтиль материального благосостояния в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ, вероятно 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 исследований среди населения, в т. ч. исследований в области демографии и здравоохранения, а также многоиндикаторных кластерных исследований, говорит о том, что данный показатель не определяет статус лиц, проживающих за пределами домохозяйств, напр., детей улицы, детей, содержащихся в учреждениях, а также внутренне перемещенных групп населения. Чтобы отследить охват этих уязвимых групп населения, необходимо проводить дополнительные исследования.

## Дополнительная информация

Более подробная информация представлена на следующем веб-сайте:  
[http://www.unicef.org/aids/index\\_documents.html](http://www.unicef.org/aids/index_documents.html)



## ПОЛИТИКА ПРАВИТЕЛЬСТВА В СВЯЗИ С ВИЧ И СПИДОМ

Каждые два года в рамках отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД следует представить отчет о Национальных обязательствах и политических инструментах (НОПИ) для измерения прогресса в деле разработки и реализации национальной политики, стратегии и законодательства по ВИЧ и СПИДу. Последние отчеты по НОПИ были представлены в 2014 году, поэтому в 2015 году их представлять не следует. В настоящее время проводится обзор НОПИ, чтобы проанализировать цели НОПИ на период после 2015 года и разработать новый инструмент на период 2020/2030 годов.

Ожидается, что обновленная версия НОПИ будет включена в отчетность о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2016 года.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

---

*Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе*

*Приложение 2. Матрица национального финансирования*

*Приложение 3. Образец контрольного перечня для странового отчета о достигнутом прогрессе*

*Приложение 4. Список использованной литературы*

*Приложение 5. Показатели обрезания крайней плоти у мужчин*

*Приложение 6. Сбор географических данных в рамках мероприятий по эпидемиологическому надзору, мониторингу и оценке*

*Приложение 7. Руководство по мониторингу прогресса в деле искоренении гендерного неравенства.*

---

### Приложение 1. Формат странового отчета о достигнутом прогрессе

Ниже полностью приводится структура описательной части странового отчета о достигнутом прогрессе и подробные инструкции по заполнению различных ее разделов. Настоятельно рекомендуется представление данных по показателям через предлагаемый онлайн-инструмент отчетности.

#### СТРАНОВОЙ ОТЧЕТ О ДОСТИГНУТОМ ПРОГРЕССЕ

[Название страны]

Дата подачи: укажите дату официальной подачи странового отчета в ЮНЭЙДС.

### Содержание

#### I. Краткий обзор

Инструкции: в данном разделе должна быть представлена краткая информация о:

- (a) широте представления сторон, участвовавших в составлении отчета;
- (b) статусе эпидемии;
- (c) реализации ответных политических мер и программ;
- (d) данных показателей в сводной таблице.

## **II. Обзор эпидемии СПИДа**

Инструкции: в данном разделе должна быть приведена подробная информация о текущем уровне распространенности ВИЧ в стране в 2014 году по данным дозорного эпидемиологического надзора, национальных исследований и конкретных исследований. Для всех данных должен быть указан источник информации.

## **III. Национальные меры в ответ на эпидемию СПИДа**

Инструкции: в данном разделе должны освещаться изменения в сфере реализации национальных обязательств и программ с разбивкой на меры по профилактике, уходу, лечению и поддержке; изменения в информированности и поведении людей; а также снижение негативных последствий в 2014 году.

Необходимо указать выявленные связи между текущей политической средой, реализацией программ по ВИЧ, подтвержденным изменением поведения и распространением ВИЧ, опираясь на данные показателей. При возможности следует представить анализ этих данных в разбивке по возрастным группам и половой принадлежности. Необходимо также использовать данные о Национальных обязательствах и политических инструментах (НОПИ) за предыдущие отчетные периоды для описания достигнутого прогресса в разработке и реализации политических мер/стратегий. Приветствуется предоставление в рамках отчетности дополнительной информации для обоснования проведенного анализа и предложенной интерпретации данных.

## **IV. Передовой опыт**

Инструкции: в данном разделе должны приводиться подробные примеры опыта, который считается в стране передовым в одной или нескольких областях (напр., политическое руководство; благоприятная система политических мер; увеличение масштаба реализации эффективных профилактических программ; увеличение масштаба реализации программ ухода, лечения и/или поддержки; мониторинг и оценка, наращивание потенциала; развитие инфраструктуры). Целью данного раздела является передача полученного практического опыта другим странам.

## **V. Основные проблемы и меры по их решению**

Инструкции: в данном разделе должна быть представлена информация о:

- (а) прогрессе в решении основных проблем, заявленных в страновом отчете за 2013 год;
- (б) наблюдавшиеся за отчетный период (2014 год) факторы, которые препятствовали реализации национальной программы по ВИЧ в целом и прогрессу в достижении целей в частности;
- (с) конкретные меры по решению данных проблем, которые планируются для обеспечения достижения поставленных целей.

## **VI. Поддержка от партнеров по процессу развития страны (при наличии)**

Инструкции: в данном разделе должна быть описана (а) основная поддержка, полученная от партнеров по процессу развития, а также (б) действия, которые партнерам необходимо предпринять для обеспечения достижения поставленных целей

## **VII. Система мероприятий по мониторингу и оценке**

Инструкции: в данном разделе должен быть представлен (а) обзор текущей системы мониторинга и оценки (МиО); (б) информация о факторах, препятствующих реали-

зации комплексной системы МиО; (с) описание планируемых мер по преодолению этих факторов, а также (d) указание наличия необходимости технического содействия и наращивания потенциала для реализации системы МиО.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Порядок консультационных/подготовительных мероприятий перед составлением странового отчета о мониторинге прогресса в области выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ и СПИДом 2001 г.

Просьба представить заполненный отчет о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД до 31 марта 2015 г. с использованием рекомендованного инструмента отчетности.

Все вопросы касательно отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД просьба направлять в Секретариат ЮНЭЙДС по адресу [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org).

## Приложение 2. Матрица национального финансирования

В рамках отчетности по показателю 6.1 страны должны заполнить и прислать Матрицу национального финансирования, в которой отражены расходы в связи со СПИДом в данной стране за определенный период времени. Образец матрицы национального финансирования можно найти в онлайн инструменте отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД по адресу:: <http://AIDSreportingtool.unaids.org>.

### Титульный лист

На титульном листе в файле Excel представители страны должны предоставить следующую информацию:

- Название страны. Выбрать название страны можно из ниспадающего меню
- Дата ввода данных в формате день / месяц / год.
- Название организации, ответственной за заполнение форм с показателями, а также имя и контактные данные специалиста, ответственного за подачу и мониторинг заполнения Матрицы национального финансирования.
- Периоды отчетности для каждого года, за которые страна подает отчеты. В ниспадающем меню можно выбрать календарный или финансовый год для каждого отчетного периода.
- Даты начала и окончания каждого отчетного периода в формате: с мм/ггггг до: мм/гггг.
- Валюта каждого отчетного периода. В ниспадающем меню можно выбрать местную валюту или доллары США.
- Денежные единицы, в которых выражены суммы в отчете. В ниспадающем меню можно выбрать единицы, тысячи или миллионы для каждого отчетного периода.

- Средний обменный курс в отчетном периоде, напр., курс местной валюты к 1 доллару США в каждом отчетном периоде.
- Методология измерения данных/инструменты, использованные для отчетности по показателю 6.1. В ниспадающем меню можно выбрать Оценку национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), Систему счетов здравоохранения (ССЗ) или другие инструменты; здесь же находится графа для ввода текста для подробного описания методов сбора данных в каждом отчетном периоде.
- Неучтенные расходы за каждый отчетный период. В графе для ввода текста можно указать мероприятия, не учтенные в Матрице национального финансирования и добавить необходимые пояснения.
- Общие суммы бюджетной поддержки, полученной в каждом отчетном периоде из международных источников, указанные в графе «Государственные источники» финансирования. Если такая бюджетная поддержка предоставлялась и была включена в подкатегории «Центральный/Национальный или Субнациональный бюджет», для каждого отчетного периода укажите донора, суммы и тип валюты.

## Структура матрицы

Основная структура отчетности организована на основе двухкоординатной системы для учета расходов в связи с ВИЧ и СПИДом: классификация программ и источники финансирования. Это позволяет ответить на два основных вопроса:

- Какие виды программ и услуг осуществляются?
- Из каких источников финансируются эти программы и услуги?

Ответы на эти вопросы будут получены в ходе сбора и анализа данных о расходах в связи со СПИДом, полученных у доноров, неправительственных организаций, частных компаний, страховых компаний, государственных организаций и домохозяйств. Данные из всех этих источников финансирования необходимо перепроверить, чтобы избежать двойного учета и получить точную оценку текущих и капитальных расходов в стране за определенный период времени. Подробное описание источников финансирования можно найти в документе *Оценка национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС): классификация и определения*.<sup>1</sup> Обратите внимание, что данные о частных источниках являются факультативными. Однако, странам настоятельно рекомендуется собирать такие данные и отчитываться по ним, приводя подробное описание использованных методов и программ по СПИДу, получавших такую поддержку.

Структура классификации программ по СПИДу построена на основе 10 целей Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу 2011 года и подразделяется на восемь ключевых программных областей в связи со СПИДом. Каждая программная область включает конкретные категории расходов, включая базовые программы по профилактике и лечению, а также важные содействующие факторы и синергизм с мероприятиями в области развития.

Полный список программных областей и категорий расходов в связи со СПИДом приведен ниже.

<sup>1</sup> UNAIDS. National AIDS Spending Assessment (NASA): Classification and Definitions  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916\\_nasa\\_classifications\\_edition\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/manual/2009/20090916_nasa_classifications_edition_en.pdf).

**Цель 1. Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году**

**1. Профилактика передачи ВИЧ половым путем**

- 1.1 Программы изменения поведения
- 1.2 Пропаганда использования презервативов
- 1.3 Добровольное медицинское обрезание крайней плоти у мужчин
- 1.4 Постконтактная профилактика
- 1.5 Программы для мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами
- 1.6 Программы для работников секс-бизнеса и их клиентов
- 1.7 Программы для трансгендерных лиц
- 1.8 Доконтактная профилактика для серодискордантных пар
- 1.9 Программы для детей и подростков
- 1.10 Мобилизация сообществ
- 1.11 Денежные переводы для девочек

**Цель 2. Снизить передачу ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики на 50% к 2015 году**

**2. Профилактика ВИЧ для лиц, потребляющих инъекционные наркотики**

- 2.1 Обмена игл и шприцев и другие профилактические программы для лиц, потребляющих инъекционные наркотики
- 2.2 Заместительная терапия

**Цель 3. Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа**

**3. Профилактика передачи от матери ребенку**

- 3.1 АРВ-препараты для ППМР
- 3.2 Компонент ППМР, не связанный с АРВ-препаратами

**Цель 4. Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей,**

**живущих с ВИЧ, к 2015 году**

**4. Всеобщий доступ к лечению**

- 4.1 Тестирование на ВИЧ
- 4.2 Уход перед началом АРТ и паллиативная помощь
- 4.3 Антиретровирусное лечение взрослых
- 4.4 Антиретровирусное лечение детей
- 4.4 Поддержка и удержание на лечении

**Цель 5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году**

**5. Туберкулез (ТБ)**

- 5.1 Скрининг на ТБ и диагностика для ЛЖВ
- 5.2 Лечение ТБ у ЛЖВ

**Цель 6. Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов к 2015 году и обеспечить ежегодные инвестиции**

**6. Управление и устойчивость**

- 6.1 Стратегическая информация
- 6.2 Планирование и координация
- 6.3 Поставки и логистика
- 6.4 Усиление систем здравоохранения

**Цель 8. Искоренить стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ и затронутым**

**проблемой ВИЧ, путем принятия законов и политических мер, обеспечивающих полную реализацию всех прав человека и основных свобод**

**Цель 9. Устранить ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса**

**7. Важные факторы содействия**

- 7.1 Политический диалог
- 7.2 Снижение уровня стигмы
- 7.3 Реформа законодательства и правоприменение
- 7.4 Институциональное развитие/мобилизация сообществ в связи со СПИДом

**Цель 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**

**Цель 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**

## **8. Синергизм с сектором развития**

- 8.1 Социальная защита
- 8.2 Гендерные программы
- 8.3 Образование
- 8.4 Рабочие места
- 8.5 Синергизм с сектором здравоохранения

### **Дополнительные пункты/Глобальные не ключевые/другие**

Пожалуйста, укажите ниже и опишите любые другие важные программы, не включенные в предложенную систему классификации

## **Инструкции**

- Финансирование в графе «Государственные источники» должно включать только суммы государственных доходов, ассигнованные на меры по противодействию СПИДу. Сюда не следует включать внешнюю помощь в целях развитии любого типа из международных источников. Если имеется возможность определить общую сумму бюджетной поддержки, ее необходимо указать в соответствующей подкатегории финансирования «Международные источники» (напр., ПЕПФАР или «Другие двусторонние доноры»). Если в графу «Государственные источники» включены любые средства поддержки бюджета, пожалуйста, укажите это на титульном листе.
- Финансирование, предоставленное отдельными двусторонними донорами, не следует указывать в матрице финансирования в разбивке по донорским организациям, за исключением ПЕПФАР.
- Финансирование, предоставленное каким-либо банком развития, следует указать либо как «Подлежит возмещению» (напр., если это кредиты), в графе «Государственные источники», либо как «Не подлежит возмещению» (напр., если это гранты) в графе «Международные источники». Страны, которые получают как кредиты, так и гранты из банков развития, должны правильно отнести эти средства к соответствующим категориям.
- Финансирование, предоставленное международными фондами, следует указать в подкатегории «Другая международная помощь».
- Предоставление информации о финансировании из «Частных источников» является факультативным. Однако странам настоятельно рекомендуется собирать эти данные и отчитываться по ним, чтобы получить более полное представление об имеющихся средствах для противодействия СПИДу.



- Странам рекомендуется указать в Матрице национального финансирования максимально детальную информацию, включая разбивку по всем применимым категориям «Источники расходов и финансирования в связи со СПИДом». Любые категории или подкатегории, не применимые к данной стране, необходимо четко указать. Пояснения к категориям или подкатегориям, не включающим оценок по каким-либо причинам, следует разместить на титульном листе матрицы.
- Соответствие между новой классификацией программ и предыдущими категориями приведено в колонке «Программные коды предыдущей Матрицы национального финансирования».
- Появилось несколько новых программных категорий - они понятны без пояснений.
- Расходы следует учитывать и относить к одной категории или подкатегории программы, чтобы избежать двойного учета.
- Обратите внимание, что все категории расходов относятся к СПИДу и должны включать только расходы в связи с ВИЧ и СПИДом. Это же касается категорий «Содействующие факторы» и «Синергизм» - они должны включать только те средства, которые были направлены непосредственно на противодействие СПИДу.
- Если странам необходимо отчитаться о важных программах, которые осуществляются вне рамок предлагаемых ключевых программ по ВИЧ/СПИДу, то их следует указать в категории «Дополнительные пункты/Глобальные не ключевые/ другие» в конце таблицы. В этом случае просьба представить описание этих дополнительных программ вместе с описанием их расходов, понесенных в каждый отчетный период.
- Для упрощения использования и просмотра матрицы была предусмотрена функция, позволяющая скрывать и отображать категории расходов каждой программной области в связи с ВИЧ/СПИДом – для этого просто нужно нажать в левой части таблицы «+», чтобы скрыть или «-», чтобы отобразить категории любых программных областей. Такая же функция позволяет скрывать или отображать колонки с источниками финансирования.
- При необходимости в матрице можно провести автоматический подсчет предварительных и итоговых сумм. Формулы в этих ячейках защищены и позволяют подсчитать показатели, только если данные по компонентам введены правильно.
- После заполнения Матрицы национального финансирования ее следует отослать с помощью онлайн-инструмента отчетности.
- Если у Вас нет доступа к онлайн инструменту отчетности, пожалуйста, перешлите Матрицу национального финансирования в ЮНЭЙДС по электронной почте (AIDSreporting@unaids.org).

Секретариат ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует НКС или эквивалентной организации провести однодневный семинар с заинтересованными сторонами для рассмотрения Матрицы национального финансирования, прежде чем отправлять ее в рамках Отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. В число заинтересованных сторон должны войти федеральные или областные/региональные правительственные министерства и ведомства, местные и международные организации гражданского общества, многосторонние организации, двусторонние доноры, фонды и коммерческие структуры, а также представители других программ, имеющих возможность отслеживания ресурсов.

## МАТРИЦА НАЦИОНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Страна:						
Отчетный период (календарный или финансовый год):						
Начало отчетного периода (мм/гггг):						
Конец отчетного периода (мм/гггг):						
Валюта отчета местная валюта или доллары США:						
Суммы выражены в (единицах, тысячах или миллионах):						
Средний обменный курс в отчетном периоде (курс обмена местной валюты к 1 доллару США):						
Методы/инструменты измерения данных:						
<b>ДЕСЯТЬ ЦЕЛЕЙ:</b> Политическая декларация Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2011 г.	Программы по ВИЧ и СПИДу	Коды программ в предыдущей Матрице национального финансирования	Государственные источники	Частные источники	Международные источники	ИТОГО
<b>Цель 1.</b> Снизить передачу ВИЧ половым путем на 50% к 2015 году	1. Профилактика передачи ВИЧ половым путем		Всего государственных средств	Всего частных средств	Всего международных средств	
<b>Цель 2.</b> Снизить передачу ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50% к 2015 году	2. Профилактика ВИЧ для лиц, потребляющих инъекционные наркотики					
<b>Цель 3.</b> Искоренить новые случаи ВИЧ-инфицирования среди детей к 2015 году и значительно снизить уровень материнской смертности вследствие СПИДа	3. Профилактика передачи от матери ребенку					
<b>Цель 4.</b> Предоставить жизненно необходимое антиретровирусное лечение 15 миллионам людей, живущих с ВИЧ, к 2015 году	4. Всеобщий доступ к лечению					
<b>Цель 5.</b> Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году	5. Туберкулез					

<p><b>Цель 6.</b> Ликвидировать глобальный дефицит ресурсов к 2015 году и обеспечить ежегодные инвестиции</p>	<p>6. Управление и устойчивость</p>				
<p><b>Цель 8.</b> Искоренить стигму и дискриминацию по отношению к людям, живущим с ВИЧ и затронутым проблемой ВИЧ, путем принятия законов и политических мер, обеспечивающих полную реализацию всех прав человека и основных свобод Цель 9. Устранить ограничения на въезд, пребывание и проживание на основании ВИЧ-статуса</p>	<p>7. Важные содействующие факторы</p>				
<p><b>Цель 7.</b> 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 Цель 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</p>	<p>8. Синергизм с программами в области развития</p>				
	<p>Дополнительные пункты/Глобальные не ключевые/Другие Пожалуйста, укажите ниже и опишите любые другие важные программы, не включенные в предложенную систему классификации</p>				

### Приложение 3. 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 (включая ПО «Spectrum») 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 утверждения данных;
  - единую базу данных для анализа и отчетности.
- Релевантные данные проанализированы совместно с организациями-партнерами, представляющими правительство, гражданское общество и международное сообщество.
- Достигнут консенсус с заинтересованными сторонами, включая правительственные учреждения и институты гражданского общества, относительно окончательного отчета для представления.
- Необходимые данные с приложением описательного отчета введены в онлайн-инструмент отчетности до 31 марта 2015 г.
- Предоставлена дополнительно запрошенная информация (в ответ на запросы, направленные по электронной почте с адреса [AIDSreporting@unaids.org](mailto:AIDSreporting@unaids.org) или посредством онлайн-инструмента отчетности).

## Приложение 4. 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) *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 (2014) *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS
- UNAIDS (2014) *The Gap Report*. 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
- WHO (2013) *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection*. Geneva: WHO
- UNICEF (2014). *The State of the World's Children Report*. New York: UNICEF
- UNICEF (2009) *Country-led Monitoring and Evaluation Systems*. New York; UNICEF

## Приложение 5. 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 генерализованной 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, прошедших обрезание

#### Предназначение

Данный показатель 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 исследований 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.

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

## 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 исследований 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 подробная информация о показателях обрезания у мужчин представлена в следующих источниках:

*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](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

Данный показатель 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.

<b>Числитель:</b>	Количество мужчин, прошедших процедуру обрезания в соответствии с национальными стандартами за последние 12 месяцев
<b>Знаменатель:</b>	Не применяется
<b>Метод измерения:</b>	Формы учета и отчетности учреждений здравоохранения
<b>Частота сбора данных:</b>	Ежегодно
<b>Разбивка:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>По возрастному признаку: &lt;1 года, 1—9, 10—14, 15—19 лет, 20—24 года, 25—49 и свыше 50 лет</li></ul>

## 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:

- iv. ВИЧ-статус согласно тестированию в месте проведения процедуры обрезания: положительный; отрицательный; неопределенный; нет данных / отказался пройти тестирование;
- v. тип и местоположение учреждения здравоохранения;
- vi. 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 трех 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-положительных 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 подробная информация о показателях обрезания у мужчин представлена в следующих источниках:

*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](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf).

## Приложение 6. Сбор географических данных в рамках мероприятий по эпидемиологическому надзору, мониторингу и оценке

Практически каждый элемент систем эпидемиологического надзора, мониторинга и оценки обладает географической характеристикой, которая может иметь практическое значение для разработки и реализации программ. Многие собранные данные, результаты анализа и показатели эффективности могут быть загружены в геоинформационную систему (ГИС), предоставляющую широкие возможности анализа и отображения. Такой инструментарий позволяет исследователям производить оценку, мониторинг и прогнозирование развития эпидемий на основании географически маркированных данных. Роль географии в эпидемиологии очевидна; мероприятия по профилактике, уходу и лечению также локализованы в конкретных точках, поэтому естественно, что именно географическая информация позволяет объединить данные эпиднадзора и отчетности различных программ в единую систему. Основанный на стандартах подход к обработке пространственных данных может способствовать повышению эффективности национальной системы мер за счет того, что в процессе оперативного руководства программами будет учитываться географическая специфика тех или иных мероприятий. Это также позволяет повысить совместимость геоинформационных данных, полученных из различных источников, упростить взаимное предоставление таких данных и их использование различными странами и партнерами, а также задействовать все доступные источники информации в процессе принятия решений на местном уровне.

## Использование географических данных в мероприятиях по эпидемиологическому надзору, мониторингу и оценке

Для упрощения интеграции и анализа географическая информация, сопровождающая показатели, должна быть подготовлена с надлежащим уровнем точности и с использованием стандартизованных географических обозначений и принципов наименования. Надлежащий уровень точности может быть невысоким — данные могут быть представлены обобщенно: на уровне медицинского округа, провинции или даже государства. Однако географическая маркировка отдельных элементов данных, составляющих сводные показатели, открывает широкий спектр возможностей для анализа, таких как оценка географического охвата услуг, пространственного распределения человеческих ресурсов и денежных затрат, а также отслеживание изменений, происходящих на небольших территориях.

Географический масштаб применимости данных, полученных в ходе эпидемиологического надзора, часто определяется их репрезентативностью. Так, исследования населения чаще всего отражают ситуацию на уровне провинции. Данные дозорного эпиднадзора по месту проведения родовых женских консультаций, как правило, относятся к конкретному медицинскому учреждению или (реже) группе медицинских учреждений в сельской местности. Собранные в таком учреждении (или группе учреждений) данные о распространенности ВИЧ должны дополняться данными о географической локализации этих учреждений. По мере того как системы эпиднадзора переходят к получению данных о распространенности ВИЧ от программ ППМР, такие данные должны дополняться указанием географического расположения пунктов проведения мероприятий ППМР. Данные дозорного эпиднадзора среди ключевых групп населения (напр., собранные в рамках интегрированных биоповеденческих исследований — ИБПИ) могут быть географически привязаны к центральному учреждению, в котором проводятся мероприятия по эпиднадзору (напр., при использовании выборки, построенной респондентами, или при проведении надзора на базе клиники), либо к фактическому месту установления контакта с респондентами в ходе дозорного исследования (напр., при построении выборки с заданными параметрами времени и места).

Наиболее точным способом географической маркировки данных, характеризующих то или иное медицинское учреждение, является указание широты и долготы его местоположения — подобная информация, как правило, может быть получена в реестре медицинских учреждений министерства здравоохранения или в отделе ГИС центрального статистического бюро. Основные категории данных мониторинга, подлежащие географической маркировке, включают количество людей, прошедших тест на ВИЧ; количество новых диагностированных случаев ВИЧ; количество беременных женщин, прошедших тест на ВИЧ; количество людей, которым назначена АРТ; количество людей, проходящих АРТ; количество беременных женщин, получающих антиретровирусные препараты; а также число случаев раннего диагностирования ВИЧ у младенцев.

Многие мероприятия, проводимые для ключевых групп населения или в рамках поддержки программ лечения, также могут быть маркированы параметрами широты и долготы — несмотря на возможную сложность или неоднородность географической структуры мероприятий, не проводимых на базе конкретного учреждения.

## Стандарты и метаданные в системе географической информации

В большинстве стран действуют инициативы в сфере национальной инфраструктуры пространственных данных (ИПД) или специальные программы по сбору пространственных данных, выделенные в рамках более обширной национальной информационной и коммуникационной инфраструктуры. ИПД включает в себя технологии, политические инструменты, стандарты, кадровые ресурсы и мероприятия, необходимые для получения, обработки, распределения, использования, организации и хранения пространственных данных. Рекомендуется учреждение плана управления пространственными данными с целью сокращения дублирования операций, повышения контролируемости и устойчивости национальной геоинформационной инфраструктуры и обеспечения гарантированной фиксации необходимых данных в ИПД страны.

Желательно по мере возможности обеспечить наполнение баз данных не только в соответствии с местными стандартами и системами кодовых обозначений, но и в соответствии с международными стандартами. Любая дополнительная информация, фиксация которой предусмотрена национальными требованиями к метаданным ИПД, может записываться в базу в соответствии со стандартом метаданных Федерального комитета США по географическим данным (FGDC). Соблюдение стандартов в сфере пространственных данных необходимо для обеспечения совместимости различных национальных программ и систем.

## Уникальная идентификация отдельных лиц

Данные о местоположении, особенно в сочетании с другими данными, могут служить в качестве уникального средства идентификации отдельных лиц. Необходимо проводить тщательную оценку того, может ли публикация тех или иных пространственных данных в сочетании с другой информацией привести к нарушению конфиденциальности. При разработке карт мест проживания или встречи ключевых групп населения, которые подвергаются стигме, следует также проявлять крайнюю осторожность.

## Геоинформационные инструменты

Существуют различные инструменты для обработки географической информации — коммерческие, бесплатные и с открытым исходным кодом. Простейший пространственный анализ может быть проведен при помощи электронных таблиц или цифровых карт. Для более сложного анализа, управления пространственными данными и их отображения необходима геоинформационная система. Выбор инструмента зависит от количества и характера данных, рода требуемого анализа и рассматриваемого масштаба. Для реализации подобных задач рекомендуется привлекать имеющихся в стране специалистов в сфере геоинформационного анализа. Исследование при помощи геоинформационных инструментов может быть дополнено при помощи различных форм привлечения к участию заинтересованных сторон.

## Приложение 7. Руководство по мониторингу прогресса в деле искоренения гендерного неравенства

### История вопроса

В Политической декларации Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу 2011 года страны-члены «обязались ликвидировать гендерное неравенство и гендерные притеснения и насилие». Это обязательство нашло отражение в Цели 7, в которой идет речь об искоренении гендерного неравенства и гендерных притеснений и насилия, и о повышении их возможностей в плане защиты от ВИЧ.

Прогресс в деле реализации Цели 7 измеряется с помощью ежегодной отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД по показателю 7.1 «Доля женщин в возрасте 15—49 лет, вступавших в брак или имевших сексуального партнера, которые подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера-мужчины в течение последних 12 месяцев». Помимо измерения самого результата, этот показатель также считается косвенным показателем гендерного неравенства.

### Гендерное равенство и ВИЧ

Слово «гендер» «связано с концепцией, что все люди... вправе свободно развивать свои личные способности и делать выбор без ограничений, устанавливаемых стереотипами, жесткими гендерными ролями и предубеждениями. Гендерное равенство означает, что равным образом учитываются, оцениваются и поощряются различные нормы поведения, стремления и нужды женщин и мужчин. Оно является признаком отсутствия дискриминации на основании гендера человека при распределении ресурсов или льгот или в обеспечении доступа к услугам. Гендерное равенство можно оценивать с точки зрения наличия равенства возможностей или равенства результатов»<sup>2</sup>.

Хотя при обсуждении этой цели речь зачастую идет о женщинах и девочках, уже признано, что существует целый ряд гендерных идентичностей помимо традиционного бинарного деления на мужчин и женщин. Под гендерной идентичностью «подразумевается присущий человеку глубоко прочувствованный внутренний и индивидуальный гендерный опыт, который может как совпадать, так и не совпадать с половой принадлежностью от рождения. Этот термин включает как личное ощущение тела, внешний облик или функции которого могут быть – при наличии свободного выбора – изменены медицинскими, хирургическими или другими средствами, так и другие характеристики пола, такие как одежда, речь и образ поведения»<sup>3</sup>.

Вредные гендерные нормы и практики относительно того, что считать признаками женственности и мужественности, а также стигма и дискриминация по признаку гендерной идентичности, могут повысить уязвимость человека к ВИЧ<sup>4</sup> и привести к разным уровням пользования медицинскими услугами, разной способности соблюдать приверженность к лечению и возникновению других факторов, которые содействуют рискам в связи с ВИЧ и соответствующим последствиям.

<sup>2</sup> UNAIDS Terminology Guidelines, October 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf)).

<sup>3</sup> UNAIDS Terminology Guidelines, October 2011 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2118\\_terminology-guidelines\\_en\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_en_0.pdf)), page 11

<sup>4</sup> WHO and UNAIDS (2013). 16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic: A programming tool.

### *Цель данного руководства*

Хотя вопросы гендерного неравенства конкретно рассматриваются в Цели 7, эта проблема затрагивается во всех целях Политической декларации 2011 года и показателях отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Показатель 7.1 является косвенным методом измерения прогресса в деле обеспечения гендерного равенства. Однако в нем рассматривается только один из трех компонентов Цели 7. Страны сообщили о проблемах с оценкой прогресса в деле выполнения цели 7, особенно в контексте эпидемий, наиболее сильно затрагивающих ключевые группы населения.

Цель данного приложения – предложить странам дополнительное руководство о том, как усилить мониторинг прогресса в обеспечении гендерного равенства в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД. Здесь подробно описаны способы более полного мониторинга прогресса в реализации Цели 7, чтобы лучше понять ситуацию с гендерным равенством в стране – отражая инклюзивную концепцию гендера, которая включает женщин и девушек, а также женщин и девушек из ключевых групп<sup>5</sup>, трансгендерных лиц, мужчин и мальчиков.

### *Насилие и ВИЧ*

Насилие по гендерному признаку определяется как «действия насильственного характера, направленные на создание, поддержание или попытки закрепления неравного распределения власти на основе гендерных ролей. Этот термин впервые получил определение для описания гендерной природы насилия со стороны мужчин в отношении женщин. Поэтому зачастую его используют наряду с термином «насилие в отношении женщин». Со временем это определение стало включать и акты насилия в отношении некоторых мальчиков, мужчин и трансгендерных лиц, поскольку они не соответствовали или бросали вызов доминирующим гендерным нормам и ожиданиям (напр., имели женственную внешность) или гетеросексуальным нормам»<sup>6</sup>.

Насилие в отношении женщин определяется как «любой акт частного или государственного насилия, совершаемого по гендерному признаку, который наносит или может нанести физический, сексуальный или психологический урон или причинить ей страдания, включая угрозы таких действий, как принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или частной жизни»<sup>7</sup>. Насилие в отношении женщин со стороны интимного партнера, которое измеряется в показателе 7.1, является одной из форм насилия в отношении женщин. В описании показателя 7.1 приведен список видов поведения, которые представляют собой форму насилия со стороны интимного партнера.

Каждая третья женщина в мире подвергалась насилию со стороны интимного партнера или сексуальному насилию со стороны постороннего мужчины в течение жизни<sup>8</sup>. Насилие со стороны интимного партнера – это проявление гендерного неравенства и нарушение прав женщин – связано с ВИЧ в разных формах, включая повышенный фактор риска, как

<sup>5</sup> В зависимости от условий в стране, ключевое женское население может включать женщин-работниц секса, женщин, потребляющих инъекционные наркотики, трансгендерных женщин, женщин, являющихся интимными партнерами мужчин, практикующих поведение высокого риска, подростков/молодых женщин из ключевых групп, женщин-работниц из числа мигрантов, женщин, содержащихся в закрытых учреждениях/тюрьмах, и т.п.

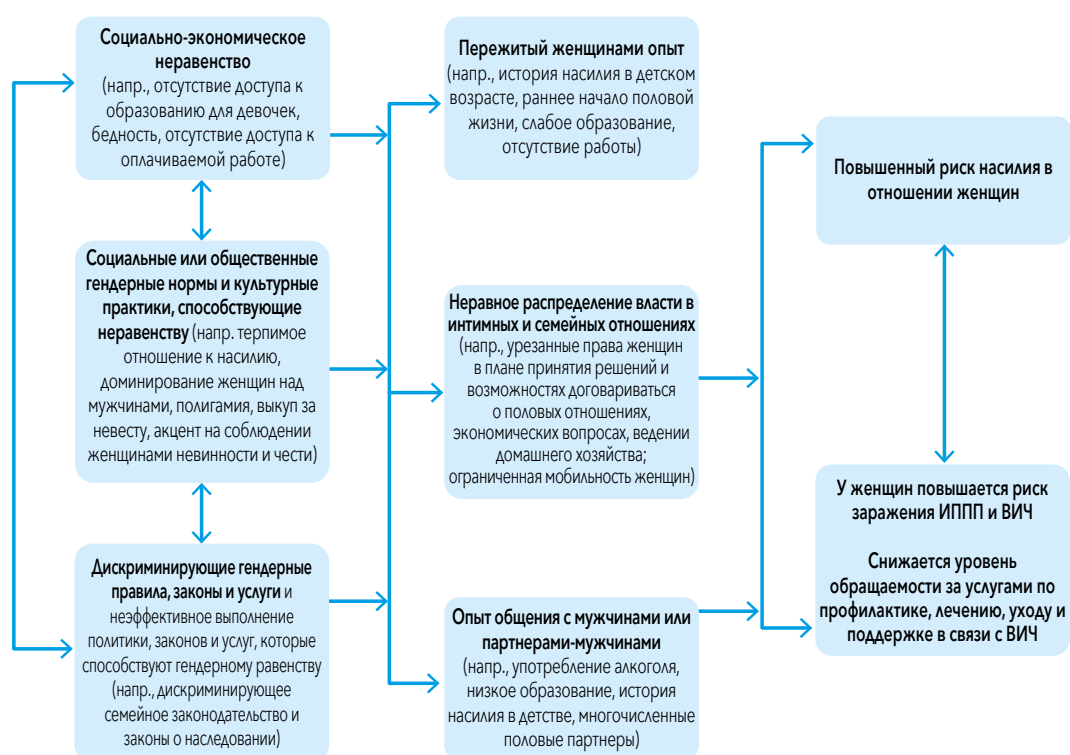
<sup>6</sup> WHO and UNAIDS (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, p. 3 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

<sup>7</sup> WHO and UNAIDS (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, p. 3 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

<sup>8</sup> WHO, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, WHO, 2013.

последствие ВИЧ-инфекции. В ходе нескольких исследований было обнаружено, что насилие со стороны интимного партнера приводит к повышению риска заражения ИППП и ВИЧ примерно в 1,5 раза<sup>9,10,11</sup>. Ниже приведены диаграммы, на которых отображены связи между гендерным неравенством и насилием в отношении женщин, и ВИЧ, а также косвенные и прямые взаимосвязи между насилием в отношении женщин, риском заражения ВИЧ и уровнем обращаемости за услугами<sup>12</sup>.

### Взаимосвязь между гендерным неравенством и насилием в отношении женщин, и ВИЧ



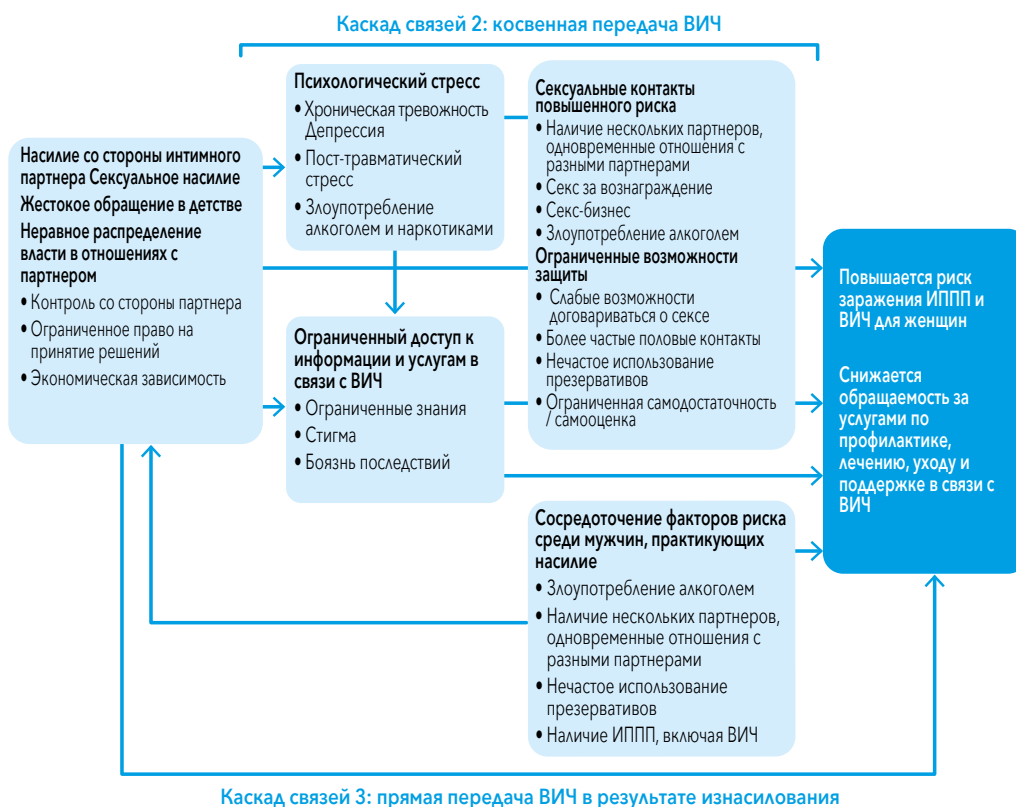
<sup>9</sup> WHO, LSHTM, SAMRC. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, WHO, 2013.

<sup>10</sup> Jewkes R et al. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. The Lancet, 2010, 376(9734):41–48.

<sup>11</sup> Kouyoumdjiana FG et al. Intimate partner violence is associated with incident HIV infection in women in Uganda. AIDS, 2013, 27(8):1331–1338.

<sup>12</sup> WHO and UNAIDS (2013). 16 ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic, pp. 6-7. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf))

**Прямые и косвенные связи между насилием в отношении женщин, риском заражения ВИЧ и обращаемостью за услугами**



**Расширение мониторинга прогресса в деле обеспечения гендерного равенства в рамках GARPR**

Используя различные компоненты отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, можно получить более полное представление о прогрессе в деле достижения гендерного равенства.

**Сбор данных и отчетность по данным с разбивкой по полу, ключевым группа и возрасту по показателям:** как отмечено в руководстве по отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года, «Без данных с разбивкой по определенным признакам трудно проследить широту и глубину мер, осуществляемых в ответ на эпидемию... Странам настоятельно рекомендуется обеспечить, чтобы сбор данных с разбивкой по определенным признакам, особенно по полу и возрасту, стал одним из краеугольных камней в их усилиях по мониторингу и оценке. По возможности следует анализировать и данные относительно равенства предоставляемого доступа. Гендерную динамику можно будет отследить путем разбивки эпидемиологических данных по полу и возрасту, а также с помощью поведенческих показателей». В таблицах 1 и 2 приведен список эпидемиологических оценок<sup>13</sup> и показателей отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, которые необходимо представить в разбивке.

<sup>13</sup> Из национальных файлов «Spectrum».

Странам рекомендуется представить копии первичных отчетов (или ссылки на них) по данным ранее включенным в отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, для справки и проведения дальнейшего анализа. Эти отчеты можно отправить с помощью кнопки «добавить файл» (“add file”) в верхней части страницы с показателями в онлайн-инструменте отчетности.

**Поля для комментариев к показателям:** методы разработки показателей, инструменты измерения и источники данных детально описаны для каждого показателя в руководстве отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года. При наличии показателей, которые считаются актуальными, но по которым в данный момент отсутствуют данные, странам рекомендуется следующее:

- Указать, что «показатель актуален»; и
- В поле для комментариев пояснить, по каким причинам данные отсутствуют в настоящее время. Если эти данные имеются, но не полностью отвечают определению показателя в руководстве, их можно также внести в поле для комментариев.

Странам рекомендуется указывать в отчетах любые имеющиеся дополнительные данные, отражающие гендерные измерения показателя, полученные из других источников, включая количественные и качественные данные, собранные организациями гражданского общества – внесите эти данные в поле для комментариев на странице с показателем. Такие дополнительные данные позволят странам провести более полный ситуационный анализ показателя с гендерной точки зрения.

**Распространенность НИП:** это ключевой показатель, включенный в отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года для мониторинга прогресса в деле реализации Цели 7.

**Данные о других формах гендерного насилия:** онлайн-инструмент отчетности 2015 года для показателя 7.1 добавлено поле для комментариев, в котором страны могут указывать любые имеющиеся данные о гендерном насилии в отношении мужчин и представителей ключевых групп, включая женщин, живущих с ВИЧ. Насилие по гендерному признаку, помимо НИП, также способствует повышению уязвимости мужчин, мальчиков и представителей ключевых групп населения. Эти данные позволят получить более полное представление о ситуации, а также о прогрессе в деле искоренения гендерного неравенства с учетом эпидемической ситуации в каждой стране.

**Вопросы политики:** каждые два года в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД предусматривается заполнение анкеты Национальные обязательства и политические инструменты (НОПИ). Последние отчеты по НОПИ были представлены в 2014 году, поэтому в 2015 году их присылать не нужно. Эта анкета включает вопросы, относящиеся к включению женщин и девочек, мужчин и мальчиков, представителей ключевых групп в цели национальных стратегических планов и мероприятий; к выделению бюджетных средств на мероприятия для этих групп, а также вопросы о законодательстве, которое может положительно или отрицательно повлиять на воздействие мероприятий по противодействию ВИЧ на эти группы. Эта важная информация позволяет понять условия, в которых осуществляются мероприятия по содействию гендерному равенству. Ожидается, что обновленная версия НОПИ будет включена в отчетность 2016 года. Хотя в отчетах в 2015 году это не требуется, странам рекомендуется рассмотреть данные, присланные в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2014 года, и другую информацию о правовых и политических условиях в своем анализе гендерных измерений своих эпидемий и ответных мер.



**Описательный отчет:** странам предлагается прислать описательный отчет, как составляющую часть отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года. Описательный отчет позволяет объединить различные компоненты отчетности (данные по показателям и комментарии, вопросы политики) путем анализа и интерпретации. Дополнительные данные из других источников (напр., исследования населения, такие как исследования в области демографии и здравоохранения) также могут быть отображены в описательном отчете, что позволит представить более комплексный обзор прогресса в деле обеспечения гендерного равенства в стране. Справочник по показателям гендерного равенства и ВИЧ<sup>14</sup> может оказаться полезным в этой работе и поможет определить другие дополнительные показатели, которые можно использовать для мониторинга прогресса в реализации 10 целей. Реестр показателей ([www.indicatorregistry.org](http://www.indicatorregistry.org)) – это хранилище информации по показателям в связи со СПИДом, которое также может оказаться полезным.

**Подведение итогов: мониторинг прогресса в деле обеспечения гендерного равенства с помощью** отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года

- Данные с разбивкой по полу и возрасту для всех целей и показателей (при необходимости)
- Распространенность НИП как косвенный показатель гендерного равенства
- Гендерное насилие в отношении мужчин и женщин, и представителей ключевых групп
- Правовая и политическая среда
- Обобщенный анализ всех имеющихся данных
- Анализ, включая источники дополнительных данных

#### **Ключевые рекомендации**

Странам рекомендуется собирать больше данных по показателям с разбивкой по полу и возрасту, например, в ходе мероприятий по сбору данных (проведения исследований) или указывать эти данные в отчетах об исследованиях и других инструментах сбора данных, которые станут более доступными. ЮНЭЙДС и партнеры в стране могут оказать техническую поддержку этим мероприятиям.

При наличии дезагрегированных данных их следует использовать в мероприятиях по адвокации и при подготовке отчетов, презентаций, пресс-релизов и других подобных инструментов для распространения целевых информационных сообщений с учетом гендерных проблем и направленных на трансформацию гендерной ситуации и совершенствование политики и программ на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Данные отчетности 2015 года можно триангулировать, в том числе и с данными из других источников (напр., из интегрированных био-поведенческих исследований в связи с ВИЧ) для проведения более широкого анализа и понимания гендерной динамики в привязке к эпидемии ВИЧ и ответным мерам.

Гражданское общество является одним из основных партнеров в анализе и интерпретации информации о прогрессе в деле реализации цели 7 и гендерных аспектов, относящихся ко всем целям.

Странам рекомендуется провести гендерный анализ<sup>15</sup> с целью выявления потребностей женщин и девочек в условиях эпидемии ВИЧ в стране и использовать эту информацию для разработки или пересмотра своих национальных стратегических планов. Отчеты о гендерном анализе могут стать полезными при анализе данных отчетности 2015 года для определения гендерных аспектов, актуальных для оценки прогресса в деле осуществления каждой из целей.

<sup>14</sup> <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-13-82>.

<sup>15</sup> [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2543\\_gender-assessment\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2543_gender-assessment_en.pdf)

### *Контрольный список для подготовки отчетности и анализа прогресса в деле выполнения целей Политической декларации 2011 года с гендерной точки зрения*

В ходе этого процесса необходимо провести консультации со следующими партнерами:

#### **Совместная работа с соответствующими организациями и учреждениями:**

- Министерство здравоохранения
- Государственные учреждения помимо Министерства здравоохранения (напр., Министерство по делам женщин, Министерство образования, Министерство внутренних дел, национальные органы по контролю над наркотиками)
- Ключевые группы мужчин, женщин и трансгендерных лиц
- Мужчины, женщины и трансгендерные лица, живущие с ВИЧ, включая подростков
- Группы и/или организации, занятые защитой прав женщин и работающие в сфере обеспечения гендерного равенства, включая организации мужчин, занятые вопросами гендерного равенства.

#### **Сбор данных по показателям и подготовка отчетов**

- Включить данные с разбивкой по полу и возрасту для всех показателей (если применимо)
- Включить самые последние, актуальные данные по показателю 7.1 или НИП
- Подготовить пояснения/комментарии для показателя 7.1, если представленные данные были собраны с использованием методов, отличающихся от рекомендованных в руководстве по отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года
- Представить любые имеющиеся данные о гендерном насилии в отношении женщин и мужчин, включая представителей ключевых групп, в соответствующем поле для комментариев на странице показателя 7.1
- Загрузить соответствующие отчеты, где содержатся данные, представленные в рамках отчетности о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД 2015 года (на странице каждого показателя в онлайн инструменте)

#### **Анализ данных**

- Проанализировать данные с разбивкой по полу и возрасту по всем показателям отчетности 2015 года для определения каких-либо различий между группами
- Проанализировать данные с разбивкой по полу и возрасту для показателя 7.1 и определить какие-либо различия в распространенности в разных возрастных группах
- Проанализировать имеющиеся данные о гендерном насилии, отличающемся от НИП, в отношении женщин вместе с данными по другим показателям отчетности 2015 года (напр., уровень знаний, использование презервативов)
- Совместно проанализировать данные с разбивкой по полу и возрасту по показателям отчетности 2015 года и данные по показателю 7.1, а также любые другие имеющиеся данные о гендерном насилии в отношении других групп населения.

**Таблица 1: Выбранные эпидемиологические оценки и имеющиеся разбивки**

Показатель	Разбивка по полу (Да или Нет)	Разбивка по возрасту (Да или Нет)	Примечания
Распространенность ВИЧ (%)	Д	Д (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Число людей, живущих с ВИЧ	Д	Д (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Число новых ВИЧ-инфекций	Д	Д (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	
Заболеваемость ВИЧ (уровень)	Д	Д (15-24, 15-49, 50+)	
Процент всех людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию	Д	Д (0-14, 50+)	Разбивка по полу не представлена для возраста 0-14 лет.
Число женщин, нуждающихся в АРВ-препаратах для профилактики передачи от матери ребенку	н/п	Н	
Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, которые от матери ребенку.	н/п	Н	
Ежегодное число обусловленных СПИДом смертей	Д	О (0-14, 15-24, 15-49, 50+)	

\* Эпидемиологические оценки следует всегда приводить с указанием верхних и нижних границ неопределенности. Пропорции следует рассчитывать на основе неокругленных оценочных данных.

**Таблица 2: Выбранные показатели и рекомендованная разбивка**

	<b>Показатель</b>	<b>Разбивка по гендеру (Да или Нет)</b>	<b>Разбивка по возрасту (Да или Нет)</b>
<b>Население в целом</b>	Процент молодых людей 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.	Да	Да (15-19, 20-24)
	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15—24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет.	Да	Да (15-19, 20-24)
	Процент женщин и мужчин в возрасте 15—49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев	Да	Да (15-19, 20-24, 25-49)
	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.	Да	Да (15-19, 20-24, 25-49)
	Процент женщин и мужчин в возрасте 15—49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.	Да	Да (15-19, 20-24, 25-49)
	Процент взрослых и детей, живущих с ВИЧ, которые по имеющимся данным продолжают лечение спустя 12 месяцев после начала антиретровирусной терапии.	Да	Да (< 15, 15+)
	Процентное соотношение женщин в возрасте 15-49 лет, которые когда-либо были замужем или имели постоянного партнера, которые испытывали физическое или психологическое насилие со стороны интимного партнера мужского пола за последние 12 месяцев.	н/п	Да (15-19, 20-24, 25-49)
	Процент респондентов, которые сказали, что они купили бы свежие овощи у продавца, даже зная, что он ВИЧ-положительный.	Да	Да (15-19, 20-24, 25-49)
	Текущая посещаемость школ сиротами в возрасте 10-14 лет.	Нет	Да

<b>Работники секс-бизнеса</b>	Процент работников секс-бизнеса, охваченных программами профилактики ВИЧ.	Да (женщины, мужчины, трансгендерные лица)	Да (<25, >25)
	Процент работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом.	Да (женщины, мужчины, трансгендерные лица)	Да (<25, >25)
	Процент работников секс-бизнеса, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.	Да (женщины, мужчины, трансгендерные лица)	Да (<25, >25)
	Процент работников секс-бизнеса, которые живут с ВИЧ.	Да (женщины, мужчины, трансгендерные лица)	Да (<25, >25)
<b>Мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами</b>	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые охвачены программами профилактики ВИЧ.	н/п	Да (<25, >25)
	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнером-мужчиной.	н/п	Да (<25, >25)
	Процент мужчин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.	н/п	Да
	Процент мужчин, имеющих половые контакты с мужчинами, которые живут с ВИЧ.	н/п	Да
<b>Потребители инъекционных наркотиков</b>	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики и указавших на использование презерватива во время последнего полового акта.	Да	Да (<25, >25)
	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков.	Да	Да (<25, >25)
	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики, прошедших тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знающих свои результаты.	Да	Да (<25, >25)
	Процент лиц, потребляющих инъекционные наркотики и живущих с ВИЧ.	Да	Да (<25, >25)

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЖК	дородовая женская консультация
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
ЛПИН	лица, потребляющие инъекционные наркотики
МИКС	многоиндикаторное кластерное исследование
МиО	мониторинг и оценка
МОТ	Международная организация труда
МСМ	мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами
НКС	национальный комитет по СПИДу
НИП	насилие со стороны интимного партнера
НОП	надзорное обследование поведения
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/лица, потребляющие инъекционные наркотики (последнее предпочтительней)
ПМР	передача вируса от матери ребенку
ПОШ	программы обмена шприцев
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 и СПИДу
ТБ	туберкулез

ЦРТ	цели развития тысячелетия
ЦУР	цели устойчивого развития
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





ЧАСТЬ 2

**РУКОВОДСТВО ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ  
МОНИТОРИНГА И ОТЧЕТНОСТИ В СФЕРЕ  
ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ВИЧ И СПИДУ В  
РАМКАХ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  
**2015**

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЗТС	Ламивудин
АВС	Абакавир
АВСЗ	Активизации выявления случаев заболевания
ВД	Всеобщий доступ
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДРП	Дородовая помощь
АРТ	Антиретровирусная терапия
АРВ-препарат	Антиретровирусный препарат
AZT	Зидовудин
СТХ	Котримаксозол
ОДЗ	Обследования в области демографии и здравоохранения
АКДСЗ	Третья доза вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка
d4T	Ставудин
ИГВ	Исключительное грудное вскармливание
ИФА	Иммуноферментный анализ
РДМ	Ранняя диагностика ВИЧ у младенцев
EFV	Эфавиренз
КФД	Комбинированный препарат с фиксированной дозой
FTC	Эмтрицитабин
GARPR	Отчетность о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД
ВГВ	Вирус гепатита В
HBsAg	Поверхностный антиген вируса гепатита В
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ЛУВИЧ	Лекарственная устойчивость ВИЧ
ТиК ТиКИП	Тестирование и консультирование Тестирование и консультирование по инициативе провайдера помощи
ВПЛ	Внутренне перемещенные лица
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ИОК	Информация, образование, коммуникация
ВМ	Вскармливание младенца
ПЛИ	Профилактическое лечение изониазидом. Может также называться ПТТБ (профилактическая терапия туберкулеза)
СиР	Схватки и роды
ИСУМТС	Информационная система управления материально-техническим снабжением
LPV/r	Лопинавир/ритонавир
МиО	Мониторинг и оценка

МО	Мужское обрезание
ЦТР	Цель тысячелетия в области развития
СВ	Смешанное вскармливание
ОЗМР	Охрана здоровья матери и ребенка
ПМР ППМР	Передача (ВИЧ) от матери ребенку Профилактика передачи (ВИЧ) от матери ребенку
ПКП	Постконтактная профилактика
НПС	Национальная программа по СПИДу
ПОШИ	Программа обмена шприцев и игл
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
НИОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
ПЕПФАР	Чрезвычайный план президента США по борьбе со СПИДом
ДКП	Доконтактная профилактика
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
БПР	Быстрый плазма-реагент
ИВ	Искусственное вскармливание
ОДУ	Отображение доступности услуг
ООУ	Оценка оказания услуг
СРЗ	Сексуальное и репродуктивное здоровье
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
СР	Секс-работники
ТБ	Туберкулез
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
TDF	Тенофовир
РГА	Реакция гемагглютинации бледных трепонем
РПГА	Реакция непрямой пассивной агглютинации бледных трепонем
СС ГАООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
ОН ООН	Отдел народонаселения ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНОДК	Управление ООН по наркотикам и преступности
ДКТ	Добровольное консультирование и тестирование
VDRL	Серологическая проба на сифилис, разработанная в Лаборатории изучения венерических заболеваний
ВН	вирусная нагрузка

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>I. ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>147</b>
Введение	147
Описание показателей в данном руководстве	148
Техническая поддержка и контактная информация для вопросов	149
Выражение признательности	149
<b>II. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ</b>	<b>150</b>
<b>ЦЕЛЬ 1. СНИЗИТЬ К 2015 Г. ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА 50%</b>	<b>154</b>
<b>ТЕСТИРОВАНИЕ И КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ</b>	<b>154</b>
1.15 Число медицинских учреждений, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	154
1.16 Тестирование на ВИЧ и консультирование для женщин и мужчин в возрасте 15 лет и старше	155
1.16.1 Нехватка экспресс-тестов на ВИЧ	156
Инфекции, передаваемые половым путем	156
1.17.1 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис	156
1.17.2 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными	158
1.17.3 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными и которые прошли лечение	159
1.17.4 ИППП: Процент секс-работников (СР) с активным сифилисом	160
1.17.5 ИППП: Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами, с активным сифилисом	161
1.17.6 ИППП: Число взрослых с сифилисом (первичным/вторичным и латентным/неизвестным), зарегистрированных в течение последних 12 месяцев	162
1.17.7 БППП: Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (у живорожденных и мертворожденных) в течение последних 12 месяцев	163
1.17.8 БППП: Число зарегистрированных случаев гонореи у мужчин в течение последних 12 месяцев	164
1.17.9 БППП: Число мужчин с выделениями из уретры, зарегистрированных в течение последних 12 месяцев	165
1.17.10 ИППП: Число взрослых с генитальной язвой, зарегистрированных в течение последних 12 месяцев	166
1.18 Процент (%) беременных женщин с позитивным результатом серологического анализа на сифилис, чьи половые контакты были выявлены и пролечены от сифилиса (ПАОЗ)	166
1.19 Число диагнозов случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа	167
1.19.2 Число случаев СПИДа, диагностированных с разбивкой по полу и возрасту в 2010-2014 гг.	167
<b>ЦЕЛЬ 2. СНИЗИТЬ К 2015 Г. ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА 50%</b>	<b>168</b>
2.6. Лица, употребляющие опиаты	168
2.7. Программы обмена шприцев и игл (ПОШИ) и пункты проведения опиоидной заместительной терапии (ОЗТ)	169
2.7 Число пунктов ПОИШ и ОЗТ: – Число пунктов предоставления опиоидной заместительной терапии (ОЗТ)	170

### **ЦЕЛЬ 3. ЛИКВИДИРОВАТЬ К 2015 Г. ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ И ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЗИТЬ ЧИСЛО СЛУЧАЕВ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТИ ОТ СПИДА** **171**

3.3а Частота передачи от матери ребенку (на основе программных данных)	171
3.4 Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ и получивших свои результаты - во время беременности, в период схваток и родов, а также в послеродовой период (<72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом	171
3.5 Процент беременных женщин, посещающих учреждения дородовой помощи, партнер-мужчина которых в течение последних 12 месяцев прошел тестирование на ВИЧ	174
3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, прошедших оценку на возможность применения АРТ в результате определения клинической стадии или тестирования CD4	175
3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших антиретровирусную (АРТ) профилактику (АРВ-препараты) для снижения риска ранней передачи ВИЧ от матери ребенку в первые 6 недель после рождения (то есть в ранний послеродовой период в возрасте приблизительно 6 недель)	176
3.9 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых начата профилактика котримоксазолом (КТЗ) в первые два месяца после рождения	178
3.10 Распределение результатов лечения младенцев, имевших контакт с ВИЧ	180
3.10.1 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями («младенцев, имевших контакт с ВИЧ») в 2013 году (или по последним имеющимся данным)	180
3.10.2 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным о дате рождения), статус которых классифицирован как «неопределенный»	180
3.10.3 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным), которым был поставлен диагноз «ВИЧ-положительные»	180
3.10.4 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным) которым был поставлен диагноз «ВИЧ-отрицательные»	180
3.11 Число беременных, обратившихся за ДРП хотя бы один раз в течение отчетного периода	181
3.11.1 ЕРБО8 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, прервавших беременность (ЕРБО8)	181
3.11.2 ЕРБО9 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, родивших в течение отчетного года (ЕРБО9)	182
3.12.1. Число учреждений ДРП, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ	182
3.12.2 Число учреждений ДРП, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ, и выдающих антиретровирусные препараты	182
3.12.3 Процент медицинских учреждений, оказывающих услуги по вирусологическому тестированию (напр., ПЦР) для диагностики ВИЧ у младенцев на месте или с использованием сухого пятна крови (СПК)	183
3.13 Специфичные для ЕРБ показатели ППМР (Беременные женщины, потребляющие инъекционные наркотики)	184
3.13.1 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) (ЕРБО11)	184

3.13.2 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, являющихся ПИН и получавших ОЗТ во время беременности (ЕРБО12)	185
3.13.3 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, являющихся ПИН и получавших АРВ-препараты для уменьшения риска передачи от матери ребенку во время беременности (ЕРБО13)	185

#### **ЦЕЛЬ 4. ОБЕСПЕЧИТЬ К 2015 Г. 15 МИЛЛИОНОВ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, СПАСАЮЩЕЙ ЖИЗНЬ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИЕЙ**

4.1 Лечение ВИЧ-инфекции: антиретровирусная терапия	187
4.2 а Удержание на антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев	188
4.2 б Удержание на антиретровирусной терапии в течение 24 месяцев	188
4.2 с Удержание на антиретровирусной терапии в течение 60 месяцев	188
4.2.1 Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 12, 24 и 60 месяцев после ее начала (ЕРБО4)	190
4.3 а Учреждения здравоохранения, предоставляющие антиретровирусную терапию	191
4.3 б Медицинские учреждения Число медицинских учреждений, предлагающих антиретровирусную терапию (АРТ) для детей	193
4.4 Нехватка АРВ-препаратов	194
4.5 Поздняя диагностика ВИЧ	196
4.6 Помощь при ВИЧ	196
4.7 Подавление вирусной нагрузки	198

#### **ЦЕЛЬ 5. УМЕНИШИТЬ К 2015 Г. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ, НА 50%**

5.2 Процент взрослых и детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых было выявлено активное заболевание ТБ	200
5.3 Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ)	201
5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита	202
P.1 Вопросы, касающиеся политики и программ	204

#### **ДОПОЛНЕНИЕ**

Дополнение 1. Показатели ВИЧ/гепатита (ЕРБ/ПАОЗ)	217
ЕРБ15/ ПАОЗ1 Число взрослых и детей, в настоящее время участвующих в программе помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг на гепатит В	218
ЕРБ16/ ПАОЗ2 Процент ВИЧ-положительных случаев гепатита В, соответствующих критериям для лечения гепатита В, которые получили лечение как гепатита В, так и ВИЧ	218
ЕРБ17/ ПАОЗ3 Число взрослых и детей, в настоящее время участвующих в программе помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг на гепатит С	218
ЕРБ18/ ПАОЗ4 Процент ВИЧ-положительных случаев гепатита С, соответствующих критериям для лечения гепатита С, которые получили лечение гепатита С	219

## I. ВВЕДЕНИЕ

По мере расширения странами масштабов национальных программ по ВИЧ/СПИДу, направленных на достижение всеобщего доступа (ВД) к профилактике, лечению, уходу и поддержке все большую важность приобретает улучшение качества стратегической информации об эпидемии и ответных мерах стран, необходимой для информирования политики и программ, улучшения эффективности вмешательств и содействия подотчетности.

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

Для сбора данных из стран ВОЗ, ЮНЭЙДС и ЮНИСЕФ разработали Совместный онлайн-инструмент отчетности. Инструмент отчетности и руководство по показателям для Глобальной отчетности о прогрессе в деле противодействия СПИДу, а также показатели сектора здравоохранения в отношении ВД доступны на веб-сайте <http://AIDSreporting.unaids.org>.

В настоящем разделе руководства подробно описаны дополнительные показатели для сектора здравоохранения, которые не рассматриваются в документе ЮНЭЙДС «Глобальная отчетность 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. Подводя итог вышеизложенному:

**Глобальная отчетность:** Данный раздел руководства дополняет документ ЮНЭЙДС «Отчетность о достигнутом прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД, 2014 г.: руководящие принципы. Основные показатели для мониторинга выполнения Политической декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом 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 онлайн-инструмента отчетности», уделяя особое внимание дополнительным показателям, запрашиваемым для Отчетности сектора здравоохранения 2015 г., которые не являются частью показателей 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 показатели, которые помогли бы проводить мониторинг их собственных, установленных на национальном уровне целей. Они могут также добавлять или исключать некоторые показатели, в зависимости от важности областей вмешательств, направленных на борьбу с эпидемией в зависимости от важности областей вмешательств, направленных на борьбу с эпидемией в их странах.

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

## Описание показателей в настоящем руководстве

Описание показателей дается в следующем формате:



Номер индикатора – это его номер в Инструменте отчетности GARPR/UA 2015 г.

№. НАЗВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ	
<b>Обоснование</b>	Почему важен этот показатель
<b>Что он измеряет</b>	Что измеряет этот показатель
<b>Числитель</b>	Определение числителя
<b>Знаменатель</b>	Определение знаменателя (необходимо указать источники информации; для некоторых показателей есть возможность получить и/или требуются только расчетные значения)
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Что включено в числитель и знаменатель Метод измерения Инструменты, использованные для измерения
<b>Разбивка данных</b>	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.
<b>Преимущества и недостатки</b>	Описание преимуществ и недостатков показателя
<b>Дополнительные соображения</b>	Другие моменты, которые должны учитывать страны
<b>Использование данных</b>	Как может использоваться показатель и некоторые связанные с его значением выводы
<b>Контроль качества данных и примечания для инструмента отчетности</b>	Дополнительная информация по вопросам, которые нужно учитывать при заполнении инструмента отчетности. Включает следующие элементы: <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Дублирование сообщенных данных:</b> На что нужно обращать внимание при анализе возможного дублирования при сообщении данных.</li><li>• <b>Национальная репрезентативность:</b> На что нужно обращать внимание для определения национальной репрезентативности полученного значения показателя.</li><li>• <b>Вопросы, относящиеся к знаменателю:</b> На какие вопросы, относящиеся к знаменателю, следует обращать внимание.</li><li>• <b>Варианты триангуляции:</b> Другие источники данных, обзор которых можно провести для проверки достоверности значения показателя</li></ul>



---

**Другие источники**

Источники, имеющие отношение к показателям, например:  
*ППМР*: показатель в обновленном Руководстве для национальных программ по мониторингу и оценке профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (2011 г.)  
*ВИЧ/ТБ*: Показатели из обновленного Руководства по мониторингу и оценке совместной деятельности по борьбе с ТБ/ВИЧ (в редакции 2014 г.)  
*ПИН*: Техническое руководство для стран по постановке целей в отношении обеспечения всеобщего доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков. ВОЗ, ЮНОДК, ЮНЭЙДС ((2012 г.) (см. обновленную ссылку здесь) )

---

## Техническая поддержка и контактная информация для вопросов

ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС обязались оказывать поддержку странам в укреплении их стратегических информационных систем, включая рассмотрение систем МиО сектора здравоохранения; качества данных и проверки их достоверности; влияния проведенной оценки; оперативных исследований и подготовки по различным аспектам стратегической информации, не ограничиваясь этим.

Пожалуйста, свяжитесь с нами по электронной почте [hivstrategicinfo@who.int](mailto: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.

## Выражение признательности

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

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

ВОЗ и ЮНИСЕФ высоко ценят вклад MACRO-DHS в предоставление нам последних результатов ОДЗ (обследований в области демографии и здравоохранения).

## II. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

В этой таблице содержится обзор показателей, приведенных в руководстве 2015 г. для Отчетности о прогрессе в осуществлении глобальных мер в ответ на СПИД (GARP), а также приведенных в настоящем руководстве для Отчетности сектора здравоохранения о всеобщем доступе за 2015 г.» (UA 2015)

GARP	UA 2014	
<b>Цель 1. Снизить к 2015 г. передачу ВИЧ половым путем на 50%</b>		
<b>Показатели для населения в целом</b>		
x		1.1 Молодые люди: Знания о профилактике ВИЧ
x		1.2 Сексуальные отношения в возрасте до 15 лет
x		1.3 Лица, имеющие несколько половых партнеров
x		1.4 Применение презервативов во время последнего полового контакта среди лиц, имеющих несколько половых партнеров
x		1.5 Проверка на ВИЧ населения в целом
x		1.6 Распространенность ВИЧ среди молодежи
<b>Показатели для секс-работников</b>		
x		1.7 Секс-работники: Программы профилактики
x	x	1.8 Секс-работники: Использование презервативов
x	x	1.9 Тестирование на ВИЧ среди секс-работников
x		1.10 Распространенность ВИЧ среди секс-работников
<b>Показатели для мужчин, практикующих секс с мужчинами</b>		
x		1.11 Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Программы профилактики
x	x	1.12 Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Использование презервативов
x		1.13 Тестирование на ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами:
x	x	1.14 Распространенность ВИЧ среди мужчин, практикующих секс с мужчинами
<b>Тестирование и консультирование</b>		
	x	1.15 Число медицинских учреждений, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ
	x	1.16 Консультирование и тестирование на ВИЧ среди женщин и мужчин
	x	1.16.1 Процент медицинских учреждений, распространяющих экспресс-тесты на ВИЧ, испытавших их нехватку тестов в последние 12 месяцев
<b>Инфекции, передаваемые половым путем</b>		
	x	1.17 Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)
		1.17.1 Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи (СДП) и протестированных на сифилис
		1.17.2 Процент обратившихся в службы дородовой помощи с положительной реакцией на сифилис
		1.17.3 Процент обратившихся в службы дородовой помощи с положительной реакцией на сифилис, получивших помощь
		1.17.4 Процент секс-работников с активным сифилисом
		1.17.5 Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами, больных активным сифилисом
		1.17.6 Число взрослых с зарегистрированным сифилисом (первичным/вторичным и латентным/неизвестным) в течение последних 12 месяцев

GARP	UA 2014	
		1.17.7 Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (у живорожденных и мертворожденных) в течение последних 12 месяцев
		1.17.8 Число мужчин, с зарегистрированной гонореей в течение последних 12 месяцев
		1.17.9 Число мужчин с выделениями мочеиспускательного канала в течение последних 12 месяцев
		1.17.10 Число взрослых, с зарегистрированной генитальной язвой в течение последних 12 месяцев
		1.18 Процент (%) беременных женщин с позитивным результатом анализа на сифилис, сексуальные контакты которых были выявлены и пролечены от сифилиса
	x	1.19 Число диагнозов случаев ВИЧ и СПИДа
	x	1.19.1 Число случаев ВИЧ, диагностированных с разбивкой по полу и возрасту в 2010-2014 гг.
	x	1.19.2 Число случаев СПИДа, диагностированных с разбивкой по полу и возрасту в 2010-2014 гг.
<b>Мужское обрезание</b>		
x	x	1.22 Мужское обрезание, распространенность
x	x	1.23 Число лиц мужского пола, прошедших обрезание в прошлом году
<b>Цель 2. Снизить к 2015 г. уровень передачи ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков на 50%</b>		
x	x	2.1 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: профилактические программы
x	x	2.2. Лица, потребляющие инъекционные наркотики: использование презервативов
x	x	2.3 Лица, потребляющие инъекционные наркотики: Безопасные методы инъекций
x	x	2.4 Тестирование на ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики
x	x	2.5 Распространенность ВИЧ среди лиц, потребляющих инъекционные наркотики:
	x	2.6 Лица, проходящие опиоидную заместительную терапию
	x	2.7 Пункты ПОИШ и ОЗТ
<b>Цель 3. Ликвидировать к 2015 г. передачу ВИЧ от матери ребенку и значительно снизить число случаев материнской смерти от СПИДа</b>		
x	x	3.1 Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
x	x	3.1а Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку при грудном вскармливании
x	x	3.2 Ранняя диагностика ВИЧ у новорожденных
x	x	3.3 Передача ВИЧ от матери ребенку (смоделированные данные)
	x	3.3а Передача ВИЧ от матери ребенку (на основе программных данных)
	x	3.4 Беременные женщины, протестированные на ВИЧ и получившие свои результаты
	x	3.5 Процент беременных, получающих дородовую помощь и партнер которых прошел проверку на ВИЧ в течение последних 12 месяцев
	x	3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных, обследованных на наличие показаний для АРТ либо путем клинического выявления стадии заболевания либо путем теста CD4
	x	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-и недель
	x	3.8 Процент новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших АРТ для снижения риска передачи ВИЧ при кормлении грудью
	x	3.9 Процент новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин, приступивших к профилактике котримоксазолом в течение двух месяцев после родов
	x	3.10 Распределение результатов лечения младенцев, имевших контакт с ВИЧ

GARP	UA 2014	
	x	3.11 Число беременных женщин, посетивших учреждение дородовой помощи, по крайней мере, один раз во время беременности
	x	3.11.1ЕРБО8 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, прекративших беременность (ЕРБО8)
	x	3.11.2ЕРБО9 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, родивших в отчетный год (ЕРБО9)
	x	3.12 Учреждения ДРП и РДМ
	x	<b>3.13 Специфичный для ЕРБ показатель ППМР (беременные женщины, потребляющие инъекционные наркотики)</b>
	x	3.13.1ЕРБО11 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) (ЕРБО11)
	x	3.13.2ЕРБО12 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин - ПИН, получивших ОЗТ во время беременности (ЕРБО12)
	x	3.13ЕРБО13 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин-ПИН, получивших АРВ-препараты для уменьшения риска передачи от матери ребенку во время беременности
<b>Цель 4. Обеспечить к 2015 г. 15 миллионов людей, живущих с ВИЧ, спасающей жизнь антиретровирусной терапией</b>		
x	x	4.1 Лечение ВИЧ: антиретровирусная терапия
	x	4.2 Лечение ВИЧ: Удержание на антиретровирусной терапии в течение 12 месяцев
	x	4.2b Лечение ВИЧ: Удержание на антиретровирусной терапии в течение 24 месяцев
	x	4.2c Лечение ВИЧ: Удержание на антиретровирусной терапии в течение 60 месяцев
	x	4.2.1 ЕРБО4 Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они находятся на лечении 12, 24 или 60 месяцев после начала антиретровирусной терапии и остаются в живых (ЕРБО4)
	x	4.3 Медучреждения, предлагающие АРТ
	x	4.4 Нехватка АРВ-препаратов
	x	4.5 Поздняя диагностика ВИЧ
	x	<b>4.6 Помощь при ВИЧ</b>
		4.7 Подавление вирусной нагрузки
<b>Цель 5. Снизить уровень смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 50% к 2015 году</b>		
x	x	5.1 Комбинированное ведение туберкулеза и лечения ВИЧ
	x	5.2 Процент людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), с активным ТБ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ
	x	5.3 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ и начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ)
	x	5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, обследованных на ТБ во время их последнего посещения, с последующей регистрацией их ТБ-статуса
<b>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</b>		
x		6.1 Расходы в связи со СПИДом
<b>Цель 7. Ликвидировать гендерное неравенство</b>		
x		7.1 Распространенность недавних случаев насилия со стороны интимного партнера (НИП)

GARP	UA 2014	
<b>Цель 8. Искоренить стигму и дискриминацию</b>		
x		8.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ
<b>Цель 9. Ликвидировать ограничения на поездки</b>		
<b>Цель 10. Активизация интеграции мер в ответ на ВИЧ</b>		
x		10.1 Посещаемость школ сиротами и детьми, имеющими родителей
x		10.2 Экономическая поддержка беднейших домохозяйств, имеющих на это право
<b>Политика правительства в сфере ВИЧ и СПИДа</b>		
		P.1 Политические и программные вопросы
<b>Дополнения</b>		
		Дополнение 1. Показатели ВИЧ/гепатита (ЕРБ/ПАОЗ)
	x	Число взрослых и детей, получающих помощь при ВИЧ и прошедших скрининг на гепатит В (ЕРБО 15/ ПАО31)
	x	Процент ВИЧ-положительных больных гепатитом В, отвечающих критериям для лечения гепатита В, которые получали лечение как гепатита В, так и ВИЧ (ЕРБ 16/ ПАО32)
	x	Число взрослых и детей, получающих помощь при ВИЧ, которые были обследованы на гепатит С (ЕРБО 17/ ПАО33)
	x	Процент ВИЧ-положительных больных гепатитом С, отвечающих критериям для лечения гепатита С, которые получали лечение гепатита С (ЕРБ 18) ПАО34)

### Примечание, касающееся определения «Медицинские учреждения»

Нередко задается вопрос о том, что мы определяем как **медицинское учреждение**. 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 медицинским учреждением в рамках данной отчетности, просим изложить ваши комментарии в клетке, выделенной для примечаний, или направить их в ВОЗ по электронной почте по адресу: [hivstrategicinfo@who.int](mailto:hivstrategicinfo@who.int).

## ЦЕЛЬ 1: СНИЗИТЬ К 2015 Г. ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ НА 50%

### Тестирование и консультирование

<b>1.15 Число медицинских учреждений, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ</b>	
<b>Обоснование</b>	Знание ВИЧ-статуса имеет решающее значение для расширения доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Наличие услуг по тестированию и консультированию (Тик) является предпосылкой для расширения охвата Тик, чтобы больше людей могли узнать свой ВИЧ-статус. Эти услуги можно расширить путем тестирования и консультирования по инициативе клиента (ТиКИК) и тестирования и консультирования по инициативе провайдера (ТиКИП) медобслуживания.
<b>Что он измеряет</b>	Наличие Тик в медицинских учреждениях
<b>Числитель</b>	Число медицинских учреждений, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Числитель: два возможных источника информации: Центральный реестр всех пунктов Тик; Центральные записи учета поставленных тест-систем и числа учреждений, запрашивающих тест-системы.</p> <p>При наличии обоих источников укажите информацию из них обоих.</p> <p><i>Пожалуйста, включите данные обо всех учреждениях, предоставляющих услуги в стране, включая частные, государственные, НПО или другие.</i></p> <p>Информация о наличии определенных услуг обычно обобщается на национальном или субнациональном уровне. Национальные программы Тик должны вести учет учреждений, предоставляющих услуги Тик. Необходимо провести работу по учету учреждений, предоставляющих такие услуги в частном секторе и НПО, особенно там, где они являются одними из основных провайдеров услуг Тик. Недавняя проведенная инвентаризация медицинских учреждений также позволяет получить эту информацию, а также и другие более детальные данные о наличии услуг.</p> <p>Все пункты, предлагающие услуги Тик, необходимо посчитать. Таким образом, будут учтены и пункты, в которых проводится тестирование, но которые отправляют образцы в сторонние лаборатории, получают результаты и сообщают их клиентам.</p> <p>Все эти пункты необходимо включить в числитель.</p>
<b>Разбивка данных</b>	<p><i>Если возможно:</i></p> <p><i>По типу медицинского учреждения (напр., государственное медицинское учреждение, НПО, ОБО, больница при миссии, частные медицинские учреждения)</i></p> <p><i>По типу предлагаемых услуг (напр., противотуберкулезный диспансер, клиника по лечению ИППП, и т.н.)</i></p>
<b>Преимущества и недостатки</b>	Этот показатель предназначен для мониторинга наличия услуг Тик по мере расширения этих услуг в странах. Он не предназначен для оценки качества предоставляемых услуг Тик.
<b>Использование данных</b>	Можно оценить прогресс в числе медицинских учреждений, предоставляющих услуги по тестированию и консультированию. Проведение анализа данных по географическому расположению и типу медицинских учреждений, а также триангуляция этих данных с данными о населении позволит понять, где существуют потребности в расширении масштабов услуг Тик.
<b>Дополнительные соображения для стран</b>	Каждому медицинскому учреждению в условиях генерализованной эпидемии рекомендуется создать возможности для проведения тестирования и консультирования <sup>2</sup> . В условиях умеренных и концентрированных эпидемий необязательно предоставлять услуги Тик в каждом учреждении.
<b>Контроль качества данных и примечания для отчетности</b>	<p><i>Национальное представительство: Следует провести работу, чтобы включить все государственные, частные и неправительственные медицинские учреждения.</i></p> <p>Этот числитель будет важен при сравнении тенденций в наличии услуг за определенные периоды времени..</p>

2 Guidance of provider-initiated testing and counselling in health facilities, WHO/UNAIDS, 2007.

### 1.16 Число людей, обратившихся за консультированием и тестированием в течение последних 12 месяцев и которым известны их результаты

<b>Обоснование</b>	<p>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 клиента (ТиКИК) и тестирование и консультирование по инициативе провайдера (ТиКИП) медобслуживания. Существенные элементы ТиК состоят в том, что лица, прошедшие проверку, соответствующим образом консультируются и осведомлены о результатах тестов.</p>
<b>Что он измеряет</b>	<p>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</p> <p>(Примечание: Хотя этого не требуется для целей данного показателя, 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-положительных знает о своем статусе и каковы рекомендуемые политика и частота проверки на ВИЧ.)</p> <p>Программный прогресс в области тестирования и консультирования. Отслеживание числа лиц прошедших тестирование и консультирование и осведомленных о своем статусе, служит указанием на успехи ТиК в стране.</p>
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Статистические данные по программному обслуживанию, полученные на основе регулярных отчетов из всех пунктов обслуживания о численности лиц, прошедших проверку и осведомленных о ее результатах, включая клиники, больницы и места ТиК, другие учреждения НПО и удаленные пункты, мобильные пункты тестирования, тестирование на дому и в общине, тестирование на рабочем месте, в школе, тестирование в качестве части специальных кампаний и все другие формы тестирования (за исключением принудительного ТиК), которые часто сводятся вместе на региональных уровнях, а затем на национальном уровне. Этот показатель не оценивается при помощи обследований населения.</p>
<b>Разбивка данных</b>	<p>По полу: мужской, женский, беременные</p> <p>По серологическому статусу: ВИЧ-положительные, ВИЧ-отрицательные</p> <p>Если возможно:</p> <p>По возрасту: &lt;15, &lt;1, 1–9, 10–14, 15+, 15–19, 20–24, 25–49, 50+ лет</p> <p>Тест: новый тест, повторный тест</p> <p>По виду передачи ВИЧ: потребление инъекционных наркотиков, секс между мужчинами, гетеросексуальный контакт, передача от матери ребенку, другие и неизвестные (только Европейский регион)</p>
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель позволяет сравнивать тенденции в объеме услуг по ТиК и оценивать преимущества расширения масштабов услуг по ТиК с течением времени.</p> <p>Этот показатель 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.</p> <p>Показатель не дает информации о том, получили ли прошедшие проверку надлежащее направление и воспользовались ли они последующим обслуживанием, чтобы, зная свой статус, улучшить его.</p>
<b>Использование данных</b>	<p>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.</p>

### Дополнительные сообщения 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 зарегистрироваться в национальных органах, с тем чтобы все данные по ТИК были отражены в национальной статистике.

### Контроль качества данных и примечания для отчетности

**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 течение 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: Несмотря на то, что для целей данного показателя 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.

Варианты триангуляции: В условиях генерализованной эпидемии сведения из обследований населения, выявляющих число (и дающих подсчет процента) лиц, прошедших проверку, могут сопоставляться со значением данного показателя в целях оценки и анализа всяких значимых различий.

### 1.16.1 Процент медицинских учреждений, распределяющих экспресс-тесты на ВИЧ, которые испытывали нехватку в течение последних 12 месяцев

<b>Числитель</b>	Число медицинских учреждений, распределяющих экспресс-тесты (если это применимо), которые в течение последних 12 месяцев испытывали нехватку запасов.
<b>Знаменатель</b>	Общее число медицинских учреждений, распределяющих экспресс-тесты.

## Инфекции, передаваемые половым путем

### 1.17.1 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис

<b>Обоснование</b>	Проверка беременных на сифилис в первые месяцы беременности важна как для них самих, так и плода. Это также содействует контролю качества работы служб ДРП и услуг по профилактике ВИЧ среди беременных женщин. Кроме того, это важный показатель процесса для анализа хода работы по искоренению передачи сифилиса от матери ребенку (ПМР).
<b>Что он измеряет</b>	Охват проверками на сифилис женщин, впервые обращающихся в СДП
<b>Числитель</b>	Число беременных, впервые обращающихся в СДП и прошедших проверку на сифилис
<b>Знаменатель</b>	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи



**Как измерять и инструменты измерения**

**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 показателю, но должны ясно обозначить эту разницу, сообщая данные. Этот показатель должен измеряться ежегодно.

Результаты тестирования могут быть получены либо с помощью нетрепонемных тестов, которые измеряют количество реагиновых антител (например, RPR или VDRL), либо с помощью трепонемных тестов (например, РПГА, ТРРА, ИФА или трепонемные экспресс-тесты). В отношении этого показателя простая проверка любым методом достаточна, хотя предпочтительнее проверка обоими методами. Просьба указать в «Комментариях», какой вид проверки обычно используется в вашей стране.

**Инструменты измерения:** 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 «Примечаниях» источник данных и масштабы охвата (например, данные национальной программы по всем 12 провинциям).

**Разбивка данных**

Проверено при каждом посещении, проверено при первом посещении.

**Дополнительные соображения**

Страны могут также контролировать неделю беременности, которая проверяется у 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 на то, что на ранней стадии проверка не производится.

Программы, производящие тестирование беременных на сифилис и программы, тестирующие беременных на ВИЧ, должны работать в партнерстве, стремясь к повышению эффективности своей работы.

**Использование данных**

**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. Данные о тестировании посетительниц служб ДРП можно будет впоследствии объединить с данными о посещении служб ДРП для оценки общего охвата беременных тестированием на сифилис.

**Местное:** Данные позволяют выявлять клинические учреждения, где национальная политика соблюдается не полностью.

**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 показатель программы «Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные показатели», «Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем» и «Критерии и процессы проверки искоренения передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку».

### 1.17.2 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными

<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Процент беременных женщин, обращающихся в службы дородовой помощи, у которых серологические реакции на сифилис были положительными (реактивными)
<b>Числитель</b>	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными
<b>Знаменатель</b>	Число женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, которые прошли тестирование на сифилис
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p><b>Как измерять:</b> 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 показателя (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. 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><b>Инструменты измерения:</b> Отчеты национальных программ, объединенные с данными регистрационных журналов медицинских учреждений, дозорный эпиднадзор и специальные обследования, использующие серологические тесты для определения реактивных и/или трепонемных антител. Укажите источник и охват ваших данных (например, 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 для определения позитивного статуса среди беременных женщин, в разделе «Примечания» (например, нетрепонемный (RPR, VDRL), трепонемный (экспресс-тесты, ТРПА), положительный по обоим или неизвестный тип).</p>
<b>Разбивка данных</b>	<b>Возрастные группы:</b> Всего, 15 лет – 24 года, 25 лет и старше
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p><b>Преимущества:</b> Данные по положительному статусу в отношении сифилиса у беременных имеются в большинстве стран и собираются в рамках стандартной отчетности системы здравоохранения.</p> <p><b>Недостатки:</b> Различия в стратегии тестирования могут влиять на данные. Информация о применяемых в стране методах тестирования (например, доли использованных трепонемных и нетрепонемных тестов) должна использоваться для помощи в интерпретации тенденций относительно заболеваемости.</p>
<b>Дополнительные соображения</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• 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.</li></ul>

<b>Использование данных</b>	<p><b>Глобальное/региональное:</b> Дать оценку перинатальной смертности и заболеваемости, связанных с 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.</p> <p><b>Местное:</b> Рассмотреть тенденции во времени, чтобы провести оценку изменений в бремени этого заболевания и в потребностях программ по предупреждению ИППП.</p> <p><b>Все уровни:</b> Показатель позволяет сравнить данные по тенденциям в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции, чтобы определить ранние предупреждающие признаки повышения риска передачи ВИЧ.</p>
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	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 среди посетительниц служб ДРП (например, нетрепонемный, трепонемный, позитивность по обоим тестам, смешанный/неизвестный тип).
<b>Другие источники</b>	Рекомендуемый показатель программы «Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные показатели», «Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем».

### 1.17.3 ИППП: Процент женщин, обратившихся в службы дородовой помощи, у которых результаты тестирования на сифилис были положительными и которые прошли лечение

<b>Обоснование</b>	Лечение обратившихся в службы дородовой помощи женщин с положительной реакцией на сифилис является прямым показателем усилий программ борьбы с сифилисом по ликвидации передачи от матери ребенку и усилий по укреплению первичной профилактики ВИЧ. Это также один из ключевых показателей процесса для проверки искоренения передачи сифилиса от матери ребенку..
<b>Что он измеряет</b>	Процент обратившихся в службы дородовой помощи женщин в течение определенного периода с положительной серологической реакцией на сифилис и получивших адекватное лечение
<b>Числитель</b>	Число обратившихся в службы дородовой помощи женщин с положительной серологической реакцией на сифилис, получивших, по крайней мере, одну дозу бензатин-пенициллина 2,4 mU IM
<b>Знаменатель</b>	Число обратившихся в службы дородовой помощи женщин с положительной серологической реакцией на сифилис
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p><b>Как измерять:</b> Данные следует собирать ежегодно. Чтобы считаться позитивным на сифилис по данному показателю, достаточно проявить серопозитивность либо по трепонемному, либо по нетрепонемному тесту.</p> <p><b>Инструменты измерения:</b> 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>
<b>Разбивка данных</b>	Без разбивки
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p><b>Преимущества:</b> Данные о лечении сифилиса у женщин, обратившихся в СДП, собираются в рамках стандартной отчетности медучреждений.</p> <p><b>Недостатки:</b> Для сбора данных в национальных масштабах требуется содействие программ охраны здоровья матери и ребенка.</p>

<b>Дополнительные соображения</b>	Для целей данного показателя достаточно задокументировать единственную дозу пенициллина. Лечение позитивной на сифилис женщины при помощи единственной инъекции бензатин пенициллина 2,4 мУ 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.
<b>Использование данных</b>	<b>Глобальное/региональное/местное:</b> Дать оценку эффективности программ в снижении перинатальной заболеваемости и смертности, обусловленных сифилисом. <b>Местное:</b> Выявить проблемные районы, нуждающиеся в помощи в осуществлении программ или в дополнительных ресурсах. <b>Все уровни:</b> Для интерпретации тенденций в лечении следует использовать знание политики и практики в области лечения.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Если представленные данные не охватывают всю страну, просьба привести пояснение.
<b>Другие источники</b>	Рекомендуемый показатель программы «Национальный мониторинг достижения всеобщего доступа к услугам по охране репродуктивного здоровья: Концептуальные и практические соображения и связанные показатели»; показатели, рекомендованные в документе «Методы эпиднадзора и мониторинга ликвидации врожденного сифилиса в рамках существующих систем» и ключевой показатель прогресса «Критерии и процессы проверки искоренения передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку».

#### 1.17.4 ИППП: Процент секс-работников (СР) с активным сифилисом

<b>Обоснование</b>	Тестирование на сифилис секс-работников (СР) важно для их собственного здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в снижении уровня сексуального поведения высокого риска и усилия по проведению вмешательств по борьбе с сифилисом у работников коммерческого секса.
<b>Числитель</b>	Число работников коммерческого секса, у которых результаты тестирования на активный сифилис были положительными
<b>Знаменатель</b>	Число работников коммерческого секса, которые прошли тестирование на активный сифилис
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<b>Инструменты измерения:</b> Можно использовать данные плановой отчетности информационных систем здравоохранения, дозорного эпиднадзора или специальных обследований. <b>Как измерять:</b> 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, ТРРА, ИФА или быстрый трепонемный тест). Новые трепонемные экспресс-тесты сравнительно просты в использовании. Это способствует их применению для скрининга, в идеале, в паре с нетрепонемным тестом, который определяет реактивные антитела. Независимо от того, какой подход используется, предложенный показатель требует положительного результата нетрепонемного теста и трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции. Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и полезен в определенных ситуациях для терапевтических целей, не достаточно специфичен для эпиднадзора за СР. Требование наличия положительных результатов как нетрепонемного, так и трепонемного теста у СР отличается от требований для показателя 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.

<b>Разбивка данных</b>	<b>По полу:</b> общие данные, мужчины, женщины.
<b>Преимущества и недостатки</b>	<b>Преимущества:</b> 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. <b>Недостатки:</b> Требование проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает сложность получения данных для этого показателя.
<b>Дополнительные соображения</b>	Обеспечение и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.
<b>Использование данных</b>	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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	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

<b>Обоснование</b>	Тестирование на сифилис мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), важно для их собственного здоровья и для целей эпиднадзора второго поколения.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в снижении уровня сексуального поведения высокого риска и усилия по проведению вмешательств для контроля сифилиса у МСМ.
<b>Числитель</b>	Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, у которых результаты тестирования на активный сифилис были положительными
<b>Знаменатель</b>	Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, которые прошли тестирование на активный сифилис
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<b>Инструменты измерения:</b> Данные плановой отчетности информационных систем здравоохранения, дозорного эпиднадзора или специальных обследований. <b>Как измерять:</b> 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 определяет трепонемные антитела (например, РПГА, <i>МНА-ТР</i> , <i>ИФА</i> , быстрый трепонемный тест). Новые трепонемные экспресс-тесты сравнительно просты в использовании. Это способствует их применению для скрининга в идеале в паре с нетрепонемным тестом, который определяет реактивные антитела. Независимо от того, какой подход используется, предложенный показатель требует положительного результата нетрепонемного теста И трепонемного теста, чтобы получить косвенный показатель активной инфекции. Только нетрепонемный тест или только трепонемный тест, хотя и полезен в определенных ситуациях для терапевтических целей, не достаточно специфичен для эпиднадзора за МСМ. Требование наличия положительных результатов как нетрепонемного, так и трепонемного теста у МСМ, отличается от требований для показателя 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.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется

<b>Преимущества и недостатки</b>	<p><b>Преимущества:</b> 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><b>Недостатки:</b> Требование проводить тестирование с помощью обоих тестов повышает сложность получения данных для этого показателя.</p>
<b>Дополнительные соображения</b>	Обеспечение и контроль качества должны быть неотъемлемой частью тестирования на сифилис для получения достоверных результатов.
<b>Использование данных</b>	Позволяет рассмотреть проявляющиеся с течением времени тенденции в сравнимых группах. Позволяет сравнить, где возможно, данные о тенденциях в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	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.

#### 1.17.6 ИППП: Число взрослых с сифилисом (первичным/вторичным и латентным/неизвестным), зарегистрированных в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	Острая бактериальная ИППП, такая как первичный/вторичный сифилис, является маркером незащищенного полового акта и способствует инфицированию и передаче ВИЧ. Поэтому эпиднадзор за первичным/вторичным сифилисом способствует эпиднадзору за ВИЧ второго поколения посредством раннего предупреждения об эпидемическом потенциале ВИЧ в результате сексуальной передачи и существующей в настоящее время сексуальной активности, связанной с высоким риском, которая может потребовать более активных программных вмешательств для уменьшения риска. Кроме того, нелеченный сифилис вызывает случаи мертворождения и заболевания новорожденных и может привести к подрывающим здоровье или летальным исходам у взрослых.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в уменьшении практики незащищенного секса среди всего населения.
<b>Числитель</b>	Число зарегистрированных случаев сифилиса среди взрослых за отчетный период
<b>Знаменатель</b>	Число лиц в возрасте 15 лет и старше
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Регулярные системы медико-санитарной информации
<b>Разбивка данных</b>	<b>По полу, первичный/вторичный по ср. с латентным/ неизвестным:</b> всего, всего женщин, всего мужчин, первичный/вторичный у женщин, первичный/вторичный у мужчин
<b>Преимущества и недостатки</b>	Несмотря на то, что ВОЗ предоставила глобальное определение случая, фактическое определение случая может варьироваться между странами и внутри стран. Кроме того, диагностические возможности могут варьироваться между странами и внутри стран. Хотя по этому показателю и может возникнуть заниженная отчетность, в отсутствие изменений определения случая или крупных изменений практики скрининга эти данные, как правило, могут быть использованы для прослеживания динамики тенденций в стране.
<b>Дополнительные соображения</b>	Важно, чтобы страны при представлении отчетности о сифилисе сообщали также о степени, в которой данные считаются репрезентативными для всего населения страны. Если страна не может сообщить знаменатель, ВОЗ будет использовать знаменатель Отдела народонаселения ООН.
<b>Использование данных</b>	Рассмотрение динамики тенденций в сопоставимых группах.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Рекомендованный показатель в документе: «Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекцией, передаваемой половым путем. 2012 г.».

### 1.17.7 БППП: Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (у живорожденных и мертворожденных) в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	Нелеченная инфекция сифилиса во время беременности может не только повысить риск передачи и инфицирования ВИЧ матери и младенца, но и привести к мертворождению, неонатальной смерти и врожденным заболеваниям (вместе называемым «врожденным сифилисом»). Учитывая высокую эффективность, простоту и низкую стоимость тестирования на сифилис и его лечения, были начаты глобальные и региональные инициативы по ликвидации передачи сифилиса от матери ребенку (ПМР). Степень распространенности врожденного сифилиса является показателем воздействия программных мероприятий по ликвидации передачи сифилиса от матери ребенку.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в ликвидации передачи сифилиса от матери ребенку.
<b>Числитель</b>	Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса (у живорожденных и мертворожденных) в течение последних 12 месяцев
<b>Знаменатель</b>	Число живорожденных
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Регулярные системы медико-санитарной информации
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	Диагностика врожденного сифилиса является наиболее достоверной при использовании конкретных диагностических тестов, которые редко имеются даже в развитых странах. Поэтому в большинстве стран диагностика сифилиса основывается на истории болезни и обследовании, а также последующем наблюдении. Несмотря на то, что ВОЗ предоставила глобальное определение случая, фактическое определение случая может варьироваться между странами и регионами и внутри них.
<b>Дополнительные соображения</b>	Важно, чтобы страны при представлении отчетности о сифилисе сообщали также о степени, в которой данные считаются репрезентативными для всего населения страны. Если страна не может сообщить знаменатель, ВОЗ будет использовать знаменатель Отдела народонаселения ООН.
<b>Использование данных</b>	Учитывая трудности в диагностике врожденного сифилиса и в зависимости от применяемого определения, проблемой может быть либо заниженная, либо завышенная отчетность. Вероятные масштабы таких погрешностей отчетности всегда следует учитывать при рассмотрении степеней распространенности случаев врожденного сифилиса. Однако при последовательном использовании определения случая заболевания полезным может быть использование тенденций за определенный период времени.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Странам следует указывать примечания в случае любых крупных различий между национальным определением случая и глобальным определением случая для эпиднадзора (имеется на странице 15 по адресу: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241505895/en/index.html</a> ) В частности, странам необходимо указывать, учитывают ли они мертворожденных в национальном определении случаев врожденного сифилиса. Рекомендованный показатель в документе «Методы эпиднадзора и мониторинга для ликвидации врожденного сифилиса, применимые в существующих системах» и ключевой показатель прогресса «Критерии и процессы проверки искоренения передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку».

### 1.17.8 БППП: Число зарегистрированных случаев гонореи у мужчин в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	Острая бактериальная ИППП, такая как гонорея, является маркером незащищенного полового акта и способствует передаче и инфицированию ВИЧ. Поэтому эпиднадзор за гонореей способствует эпиднадзору за ВИЧ второго поколения посредством раннего предупреждения об эпидемическом потенциале ВИЧ в результате сексуальной передачи и существующей в настоящее время сексуальной активности, связанной с высоким риском, которая может потребовать более активных программных вмешательств для уменьшения риска. Кроме того, нелеченная гонорея может привести к воспалению тазовых органов, внематочной беременности, бесплодию, слепоте и диссеминированному поражению. Растущая резистентность к рекомендуемым в настоящее время вариантам лечения может сделать эту инфекцию не поддающейся лечению.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в уменьшении практики незащищенного секса среди мужчин.
<b>Числитель</b>	Число зарегистрированных случаев гонореи среди мужчин за отчетный период
<b>Знаменатель</b>	Число мужчин в возрасте 15 лет и старше
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Регулярные системы медико-санитарной информации
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	Несмотря на то, что ВОЗ предоставила глобальное определение случая, фактическое определение случая может варьироваться между странами и внутри стран. Кроме того, диагностические возможности могут варьироваться между странами и внутри стран. Хотя по этому показателю и может возникнуть заниженная отчетность, в отсутствие изменений определения случая или крупных изменений практики скрининга, эти данные, как правило, могут быть использованы для прослеживания динамики тенденций в стране.
<b>Дополнительные соображения</b>	Важно, чтобы страны при представлении отчетности о гонорее сообщали также о степени, в которой данные считаются репрезентативными для всего населения страны. Данные о гонорее среди женщин, хотя и являются полезными для целей мониторинга, не требуются на глобальном уровне в связи с тем, что большинство женщин, инфицированных <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , являются бессимптомными, и чувствительные диагностические тесты на гонорею не являются широко доступными в развивающихся странах. Поэтому считается, что данные о гонорее среди женщин слишком зависимы от диагностических ресурсов и практики скрининга, чтобы можно было осуществлять надлежащий мониторинг на глобальном уровне. Если страна не может сообщить знаменатель, ВОЗ будет использовать знаменатель Отдела народонаселения ООН.
<b>Использование данных</b>	Рассмотрение динамики тенденций в сопоставимых группах.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Рекомендованный показатель в документе: "Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекцией, передаваемой половым путем. 2012 г.».



### 1.17.9 БППП: Число мужчин с выделениями из уретры, зарегистрированных в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	<p>Выделения из уретры у мужчин является симптомом ИППП, обычно чаще всего вызываемой <i>Neisseria gonorrhoeae</i> или <i>Chlamydia trachomatis</i>. Наличие острого симптома ИППП, такого как выделения из уретры, является маркером незащищенного полового акта, и такие выделения способствуют инфицированию и передаче ВИЧ.</p> <p>Поэтому эпиднадзор за выделениями из уретры способствует эпиднадзору за ВИЧ второго поколения посредством раннего предупреждения об эпидемическом потенциале ВИЧ в результате сексуальной передачи и существующей в настоящее время сексуальной активности, связанной с высоким риском, которая может потребовать более активных программных вмешательств для уменьшения риска. Кроме того, нелеченные случаи выделений из уретры могут привести к бесплодию, слепоте и диссеминированному поражению. Растущая резистентность к рекомендуемым в настоящее время вариантам борьбы с <i>Neisseria gonorrhoeae</i> может сделать эту инфекцию не поддающейся лечению.</p>
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в уменьшении практики незащищенного секса среди мужчин.
<b>Числитель</b>	Число зарегистрированных случаев выделений из уретры среди мужчин за отчетный период
<b>Знаменатель</b>	Число мужчин в возрасте 15 лет и старше
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Регулярные системы медико-санитарной информации
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Несмотря на то, что ВОЗ предоставила глобальное определение случая, фактическое определение случая может варьироваться между странами и внутри стран. Кроме того, диагностические возможности могут варьироваться между странами и внутри стран. Хотя по этому показателю и может возникнуть заниженная отчетность, в отсутствие изменений определения случая или крупных изменений практики скрининга, эти данные, как правило, могут быть использованы для отслеживания динамики тенденций в стране</p>
<b>Дополнительные соображения</b>	<p>Важно, чтобы страны при представлении отчетности о случаях выделения из уретры сообщали также о степени, в которой данные считаются репрезентативными для всего населения страны. Слежение за тенденциями в случаях выделения из уретры является реальным средством мониторинга заболеваемости ИППП среди населения. Данные о влажных выделениях у женщин, хотя и являются полезными для целей мониторинга на местном и национальном уровнях, не требуются на глобальном уровне в связи с тем, что во многих местах большинство случаев влажных выделений не вызваны инфекциями, передаваемыми половым путем.</p> <p>Странам следует проводить периодическую оценку этиологии синдрома выделений из уретры, чтобы понять преобладающие причины выделений из уретры и, следовательно, применять надлежащее лечение.</p> <p>Если страна не может сообщить знаменатель, ВОЗ будет использовать знаменатель Отдела народонаселения ООН.</p>
<b>Использование данных</b>	Рассмотрение динамики тенденций в сопоставимых группах.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Рекомендованный показатель в документе: «Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекцией, передаваемой половым путем. 2012 г.».

### 1.17.10 ИППП: Число взрослых с генитальной язвой, зарегистрированных в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	Генитальная язва является симптомом ИППП и обычно чаще всего вызывается вирусами сифилиса, шанкроида или простого герпеса. Наличие острого синдрома ИППП, такого как генитальная язва, является маркером незащищенного полового акта и способствует инфицированию и передаче ВИЧ. Поэтому эпиднадзор за генитальной язвой способствует эпиднадзору за ВИЧ второго поколения посредством раннего предупреждения об эпидемическом потенциале ВИЧ в результате сексуальной передачи и существующей в настоящее время сексуальной активности, связанной с высоким риском, которая может потребовать более активных программных вмешательств для уменьшения риска. Кроме того, нелеченная генитальная язва вызывает случаи мертворождения и заболевания новорожденных и может привести к подрывающим здоровье или летальным исходам у взрослых.
<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в уменьшении практики незащищенного секса среди всего населения.
<b>Числитель</b>	Число взрослых с генитальной язвой, зарегистрированных в отчетный период
<b>Знаменатель</b>	Число лиц в возрасте 15 лет и старше
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Регулярные системы медико-санитарной информации
<b>Разбивка данных</b>	<b>По полу:</b> всего, мужчины, женщины
<b>Преимущества и недостатки</b>	Несмотря на то, что ВОЗ предоставила глобальное определение случая, фактическое определение случая может варьироваться между странами и внутри стран. Кроме того, диагностические возможности могут варьироваться между странами и внутри стран. Хотя по этому показателю и может возникнуть заниженная отчетность, в отсутствие изменений определения случая или крупных изменений практики скрининга, эти данные, как правило, могут быть использованы для прослеживания динамики тенденций в стране.
<b>Дополнительные соображения</b>	Важно, чтобы страны при представлении отчетности о случаях выделения из уретры сообщали также о степени, в которой данные считаются репрезентативными для всего населения страны. Странам следует проводить периодическую оценку этиологии генитальной язвенной болезни, чтобы обеспечить правильный выбор лекарств для синдромного лечения и понять степень, в которой генитальная язвенная болезнь отражает частоту повторяющегося инфицирования ВПГ по сравнению с острой инфекцией сифилиса, шанкроида или ВПГ. Если страна не может сообщить знаменатель, ВОЗ будет использовать знаменатель Отдела народонаселения ООН,
<b>Использование данных</b>	Рассмотрение динамики тенденций в сопоставимых группах.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Рекомендованный показатель в документе: «Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекцией, передаваемой половым путем. 2012 г.».

### 1.18 Процент (%) беременных женщин с позитивным результатом анализа на сифилис, сексуальные контакты которых были выявлены и пролечены от сифилиса

<b>Числитель</b>	Число беременных женщин, результат тестирования которых на сифилис оказался положительным и чьи сексуальные контакты были выявлены и пролечены. Этот числитель предполагает проведение консультирования со всеми беременными женщинами и выявление всех их сексуальных контактов. Только если все их половые партнеры, о которых они сообщили, были пролечены, таких женщин можно включать в числитель.
<b>Знаменатель</b>	Число беременных женщин, результаты тестирования которых на сифилис во время беременности оказались положительными.

## Число случаев ВИЧ-инфекции и СПИДа

<b>1.19.1 Число случаев ВИЧ, диагностированных с разбивкой по полу и возрасту в 2010-2014 гг.</b>	
<b>Обоснование</b>	Случаи ВИЧ-инфекции выявляют в пунктах ДКТ, медицинских центрах, ТБ-клиниках и других службах. Это первый шаг для направления ЛЖВ в центры лечения и ухода. Это часть стратегии для расширения числа лиц, прошедших тестирование.
<b>Что он измеряет</b>	Число случаев ВИЧ, диагностированных с разбивкой по возрасту и полу в 2010-2014 гг.
<b>Числитель</b>	Число людей, зарегистрированных с диагнозом ВИЧ
<b>Знаменатель</b>	Численность населения страны
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Данные из регулярной отчетности медицинских служб, стандартных информационных систем здравоохранения
<b>Разбивка данных</b>	<b>Возраст: взрослые 15+ лет и дети &lt; 15 лет</b> <b>Пол: мужчины и женщины</b>
<b>Преимущества и недостатки</b>	К возможным проблемам можно отнести неполные отчеты, задержки в отчетности и дублирование данных в информационных системах здравоохранения.
<b>Дополнительные соображения</b>	Пожалуйста, ознакомьтесь с Техническим руководством ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС об отчетности в связи с ВИЧ (WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for HIV case reporting) и документами об эпиднадзоре второго поколения .
<b>Использование данных</b>	Эти данные могут быть использованы для триангуляции данных и оценок в связи с ВИЧ, увидеть распределение случаев ВИЧ среди населения, по географическим регионам и по уровню доступа к услугам
<b>Другие ссылки</b>	Руководство по эпиднадзору второго поколения за ВИЧ: <a href="http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/">http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/</a>

<b>1.19.2 Число случаев СПИДа, диагностированных с разбивкой по полу и возрасту в 2010-2014 гг.</b>	
<b>Обоснование</b>	Случаи ВИЧ-инфекции выявляют в пунктах ДКТ, медицинских центрах, ТБ-клиниках и других службах. Это первый шаг для направления ЛЖВ в центры лечения и ухода. Это часть стратегии для расширения числа лиц, прошедших тестирование. Эпиднадзор за случаями СПИДа начал действовать в странах с середины 1980-х годов.
<b>Что он измеряет</b>	Число случаев СПИДа, диагностированных с разбивкой по возрасту и полу в 2010-2014 гг.
<b>Числитель</b>	Число людей, зарегистрированных с диагнозом СПИД
<b>Знаменатель</b>	Численность населения страны
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Данные из регулярной отчетности медицинских служб, стандартных информационных систем здравоохранения
<b>Разбивка данных</b>	<b>Возраст: взрослые 15+ лет и дети &lt; 15 лет</b> <b>Пол: мужчины и женщины</b>
<b>Преимущества и недостатки</b>	К возможным проблемам можно отнести неполные отчеты, задержки в отчетности и дублирование данных в информационных системах здравоохранения.
<b>Дополнительные соображения</b>	Пожалуйста, ознакомьтесь с Техническим руководством ВОЗ/ЮНОДК/ЮНЭЙДС об отчетности в связи с ВИЧ (WHO/UNODC/UNAIDS Technical Guide for HIV case reporting) и документами об эпиднадзоре второго поколения .
<b>Использование данных</b>	Эти данные могут быть использованы для триангуляции услуг. Данные диагностики клинической стадии показывают, как скоро человек начнет получать услуги и АРТ

<b>Другие ссылки</b>	<p>Определение случаев ВИЧ для эпиднадзора и пересмотренные клинические стадии и иммунологическая классификация ВИЧ-ассоциированных заболеваний у взрослых и подростков <a href="http://who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/">http://who.int/hiv/pub/vct/hivstaging/en/</a></p> <p>Руководство по эпиднадзору второго поколения за ВИЧ <a href="http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/">http://who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module1/en/</a></p>
----------------------	--

## ЦЕЛЬ 2: СНИЗИТЬ К 2015 Г. ПЕРЕДАЧУ ВИЧ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ НА 50 %

<b>2.6 Число людей, получающих опиоидную заместительную терапию (ОЗТ)</b>	
<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Национальную приверженность и прогресс, достигнутый в лечении потребителей опиатов, а также снижение вероятности передачи ВИЧ среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Данные программ Данные переписей
<b>Разбивка данных</b>	<b>По типам административных единиц:</b> городские, сельские
<b>Преимущества и недостатки</b>	Данные о числе людей, получающих ОЗТ, должны быть легкодоступными и достоверными, поскольку пункты предоставления ОЗТ, как правило, получают лицензию у соответствующих органов.
<b>Дополнительные соображения</b>	Для ознакомления с полным набором показателей, 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 ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html</a> ).
<b>Использование данных</b>	Постарайтесь оценить, достаточно ли в стране пунктов предоставления ОЗТ по отношению к числу и географическому распределению лиц, страдающих зависимостью от опиоидов.
<b>Другие источники</b>	Техническое руководство ВОЗ/ЮНОДК/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 ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html</a> )

## 2.7 Число пунктов ПОИШ и ОЗТ: – Число пунктов действия программы обмена игл и шприцев (ПОИШ)

<b>Обоснование</b>	Программы обмена игл и шприцев являются одним из наиболее эффективных вмешательств по предупреждению передачи ВИЧ среди ПИН. Этот показатель оценивает наличие соответствующего доступа к стерильным иглам и шприцам для ПИН.
<b>Что он измеряет</b>	Число пунктов ПОИШ (включая аптеки, где можно получить иглы и шприцы бесплатно). Доступность пунктов, где ПИН могут получить стерильные шприцы и иглы.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Данные национальных программ
<b>Разбивка данных</b>	По типам административных единиц Городские, сельские
<b>Преимущества и недостатки</b>	Многие пункты ПОИШ являются «неофициальными» и поэтому могут не учитываться в данных национальных программ.
<b>Дополнительные соображения</b>	<p>Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) – 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 показателей, относящихся к ПИН, пожалуйста, обращайтесь к Техническому руководству ВОЗ/ЮНОДК/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 (<a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html</a>).</p>
<b>Использование данных</b>	Получить представление о наличии и доступности пунктов ПОИШ и определить тенденции, проявляющиеся с 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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Многие пункты ПОИШ 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 ПОИШ, которые вы сообщаете.
<b>Другие источники</b>	Техническое руководство ВОЗ/ЮНОДК/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 ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html</a> )

## 2.7 Число пунктов ПОИШ и ОЗТ: – Число пунктов предоставления опиоидной заместительной терапии (ОЗТ)

<b>Обоснование</b>	Использование опиоидной заместительной терапии (ОЗТ) отражает приверженность предоставлению лечения потребителям опиатов и снижению частоты инъекций, желательного до нуля. ОЗТ – наиболее эффективный инструмент, который использует общественное здравоохранение для снижения потребления инъекционных наркотиков среди потребителей опиатов.
<b>Что он измеряет</b>	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.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Данные национальных программ
<b>Разбивка данных</b>	По типам административных единиц Городские, сельские
<b>Преимущества и недостатки</b>	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 свободных мест для получения ОЗТ. Возможно, будет трудно оценить размеры подгрупп в популяции ПИН, и это может приводить к еще большей неопределенности.
<b>Дополнительные соображения</b>	Для ознакомления с полным набором показателей, относящихся к ПИН, пожалуйста, обращайтесь к Техническому руководству ВОЗ/ЮНОДК /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 ( <a href="http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html">http://www.who.int/hiv/topics/idu/ru/index.html</a> )
<b>Использование данных</b>	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 показатель 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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> 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.
<b>Другие источники</b>	Техническое руководство ВОЗ/ ЮНОДК/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 ( <a href="http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf">http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf</a> )

## ЦЕЛЬ 3: ЛИКВИДИРОВАТЬ ПЕРЕДАЧУ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ К 2015 Г. И СУЩЕСТВЕННО СНИЗИТЬ МАТЕРИНСКУЮ СМЕРТНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННУЮ СПИДОМ

### 3.3а Частота передачи от матери ребенку (на основе программных данных)

#### Что он измеряет

Пожалуйста, укажите частоту передачи от матери ребенку в Вашей стране и приведите подробные сведения об источнике этих данных, а также о любых допущениях в процессе оценки. Смоделированный показатель частоты ПМР является индикатором 3.3 (нередко его получают с помощью программы «Spectrum»). Пожалуйста, приведите здесь другие оценочные показатели частоты ПМР – например, на основании обследований, программные данные, в результате специальных исследований и т.д.

Пожалуйста, укажите источник данных в разделе для дополнительной информации. Если данные получены в результате специального исследования или анализа выборки пар «мать-ребенок», приведите информацию о размерах выборки, времени проведения исследования и возрасте ребенка, в котором определяли наличие инфекции.

#### Числитель

Число детей, впервые инфицированных ВИЧ в результате передачи инфекции от матери ребенку, за предшествующие 12 месяцев у ВИЧ-позитивных матерей (или за другой промежуток времени, за который Вы имеете такие данные. Пожалуйста, укажите в разделе для дополнительной информации)

#### Знаменатель

Число ВИЧ-положительных женщин, которые родили детей за предшествующие 12 месяцев

### 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

Этот показатель оценивает усилия, направленные на определение серологического статуса беременных, которые предпринимались в последние 12 месяцев.

#### Числитель

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.

**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-статуса<sup>2</sup> 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.

**Беременные (и находящиеся в послеродовом периоде) женщины, серологический статус которых неизвестен:** 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.

<sup>2</sup> Документация 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.

Числитель – это сумма категорий а-с, указанных ниже:

(а-1) беременные, прошедшие тестирование на ВИЧ и получившие результаты тестирования при получении услуг по ДРП;

(а-2) беременные с известным положительным ВИЧ-статусом, обратившиеся за услугами по ДРП при новой беременности;

(b) беременные с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которым предоставлялись услуги по родовспоможению, прошедшие тестирование и получившие результаты;

(с) женщины с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которые получали послеродовую помощь в течение 72 часов после родов, прошли тестирование и получили результаты.

Категории а-1, b, и с включают всех женщин, которые были протестированы и получили результаты, независимо от результатов теста на ВИЧ. Категория а-2 включает женщин с уже известным ранее положительным ВИЧ-статусом.

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; и

(с) женщины с отрицательным ВИЧ-статусом (остальные).

Разбивка для глобальной отчетности приводится ниже.

#### **Знаменатель**

Расчетное число беременных женщин за последние 12 месяцев

#### **Как измерять и инструменты измерения**

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 медицинских учреждений 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.

#### **Разбивка данных**

Стадии беременности: дородовой период, период схваток и изгнания, послеродовой период

Получение результатов: проверено, проверены и получены результаты

Серологический ВИЧ-статус: число ВИЧ+

#### **Преимущества и недостатки**

Этот показатель позволяет осуществлять мониторинг тенденций в проведении тестирования на ВИЧ среди беременных женщин. Этот показатель 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.

#### **Дополнительные соображения для стран**

В регистрационных журналах медицинских учреждений 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.

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.



Возможно, для менеджеров программ будет важно использовать дополнительные субнациональные показатели и показатели на уровне учреждений для оценки тенденций и достигнутого прогресса в области ТИК, например показатели использования услуг по ТИК и получения результатов.

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 показателю, используя данные обследований населения, например медико-демографических обследований, которые обычно проводятся каждые пять лет, или данных популяционных обследований по показателям СПИДа, которые могут проводиться чаще.

#### **Использование данных**

Оцените тенденции по времени. Если дезагрегированные данные доступны в разбивке по регионам, то проверьте, возможно ли идентифицировать какие-либо территории с более низкими результатами. Проверьте, имеются ли данные о % обратившихся за дородовой помощью, которым известен их статус (включая лиц с ранее подтвержденным ВИЧ-статусом и протестированных лиц), и о % обратившихся в связи с родовыми схватками и родоразрешением, которым известен их статус.

#### **Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности**

**Двойной учет:** существует риск двойного счета в связи с данным показателем, поскольку беременная женщина может быть протестирована несколько раз в ходе оказания дородовой помощи, родовых схваток и родоразрешения или в послеродовой период. Это особенно справедливо в тех случаях, когда женщины повторно тестируются в различных учреждениях или поступают в родовую палату без документа об их тестировании. Хотя полностью исключить двойной счет невозможно, странам следует обеспечить развертывание системы сбора и представления данных для минимизации этого явления, например, используя находящиеся у пациента или в медучреждении документы о дородовой помощи, чтобы зафиксировать факт тестирования.

Просьба не выводить сумму всех протестированных женщин на этапах дородовой помощи или родовых схваток и родоразрешения, чтобы получить суммарное число протестированных женщин. Нас интересует число протестированных женщин, а не общее число тестов (т.е. если женщина протестирована на этапе дородовой помощи и вновь на этапе родовых схваток и родоразрешения, постарайтесь считать ее один раз). Важно включить в числитель тех лиц, чье ВИЧ-инфицирование было установлено ранее, – даже если они не подвергаются тесту на ВИЧ, их ВИЧ-инфицирование идентифицируется для целей последующих мероприятий по ППМР.

**Численность протестированных, а также протестированные и полученные результаты:** При наличии просьба сообщить число протестированных беременных женщин, а также число протестированных беременных женщин и полученных результатов (второе число не должно превышать первое).

Если ваша система сбора данных не позволяет сегодня разделить лиц с известным и неизвестным ВИЧ-статусом и вы не можете представить конкретные дезагрегированные данные, то просьба проанализировать имеющиеся данные и вывести наилучшие данные о численности беременных женщин, чей ВИЧ-статус был установлен в ходе беременности, родовых схваток и родоразрешения или в послеродовой период в пределах 72 часов.

Просьба представить в разделе комментариев любые подробности, которые облегчат интерпретацию ваших данных.

Просьба дать комментарии по источнику вашего знаменателя.

#### **Другие источники**

Основной показатель МиО ППМР #3

### 3.5. Процент беременных женщин, получающих родовую помощь, партнер-мужчина которых прошел проверку на ВИЧ в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	<p>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.</p> <p>Тестирование партнера является первым шагом в привлечении к этому процессу партнера-мужчины, независимо от ВИЧ-статуса пары.</p>
<b>Что он измеряет</b>	Процент беременных, получающих родовую помощь, партнер которых прошел проверку в ходе беременности своей партнерши в течение последних 12 месяцев
<b>Числитель</b>	Число беременных, получающих родовую помощь, партнер которых прошел проверку в течение последних 12 месяцев
<b>Знаменатель</b>	Число беременных, получающих родовую помощь
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<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. В них включается информация из всех медицинских учреждений: государственных, частных и находящихся в ведении НПО, которые занимаются родовым 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>
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель позволяет странам отслеживать усилия по расширению тестирования мужчин-партнеров беременных женщин, обратившихся в СДП. Этот показатель не позволяет установить получил ли мужчина-партнер свои результаты или какое-либо обслуживание, вытекающее из этого. Показатель 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>
<b>Дополнительные соображения</b>	<p>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-положительных мужчин-партнеров в рамках комплексных программ ухода и лечения.</p>
<b>Использование данных</b>	Интерпретация исходя из контекста страны и применимости. Обсуждение вопроса о том, как увеличить охват.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<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>
<b>Другие источники</b>	Дополнительный показатель ППМР #А-3

### 3.6 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, прошедших оценку на возможность назначения АРТ в результате определения клинической стадии или тестирования CD4

<b>Обоснование</b>	<p>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.</p>
<b>Что он измеряет</b>	<p>Показатель 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.</p>
<b>Числитель</b>	<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 показателю 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>
<b>Знаменатель</b>	<p>Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев</p>
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Числитель рассчитывается на основе данных национальных программ, которые представляют собой совокупные данные, полученные из регистрационных документов учреждений.</p> <p>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 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>1) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы «Spectrum»): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или</p>

2) если программа «Spectrum» 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).

<b>Разбивка данных</b>	Разбивка по методам оценки соответствия критериям назначения АРТ: исследование CD4 или определение клинической стадии.
<b>Достоинства и недостатки</b>	Сильной стороной этого показателя 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. Этот показатель не показывает, получили ли в действительности АРТ ВИЧ-инфицированные беременные, которые соответствовали критериям ее назначения. 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. Этот показатель не учитывает женщин, которые были определены как ВИЧ+ во время родов, на основании чего у них оценивалось соответствие критериям назначения АРТ.
<b>Дополнительные соображения</b>	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.
<b>Использование данных</b>	Целью является обеспечение 100%-ного охвата; как только такой уровень охвата будет достигаться в обычном порядке, возможно, этот показатель 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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Пожалуйста, дайте любые комментарии, которые могли бы помочь нам в интерпретации данных.
<b>Другие источники</b>	Основной показатель МиО ППМР #4

### 3.7 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, получавших антиретровирусную профилактику (АРВ) для снижения риска ранней (в первые 6 недель) передачи ВИЧ от матери ребенку в первые 6 недель после рождения (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.

<b>Что он измеряет</b>	Прогресс в предупреждении передачи ВИЧ от матери ребенку в ранний послеродовой период с помощью предоставления АРВ-профилактики, младенцам, контактировавшим с ВИЧ.
<b>Числитель</b>	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).
<b>Знаменатель</b>	Расчетное число живорождений у ВИЧ-инфицированных женщин в последние 12 месяцев.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Числитель рассчитывается на основе совокупных данных национальных программ, полученных из регистрационных документов учреждений.</p> <p>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>а) 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.</p> <p>б) Подсчет при рождении ребенка: В регионах, где доля женщин, рожаящих в учреждениях здравоохранения велика, страны могут получить значение числителя, используя 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 показателя, так как соответствующая регистрация АРВ-препаратов, входящих в назначенную схему, производится в момент ее получения младенцами.</p> <p>в) 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.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <p>а) модель прогнозирования, например, полученную с помощью программы «Spectrum»: использовать выходные данные прогноза «число беременных женщин, которые нуждаются в услугах по ППМР» в качестве косвенного показателя; или</p> <p>б) если программа «Spectrum» 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>в) если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.</p>
<b>Разбивка</b>	Не требуется

**Преимущества и недостатки**

Этот показатель 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.

Показатель 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.

**Дополнительные сообщения**

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 показателя с показателем, относящимся к схемам получения АРВ-препаратов матерями (показатель 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 показатель МиО ППМР #6

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

Профилактика котримоксазолом (СТЗ) – простая и экономически эффективная мера профилактики пневмонии, вызванной *Pneumocystis carinii*, 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.

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 СТЗ, 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.

**Что он измеряет**

Предоставление профилактики СТЗ в соответствии с международными методическими рекомендациями и охват ею младенцев, контактировавших с ВИЧ.<sup>3</sup>

**Числитель**

Число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых начата профилактика СТЗ 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**

Числитель рассчитывается из данных национальных программ на основе совокупных данных медицинских учреждений.

Данные должны быть собраны из соответствующих регистрационных документов медицинских учреждений, 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.

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 (ВОЗ. Руководящие принципы профилактики котримоксазолом инфекций, связанных с ВИЧ, среди детей, подростков и взрослых: Рекомендации для подхода, основанного на общественном здравоохранении. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2006 г.)

Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют профилактику КТЗ контактировавшим с ВИЧ младенцам, должны быть включены в подсчет.

Для расчета знаменателя можно использовать два метода:

- a) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы «Spectrum»): использовать выходные данные прогноза «число беременных женщин, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или
- b) если программа «Spectrum» 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<sup>4</sup> (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).

Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.

<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель 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>Показатель учитывает только тех младенцев, которые получали услуги по последующему наблюдению и помощи в течение 2 месяцев после рождения. Он не определяет реальный 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 показателя 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>
<b>Дополнительные соображения</b>	<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.</p> <p>Неправильная организация снабжения может отрицательно влиять на значение показателя 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>
<b>Использование данных</b>	<p>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 показателя 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.).</p>
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого показателя 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>
<b>Другие источники</b>	Основной показатель МиО ППМР #8

<sup>4</sup> Национальные расчетные показатели в отношении ВИЧ-инфицированных беременных женщин следует получать путем корректировки данных эпиднадзора из надзорных пунктов служб, предоставляющих ДРП, и из других источников, принимая во внимание такие характеристики, как распределение по возрасту и модели распространенности ВИЧ-инфекции в сельских и городских районах.

## Распределение результатов лечения младенцев, имевших контакт с ВИЧ

### 3.10.1 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями («младенцев, имевших контакт с ВИЧ») в 2013 году (или по последним имеющимся данным)

#### Что он измеряет

Зарегистрированное число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в течение определенного календарного года (2013 г.).

Для мест, где практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2012 г. (или по последним имеющимся данным)

Для мест, где не практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г. (или по последним имеющимся данным)

Укажите год

### 3.10.2 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным), статус которых классифицирован как «неопределенный» (напр.: все, потерянные для наблюдения, смерть до постановки определенного диагноза, неопределенные результаты лабораторных тестов)

#### Что он измеряет

Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в течение определенного календарного года (2013 г.), которые еще не прошли полного диагностического обследования для оценки их ВИЧ-статуса, поскольку они были потеряны для наблюдения, умерли, переведены в другое учреждение и/или не проходили тестирования.

Для мест, где практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2012 г. (или по последним имеющимся данным)

Для мест, где не практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г. (или по последним имеющимся данным)

### 3.10.3 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным), которым был поставлен диагноз «ВИЧ-положительные»

#### Что он измеряет

Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г., которым был поставлен диагноз «ВИЧ-положительные».

Для мест, где практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2012 г. (или по последним имеющимся данным)

Для мест, где не практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г. (или по последним имеющимся данным)

### 3.10.4 Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 году (или по последним имеющимся данным), которым был поставлен диагноз «ВИЧ-отрицательные»

#### Что он измеряет

Число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г., которым был поставлен диагноз «ВИЧ-отрицательные».

Для мест, где практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2012 г. (или по последним имеющимся данным)

Для мест, где не практикуется грудное вскармливание: укажите число младенцев, рожденных ВИЧ-положительными матерями в 2013 г. (или по последним имеющимся данным)



### 3.11 Число беременных женщин, обратившихся в службы ДРП хотя бы один раз в течение отчетного периода

<b>Примечания к инструменту отчетности</b>	Укажите число беременных женщин, обратившихся в службы ДРП хотя бы один раз в течение отчетного периода. Обратите внимание, что здесь учитывается число людей, а не число посещений, т.е. женщина, посетившая службу ДРП 3 раза, должна быть учтена только один раз. Если это число не представляет данных национального уровня (напр., если у Вас есть данные только по 65% районов или учреждений, или если это число отображает многочисленные посещения, а не «как минимум одно посещение»), пожалуйста, прокомментируйте репрезентативность количественных данных, которые Вы указываете в отчете.
--	---

## Только ЕРБ

### 3.11.1 Процент ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность (ЕРБ08)

<b>Обоснование</b>	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 показатель 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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет распространенность прерывания беременности среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин.
<b>Числитель</b>	Число прерванных беременностей среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин в течение отчетного года.
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность была зарегистрирована в отчетном году.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медицинских учреждений.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется.
<b>Преимущества и недостатки</b>	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 показатель помогает улучшить организацию работы служб по охране репродуктивного здоровья для ВИЧ-инфицированных женщин.
<b>Использование данных</b>	Позволяет проследить тенденции во времени. Хотя разбивка данных для этого показателя 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 показатель будет оказывать влияние на другие показатели, в том числе на показатель охвата АРТ.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Важно прокомментировать, как рассчитывался показатель. Разный подсчет может быть связан с различиями в политике тестирования на ВИЧ беременных женщин в разных странах, например: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Тестирование на ВИЧ предлагается всем беременным, включая тех, кто хочет прервать беременность;</li><li>2. Тестирование на ВИЧ предлагается только женщинам, которые не собираются прерывать беременность, исключая тех, кто хочет прервать беременность.</li></ol>

### 3.11.2 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в отчетный год (ЕРБО9)

<b>Обоснование</b>	Число и процент ВИЧ-положительных беременных женщин, родивших в отчетный период, дает основу для расчета зарегистрированных коэффициентов передачи ВИЧ от матери ребенку. Кроме того, плановое кесарево сечение – вмешательство, которое уменьшает риск передачи вируса от матери ребенку. Этот показатель 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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет долю ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в течение отчетного года.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в течение отчетного года
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, зарегистрировавших беременность в течение отчетного года
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медицинских учреждений.
<b>Разбивка данных</b>	По виду родов: Плановое кесарево сечение (определяемое как кесарево сечение, проведенное до начала сокращений матки и разрыва оболочки плода) по сравнению с другими видами родов (самопроизвольные, спровоцированные, острые случаи кесарева сечения и т.д.)
<b>Преимущества и недостатки</b>	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.
<b>Использование данных</b>	Этот показатель поможет рассчитать частоту передачи ВИЧ от матери ребенку.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Важно использовать данные об использовании планового кесарева сечения и не включать данные, относящиеся к срочному кесареву сечению.

### 3.12.1. Число учреждений ДРП, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ

<b>Примечание к инструменту отчетности</b>	Пожалуйста, укажите число учреждений дородовой помощи, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ. Если это число не представляет национального числа (напр., если у Вас есть данные только о государственных учреждениях, хотя частные учреждения оказывают значительный процент медицинских услуг населению), просьба указать в комментариях репрезентативность представленных данных..
--	---

### 3.12.2 Число учреждений ДРП, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ, и выдающих антиретровирусные препараты

<b>Примечание к инструменту отчетности</b>	Пожалуйста, укажите число учреждений дородовой помощи, оказывающих услуги по консультированию и тестированию на ВИЧ, и выдающих АРВ-препараты. Если это число не представляет национального числа (напр., если у Вас есть данные только о государственных учреждениях, хотя частные учреждения оказывают значительный процент медицинских услуг населению), просьба указать в комментариях репрезентативность представленных данных..
--	---

### 3.12.3 Процент медицинских учреждений, оказывающих услуги по вирусологическому тестированию (напр., ПЦР) для диагностики ВИЧ у младенцев на месте или с использованием сухого пятна крови (СПК),

<b>Обоснование</b>	Ранняя диагностика ВИЧ путем проведения вирусологического тестирования на месте или с использованием сухого пятна крови очень важна для выявления ВИЧ-инфицированных младенцев с целью их немедленного направления для получения медицинской помощи, лечение ВИЧ и оказания помощи принятии решения медицинским специалистам
<b>Что он измеряет</b>	Степень, до которой страны расширили масштабы доступа к ранней диагностике ВИЧ у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями
<b>Числитель</b>	Число медицинских учреждений, проводящих вирусологическое тестирование на ВИЧ среди младенцев, имевших контакт с ВИЧ, на месте или с использованием сухого пятна крови.
<b>Знаменатель</b>	Общее число медицинских учреждений, обеспечивающих наблюдение за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Этот числитель можно рассчитать одним из трех методов в зависимости от наличия информации в центральных учреждениях:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(а) учетные записи национальной программы со списками учреждений, проводящих вирусологическое тестирование на месте или с использованием сухого пятна крови;</li><li>(б) списки распределения тест-систем для работы с сухими пятнами крови по учреждениям, центральным медицинским складам, медицинским складам частных или неправительственных организаций, отвечающих за распределение на национальном уровне, или в референс-лабораторию;</li><li>(с) опрос или анкетирование в учреждениях о том, проводят ли они вирусологическое тестирование на месте или с использованием сухого пятна крови.</li></ul> <p>Во многих странах вирусологическое тестирование проводится только в национальной референс-лаборатории или пересылается в другие страны из-за высокой стоимости оборудования для проведения вирусологических тестов. Таким образом, «проведение» вирусологического тестирования включает тестирование на месте, а также транспортировку бумажных фильтров с образцами сухих пятен крови в лаборатории для вирусологического тестирования. Учреждения, выдающие матери и ребенку направление в учреждение, проводящее вирусологическое тестирование на месте или с использованием СПК, не следует включать в числитель.</p> <p>В знаменатель включают все медицинские учреждения любого уровня, которые обеспечивают последующее наблюдение за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, включая клиники по охране здоровья матери и ребенка, учреждения, где отдел ППМР отвечает за наблюдение за такими младенцами, центры диетического питания, районные больницы и центры по уходу и лечению. Все государственные, частные и неправительственные медицинские учреждения, обеспечивающие наблюдение за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, следует включить в знаменатель.</p>
<b>Разбивка</b>	По наличию вирусологических тестов: на месте; с использованием СПК <i>Без отнесения к категории/Другая категория – если Вы знаете, что вирусологические тесты проводятся, но вы не уверены, делается ли это на месте или с использованием СПК.</i>
<b>Преимущества и недостатки</b>	Этот показатель не измеряет качество вирусологического тестирования на месте или качество имеющегося оборудования, включая время обработки, возникновение дефицита тест-систем на основе СПК или реактивов для вирусологического тестирования, а также других «узких мест» в системе
<b>Дополнительные соображения</b>	Помимо мониторинга процесса усиления потенциала для проведения вирусологических тестов в медицинских учреждениях, странам может понадобиться проведение периодического мониторинга «узких мест» в системе с целью усиления этого потенциала, включая возникновение дефицита материалов для тестирования на уровне страны, района или учреждения; время обработки образцов для получения результатов тестирования; наличие кадровых ресурсов и проведение тренингов; наличие инструментов для надлежащего отслеживания образцов и получения результатов.

<b>Использование данных</b>	Это позволяет отслеживать тенденции во времени, понять, где услуги имеются в наличии, и выявить пробелы. Изучить другие имеющиеся данные о среднем времени, необходимом для получения результатов тестирования.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<p>(а) <b>Двойной учет:</b> при объединении данных из разных источников убедитесь, что ни одно из учреждений не посчитано дважды.</p> <p><b>Национальная репрезентативность:</b> постарайтесь, чтобы информация из неправительственных и частных учреждений также имела в наличии на центральном уровне. При отсутствии важной информации сделайте примечание об этом.</p> <p>- <b>См. пояснение к знаменателю</b> выше - Общее число медицинских учреждений иногда используется, как косвенный показатель, но если у Вас есть более точные данные о: <ul style="list-style-type: none"> <li>– знаменателе для этого показателя (напр., число учреждений, способных вести наблюдение за младенцами), пожалуйста, укажите это число (или оценочное число) в разделе Комментарий.</li> </ul> </p>
<b>Другие ссылки</b>	<b>Дополнительный показатель ППМР А-2</b>

### 3.13. Специфичный для ЕРБ показатель ППМР (беременные женщины, потребляющие инъекционные наркотики)

<b>3.13.1 Процент ВИЧ-положительных беременных женщин, которые являлись потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) (ЕРБО11)</b>	
<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые были активными ПИН во время беременности.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, являющихся ПИН.
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность зарегистрирована в отчетном году.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медицинских учреждений.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется.
<b>Преимущества и недостатки</b>	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.
<b>Использование данных</b>	Этот показатель поможет проследить тенденции в потреблении инъекционных наркотиков среди беременных ВИЧ-инфицированных женщин и лучше спланировать направленные на них вмешательства.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

<b>3.13.2 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ОЗТ во время беременности (ЕРБО12)</b>	
<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, страдающих наркозависимостью, которые получали ОЗТ (метадон, бупренорфин) во время беременности.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ОЗТ во время беременности.
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН, у которых беременность была зарегистрирована в течение отчетного года.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медицинских учреждений.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	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 показатель и приводит к завышенной оценке охвата ОЗТ.
<b>Использование данных</b>	Этот показатель поможет отслеживать тенденции и оценивать доступность ОЗТ для беременных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

<b>3.13.3 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших АРВ-препараты во время беременности для уменьшения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (ЕРБО13)</b>	
<b>Обоснование</b>	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 передачи ВИЧ от матери ребенку у ВИЧ-положительных женщин-ПИН.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, потребляющих инъекционные наркотики, которые получали АРВ во время беременности.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших АРВ во время беременности.
<b>Знаменатель</b>	Число диагностированных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН, у которых беременность была зарегистрирована в течение отчетного года.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов медучреждений.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	Данные СДП часто неполны и могут повлиять на показатель. 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 показатель. Показатель не отражает зависимость.

**Использование данных**

Этот показатель 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, получающих в настоящее время антиретровирусную терапию

Следует учесть, что указанный выше показатель описан в первой части Руководства, тогда как представленный ниже показатель в отношении лиц, впервые начинающих АРТ, включен в качестве дополнительного в раздел 4.1, и не включен в Руководство GARP.

#### 4.1 – дополнительный:

#### Лечение ВИЧ-инфекции: Антиретровирусная терапия

#### Число подходящих взрослых и детей, впервые начинающих антиретровирусную терапию (АРТ) в течение отчетного периода (2014 г.)

##### Обоснование

В дополнение к мониторингу охвата важно проводить мониторинг начала АРТ. Сравнение изменения числа людей, получающих АРТ в конце каждого года, 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 показатель 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 (2014 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 счета).  
Получающие АРВ-препараты для ППМР (за исключением АРТ для поддержания собственного здоровья матери) и постконтактной профилактики, не включаются в этот показатель.

##### Разбивка данных

Мужчины, женщины  
По возрастным группам: <1, 1-4, 5-14, 15+  
Государственный и частный сектор  
По виду передачи, статусу практики инъекций, статусу получения ОЗТ, статусу тюремного заключения (только Европейский регион)  
Эти и другие типы разбивки данных, при их наличии, следует включить в Комментарии

##### Преимущества и недостатки

Этот показатель 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.

<b>Дополнительные соображения</b>	Этот показатель необходимо анализировать и как «лист ожидания», то есть рассматривать пациентов, отвечающих критериям назначения АРТ, но еще не начавших лечение.
<b>Использование данных</b>	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).
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<p><b>Двойной подсчет:</b> 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><b>Национальная репрезентативность:</b> Числитель – это национальный совокупный показатель, который обычно предоставляется всеми учреждениями здравоохранения и, следовательно, позволяет оценить начало АРТ. Пожалуйста, если необходимо, прокомментируйте ваши данные.</p> <p><b>Возможности для триангуляции:</b> Отчеты аптек, в которых сравнивается число новых пациентов в регистрационных журналах аптек и в регистрационных журналах по АРТ.</p>
<b>Другие источники</b>	Показатель и методические рекомендации PEPFAR

<b>4.2 Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, которые еще живы и о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через:</b>	
<b>(a) 12 месяцев после ее начала среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию в течение 2013 г.</b>	
<b>(b) 24 месяца после ее начала среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию в течение 2012 г.</b>	
<b>(c) 60 месяцев после ее начала (среди пациентов, начавших антиретровирусную терапию в течение 2009 г.</b>	
<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель 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 показателям). Он дополняет показатель охвата программой, оценивая эффективность.
<b>Числитель</b>	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) 2012 г. и c) 2009 г.).
<b>Знаменатель</b>	<p>(b) через 24 месяца: Общее число взрослых и детей, начавших АРТ в 2012 г. (или в другой специально установленный период), в отношении которых ожидалось результаты через 24 месяца в течение отчетного периода 2014 г. (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) через 60 месяцев: Общее число взрослых и детей, начавших АРТ в 2009 г. (или в другой установленный период), в отношении которых ожидалось результаты через 60 в течение отчетного периода (2014 г.) (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**

Числитель и знаменатель: Инструменты мониторинга программ; регистрационные данные по АРТ и регистрационные формы когортного анализа.

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.

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.

**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.

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.

**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, 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.

**Дополнительные соображения**

Если через 24 месяца или 60 месяцев данных по удержанию пациентов, которые начали АРТ в 2012 г. или в 2009 г., соответственно, нет, но есть данные о пациентах, которые начали АРТ раньше (например, в 2011 г. или 2008 г.), 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 24 месяца или 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.

В странах, где отчетность по этому показателю обеспечивается не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, данные должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности, что необходимо отметить в графе «Комментарии».

**Использование данных**

Этот показатель 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.

**Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности**

**Национальная репрезентативность:** Если данные для этого показателя предоставляются только подгруппой учреждений, необходимо добавить комментарий в отношении источника информации, и является ли информация репрезентативной для всех пунктов предоставления АРТ.

#### 4.2.1 ЕРБ4 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 начала (ЕРБ4)

<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель 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 программ, оценивая эффективность.
<b>Числитель</b>	Число ПИН, которые еще живы и продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 60 месяцев после начала лечения.
<b>Знаменатель</b>	<p>а) Через 12 месяцев: Общее число ПИН, начавших АРТ в 2013 г. и позднее, в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев в течение отчетного периода (2014 г.), 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 2012 г. и позднее, в отношении которых ожидалось результаты через 24 месяца в течение отчетного периода (2014 г.), 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 2009 г., в отношении которых ожидалось результаты через 60 месяцев в течение отчетного периода (2014 г.), включая тех, кто умер после начала АРТ, кто прекратил АРТ и кто был зарегистрирован как потерянный для последующего наблюдения через 60 месяцев.</p>
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Числитель и знаменатель: Инструменты мониторинга программ; регистр 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 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.</p>

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.

<b>Разбивка данных</b>	Насколько возможно, данные для этого показателя должны даваться с разбивкой по полу, возрасту (<15, 15+), по схеме первого и второго ряда на момент окончания временного периода.
<b>Преимущества и недостатки</b>	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.
<b>Дополнительные соображения</b>	В странах, где данные для этого показателя имеются не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, они должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности
<b>Использование данных</b>	Этот показатель 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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Если данные для этого показателя 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 медицинских учреждений, предлагающих антиретровирусную терапию (АРТ)

<b>Обоснование</b>	АРТ - основа эффективного лечения ВИЧ-инфекции, и определение процента медицинских учреждений, предлагающих АРТ, дает ценную информацию о ее доступности.
<b>Что он измеряет</b>	Число медицинских учреждений, которые предлагают АРТ (то есть назначают лечение и/или проводят последующее клиническое наблюдение). Возможности медицинских учреждений по предоставлению услуг по АРТ, выраженной как процент медицинских учреждений, 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.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<b>Числитель</b> 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 медицинских учреждений; кроме того, из данных обследований можно получить более подробную информацию об имеющихся услугах при условии, что она получена на репрезентативной выборке медицинских учреждений 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.

Страны должны регулярно обновлять данные национальных программ, относящиеся к учреждениям здравоохранения, которые предлагают услуги по АРТ, и дополнять их данными, полученными при проведении обследований медицинских учреждений или переписей каждые несколько лет. Для обследований медицинских учреждений или переписей медицинских учреждений могут использоваться такие инструменты как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) или картирование доступности услуг (SAM).

<b>Разбивка данных</b>	<p><b>По секторам:</b> государственный, частный</p> <p><b>По типу:</b> больница, здравпункт, учреждение СДП, противотуберкулезное учреждение, службы борьбы против ИППП</p>
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель 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 медицинских учреждений предоставляют услуги по АРТ.</p>
<b>Дополнительные соображения</b>	<p>Одна из стратегий по расширению масштаба услуг по АРТ – сделать АРТ доступной в большем числе медицинских учреждений. 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.</p>
<b>Использование данных</b>	<p>Этот показатель позволяет определить степень прогресса, достигнутого в увеличении доли медицинских учреждений, 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.</p>
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<p>Пожалуйста, укажите, откуда взяты отчетные данные: из национального реестра медицинских учреждений, из данных переписи или данных обследования медицинских учреждений. Если информация по частному или другим секторам отсутствует, пожалуйста, укажите это в графе «Комментарии».</p> <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>
<b>Другие источники</b>	<p>Дополнительный рекомендуемый показатель для национального мониторинга и оценки #5</p>

#### 4.3.b Медицинские учреждения

##### Число медицинских учреждений, предлагающих антиретровирусную терапию (АРТ) для детей

<b>Обоснование</b>	АРТ - основа эффективного лечения ВИЧ-инфекции, и определение процента медицинских учреждений, предлагающих АРТ у детей, дает ценную информацию о возможностях лечения ВИЧ-инфекции у детей.
<b>Что он измеряет</b>	Число медицинских учреждений, которые предлагают АРТ для детей, возможности медицинских учреждений по предоставлению услуг по АРТ для детей, выраженной как процент медицинских учреждений, предлагающих АРТ для 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.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<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 медицинских учреждений. 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.</p> <p>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 медицинских учреждений или переписей каждые несколько лет. Для обследований медицинских учреждений или переписей медицинских учреждений могут использоваться такие инструменты как оценка поставщиков медицинских услуг (ОПУ) или картирование доступности услуг (КДУ). 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 медицинских учреждений, исключая те специализированные медучреждения, где АРТ для детей не проводится и не будет проводиться никогда, который рассчитывается общая сумма числа медицинских учреждений, 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>
<b>Разбивка данных</b>	По секторам: государственный, частный
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель 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.</p> <p>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 медицинских учреждений 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>

<b>Дополнительные соображения</b>	<p>Одна из стратегий по расширению масштаба услуг по АРТ – сделать услуги по АРТ у детей доступной в большем числе медицинских учреждений. Этого можно достичь 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> <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>
<b>Использование данных</b>	Этот показатель позволяет выявить тенденции с течением времени. Проанализировать число учреждений предоставляющих услуги по АРТ по сравнению с расчетной численностью детей, которые нуждаются в АРТ.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Пожалуйста, укажите, откуда взяты отчетные данные: из национального реестра медицинских учреждений, из данных переписи или данных обследования медицинских учреждений. 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.
<b>Другие источники</b>	Дополнительные рекомендуемые показатели ЮНЭЙДС для национального мониторинга и оценки #5

#### 4.4 Процент медицинских учреждений, отпускающих антиретровирусные (АРВ) препараты, которые испытывали нехватку хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов в течение последних 12 месяцев

<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель оценивает ключевой аспект организации снабжения АРВ-препаратами: испытывали ли учреждения здравоохранения дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов за последние 12 месяцев.
<b>Числитель</b>	Число медицинских учреждений, отпускающих АРВ-препараты для АРТ, которые испытывали дефицит хотя бы одного необходимого АРВ-препарата в последние 12 месяцев
<b>Знаменатель</b>	Общее число медицинских учреждений отпускающих АРВ-препараты

## Как измерять и инструменты измерения

Эта информация собирается на центральном уровне, куда учреждения здравоохранения представляют свои отчеты по управлению запасами лекарственных препаратов или формы заказа АРВ-препаратов. Эти формы содержат информацию о пациентах, получающих АРТ, данные по потреблению, имеющиеся запасы препаратов с информацией о дефиците, если он наблюдался. Для этого показателя требуются следующие инструменты:

- 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.

Все вышеуказанные инструменты будут работать, если в стране действует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения (ИС ОМТС). Если ИС ОМТС не работает, могут использоваться данные обследований медицинских учреждений (например, оценка поставщиков медицинских услуг ОПУ или картирование доступности услуг (КДУ)), если они включают вопросы, связанные с нехваткой АРВ-препаратов.

Если существует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения, которая содержит данные о наличии АРВ-препаратов на уровне медицинских учреждений, информацию для этого показателя 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 медицинских учреждений, отпускающих АРВ-препараты, обследование или визиты на места должны охватывать все подобные учреждения. Если в стране имеется большое число медицинских учреждений, отпускающих АРВ-препараты, то, возможно, потребуется 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.

### Разбивка данных

**По секторам:** государственный, частный

### Преимущества и недостатки

Этот показатель фиксирует важнейший компонент программы АРТ: наличие постоянного и непрерывного снабжения АРВ-препаратами на уровне учреждения здравоохранения. Однако этот показатель 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.

### Дополнительные соображения

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 показателя, подобные учреждения не будут учтены как испытывающие дефицит, даже если пациенты не получают АРВ-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).

<b>Использование данных</b>	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 показатель как возможность определить, функционирует ли информационная система управления материально-техническим снабжением.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	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).
<b>Другие источники</b>	Гармонизированные показатели мониторинга и оценки для систем управления поставками и снабжением

#### 4.5 Поздняя диагностика ВИЧ: процент ВИЧ-положительных людей с впервые определенными показателями числа CD4 < 200 клеток/мл в 2014 г.

<b>Обоснование</b>	По мере расширения масштабов услуг в связи с ВИЧ в странах важно проводить мониторинг проведения диагностики пациентов на ранней стадии (или выяснить, какой процент пациентов все еще проходит диагностику на поздней стадии).
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет пропорцию лиц с показателями числа CD4 <200 клеток/мл из числа тех, у кого был впервые определен показатель числа CD4 в течение отчетного периода.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-положительных людей с впервые определенными показателями числа CD4 <200 клеток /мл в 2014 г.
<b>Знаменатель</b>	Общее число ВИЧ-положительных людей, которые впервые прошли обследования для определения числа CD4 в 2014 г.

#### 4.6 Помощь при ВИЧ: Лечение ВИЧ-инфекции: Антиретровирусная терапия 4.6 а Общее число людей, получающих помощь при ВИЧ на конец отчетного периода 4.6.б Число людей, впервые начавших получать помощь при ВИЧ в отчетный период (2014 г.)

<b>Обоснование</b>	Помимо тестирования на ВИЧ важно контролировать согласованность оказания помощи при ВИЧ и лечения. Сравнение эволюции числа людей, протестированных на ВИЧ на конец года, не информирует о числе новых людей, принятых для оказания помощи при ВИЧ, особенно в связи с тем, что потери непрерывности цикла помощи могут быть большими из-за высокой убыли и потери для последующего контроля. Поэтому этот показатель охватывает число пациентов, которые либо ожидают начала АРТ в рамках помощи при ВИЧ, либо получают АРТ в течение отчетного года.
<b>Что он измеряет</b>	Число взрослых и детей, которые находятся под контролем служб здравоохранения для оказания помощи при ВИЧ, включая тех, которые получают антиретровирусную терапию в течение отчетного периода (2014 г.). (Люди, получающие помощь при ВИЧ, включают тех, которые находились в больнице по лечению ВИЧ-инфекции, по крайней мере, один раз в течение отчетного года). Ежегодная эволюция числа ВИЧ-положительных пациентов, принятых в службы здравоохранения для оказания помощи при ВИЧ.



<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Службы учреждения здравоохранения, принимающие пациентов для оценки необходимости предоставления АРТ, и регистры АРТ. Путем подсчета числа пациентов, связанных с помощью и АРТ в течение отчетного периода.</p> <p>Перевод в стационар тех, кто временно прекратил терапию, но остается под контролем; беременные женщины, принимающие АРВ-препараты для целей ППМР, должны быть включены, так как они связаны с помощью, но необходимо проявлять осторожность, чтобы избежать двойного счета</p>
<b>Разбивка данных</b>	<p>По полу: Мужчины/Женщины</p> <p>По возрастным группам: &lt;15, 15+</p> <p>По виду передачи (только Европейский регион)</p>
<b>Преимущества и недостатки</b>	<p>Этот показатель позволяет осуществлять мониторинг тенденций среди всех пациентов, связанных со службами оказания помощи при ВИЧ, но не проводит различия между помощью при ВИЧ и АРТ и не измеряет стоимость, качество или эффективность предоставленного лечения. Степень начала АРТ будет зависеть от таких факторов, как новая политика, стоимость по отношению к местным доходам, инфраструктура и качество оказания услуг, наличие и использование служб добровольного консультирования и тестирования, а также восприятие эффективности и возможные побочные эффекты лечения.</p>
<b>Дополнительные соображения</b>	<p>Этот показатель следует использовать для анализа с учетом «листа ожидания», то есть пациентов, подходящих для АРТ, но не начавших ее.</p>
<b>Использование данных</b>	<p>Помимо числа людей, получающих АРТ, необходимо знать число пациентов, получающих помощь, чтобы точно спланировать ресурсы и запасы лекарственных средств (избежать нехватки и расточительности)</p>
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<p><b>Двойной счет:</b> Если пациенты, переведенные из учреждения и в учреждение, зарегистрированы неправильно и если не учтены пациенты, получающие АРТ в различных учреждениях, возникает риск двойного счета, который может привести к завышенной оценке числа начавших АРТ. Просьба в таких случаях привести комментарий.</p> <p>Аналогичным образом, если пациенты, временно прекратившие АРТ и вновь начинающие ее, регистрируются как новые пациенты, то действительное число пациентов, впервые начавших АРТ, будет завышено.</p> <p><b>Национальная репрезентативность:</b> числитель представляет собой национальный кумулятивный показатель, обычно подготавливаемый всеми учреждениями здравоохранения. Просьба прокомментировать ваши данные необходимым образом.</p> <p><b>Варианты триангуляции:</b> Фармацевтический отчет, сравнивающий число тестируемых людей, число людей в фармацевтическом регистре и число людей в регистре АРТ.</p>
<b>Другие источники</b>	<p>Показатель и руководящие принципы PEPFAR</p>

#### 4.7 Подавление вирусной нагрузки

4.7 а) Процент, получающих АРТ, протестированных на вирусную нагрузку, у которых регистрировалось подавление вирусной нагрузки в отчетный период (2014 г.)

4.7 б) Процент (%) людей, получающих АРТ, протестированных на вирусную нагрузку (ВН), ВН которых составляла  $\leq 1000$  копий/мл через 12 месяцев терапии (2014 г.)

4.7 с) Процент лиц на АРТ, протестированных на вирусную нагрузку, у которых вирусная нагрузка была неопределяемой в отчетный период (2014)

#### Обоснование

Вирусная нагрузка является рекомендованным показателем эффективности АРТ, указывает на степень соблюдения лечения и на риск передачи ВИЧ на индивидуальном уровне и уровне всего населения.

Эффективная АРТ уменьшает передачу ВИЧ. Результаты различных исследований дают основания предположить, что лечение ВИЧ-инфицированного человека может значительно уменьшить передачу ВИЧ половым путем. Таким образом, подавление вирусной нагрузки до неопределяемых уровней должен значительно снизить риск передачи неинфицированному партнеру. АРТ также предотвращает перинатальную передачу ВИЧ. АРТ считается эффективной, если она неизменно подавляет вирусную нагрузку в плазме крови, до неопределяемых уровней. У людей, получающих АРТ, часто развивается резистентность к лечению. Ключевой детерминантой неудачи лечения является увеличение вирусной нагрузки. Измерение вирусной нагрузки (ВН  $\leq 1000$  копий/мл) является ключевым программным показателем, связанным с эффективным лечением.

#### Что он измеряет

Вирусная нагрузка является показателем воздействия АРТ на репликацию вируса. Вирусная нагрузка свыше порога в 1000 копий/мл означает неудачное лечение согласно руководящим принципам ВОЗ по АРТ 2013 года.

Вирусная нагрузка пациентов, получающих помощь, может использоваться как показатель качества помощи для всех лиц, получающих помощь. В случае измерения во времени она отражает доступ к медико-санитарной помощи, приемлемость и соблюдение антиретровирусной терапии, а также адекватный клинический мониторинг ВН. Для конкретной системы медико-санитарной помощи она может использоваться в качестве приблизительного показателя доступа к антиретровирусным препаратам, уровня соблюдения режима приема антиретровирусных препаратов, согласия пациента на мониторинг болезни, а также качества помощи, оказываемой всем пациентам.

#### Числитель

4.7. а (перекрестные данные)

Число людей, получающих АРТ, протестированных на вирусную нагрузку в отчетный период и имеющих сниженную вирусную нагрузку (то есть  $\leq 1000$  копий/мл)

4.7. б (когортные данные)

Число людей, протестированных на ВН после терапии в течение 12 месяцев и имеющих сниженную вирусную нагрузку (ВН  $\leq 1000$  копий) в течение отчетного периода

4.7 с (перекрестные данные)

Число людей на АРТ, протестированных на вирусную нагрузку в отчетный период, у которых вирусная нагрузка была неопределяемой (т.е.  $\leq 50$  копий)

#### Знаменатель

4.7. а (перекрестные данные)

Число людей, получающих АРТ, протестированных на вирусную нагрузку в отчетный период

4.7. б (когортные данные)

Число людей, протестированных на вирусную нагрузку после терапии в течение 12 месяцев в отчетный период

4.7 с (перекрестные данные)

Число людей на АРТ, протестированных на вирусную нагрузку в отчетный период

<b>Как измерять и инструменты измерений</b>	Если тестирование вирусной нагрузки проводится регулярно, результаты будут зарегистрированы в файлах пациентов или в лабораторных системах. Результаты тестирования вирусной нагрузки могут также регистрироваться электронным способом и сообщаться в качестве части когортных исследований как процент пациентов, которые в определенные моменты времени показали подавление вирусной нагрузки.
<b>Разбивка данных</b>	По возрастным группам: <15, 15+ По полу: Мужчины/Женщины
<b>Преимущества и недостатки</b>	Преимущества: измерение вирусной нагрузки дает информацию о соблюдении, эффективности лечения, а также риске передачи на индивидуальном и программном уровне Недостатки: возможности для мониторинга вирусной нагрузки расширяются, но продолжают быть ограниченными в местах с низкими доходами. Обобщенные данные по показателю вирусной нагрузки могут не быть репрезентативными в отношении вирусной нагрузки для более широкой группы населения, получающей АРТ, так как результаты могут быть получены только в нерепрезентативной подгруппе. <i>Это применимо, в частности, если тестирование вирусной нагрузки регулярно делается не для всех пациентов АРТ, а только выборочно для тех, результаты лечения которых вызывают сомнения.</i> Пороговые значения для неудачи лечения не определены одинаково для всех. Значения для определения сниженной до неопределяемого уровня вирусной нагрузки варьируются в зависимости от чувствительности примененных анализов.
<b>Дополнительные соображения</b>	По изложенным выше причинам этот показатель применим только в том случае, если тестирование ВН проводится регулярно (а не по принципу «по мере необходимости»). Важно, чтобы этот показатель был ограничен только людьми, получающими АРТ (а не включал все выполненные тесты), с тем чтобы исключить повторные тестирования в отчетный период. Некоторые учреждения для измерения вирусной нагрузки используют метод сухой капли крови; такой подход в настоящее время не обладает достаточной точностью для низких пороговых значений и поэтому для определения неудачи в снижении вирусной нагрузки необходимо применять более высокие пороговые значения (>3000 копий /мл).
<b>Использование данных</b>	Тестирование вирусной нагрузки может помочь программам в планировании потребностей в лекарствах второго ряда (в случае неудачи лечения) и возможных вмешательствах для ограничения передачи ВИЧ. Процент пациентов с неопределимой вирусной нагрузкой является косвенным показателем успеха программы.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	Система мониторинга пациентов может давать как перекрестные, так и когортные данные. Когортные данные могут быть также получены путем специальных исследований. Если используются лабораторные данные, то их необходимо скорректировать, чтобы избежать двойного счета пациентов с более чем одним тестированием ВН в течение отчетного периода. Источник данных: когортные исследования по сравнению с перекрестными. Число людей, протестированных на ВН.
<b>Другие источники</b>	Показатели раннего предупреждения для резистентности к лекарствам против ВИЧ.

## ЦЕЛЬ 5: УМЕНЬШИТЬ К 2015 Г. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ СМЕРТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ВИЧ (ЛЖВ), НА 50%

<b>5.2 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых был выявлен активный туберкулез</b>	
<b>Обоснование</b>	<p>Главная цель деятельности активного выявления случаев заболевания ТБ (АВСЗ) состоит в раннем выявлении ТБ среди ЛЖВ и в быстром обеспечении лечения ТБ и АРТ, которые, если применяются оптимально наряду с ранней АРТ, профилактикой изониазидом и практикой контроля инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, уменьшают бремя ТБ среди ЛЖВ. Хотя АВСЗ должна проводиться среди всех ЛЖВ, участвующих в программе помощи при ВИЧ и при каждом посещении медицинского учреждения, крайне важно проводить ее среди вновь принятых в программу помощи и лечения при ВИЧ, так как риск невыявленного ТБ среди них является большим, чем среди тех, кто уже получает АРТ. Кроме того, ЛЖВ, впервые вовлеченные в программу помощи, могут мало знать о симптомах ТБ и важности ранней диагностики и лечения, поэтому могут не обращаться за помощью при возникновении общих или специфических симптомов ТБ. Таким образом, активное выявление случаев заболевания создает возможности для просвещения людей, живущих с ВИЧ, и для раннего выявления ТБ. Следовательно, этот показатель измеряет как бремя активного ТБ среди ЛЖВ, впервые принятых в программу помощи при ВИЧ, так и доступ к диагностике ТБ.</p>
<b>Что он измеряет</b>	Общее число случаев ТБ, выявленных среди ВИЧ-положительных пациентов, впервые принятых в программу помощи при ВИЧ, (пред-АРТ или АРТ) в течение отчетного периода.
<b>Числитель</b>	Общее число лиц с активной формой ТБ, выявленных в течение отчетного периода, из числа лиц, впервые принятых в программу помощи при ВИЧ
<b>Знаменатель</b>	Общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые принятых в программу помощи при ВИЧ (подготовка к АРТ и начало АРТ) в течение отчетного периода.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	<p>Результаты обследования на ТБ людей, живущих с ВИЧ, при подозрении на ТБ следует вносить в медицинскую карточку «Помощь при ВИЧ/АРТ» (в колонку «обследование» в разделе «контакты») и в журналах регистрации пред-АРТ и АРТ (в разделы ежемесячного и квартального наблюдения соответственно). Точно так же, больных ТБ, оказавшихся ВИЧ-положительными, необходимо срочно включать в программы помощи при ВИЧ и отметить их ТБ-статус в карточке АРТ и журналах регистрации.</p> <p>Числитель: в конце каждого отчетного периода подсчитайте общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программы помощи при ВИЧ (журналы регистрации пред-АРТ и АРТ), у которых была выявлена активная форма ТБ.</p> <p>Знаменатель: подсчитайте общее число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, т.е., проходящих подготовку к АРТ или уже начавших АРТ в течение отчетного периода.</p> <p>Следует избегать двойного учета одних и тех же лиц в журналах регистрации пред-АРТ и АРТ. Кроме того, информацию о ТБ-статусе в журналах регистрации пред-АРТ и АРТ необходимо обновлять и согласовывать с журналами учета случаев ТБ в соответствующих органах общего управления, прежде чем обобщать эти данные и передавать их на более высокий уровень.</p>
<b>Разбивка данных</b>	Разбивку данных для этого показателя следует производить по полу и возрасту (<15 лет /15+)

**Преимущества и недостатки**

Обзор тенденций развития ТБ среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программы помощи, за определенный период времени позволит получить полезную информацию о бремени ТБ среди них и, таким образом, повысить эффективность работы по раннему выявлению и лечению случаев ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Этот показатель может недостаточно полно оценить реальное бремя ВИЧ-ассоциированного ТБ, поскольку может не включать пациентов, выявленных в ходе консультирования на ВИЧ по инициативе медработника, но не включенных в программу помощи при ВИЧ, или лиц с диссеминированными формами ТБ, у которых болезнь может протекать бессимптомно, и которых поэтому могут не выявить в ходе планового скрининга на ТБ. Кроме того, высокое значение показателя может означать высокий уровень заболеваемости ТБ или эффективность программ скрининга на ТБ и тестирования на ВИЧ, в то время как низкое значение может быть обусловлено неэффективным проведением мероприятий по скринингу на ТБ и тестированию на ВИЧ, или успешными мерами по контролю за ТБ. Поэтому значение этого показателя нуждается в тщательной интерпретации.

**Дополнительные соображения**

Данные должны собираться непрерывно и сообщаться на субнациональный и национальный уровни в качестве части регулярной перекрестной ежеквартальной отчетности. Их следует также представлять ежегодно в ВОЗ.

**Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности**

Этот показатель был введен в 2014 г., поэтому странам предлагается представить свои замечания относительно проблем с отчетностью, особенно если они не могут сообщить данные.

**5.3 Процент людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, начавших профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ)**

**Обоснование**

Обеспечить, чтобы все люди, живущие с ВИЧ, получали лечение по поводу латентного туберкулеза, и, таким образом, снизить число случаев ТБ среди людей, живущих с ВИЧ.

**Что он измеряет**

Число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу помощи при ВИЧ, которые начали получать лечение по поводу латентного ТБ, профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ), 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 людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу (т.е. начавших программу) помощи при ВИЧ (пред-АРТ и АРТ), которые также начали ПЛИ (получили хотя бы одну дозу изониазида) течение отчетного периода.  
Помощь при ВИЧ включает в себя пред-АРТ и АРТ

**Знаменатель**

Число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу (т.е. начавших программу) помощи при ВИЧ 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 показателя, собираются из реестров пред-АРТ и АРТ в местах предоставления помощи при ВИЧ-инфекции, в зависимости от того, где предоставляется профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ). ВИЧ-позитивные клиенты должны проходить скрининг на наличие ТБ с применением алгоритма скрининга по четырем симптомам. Тем, у кого не обнаружено ни одного из следующих четырех симптомов: текущий кашель, повышенная температура, потеря веса и ночная потливость, скорее всего, не больны ТБ в активной форме, и им следует назначить ПЛИ в соответствии с установленными национальными рекомендациями. Аналогичным образом, детям, у которых не наблюдается плохая прибавка в весе и текущий кашель, следует назначить эту терапию для снижения риска развития активного ТБ – как тем, кто получает АРТ, так и тем, кто АРТ не получает. 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.

<b>Разбивка данных</b>	Не требуется
<b>Преимущества и недостатки</b>	Этот показатель измеряет охват профилактическим лечением ТБ среди лиц, впервые включенных в программы помощи при ВИЧ. Однако в нем отсутствует точка отсчета для определения приемлемых характеристик. Расширение масштабов этого вмешательства поможет определить такую точку отсчета на национальном уровне. Кроме того, если не собирать дополнительные данные, этот показатель не дает информации о числе лиц, приверженных лечению или прошедших полный курс лечения.
<b>Дополнительные соображения</b>	В аптечном регистрационном журнале ПЛИ должно отмечаться следующее посещение для получения клиентом препарата (обычно раз в месяц). С другой стороны, учреждения, проводящие АРТ, могут вести журналы учета лечения случаев латентного ТБ одновременно с журналами учета АРТ. Такие записи позволят понять число новых и продолжающих лечение пациентов, получающих лечение латентного ТБ, а также число пациентов, прошедших полный курс лечения, и число побочных реакций.
<b>Использование данных</b>	При низких значениях показателя 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.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	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).
<b>Другие источники</b>	Руководство по мониторингу и оценке в рамках совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ 2014 г.

#### 5.4 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита

<b>Обоснование</b>	Это показатель 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 визита в качестве косвенного показателя.
<b>Что он измеряет</b>	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.
<b>Числитель</b>	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
<b>Знаменатель</b>	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции в течение отчетный период.

**Как измерять и инструменты измерения**

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.

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/АРТ, и переноситься в регистрационные журналы данных пред-АРТ или 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. Значение этого знаменателя, как правило, превышает значение показателя 5.2 Выявление случаев ТБ и 5.3 Охват ПЛИ. Эти данные должны анализироваться и сообщаться вместе с другими перекрестными данными, полученными на национальном уровне.

Числитель взят из регистров пред-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 регистров АРТ, а не регистров пред- АРТ.

Знаменатель для пациентов пред-АРТ будет получен при подсчете тех, кто обращался в учреждение за помощью в течение отчетного периода.

Знаменатель берется из регистрационных журналов пред-АРТ и АРТ путем подсчета числа пациентов, посетивших учреждение в течение отчетного периода. Затем эти данные заносятся в форму отчетности по перекрестным данным.

Программы по борьбе с ТБ и ВИЧ 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.

**Разбивка данных**

Не требуется

**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. Показатель 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 показателя (близкого к 100%), но для обеспечения необходимых действий, которые должны следовать за скринингом, интерпретировать его, принимая во внимание значения показателей, 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 показателя 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 показателя низкое, проведите обзор дезагрегированных данных и определите причины этого.

**Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности**

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 по борьбе с ТБ/ВИЧ

## Вопросы, касающиеся политики и программ

### Р.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

#### Тестирование и консультирование в связи с ВИЧ

Отвечая на каждый набор вопросов, пожалуйста, укажите: «да», «нет», «не знаю».

1. Группы населения. Учитывают ли действующие руководящие принципы КТВ:
  - Детей
  - ПодростковКлючевые группы населения<sup>5</sup>
2. ТиКИП. Рекомендуется ли ТиКИП в действующих руководящих принципах КТВ для:
  - всех людей, обратившихся за медицинской помощью
  - всех беременных женщин
  - всех пациентов детского возраста
  - всех людей в противотуберкулезных диспансерах
  - всех людей в клиниках по лечению ИППП
  - всех людей в службах по лечению гепатита
  - всех представителей ключевых групп населения, обращающихся за клиническими услугами, специфическими для этих групп
  - других групп населения – пожалуйста, укажите:
3. Тестирование в общинах. Рекомендуется ли в действующих руководящих принципах КТВ:
  - предоставлять услуги КТВ в общинах
  - использовать экспресс-тесты
  - использовать экспресс-тесты с получением результата в тот же день
  - проводить экспресс-тесты лицами без медицинского образования
4. КТВ для супружеских пар/партнеров. Рекомендуется ли в действующих руководящих принципах:
  - Проводить КТВ для супружеских пар/партнеров во всех учреждениях
  - КТВ для супружеских пар/партнеров в программах ППМР.

#### Антиретровирусная терапия

1. Статус руководящих принципов АРВ-терапии?

Просьба указать месяц и год последнего законченного и опубликованного пересмотренного варианта.

Пожалуйста, укажите: это отдельный или сводный документ?

- a. Руководящие принципы АРТ для взрослых
- b. Руководящие принципы ППМР
- c. Руководящие принципы АРТ для детей
- d. Практические рекомендации

Просьба загрузить этот документ/эти документы, если они имеются в наличии

2. Были ли рекомендации Руководящих принципов ВОЗ 2013 г. об использовании АРВ-препаратов для профилактики и лечения ВИЧ адаптированы в национальном процессе?
  - a. Руководящие принципы АРТ для взрослых: Да, работа завершена/Продолжается/Нет/Другое – пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
  - b. Руководящие принципы ППМР: Да, работа завершена/Продолжается/Нет/Другое – пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
  - c. Руководящие принципы АРТ для детей: Да, работа завершена/Продолжается/Нет/Другое – пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
3. Каковы национальные цели АРТ:
  - a. Целевое число людей на АРТ:  
\_\_\_\_\_ число и год  
\_\_\_\_\_ число и год

<sup>5</sup> К ним относятся МСМ, заключенные, потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и трансгендерные лица.



## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

- b. Каковы целевые показатели для беременных женщин: целевые показатели охвата АРТ для ППМР<sup>6</sup> (напр., XX % к 2015)
- \_\_\_\_\_ процент и год
- \_\_\_\_\_ процент и год
4. Каково рекомендованное пороговое значение CD4 для начала АРТ у бессимптомных взрослых и подростков?
- a. (по протоколам или приказам Министерства здравоохранения)?
- \_\_\_\_\_ (тестировать и лечить) всех, независимо от показателей числа CD4
- \_\_\_\_\_ ≤ 500,
- \_\_\_\_\_ ≤ 350,
- \_\_\_\_\_ другое (укажите): \_\_\_\_\_
- b. Как на практике реализуется начало АРТ при пороговом значении числа CD4 на уровне 500 у взрослых и подростков?
- На практике не реализуется
- Реализуется в небольшом количестве медицинских учреждений
- Реализуется в большом количестве медицинских учреждений
- Реализуется по всей стране
- Другое
- Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
- c. Как на практике реализуется начало АРТ независимо от показателей числа CD4 у взрослых и подростков?
- На практике не реализуется
- Реализуется в небольшом количестве медицинских учреждений
- Реализуется в большом количестве медицинских учреждений
- Реализуется по всей стране
- Другое
- Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
5. Если в национальных принципах рекомендуется пороговое значение CD4 на уровне 500 клеток, отдается ли приоритет людям с CD4 < 350 или людям с продвинутой клинической стадией заболевания?
- Да, поясните: \_\_\_\_\_
- Нет
- Не применимо (напр., в стране еще не принято пороговое значение CD4 на уровне 500 клеток)
- Другое. Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
6. Каковы критерии начала АРТ, принятые в национальных руководящих принципах для младенцев и детей, живущих с ВИЧ?
- a. Возрастные отрезки для лечения всех детей независимо от симптомов в соответствии с протоколами или приказами Министерства здравоохранения \:
- < 2 лет
- < 5 лет
- < 15 лет
- Другое: Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:
- b. Статус реализации политики, упомянутой выше?
- На практике не реализуется
- Реализуется в небольшом количестве медицинских учреждений
- Реализуется в большом количестве медицинских учреждений
- Реализуется по всей стране
- Другое
- Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»:

## Р.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

c. Пороговое значение числа CD4 для детей в возрасте 5 лет и старше, у которых не наблюдается симптомов, в соответствии с протоколами или приказами Министерства здравоохранения

- независимо от показателей числа CD4
- $\leq 500$
- $\leq 350$
- Другое

Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».

d. Как на практике реализуется начало АРТ у детей в возрасте 5 лет и старше при порогового значения CD4 на уровне 500 клеток или независимо от показателей CD4?

- На практике не реализуется
- Реализуется в небольшом количестве медицинских учреждений
- Реализуется в большом количестве медицинских учреждений
- Реализуется по всей стране
- Другое

Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».

7. Рекомендуется ли в национальных протоколах назначение АРТ для всех ВИЧ-инфицированных пациентов с активным ТБ?

- Да
- Нет
- Другое

Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».

8. Рекомендуется ли в национальных протоколах назначение АРТ для всех ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом В и тяжелым заболеванием печени?

- Да
- Нет
- Другое

Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».

9. Рекомендуется ли в национальных протоколах назначение АРТ ВИЧ-положительному партнеру в серодискордантных парах?

- Да
- Нет
- Другое

Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».

10. Рекомендуется ли в национальных протоколах начинать лечение ВИЧ-положительных лиц, принадлежащих к ключевым группам, независимо от показателей CD4? (Обратите внимание, что эта рекомендация отсутствует в текущих Консолидированных руководящих принципах АРВ-терапии 2013 г.)

- Да
- Нет
- Если да, пожалуйста, укажите ключевые группы: \_\_\_\_\_

11. Для каких групп начинают АРТ по инициативе медсестры?

- Не беременные взрослые (мужчины, женщины и трансгендерные лица)
- Беременные женщины
- Подростки (10-19 лет)
- Дети < 10 лет
- Ни для одной группы

## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

### Схемы лечения

12. Является ли комбинация TDF/3TC или (FTC)/EFV предпочтительной схемой АРТ 1-го ряда для начала лечения в соответствии с национальными протоколами для:
- взрослых и подростков: Да / Нет / Другое  
Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».
  - беременных женщин: Да / Нет / Другое  
Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое»
13. Применяются ли в стране комбинированные АРВ-препараты в фиксированной дозировке в качестве предпочтительной терапии первого ряда? (Можно отметить несколько вариантов).
- Да, одна таблетка в день  
 Да, двухкомпонентный препарат в фиксированной дозировке + 1 препарат  
 Нет  
 Другое  
Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».
14. Существует ли политика постепенного отказа от применения D4Т?
- для взрослых и подростков:  
 Да, полностью отказались от применения  
 Да, частично отказались от применения  
 Другое
  - Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».  
Для детей:  
 Да, полностью отказались от применения  
 Да, частично отказались от применения  
 Другое  
Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».
15. Является ли комбинация AZT/3TC (или FTC)/ATV/r (или LPV/r) (FTC)/EFV предпочтительной схемой АРТ 2-го ряда для начала лечения в соответствии с национальными протоколами для:
- Да  
 Нет  
 Другое  
Пожалуйста, поясните, если выбрали «Другое».
16. Какие НИОТ являются предпочтительными для лечения детей, живущих с ВИЧ, в возрасте меньше 3 лет?
- Абакавир (ABC)  
 Зидовудин (AZT)  
 Ставудин (d4T)  
 Другие (укажите) \_\_\_\_\_)
17. Является ли схема лечения на основе лопинавира/ритонавира предпочтительной для всех младенцев и детей младше 36 месяцев (независимо от воздействия НИОТ) в национальных протоколах?
- Да, для всех  
 Нет, но ее применение рекомендуется только для младенцев, которых не лечили препаратами группы НИОТ.  
 Не рекомендуется

## Р.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

18. Рекомендован ли эфавиренз (EFV) в качестве предпочтительного ННИОТ для начала лечения детей в возрасте 3 лет и старше?  
\_\_\_ Да \_\_\_ Нет  
\_\_\_ Другое (укажите) \_\_\_\_\_)
19. Какой является основная рекомендованная схема НИОТ для детей в возрасте 3-10 лет?  
\_\_\_ TDF + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ AZT + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ ABC + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ Другое (укажите) \_\_\_\_\_)
20. Какой является основная рекомендованная схема НИОТ для начала лечения подростков > 35 кг в возрасте как минимум 10 лет??  
\_\_\_ TDF + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ AZT + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ ABC + 3TC (или FTC)  
\_\_\_ Другое (укажите) \_\_\_\_\_)

### Мониторинг ответа на лечение

21. Использует ли страна технологию CD4 в пункте оказания помощи?  
\_\_\_ Да \_\_\_ Нет
- a. Если да, какая доля районных больниц имеет возможности для подсчета CD4?  
Дайте приблизительную оценку ----- %
- b. Какая доля учреждений первичной медико-санитарной помощи имеет доступ к оборудованию для подсчета CD4 для тестирования их пациентов на месте или в ближайшем специализированном учреждении)?  
Дайте приблизительную оценку -----%
22. Какова действующая национальная политика измерения вирусной нагрузки и на каких уровнях она реализуется?
- a. Политика измерения вирусной нагрузки у взрослых и уровни ее реализации:  
\_\_\_ Да, она поэтапно внедряется (укажите дату)  
\_\_\_ Да, реализуется в полной мере (укажите дату)  
\_\_\_ Не реализуется
- b. Политика измерения вирусной нагрузки у подростков и уровни ее реализации:  
\_\_\_ Да, она поэтапно внедряется (укажите дату)  
\_\_\_ Да, реализуется в полной мере (укажите дату)  
\_\_\_ Не реализуется
- c. Политика измерения вирусной нагрузки у детей и уровни ее реализации:  
\_\_\_ Да, она поэтапно внедряется (укажите дату)  
\_\_\_ Да, реализуется в полной мере (укажите дату)  
\_\_\_ Не реализуется
23. Какова стратегия измерения вирусной нагрузки для мониторинга ответа на лечение?  
Для всех:
- a. взрослые:  
Планный первый тест через : 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Последующее тестирование через каждые: 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Целевые тесты (при подозрении отсутствия ответа на АРТ): Да/Нет
- b. подростки:  
Планный первый тест через : 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Последующее тестирование через каждые: 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Целевые тесты (при подозрении отсутствия ответа на АРТ): Да/Нет

## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

с) дети:  
Планный первый тест через: 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Последующее тестирование через каждые: 3 месяца/6 месяцев/12 месяцев  
Целевые тесты (при подозрении отсутствия ответа на АРТ): Да/Нет

24. Каковы рекомендации для мониторинга вирусной нагрузки у:
- взрослых?  
Планный мониторинг ВЛ/Целевой тест ВЛ /Нет рекомендаций/Другое:  
(Укажите: \_\_\_\_\_)
  - подростков?  
Планный мониторинг ВЛ/Целевой тест ВЛ /Нет рекомендаций/Другое:  
(Укажите: \_\_\_\_\_)
  - детей?  
Планный мониторинг ВЛ/Целевой тест ВЛ /Нет рекомендаций/Другое:  
(Укажите: \_\_\_\_\_)

### Оказание услуг:

25. Какие из следующих видов оказания услуг включены в национальную политику, касающуюся АРТ:
- для взрослых?  
 Предоставление АРТ в противотуберкулезных клиниках специалистами по ТБ  
 Лечение ТБ в местах проведения АРТ специалистами по АРТ  
 Предоставление АРТ в клиниках по ОЗМР специалистами по ОЗМР  
 Предоставление АРТ в местах проведения опиоидной заместительной терапии  
 Общинные медработники участвуют в поддержке пациентов, получающих АРТ  
 Другое (пожалуйста, укажите):
  - для детей?  
 Предоставление АРТ в противотуберкулезных клиниках специалистами по ТБ  
 Лечение ТБ в местах проведения АРТ специалистами по АРТ  
 Предоставление АРТ в клиниках по ОЗМР специалистами по ОЗМР  
 Предоставление АРТ в местах проведения опиоидной заместительной терапии  
 Общинные медработники участвуют в поддержке пациентов, получающих АРТ  
 Другое (пожалуйста, укажите):
26. Какие из следующих видов политики борьбы с коинфекциями осуществляются?
- для взрослых:  
 Профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) для людей, живущих с ВИЧ  
 Активизация выявления случаев ТБ у ЛЖВ  
 Инфекционный контроль за ТБ среди ЛЖВ  
 Профилактика котримоксазолом  
 Диагностика и лечение гепатита С в рамках помощи при ВИЧ  
 Тестирование на гепатит В и гепатит С в клиниках АРТ  
 Вакцинация против гепатита В проводится в клиниках АРТ  
 Лечение гепатита С проводится в клиниках АРТ  
 Другое  
Пожалуйста, укажите:
  - для детей  
 Профилактическое лечение изониазидом (ПЛИ) для людей, живущих с ВИЧ  
 Активизация выявления случаев ТБ у ЛЖВ  
 Инфекционный контроль за ТБ среди ЛЖВ  
 Профилактика котримоксазолом

## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Антиретровирусная терапия

- Диагностика и лечение гепатита С в рамках помощи при ВИЧ
- Тестирование на гепатит В и гепатит С в клиниках АРТ
- Вакцинация против гепатита В проводится в клиниках АРТ
- Лечение гепатита С проводится в клиниках АРТ
- Другое

Пожалуйста, укажите:

### Профилактика передачи от матери ребенку

1. Имеется ли у вас национальный план по ликвидации передачи ВИЧ от матери ребенку?  
Да - если «да», укажите целевые коэффициенты ПМР и год: \_\_\_\_\_  
Нет  
Если да, укажите цели ликвидации (напр., «число случаев/группа) и год: \_\_\_\_\_
2. Имеется ли у вас национальный план для ликвидации передачи сифилиса от матери ребенку?  
(1) Да, объединен с ликвидацией ВИЧ или другими инициативами по ликвидации  
(2) Да, отдельный план (не объединен с ликвидацией ВИЧ или другими инициативами по ликвидации)  
(3) Нет национального плана
3. Какие тесты используются для скрининга беременных женщин на сифилис в Вашей стране?  Да / Нет
  - a. Лабораторные нетрепонемные тесты (напр., RPR/VDRL)
  - b. Лабораторные трепонемные тесты (напр., TPPA, TRHA)
  - c. Трепонемные экспресс-тесты на сифилис (напр., Bioline, Determine, Chembio, и т.д.)
4. Какой рекомендованный вариант ППМР в настоящее время применяется в национальных масштабах (в соответствии с протоколами или приказами Министерства здравоохранения)?  
Вариант А:  
Вариант В: если «да», с какого времени \_\_\_\_\_  
Вариант В+: если «да», с какого времени \_\_\_\_\_
  - a. Как на практике реализуется Вариант В+ при лечении ВИЧ-положительных беременных женщин?
    - На практике не реализуется
    - Реализуется в небольшом количестве центров ОЗМР
    - Реализуется в большом количестве центров ОЗМР
    - Реализуется по всей стране
    - Другое
5. При осуществлении в настоящее время Варианта А, запланирован ли переход к вариантам В/В+?
  - (1) Да,
  - (2) Нет,
  - (3) Если «Да», в каком году: \_\_\_\_\_
6. Какой является рекомендуемая в настоящее время в национальных масштабах схема АРТ первого ряда для беременных и кормящих грудью женщин с ВИЧ?
  - (1) Тенофовир/Ламивудин(Эмтрицитабин)/Эфавиренз (TDF/3TC(FTC)/EFV)
  - (2) Другая, пожалуйста, укажите \_\_\_\_\_

## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Профилактика передачи от матери ребенку

7. Какой является рекомендуемая в настоящее время в национальных масштабах схема ППМР и ее продолжительность для младенцев, контактировавших с ВИЧ?  
Нынешняя рекомендуемая в национальных масштабах схема ППМР  
Продолжительность
8. Существует ли национальная рекомендация в отношении вскармливания младенцев, контактировавших с ВИЧ?  
1) Да – грудное вскармливание (в течение \_\_\_\_\_ месяцев или не указано \_\_\_\_\_)  
2) Да – альтернативное вскармливание  
3) Да – рекомендованы оба, оставлено на самостоятельное принятие решения или в зависимости от места  
4) Нет
- Если грудное вскармливание рекомендовано для ВИЧ-положительных женщин и контактировавших младенцев, указана ли продолжительность?  
\_\_\_ Да  
\_\_\_ Нет  
Если «да», просьба указать продолжительность в месяцах: ( )

### Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)

1. Существуют ли национальные руководящие принципы или рекомендации по лечению ИППП?  
\_\_\_ Да,  
Если «Да», год обновления (\_\_\_)  
\_\_\_ Нет
2. Существует ли в Вашей стране национальная стратегия или план действий по профилактике и контролю ИППП?  
\_\_\_ Да  
\_\_\_ Нет
3. Проводится ли в Вашей стране мониторинг устойчивости гонококка к противомикробным средствам?  
\_\_\_ Да, ежегодно  
\_\_\_ Да, реже, чем ежегодно  
\_\_\_ Нет

### Основные группы населения

1. На какие из следующих основных или уязвимых групп населения четко ориентирована национальная политика или национальные планы в области борьбы с ВИЧ (клетки для галочки)? (Можно выбрать несколько вариантов)  
основные группы подростков  
мужчины, практикующие секс с мужчинами  
заключенные в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа  
лица, потребляющие инъекционные наркотики  
работники коммерческого секса (мужчины и женщины)  
трансгендерные лица
- 1) Существуют ли у Вас оценки численности следующих групп населения: (Можно выбрать несколько вариантов)  
основные группы подростков  
мужчины, практикующие секс с мужчинами  
заключенные в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа  
лица, потребляющие инъекционные наркотики  
работники коммерческого-секса (мужчины и женщины)  
трансгендерные лица

## Р.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Основные группы населения

- 2) Лица, потребляющие инъекционные наркотики. Какие из следующих компонентов всеобъемлющего пакета мер по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ЛПИИ осуществляются в Вашей стране?  
Отметьте: Да \_\_\_ Нет
- a) Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ)
  - b) i. Опиоидная заместительная терапия (ОЗТ)
  - b)ii. Другие виды лечения наркотической зависимости
  - c) Предоставление налоксона в общинах
  - c) Консультирование и тестирование на ВИЧ
  - d) Антиретровирусная терапия
  - e) Профилактика и лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП)
  - f) Всеобъемлющие программы пропаганды использования презервативов
  - g) Целевые программы информации, образования и коммуникации (ИОК)
  - h) Профилактика, диагностика и лечение вирусных гепатитов, и вакцинация против них
  - i) Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза
- 3) Заключенные в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа: Какие из следующих компонентов всеобъемлющего пакета мер по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения осуществляются в Вашей стране?  
Отметьте: Да \_\_\_ Нет
- (a) всеобъемлющие программы пропаганды использования презервативов и лубрикантов
  - (b) программы снижения вреда для потребителей психоактивных веществ (напр., ПОИШ и ОЗТ)
  - (c) поведенческие вмешательства
  - (d) консультирование и тестирование на ВИЧ
  - (e) лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ
  - (f) профилактика и ведение коинфекций и сочетанных заболеваний (вирусный гепатит, туберкулез, психические заболевания)
  - (g) медицинские вмешательства в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
- 4) Работники коммерческого секса: Какие из следующих компонентов всеобъемлющего пакета мер по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения осуществляются в Вашей стране?  
Отметьте: Да \_\_\_ Нет
- (a) всеобъемлющие программы пропаганды использования презервативов и лубрикантов
  - (b) программы снижения вреда для потребителей психоактивных веществ (напр., ПОИШ и ОЗТ)
  - (c) поведенческие вмешательства
  - (d) консультирование и тестирование на ВИЧ
  - (e) лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ
  - (f) профилактика и ведение коинфекций и сочетанных заболеваний (вирусный гепатит, туберкулез, психические заболевания)
  - (g) медицинские вмешательства в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
    - (g) i. Симптоматическое лечение ИППП
    - (g)ii. Скрининг для выявления бессимптомных ИППП
    - (g)iii. Периодическое пробное лечение ИППП
- 5) Мужчины, практикующие секс с мужчинами: Какие из следующих компонентов всеобъемлющего пакета мер по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения осуществляются в Вашей стране?  
Отметьте: Да \_\_\_ Нет
- (a) всеобъемлющие программы пропаганды использования презервативов и лубрикантов
  - (b) программы снижения вреда для потребителей психоактивных веществ (напр., ПОИШ и ОЗТ)



## P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ

### Основные группы населения

- (c) поведенческие вмешательства
  - (d) консультирование и тестирование на ВИЧ
  - (e) лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ
  - (f) профилактика и ведение коинфекций и сочетанных заболеваний (вирусный гепатит, туберкулез, психические заболевания)
  - (g) медицинские вмешательства в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
  - (h)i. Симптоматическое лечение ИППП
  - (h)ii. Скрининг для выявления бессимптомных ИППП
- б) Трансгендерные лица: Какие из следующих компонентов всеобъемлющего пакета мер по профилактике, лечению и оказанию помощи в связи с ВИЧ для ключевых групп населения осуществляются в Вашей стране?  
Отметьте: Да \_\_\_ Нет
- (a) всеобъемлющие программы пропаганды использования презервативов и лубрикантов
  - (b) программы снижения вреда для потребителей психоактивных веществ (напр., ПОИШ и ОЗТ)
  - (c) поведенческие вмешательства
  - (d) консультирование и тестирование на ВИЧ
  - (e) лечение и оказание помощи в связи с ВИЧ
  - (f) профилактика и ведение коинфекций и сочетанных заболеваний (вирусный гепатит, туберкулез, психические заболевания)
  - (g) медицинские вмешательства в сфере сексуального и репродуктивного здоровья.
  - (g) i. Симптоматическое лечение ИППП
  - (g) ii. Скрининг для выявления бессимптомных ИППП

### Мужское обрезание (только для 14 стран)

- 1) Какими являются в настоящее время сроки и целевой возраст и количество случаев добровольного медицинского обрезания для достижения?  
Целевое число случаев добровольного медицинского обрезания крайней плоти у мужчин  
Целевой возраст: \_\_\_\_  
Целевой год: \_\_\_\_
- 2) Каким является статус оперативного планирования и мониторинга?  
(Можно выбрать несколько вариантов):  
Оперативный план на 2015 г. существует  
Ежегодный обзор эффективности программы по МО проведен: \_\_\_\_ если «да» укажите, в каком году \_\_\_\_  
Программа МО для профилактики ВИЧ связана с программой охраны здоровья подростков (имеется рабочий план)  
Создана ТРГ/комиссия для рассмотрения побочных эффектов
- 3) Какими являются рекомендованные медицинские методы мужского обрезания, которые приняты в национальной программе?  
Традиционные хирургические методы (тыльный продольный разрез, использование хирургических щипцов, циркулярная резекция)  
(укажите точные требования к возрасту)  
Преквалифицированный инструментальный метод утвержден для использования.  
Пожалуйста, укажите: \_\_\_\_

## **P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ**

### **ДКП и ПКП**

- 1) Проводится ли ДКП в стране?  
\_\_\_ Да  
Если «Да», укажите, для кого:  
\_\_\_ Нет
- 2) Проводится ли ПКП в стране?  
\_\_\_ Да  
Если «Да», укажите, для кого:  
\_\_\_ Нет
- 3) Какие лекарства рекомендованы для:  
а) Взрослых и подростков: Пожалуйста, укажите  
б) Детей: Пожалуйста, укажите
- 4) Число назначенных курсов (за отчетный год)  
а) Для взрослых/подростков  
б) Для детей
- 5) Пожалуйста, назовите причины назначения (напр., профессиональные факторы, случаи, не связанные с выполнением профессиональных обязанностей, и т.п.)

### **Эпиднадзор**

- Проводит ли страна дозорный эпиднадзор среди специальных групп населения?  
Если «да» каждые \_\_\_ лет; число мест\_\_\_, последнее обследование в \_\_\_ году
- (i) женщины, посещающие учреждения дородовой помощи
  - (ii а) секс-работники?
  - (ii б) потребители инъекционных наркотиков?
  - (ii с) мужчины, практикующие секс с мужчинами?
  - (ii д) трансгендерные люди?
  - (ii е) заключенные в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа
- (iii) другие конкретные группы населения (Пожалуйста, укажите\_\_\_\_\_ )

### **Мониторинг и оценка**

- Каким является нынешний статус планирования МиО в рамках ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД?  
Национальный план по МиО существует: последнее обновление в \_\_\_ году  
Обзор системы МиО проведен: укажите год последнего рассмотрения \_\_\_\_ г.  
Проведение обзора системы МиО запланировано: на\_\_\_ год

### **Лекарственная устойчивость ВИЧ**

- За последние 2 года проводился ли в стране эпиднадзор за лекарственной устойчивостью ВИЧ (ЛУВИЧ) в соответствии со следующими протоколами ВОЗ? Для каждого вопроса: \_\_\_Да  
\_\_\_Нет  
Если да, последний начался в \_\_\_ году
- а) Обследования лекарственной устойчивости до лечения
  - б) Обследования приобретенной лекарственной устойчивости
  - с) Обследования педиатрической лекарственной устойчивости
  - д) Обследование работы клиник с использованием Показателей раннего предупреждения о развитии лекарственной устойчивости ВИЧ

## **P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ**

### **Эпиднадзор за токсичностью**

1) Если не учитывать подходы пассивного фармаконадзора, проводится ли в стране систематическая работа для мониторинга токсичности АРВ-препаратов?

\_\_\_Да \_\_\_Нет

Если ответ «Да», укажите, какие подходы применяются в настоящее время (можно выбрать несколько вариантов)

\_\_\_ отчеты о токсичных эффектах с дозорных участков

\_\_\_ активный надзор в когортах, созданных для оценки диапазона исходов лечения

\_\_\_ активный надзор в когортах созданных исключительно с целью мониторинга токсичности

\_\_\_ реестр беременных женщин

\_\_\_ надзор за врожденными дефектами развития

\_\_\_ мониторинг пар мать-ребенок во время грудного вскармливания

### **Стратегическое планирование и рассмотрение**

Если применимо, просьба указать даты следующих мероприятий:

1) Эпидемиологический анализ:

а) Когда проводился последний эпидемиологический анализ?

б) Когда планируется проведение следующего эпидемиологического анализа?

2) Анализ программных недочетов и финансового дефицита:

а) Когда проводился последний анализ программных недочетов и финансового дефицита?

б) Когда планируется проведение следующего анализа программных недочетов и финансового дефицита?

3) Каким является статус разработки национальной программы по ВИЧ/СПИДу (ВИЧ включен в сектор здравоохранения)?

\_\_\_ Национальный стратегический план (сектора здравоохранения) по ВИЧ существует и действует с: (год) по (год)

\_\_\_ Обзор программы по ВИЧ (сектора здравоохранения) проводился в \_\_\_ году ;

Пожалуйста, укажите \_\_\_

\_\_\_ Следующее рассмотрение программы (сектора здравоохранения) по ВИЧ запланировано на: (год)

4) Учитывает ли нынешняя национальная стратегия (сектора здравоохранения) по ВИЧ следующие элементы:

а) достижение всеобщего доступа к АРТ

б) сотрудничество между службами борьбы с ВИЧ и другими службами, включая службы репродуктивного здоровья

с) укрепление систем здравоохранения

д) уменьшение несправедливости

## **P.1b Вопросы, касающиеся политики и программ**

### **Репродуктивное здоровье и исследования**

Имеете ли вы в вашей стране пункты оказания услуг, обеспечивающие надлежащую медицинскую и психологическую помощь и поддержку мужчинам и женщинам, которые подверглись изнасилованию или пережили инцест?

Надлежащая медицинская и психологическая помощь и поддержка включает рекомендации и соответствует рекомендациям клинических и политических руководящих принципов ВОЗ - Реагирование на насилие со стороны сексуального партнера и сексуальное насилие в отношении женщин (2013 г.):

Предоставление оперативной поддержки, известной под названием «психологическая первая помощь»

- Предоставление экстренной контрацепции женщинам, обратившимся за помощью в течение 5 дней
- Осуществление безопасного аборта в соответствии с национальным законом, если женщина беременна в результате изнасилования
- Предоставление постконтактной профилактики ИППП и ВИЧ (в течение 72 часов после сексуального нападения), в случае необходимости

\_\_\_ да

\_\_\_ нет

## ДОПОЛНЕНИЕ 1. ПОКАЗАТЕЛИ ВИЧ/ГЕПАТИТА (ЕРБ И ПАОЗ)

<b>ЕРБ15/ПАОЗ1 Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит В</b>	
<b>Обоснование</b>	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГВ, что особенно характерно для Европейского региона ВОЗ и связано с одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГС. Скрининг на ВГВ обеспечивает врачей информацией для выбора стратегии ведения пациента (рекомендация вакцинации против гепатита В неинфицированных и невакцинированных пациентов или дальнейшая оценка и лечение гепатита В). Это является частью всестороннего подхода к предоставлению помощи ЛЖВ, который осуществляется в Европейском регионе ВОЗ.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет число ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg), цель которого - предоставить пациенту необходимые для поддержания его здоровья услуги, связанные с гепатитом В.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-положительных взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг на гепатит В с использованием теста на HBsAg в течение отчетного года.
<b>Знаменатель</b>	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Рассчитывается на основании клинических записей медико-санитарных учреждений, предоставляющих лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе.
<b>Разбивка данных</b>	Результат тестирования: HBsAg-положительный
<b>Преимущества и недостатки</b>	Преимуществом этого показателя является то, что он позволяет странам проследить, насколько широко проводится скрининг на гепатит В среди ВИЧ-инфицированных пациентов, который является крайне важным для оценки будущих потребностей в лечении гепатита В. Присутствие HBsAg в течение, как минимум 6 месяцев, свидетельствует о хроническом гепатите В и информирует клиницистов о необходимости дальнейшей клинической и лабораторной оценки и лечения. Знание статуса ВИЧ/гепатита В дает возможность начать предписать АРВ-препараты, которые являются эффективными против инфекций как ВГВ, так и ВИЧ.
<b>Дополнительные соображения</b>	Как часть этого показателя, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ и прошедших скрининг на гепатит В, у которых гепатит В был диагностирован в течение отчетного года. Эти данные позволяют оценить доступ к лечению среди тех, кто в нем нуждается.
<b>Использование данных</b>	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического ведения пациента и контроля качества лечения.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Если данные для этого показателя 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.

### ЕРБ16/ПАО32 Процент ВИЧ-положительных случаев гепатита В, приемлемых для лечения гепатита В, которые получали лечение как гепатита В, так и ВИЧ

<b>Обоснование</b>	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГВ, что связано с одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГВ. Коэффициенты коинфицирования являются особенно высокими в Европейском регионе ВОЗ, где значительная доля ВИЧ-инфекций связана с употреблением инъекционных наркотиков. Лечение гепатита В у ЛЖВ оказывает влияние на качество жизни, продолжительность жизни пациентов и на смертность. Некоторые антиретровирусные препараты являются эффективными против вирусов как ВИЧ, так и ВГВ, что упрощает лечение коинфицированных пациентов.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет число коинфицированных ВГВ/ВИЧ пациентов, получающих лечение как гепатита В, так и ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов против обоих вирусов среди пациентов, включенных в программу помощи при ВИЧ, которые были оценены с точки зрения прогрессирования болезни и были признаны приемлемыми для лечения.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-положительных случаев гепатита В, приемлемых для лечения гепатита В и ВИЧ-инфекции, получающих лечение как гепатита В, так и ВИЧ-инфекции с помощью АРВ-препаратов против обоих вирусов с помощью эффективных АРВ-препаратов против обоих вирусов, в течение отчетного года.
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-положительных случаев гепатита В, приемлемых для лечения гепатита В и ВИЧ-инфекции в течение отчетного года.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель и знаменатель рассчитывается на основании клинических записей медико-санитарных учреждений, предоставляющих лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется.
<b>Преимущества и недостатки</b>	Преимущества и недостатки этого показателя заключаются в том, что он предоставляет информацию о бремени гепатита В среди ЛЖВ. Он также дает возможность проводить мониторинг доступа к лечению гепатита В для ЛЖВ, коинфицированных ВГВ и приемлемых для лечения.
<b>Использование данных</b>	Позволяет проследить динамику тенденций. Полезная информация для клинического ведения пациента и контроля качества лечения.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Если данные для этого показателя 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.

### ЕРБ17/ПАО33 Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ, прошедших скрининг на гепатит С

<b>Обоснование</b>	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.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет число ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ и прошедших скрининг на антитела к ВГС а/в, цель которого - предоставить пациенту необходимые для поддержания его здоровья услуги, связанные с гепатитом С.
<b>Числитель</b>	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли скрининг на гепатит С с использованием теста на антитела к ВГС а/в, в течение отчетного года.
<b>Знаменатель</b>	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции.

<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Рассчитывается на основе клинических записей в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
<b>Разбивка данных</b>	Результат тестирования: HBsAg-положительный
<b>Преимущества и недостатки</b>	Преимуществом этого показателя 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.
<b>Дополнительные соображения</b>	Как часть этого показателя, 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.
<b>Использование данных</b>	Позволяет проследить динамику тенденций. Полезная информация для клинического ведения пациента и контроля качества лечения.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Если данные для этого показателя 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.

### ЕРБ18/ПАО34 Процент ВИЧ-положительных случаев гепатита С, приемлемых для лечения гепатита С и получающих лечение гепатита С

<b>Обоснование</b>	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГС, что связано с одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГС. Коэффициенты коинфицирования являются особенно высокими в Европейском регионе ВОЗ, где значительная доля ВИЧ-инфекций связана с употреблением инъекционных наркотиков. Лечение гепатита С у ЛЖВ оказывает влияние на качество жизни, продолжительность жизни пациентов и на смертность.
<b>Что он измеряет</b>	Этот показатель измеряет число коинфицированных ВГС/ВИЧ пациентов, получающих лечение гепатита С, среди пациентов, включенных в программу помощи при ВИЧ, которые прошли скрининг, были оценены с точки зрения прогрессирования болезни и были признаны приемлемыми для лечения.
<b>Числитель</b>	Число ВИЧ-положительных случаев гепатита С, приемлемых для лечения гепатита С, получающих лечение гепатита С в течение отчетного года.
<b>Знаменатель</b>	Число ВИЧ-положительных случаев гепатита С, приемлемых для лечения гепатита С в течение отчетного года.
<b>Как измерять и инструменты измерения</b>	Числитель и знаменатель рассчитываются на основании клинических записей медицинских учреждений, предоставляющих лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе.
<b>Разбивка данных</b>	Не требуется.
<b>Преимущества и недостатки</b>	Преимущества и недостатки этого показателя заключаются в том, что он предоставляет информацию о бремени гепатита С среди ЛЖВ. Он также дает возможность проводить мониторинг доступа к лечению гепатита С для ЛЖВ, коинфицированных ВГС и приемлемых для лечения.
<b>Использование данных</b>	Позволяет проследить динамику тенденций. Полезная информация для клинического ведения пациента и контроля качества лечения.
<b>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</b>	<b>Национальная репрезентативность:</b> Если данные для этого показателя были получены только из 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.



**UNAIDS**  
**Joint United Nations**  
**Programme on HIV/AIDS**

20 Avenue Appia  
1211 Geneva 27  
Switzerland

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)