

ЮНЭЙДС 2024

РУКОВОДСТВО

Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2025

Показатели и вопросы для мониторинга достигнутого прогресса
в реализации Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2021)

Содержание

Обзор компонентов мониторинга глобальной эпидемии СПИДа в 2025 году	6
Введение	9
Общая информация	9
Цель	10
Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2025 году	12
Процесс подготовки доклада	14
Организации ключевых групп населения и ответные меры при ведущем участии ключевых групп	30
1.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией	33
1.2 Оценочная численность ключевых групп населения (А–Д)	35
1.3 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (А–Д)	37
1.4 Тестирование на ВИЧ и осведомленность о ВИЧ-статусе среди ключевых групп населения (А–Г)	39
1.5А Использование презервативов среди секс-работников	41
1.5Б Использование презервативов среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами	43
1.5В Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	45
1.5Г Использование презервативов среди трансгендерных людей	47
1.6 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения (А–Г)	49
1.7 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах	51
1.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики	52
1.9 Количество игл и шприцев, распространенных среди людей, употребляющих инъекционные наркотики (в расчете на одного человека)	54
1.10 Охват поддерживающей терапией агонистами опиоидов	56
1.11 Люди, получающие доконтактную профилактику	57
1.12 Распространенность мужского обрезания	59
1.13 Количество мужчин, прошедших добровольную процедуру обрезания, за год	61
1.14 Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска	63
1.15 Число презервативов, распространяемых ежегодно	64
1.16 Молодежь: знания о профилактике ВИЧ-инфекции	66

Смоделированные оценки по ВИЧ, полученные с помощью обновленного программного обеспечения Spectrum, должны быть представлены в срок до 31 марта 2025 года.

Пожалуйста, воспользуйтесь веб-сайтом программы Глобального мониторинга СПИДа (aidsreportingtool.unaids.org), чтобы отправить свои данные по индикаторам до 31 марта 2025 года.

2.1	Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе	67
2.2	Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию	69
2.3	Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку	71
2.4	Продвинутые стадии заболевания и поздняя диагностика ВИЧ-инфекции	75
2.5	Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию	77
2.6	Охват антиретровирусной терапией людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения (А–Д)	79
2.7	Смертность от СПИДа	81
2.8	Лечение криптококковой инфекции	82
3.1	Тестирование на ВИЧ-инфекцию среди беременных женщин	84
3.2	Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев	86
3.3	Вертикальная передача ВИЧ	88
3.4	Профилактика вертикальной передачи ВИЧ	90
3.5	Сифилис среди беременных женщин	93
3.6	Заболеваемость врожденным сифилисом (число родов, закончившихся появлением живого ребенка, и число мертворожденных)	96
3.7	Вирусный гепатит В у беременных женщин, обращающихся в службы дородового ухода	97
4.1	Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди ключевых групп населения	99
4.2	Отношение к насилию против женщин	101
4.3	Гендерная ориентированность в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ	103
6.1	Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ	105
6.2	Внутренняя стигма по сообщениям людей, живущих с ВИЧ	107
6.3	Стигма и дискриминация, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в общественных сферах	109
6.4	Опыт людей, сталкивающихся с дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения	112
6.5	Стигма и дискриминация, с которыми сталкиваются ключевые группы населения (А–Г)	114
6.6	Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (А–Г)	116
6.7	Люди, живущие с ВИЧ, требующие возмещения ущерба в случае нарушения своих прав	118
6.8	Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения	120
6.9	Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения со стороны персонала учреждений здравоохранения (А–Г)	122
6.10	Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения среди сотрудников полиции (А–Г)	124

7.1	Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения	126
7.2	Проведение лечения при вирусном гепатите С	127
7.3	Распространенность сифилиса среди ключевых групп населения (А, Б, Г)	129
7.4	Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры	131
7.5	Гонорея у мужчин	133
7.6	Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции	134
7.7	Люди, живущие с ВИЧ и впервые начавшие принимать АРВ-терапию, у которых выявлено заболевание туберкулезом	136
7.8	Люди, живущие с ВИЧ и принимающие антиретровирусную терапию, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза	138
7.9	Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, которые прошли полный курс профилактического лечения туберкулеза, от числа всех начавших профилактическое лечение туберкулеза	140
7.10	Число женщин, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининг на рак шейки матки с помощью любого скринингового теста	142
7.11	Лечение предраковых поражений шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ	144
7.12	Лечение инвазивного рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ	146
7.13	Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусные препараты с запасом на несколько месяцев	147
7.14	Охват дифференцированными моделями предоставления антиретровирусной терапии среди людей, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время принимают антиретровирусную терапию	149
7.15	Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированным предоставлением услуг	152
8.1	Государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ	154
8.2	Антиретровирусные препараты и другие лекарственные схемы, связанные с ВИЧ: цены за единицу, объемы	155
8.3	Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования	156

Руководство по заполнению промежуточного опросника в инструменте мониторинга национальных обязательств и политики в 2025 году	161
---	-----

Инструмент мониторинга национальных обязательств и политики: промежуточный опрос	169
1. Комбинированная профилактика для всех	169
2. 95–95–95 в показателях тестирования и лечения ВИЧ-инфекции	171
3. Ликвидировать вертикальную передачу ВИЧ и искоренить СПИД среди детей	189
4. Гендерное равенство, расширение прав и возможностей женщин и девочек	195
5. Лидерство сообществ	196
6. Реализация прав человека и искоренение стигматизации и дискриминации	199
7. Всеобщий охват услугами здравоохранения и интеграция	200
8. Данные, наука и инновации	203
Обследование ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (<i>WHO/AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey</i>): опрос по применению антиретровирусных препаратов и лабораторных технологий, и выполнению соответствующих рекомендаций ВОЗ	207
Приложение 1. Выборочная библиография	218
Приложение 2. Планируемые объемы целевого финансирования, выделяемого в сфере противодействия ВИЧ за счет странового бюджета	219
Приложение 3. Объемы и цены за единицу закупленных и распределенных антиретровирусных препаратов и других лекарственных схем, связанных с лечением ВИЧ-инфекции	220
Приложение 4. Матрица национального финансирования для индикатора 8.3: «Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования»	222
Приложение 5. Дополнительные рекомендации по составлению индикаторов по ВИЧ-инфекции и туберкулезу для глобального мониторинга СПИДа 7.6–7.6	228
Приложение 6. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring) Промежуточные данные по инструменту национальных обязательств и политики (НОПИ) Рекомендации по заполнению вопросов, связанных с законодательством, в 2025 году	229

Обзор компонентов мониторинга глобальной эпидемии СПИДа в 2025 году

Обязательства, принятые в Политической декларации по СПИДу (2021 г.)

Индикатор №



Краткое название индикатора



Сокращение ежегодного числа новых случаев инфицирования ВИЧ

1.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией

Снизить ежегодную смертность от причин, связанных со СПИДом

2.7 Смертность вследствие СПИДа

1. Эффективное внедрение комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции

1.2 Оценочная численность ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; заключенные)

1.3 Распространенность ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; заключенные)

1.4 Тестирование на ВИЧ и знание результатов теста среди ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди)

1.5 Использование презервативов в ключевых группах населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди)

1.6 Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди)

1.7 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах

1.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

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

1.10 Охват заместительной терапией опиоидной зависимости

1.11 Люди, получающие доконтактную профилактику (ДКП)

1.12 Распространенность мужского обрезания

Индикатор №



Краткое название индикатора



1.13 Количество мужчин, прошедших добровольную медицинскую процедуру обрезания, за год

1.14 Пользование презервативами при последнем половом контакте с высоким риском инфицирования

1.15 Число презервативов, распространяемых ежегодно

1.16 Молодежь: знания о профилактике ВИЧ-инфекции

2. Тестирование на ВИЧ, лечение и подавление вирусной нагрузки

2.1 Люди, живущие с ВИЧ, которые знают свой ВИЧ-статус

2.2 Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию

2.3 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку

2.4 Продвинутые стадии заболевания и поздняя диагностика ВИЧ-инфекции

2.5 Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

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

2.8 Лечение криптококковой инфекции

3. Вертикальная передача ВИЧ, сифилиса и гепатита В

3.1 Тестирование на ВИЧ среди беременных женщин

3.2 Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев

3.3 Вертикальная передача ВИЧ

3.4 Профилактика вертикальной передачи ВИЧ1

3.5 Сифилис у беременных женщин

3.6 Заболеваемость врожденным сифилисом

3.7 Гепатит В у беременных женщин

4. Гендерное равенство, расширение прав и возможностей женщин и девочек

4.1 Физическое и/или сексуальное насилие, с которым сталкиваются ключевые группы населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди)

4.2 Отношение к насилию против женщин

4.3 Гендерная ориентированность в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ

¹ В данном документе под вертикальной передачей подразумевается передача ВИЧ ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. «Вертикальная передача» в этом документе используется в качестве более нейтрального и не стигматизирующего понятия, вместо термина «передача от матери ребенку».

Индикатор №



Краткое название индикатора



5. *Лидерство на уровне сообществ*

Лидерство сообществ в реализации программ комбинированной профилактики для ключевых групп населения отражается в индикаторе 1.6, а по отдельным компонентам программ снижения вреда для людей, употребляющих инъекционные наркотики, — в индикаторах 1.9 и 1.10. Более подробные пояснения даны в соответствующем разделе (с. 38)

6. *Реализация прав человека и ликвидация стигмы и дискриминации*

- 6.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ
- 6.2 Внутренняя стигма, о которой сообщают люди, живущие с ВИЧ
- 6.3 Стигма и дискриминация, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в общественных сферах
- 6.4 Опыт столкновения с дискриминацией, связанной с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения
- 6.5 Стигма и дискриминация, которым подвергаются ключевые группы населения
- 6.6 Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди)
- 6.7 Люди, живущие с ВИЧ, требующие возмещения ущерба в случае нарушения своих прав
- 6.8 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения
- 6.9 Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения со стороны персонала учреждений здравоохранения (А–Г)
- 6.10 Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения среди сотрудников полиции (А–Г)

7. *Всеобщий охват услугами здравоохранения и интеграция*

- 7.1 Вирусные гепатиты среди ключевых групп населения
- 7.2 Проведение лечения при вирусном гепатите С
- 7.3 Распространенность сифилиса среди ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; трансгендерные люди)
- 7.4 Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры
- 7.5 Гонорея у мужчин
- 7.6 Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции
- 7.7 Люди, живущие с ВИЧ, у которых был выявлен туберкулез в активной форме

Индикатор №



Краткое название индикатора



- 7.8 Люди, живущие с ВИЧ, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза
 - 7.9 Люди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию, которые прошли полный курс профилактического лечения туберкулеза
 - 7.10 Скрининговые обследования женщин, живущих с ВИЧ, на рак шейки матки
 - 7.11 Лечение предраковых заболеваний шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ
 - 7.12 Лечение инвазивного рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ
 - 7.13 Выдача антиретровирусных препаратов с запасом на несколько месяцев (охват)
 - 7.14 Охват дифференцированными моделями предоставления антиретровирусной терапии среди людей, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время принимают антиретровирусную терапию
 - 7.15 Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированным предоставлением услуг
- #### 8. *Инвестиции и ресурсы*
- 8.1 Национальный государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ
 - 8.2 Антиретровирусные препараты: цены за единицу, объемы
 - 8.3 Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования

Инструмент мониторинга национальных обязательств и политики. Информация о национальной политике и ее выполнении собирается с помощью Инструмента мониторинга национальных обязательств и политики (НОПИ).

Обследование ВОЗ/ЮНЭЙДС по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (WHO/AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey). Информация о схемах приема антиретровирусных препаратов, собранная в рамках Обзора по использованию антиретровирусных препаратов и лабораторных технологий в области медицины и диагностики СПИДа, а также в ходе мониторинга руководящих принципов ВОЗ, размещена в онлайн-инструменте Глобального мониторинга СПИДа.

Введение

Общая информация

На совещании высокого уровня по СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН в июне 2021 года государства-члены Организации Объединенных Наций приняли Политическую декларацию по ВИЧ/СПИДу, озаглавленную: «*Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году*»¹. В Политической декларации по СПИДу (2021) подчеркивается, что для того чтобы искоренить СПИД как угрозу общественному здравоохранению к 2030 году, необходимо выявлять неравенство во всех его проявлениях. Если международное сообщество выполнит все целевые показатели, принятые в Декларации, во всех регионах и во всех группах населения, то человечество сможет за счет эффективных мер противодействия СПИДу во всем мире предотвратить 3,6 млн. новых случаев инфицирования ВИЧ и сохранить жизни 1,7 млн. человек, которые в противном случае могут умереть из-за СПИДа до 2025 года.

В основу Политической декларации по СПИДу 2021 года легла *Глобальная стратегия противодействия СПИДу на период 2021–2026 гг.: «Искоренение неравенства. Искоренение СПИДа»* — концептуально новый подход, рассматривающий проблему искоренения СПИДа через призму неравенства для выявления и ликвидации пробелов, препятствующих прогрессу в достижении главной цели — прекращения эпидемии². Переход к решению проблем ВИЧ через призму неравенства и прав человека нацелен на то, чтобы комплекс глобальных мер противодействия ВИЧ работал для всех и для каждого, и чтобы никто не остался без помощи. *Глобальная стратегия противодействия СПИДу на период 2021–2026 гг.* направлена на сокращение всех форм неравенства, которое является движущей силой эпидемии, охват в первую очередь тех людей, которые еще не в полной мере получают доступ к жизненно необходимым услугам в сфере ВИЧ, и устранение системных барьеров, которые приводят к возникновению такого неравенства или его укреплению, не давая людям получать доступ к услугам. В Стратегии описаны приоритетные меры, разработанные на основе подтвержденных данных, и амбициозные цели по сокращению неравенства на период до 2025 года, с помощью которых все страны и сообщества могут искоренить СПИД как угрозу общественному здравоохранению до 2030 года.

¹ Полный текст Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу: «Искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году» (2021 г.): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_ru.pdf.

² Полный текст Глобальной стратегии по СПИДу на 2021–2026 гг. опубликован на веб-сайте ЮНЭЙДС: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_ru.pdf.

Успешность реализуемых мер в сфере противодействия СПИДу должна оцениваться по выполнению конкретных целевых показателей в четко определенные сроки, наряду с тщательным мониторингом достигнутого прогресса в выполнении обязательств, содержащихся в Политической декларации по СПИДу 2021 года. Рамочная структура для глобального мониторинга эпидемии СПИДа (*Global AIDS Monitoring [GAM]*) помогает обеспечить системный подход и эффективную организацию коллективных усилий для проведения мониторинга в глобальном масштабе. При ее создании за основу взята структура Политической декларации — она так же делится на восемь ключевых областей, связанных с тремя глобальными стратегическими приоритетами в сфере противодействия СПИДу (см. таблицу 1).

Таблица 1.

Рамочная структура для глобального мониторинга эпидемии СПИДа

Стратегические приоритетные области Политической декларации по СПИДу (2021), используемые в рамках системы глобального мониторинга эпидемии СПИДа		Стратегические приоритеты в противодействии СПИДу
1	Комбинируемая профилактика ВИЧ-инфекции для всех	Максимально справедливый и равный доступ к услугам и другим имеющимся решениям в сфере ВИЧ
2	95–95–95 в показателях тестирования и лечения ВИЧ-инфекции	
3	Ликвидировать вертикальную передачу ВИЧ и искоренить СПИД среди детей	
4	Гендерное равенство, расширение прав и возможностей женщин и девочек	Устранение барьеров, препятствующих достижению результатов в сфере ВИЧ
5	Лидерство сообществ	
6	Реализация прав человека и искоренение стигматизации и дискриминации	
7	Всеобщий охват услугами здравоохранения и интеграция	Обеспечить все необходимые ресурсы и поддержку для эффективных и комплексных мер противодействия ВИЧ
8	Инвестиции и ресурсы	

Цель

Индикаторы и вопросы, содержащиеся в этом документе, предназначены для использования национальными программами по СПИДу и партнерами при оценке принимаемых мер противодействия ВИЧ/СПИДу на страновом уровне и для измерения достигнутого прогресса в выполнении национальных целевых показателей, связанных с ВИЧ. Странам рекомендуется интегрировать эти индикаторы и вопросы в свои процессы мониторинга и представить комплексные национальные данные в систему глобального мониторинга СПИДа (ГМС). Тем самым они будут способствовать совершенствованию глобальных ответных мер для противодействия ВИЧ — в частности, ускорению прогресса в выполнении обязательств и глобальных целей, поставленных

в Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2021), и соответствующих Целей в области устойчивого развития³.

В этом документе собраны подробные описания показателей, в том числе по финансированию, и набор вопросов о национальной политике в сфере здравоохранения и ее реализации. Индикаторы и вопросы по реализации политики составлены так, чтобы дать возможность оптимально использовать имеющиеся данные на национальном уровне, стандартизировать сбор данных из регионов и областей с разной эпидситуацией и социально-политическими условиями, и агрегировать и анализировать собранные данные на глобальном уровне. ЮНЭЙДС работает в сотрудничестве с ключевыми организациями под эгидой технической консультативной группы экспертов по мониторингу (Monitoring Technical Advisory Group), обеспечивая согласованность этих индикаторов и их соответствие международным стандартам. В состав этой группы входят представители международных и страновых организаций и сообществ, эксперты в области прав человека и технические эксперты по мониторингу в сфере ВИЧ. За прошедшие 20 лет индикаторы, применяемые для мониторинга глобальной эпидемии, были значительно усовершенствованы — они изменялись и дорабатывались по мере того, как менялись и совершенствовались наши коллективные знания об эффективных подходах в противодействии ВИЧ и о барьерах, которые этому препятствуют. Этот процесс продолжится и в ближайшие годы. Индикаторы ежегодно пересматриваются и дорабатываются Технической консультативной группой ЮНЭЙДС по мониторингу (Monitoring Technical Advisory Group/MTAG).

Данные, представленные в рамках глобального мониторинга эпидемии СПИДа, будут использоваться для описания достигнутого прогресса в достижении поставленных целей на период до 2025 года, в том числе при подготовке ежегодных публикаций ЮНЭЙДС об ответных мерах противодействия ВИЧ, а также для подотчетности стран и глобальных партнеров в проведении необходимых улучшений. Данные мониторинга также используются при подготовке ежегодных докладов Генерального секретаря Организации Объединенных Наций для Генеральной Ассамблеи ООН, в которых обобщаются результаты, представленные в отчетных данных стран. Ежегодные доклады Генерального секретаря ООН о достигнутом прогрессе посвящены выявлению проблем и факторов, препятствующих выполнению принятых решений, и выработке рекомендаций для скорейшего достижения целевых показателей.

К этим данным смогут также обращаться страны при мобилизации ресурсов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд) и Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), в рамках подготовки и пересмотра грантовых проектов и оперативных планов. Данные, предоставленные для глобального мониторинга эпидемии СПИДа, могут стать ценным ресурсом для стран также и в разработке их дорожных карт по достижению целей устойчивого развития.

Процесс отчетности по программе глобального мониторинга СПИДа часто называют образцовым, приводят в качестве примера успешно работающего международного отчетного механизма. Уроки, полученные в предыдущих раундах, сослужат нам хорошую службу в предстоящем раунде отчетности — на основе практического опыта подготовлена «дорожная карта», которая поможет обеспечить своевременное и полное предоставление высококачественных данных, максимально оптимизировав и ускорив этот процесс. В частности, важно помнить следующее:

³ Подробная информация о Целях в области устойчивого развития (ЦУР) публикуется на специальном веб-сайте, посвященном ЦУР: Make the SD Goals a Reality («Сделать ЦУР реальностью»). URL: <https://sdgs.un.org/ru>.

1. Организация национальных консультаций в первом квартале года позволяет быстрее консолидировать и проверить данные. Это поможет избежать лишних шагов при валидации данных на более поздних этапах этого процесса — например, чтобы не пришлось возвращаться к исходным источникам данных.
2. Решающее значение имеет вовлечение гражданского общества в процесс национальных консультаций, особенно при ответе на вопросы, связанные с законодательством и политикой. Это необходимо и для того, чтобы обеспечить значимое участие всех соответствующих партнеров и дать им возможность внести свой важный вклад в реализацию и в предоставление отчетных данных.
3. Своевременное — с самого начала года (с января) — взаимодействие с поставщиками данных поможет обеспечить своевременное получение этих данных, их высокое качество и точность.

Краткий обзор изменений в наборе индикаторов для отчетности в 2025 году

Для отчетности в 2025 году требуется представить данные по индикаторам, данные промежуточного опроса по инструменту национальных обязательств и политики (НОПИ), а также данные обследования по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey). Описательный отчет представлять не обязательно (по желанию).

В соответствии с рекомендациями международной Технической консультативной группы по мониторингу (Monitoring Technical Advisory Group/MTAG), представленными по итогам обзора глобального мониторинга эпидемии СПИДа, и с учетом других мнений ключевых партнеров, в этом году сделан ряд изменений. Изменены определения нескольких индикаторов — они отражают обновленные рекомендации и ряд уточнений на основе отзывов, полученных в предыдущих раундах отчетности.

Ниже приводится перечень изменений, касающихся представления данных в отчетном раунде 2025 года:

- 3.5. Сифилис среди беременных женщин: Для информации о контексте, необходимой при интерпретации данных, в раздел «Запрашиваемая дополнительная информация» добавлен запрос на информацию о видах тестов, используемых чаще всего для скрининга; о проценте женщин, делавших подтверждающий тест (если подтверждающие тесты проводятся); и о том, входят ли в отчетность данные от частных учреждений, предоставляющих услуги дородовой помощи.
- 7.2. Тестирование на вирусный гепатит С и 7.3. Люди с коинфекцией ВИЧ/ВГС, начавшие лечение вирусного гепатита С: Эти индикаторы объединены в один: в него входят данные ведению случаев вирусного гепатита С у людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию. Это даст возможность оценивать в комплексе весь каскад услуг по тестированию и лечению вирусного гепатита С у людей, живущих с ВИЧ.
- 7.4. Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры: В перечень запрашиваемой дополнительной информации добавлен запрос относительно того, включает ли представляемая отчетность данные от частных поставщиков услуг в данной сфере.

- 7.5. Гонорея у мужчин: В перечень запрашиваемой дополнительной информации добавлен запрос относительно того, включает ли представляемая отчетность данные от частных поставщиков услуг в данной сфере.
- 7.6. Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции: Для снижения бремени отчетности из перечня необходимых данных исключен запрос на предоставление данных числителя с разбивкой по полу и возрасту. В знаменателе представлены оценочные значения, которые нельзя получить с помощью такой разбивки данных.
- 7.15 Охват дифференцированными моделями предоставления антиретровирусной терапии среди людей, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время принимают антиретровирусную терапию: Текст в разделе «Обоснование» доработан и обновлен в соответствии с принятыми формулировками в описании моделей дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления услуг по лечению/антиретровирусной терапии, чтобы учитывать их в отчетных данных по этому показателю. Также добавлено уточнение в отношении двух вариантов представления отчетных данных по знаменателю. Указано, что странам рекомендуется представлять для знаменателя данные по числу людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, которые соответствуют критериям для включения в модели с дифференцированными (клиент-ориентированными) подходами предоставления антиретровирусной терапии (если у страны есть возможность предоставить такие данные). Если таких данных нет, страны могут предоставить для знаменателя данные по числу людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.
- 7.16. Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированным предоставлением услуг: Текст в разделе «Обоснование» доработан и обновлен в соответствии с принятыми формулировками описания моделей дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления услуг по лечению/антиретровирусной терапии, чтобы учитывать их в отчетных данных по этому показателю.
- Обследование ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу: В 2025 году в отчетность включены вопросы по схемам лечения на основе долутегавира и ингибитора протеазы, а также других схем лечения — вместо вопросов по схемам лечения препаратами первого, второго и третьего ряда. Добавлены вопросы о количестве проведенных в 2024 году тестов на инфекции, передающиеся половым путем, количестве тестов для диагностики заболеваний на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции, а также тестов для диагностики вирусных гепатитов.

По инструменту НОПИ в цикле отчетности 2025 года заполняется промежуточный опросник. В него входит подмножество вопросов из Части А инструмента НОПИ, касающихся наиболее динамично изменяющихся элементов политики. Уточнялись и дорабатывались формулировки некоторых вопросов из предыдущих раундов отчетности. Эти изменения проводились с учетом опыта предыдущих раундов отчетности, они отражают изменения в рекомендациях по различным аспектам политики и доступные решения.

Процесс подготовки доклада

Межсекторный процесс

Политическая декларация по СПИДу (2021) принималась государствами-членами ООН на правительственном уровне, однако для реализации таких масштабных задач, помимо усилий государственного сектора, необходимо также активное участие организаций сообществ людей, живущих с ВИЧ, а также организаций ключевых групп населения, самого широкого спектра женских и молодежных организаций, частного сектора и различных трудовых объединений, религиозных организаций и других организаций негосударственного сектора. Благодаря их участию обеспечивается выявление, документирование и устранение проявлений неравенства в сфере противодействия СПИДу.

Сообщество людей, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией, играет ключевую роль в противодействии СПИДу во всех странах мира. С учетом их обширных экспертных знаний и опыта, организации сообществ являются идеальными партнерами в процессе подготовки страновых докладов о достигнутом прогрессе. Эти организации в состоянии предоставить самую актуальную информацию для глобального мониторинга эпидемии СПИДа — в частности, внести значимый вклад в подготовку качественной отчетности по инструменту национальных обязательств и политики (НОПИ) в дополнение к тем данным, которые собирают государственные учреждения, а также помочь в интерпретации собранных данных.

При подготовке доклада по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа национальные советы, комитеты или комиссии по национальным программам противодействия ВИЧ и другие подобные организации должны стремиться собрать информацию со всего спектра сообществ, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией, а также организаций этих сообществ. В число организаций сообществ должны входить самые разнообразные женские организации, организации ключевых групп населения и организации людей, живущих с ВИЧ. Помимо организаций сообществ, целесообразно привлекать и других субъектов гражданского общества, в том числе — религиозные организации, профсоюзные и другие организации из негосударственного сектора (НГО).

Нельзя недооценивать важность получения информации от широкого круга сообществ, затронутых ВИЧ, — в том числе, от людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения. Эти сообщества представляют интересы множества людей и озвучивают самые разнообразные точки зрения, — в том числе в рамках сбора количественных и качественных данных для страновой отчетности, — и все они могут внести важный вклад в мониторинг и оценку эффективности мер противодействия ВИЧ, принимаемых на страновом уровне. Для обеспечения всестороннего участия различных групп, в том числе ключевых групп населения, на всех этапах процесса им может потребоваться целенаправленная поддержка.

Национальные комитеты по СПИДу и другие подобные организации должны обеспечить организациям сообществ возможности для участия в планировании сбора данных, — например, по знаменателям, — а также обеспечить им необходимые пространства и ресурсы для выполнения и координации своих работ. Для этого необходимо разработать простой механизм для предоставления и оценки информации. Также в рамках этой работы следует приглашать представителей организаций сообществ и любых соответствующих представителей гражданского общества на семинары и мероприятия, проводимые на национальном уровне, чтобы определить оптимальные варианты для их участия в подготовке страновой отчетности.

В каждой стране организациям сообществ следует предоставить действенные возможности для участия в рассмотрении и интерпретации данных, представления своих замечаний до выработки окончательного варианта и сдачи отчетности. Доклад, который в конечном итоге будет представлен в ЮНЭЙДС, также должен быть широко распространен среди организаций сообществ, обеспечивая им свободный доступ к этому материалу.

Сотрудники программы ЮНЭЙДС в страновых офисах готовы содействовать представителям организаций сообществ и другим представителям сообществ в обеспечении их участия на всех этапах процесса подготовки отчетности. В частности, сотрудники программы ЮНЭЙДС в страновых офисах оказывают поддержку национальным координаторам, отвечающим за представление данных, в выполнении следующих задач:

- Предоставлять консультации организациям сообществ по индикаторам, вопросам из инструмента НОПИ, по процессу отчетности.
- Предоставлять техническую поддержку в сборе, анализе и предоставлении отчетных данных, уделяя особое внимание поддержке людей, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией.
- Содействовать распространению подготовленных докладов — в том числе, по возможности, на языке конкретной страны.

Как и в предыдущих раундах отчетности, ЮНЭЙДС будет принимать альтернативные («теневые») доклады о реализации страновых программ, однако такие доклады не рассматриваются в качестве альтернативного процесса отчетности для сообществ, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией. ЮНЭЙДС рекомендует как можно полнее интегрировать организации сообществ в процессы подготовки национальной отчетности в соответствии с вышеописанными процедурами. Альтернативные доклады предназначены для того, чтобы представить альтернативную точку зрения в тех случаях, когда а) существуют веские основания полагать, что сообщества и организации сообществ не были полноценно вовлечены в процесс подготовки страновой отчетности; б) государственные организации докладов не представили; или в) представленные государством данные существенно отличаются от данных, собранных организациями сообществ в рамках мониторинга прогресса в предоставлении услуг государством; при этом согласовать и урегулировать различия или удовлетворительно отразить их в национальной отчетности не представляется возможным.

Альтернативные доклады можно направлять по электронной почте: aidsreporting@unaids.org.

Этапы и сроки подготовки отчетности

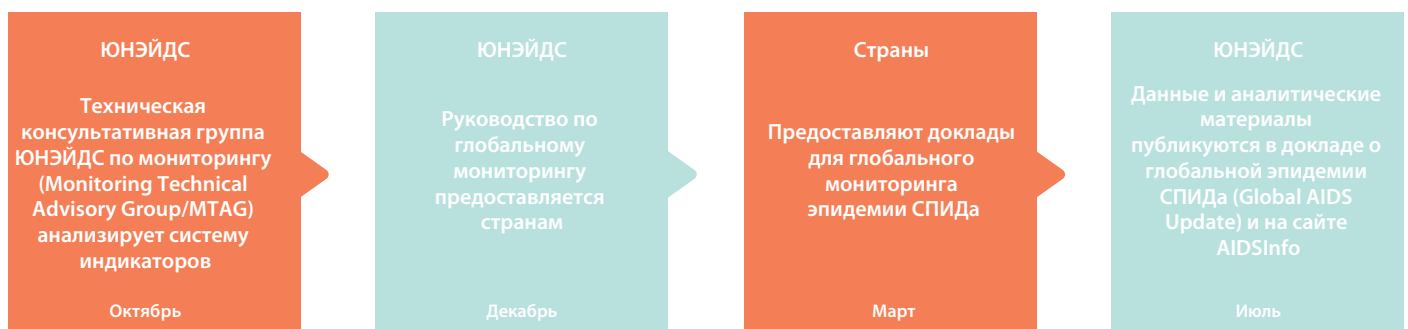
Цикл подготовки ежегодной отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа (ГМС) состоит из ряда определенных, хорошо отлаженных этапов. Это позволяет различным ключевым партнерам (как национальным, так и международным) опираться на самые свежие имеющиеся данные и использовать их для оценки прогресса в достижении целей в сфере противодействия СПИДу на глобальном и национальном уровнях. В конце каждого года ЮНЭЙДС предоставляет странам обновленную информацию об используемых индикаторах. Исходя из этого страны могут координировать и управлять процессом подготовки национальной отчетности, чтобы представить свои доклады по СПИДу в срок до 31 марта каждого года. На основании представленных данных в июле ЮНЭЙДС публикует доклад о глобальной эпидемии СПИДа (Global AIDS Update), который используется на различных международных

форумах и для принятия решений по программным и финансовым вопросам (в частности, в Глобальном фонде для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Чрезвычайном плане президента США для оказания помощи в связи со СПИДом [PEPFAR] и других организациях).

Одним из ключевых факторов при создании эффективной национальной структуры отчетности в сфере СПИДа является четкое распределение функциональных ролей и обязанностей между всеми партнерами, входящими в многостороннюю группу для подготовки отчетности. Это поможет снизить нагрузку на отдельных людей и обеспечить своевременную сдачу отчетности. В следующем разделе все конкретные шаги в рамках мониторинга и отчетности по национальным мерам противодействия СПИДу представлены через три основные фазы этого процесса: подготовку, представление отчетности; и последующую доработку и использование. Для понимания процесса отчетности в целом, даются также ссылки на дополнительные глобальные меры и на подготовку эпидемиологических оценочных данных по ВИЧ-инфекции. Эти этапы изображены на блок-схеме, где представлены все действия, производимые на различных уровнях, с пояснениями по каждому из этапов.

Рисунок 1.

Основные мероприятия в рамках подготовки докладов и их использованию в ЮНЭЙДС



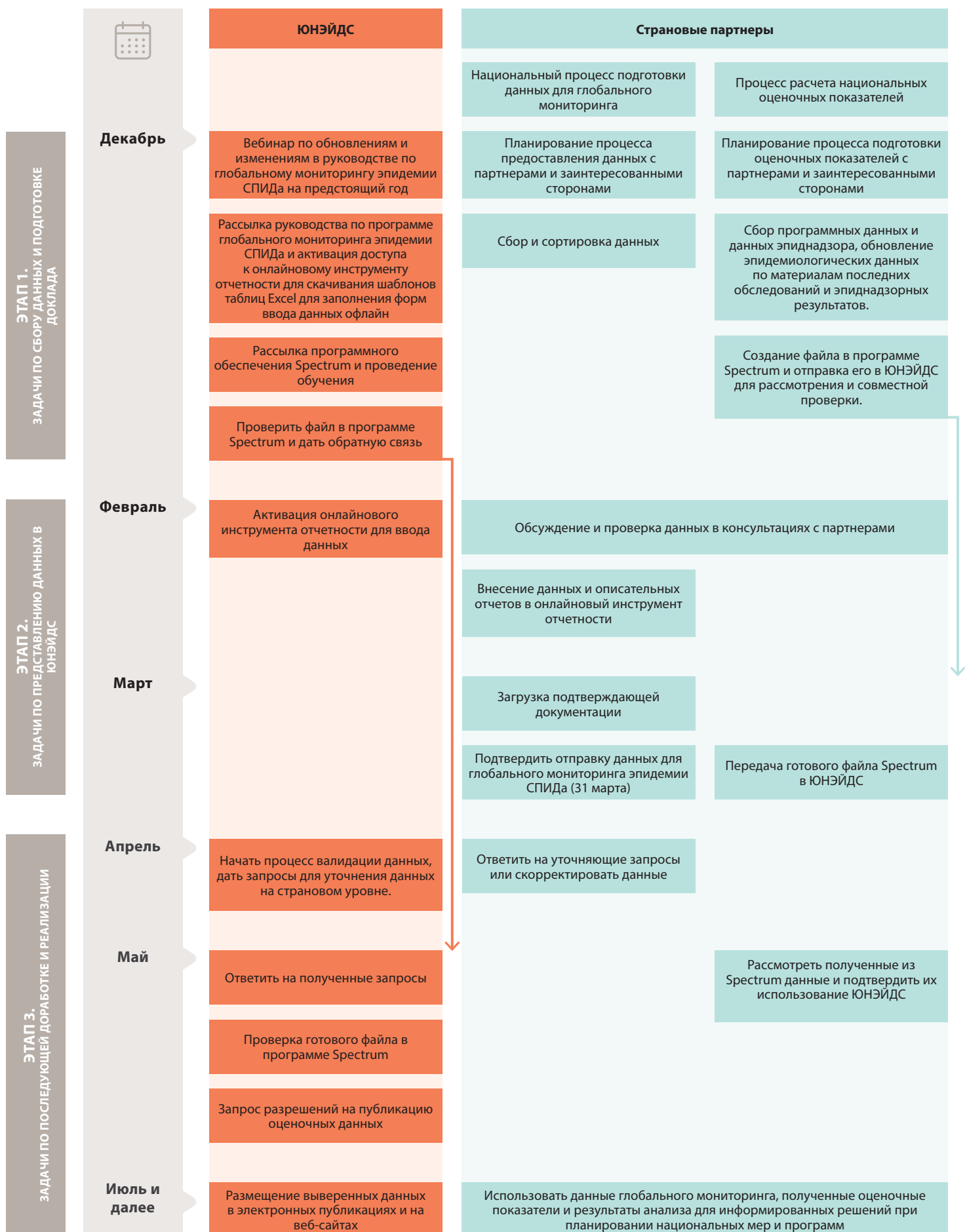
Задачи национального координатора, отвечающего за представление данных по глобальному мониторингу СПИДа, в подготовке доклада совместно с партнерами (декабрь—март)

1. В декабре национальный координатор по глобальному мониторингу СПИДа получает от ЮНЭЙДС подтверждающее сообщение о подготовке к представлению отчетных данных (по электронной почте AIDSreporting@unaids.org).
2. Определить, по каким индикаторам имеются данные для подготовки доклада.
3. Назначить ответственного координатора для заполнения промежуточного опросника НОПИ для мониторинга национальных обязательств и политики. В год, когда требуется заполнять обе части инструмента НОПИ (А и Б), — назначить ответственных координаторов для заполнения каждой части. Обеспечить возможность изучения рекомендаций по заполнению НОПИ, особенно касательно вопросов о законодательстве и политике. Поощрять партнеров к заполнению НОПИ, разъясняя важность и практическую значимость предоставляемых данных.

4. Разработать и распространить всем участникам план сбора данных по индикаторам глобального мониторинга эпидемии СПИДа (ГМС); для инструмента национальных обязательств и политики (НОПИ); и для обследования по лекарственным средствам и диагностическим услугам в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey), — указав конкретные сроки выполнения и области ответственности национального/странового комитета по СПИДу (или подобной организации), других государственных органов, сообществ и соответствующих партнеров.
5. Определить необходимые инструменты для сбора данных и источники для каждого компонента отчета, включая следующее:
 - Проведение встречи с национальной группой экспертов по расчету оценочных показателей по ВИЧ-инфекции.
 - Согласование графика сбора данных с:
 - Графиками других мероприятий по сбору данных, в том числе проводимых другими финансирующими учреждениями — включая Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд), ПЕПФАР и учреждения ООН.
 - Графиком объединения данных на национальном уровне для индикаторов по данным учреждений здравоохранения.
6. Скоординированно провести сбор и сортировку данных во взаимодействии с партнерскими организациями из государственного сектора, сообществами и международными партнерами, включая следующее:
 - Формирование протоколов обработки и управления данными;
 - Очистку и валидацию исходных данных.
 - Создание единой базы данных для всех задач по анализу и предоставлению отчетности.
 - Проверку данных.
 - Заполнение инструмента национальных обязательств и политики (НОПИ).

Рисунок 2.

Задачи по подготовке данных для глобального мониторинга эпидемии СПИДа и для разработки оценочных показателей



Примечание: Задачи, включенные в эту блок-схему, могут продолжаться и после даты начала, указанной на рисунке, и включать итерационные процессы.

Задачи национального координатора по глобальному мониторингу СПИДа: представление отчетности (март)

1. Ввести данные по индикаторам, данные по НОПИ и данные обследования по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey) в онлайн-инструмент глобальной отчетности (URL: <https://AIDSreportingtool.unaids.org>).
2. Предоставить возможность партнерам и заинтересованным сторонам, включая государственные учреждения и сообщества людей, живущих с ВИЧ и затронутых эпидемией, высказать свои замечания по этим предварительным данным. В онлайн-инструменте отчетности для этого предусмотрена возможность: участники процесса могут совместно пользоваться одной учетной записью для просмотра данных.
3. Провести семинар для валидации и анализа данных по индикаторам, в том числе по расходам в сфере СПИДа и по выполнению национальных обязательств и политики (НОПИ), совместно с партнерскими организациями из государственного сектора, организациями сообществ, гражданским обществом, международными партнерами. Это делается для того, чтобы: а) оценить достигнутый прогресс, выявить имеющиеся пробелы и проблемы, определить последующие шаги для выполнения каждого из принятых обязательств и расширенных целевых показателей для прекращения эпидемии СПИДа до 2030 года, а также чтобы б) достичь консенсуса в отношении представляемых страновых данных для глобального мониторинга эпидемии СПИДа.
4. Результаты этого анализа в обобщенном виде следует использовать при подготовке описательного отчета в онлайн-инструменте отчетности.
5. Сдать все отчетные данные по индикаторам, заполненный инструмент НОПИ, данные обследования по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey), а также описательные отчеты по каждому из обязательств в срок до 31 марта 2025 года включительно.

Задачи национального координатора по глобальному мониторингу СПИДа: последующая доработка и практическая реализация (апрель—июль)

1. Отвечать на запросы, полученные в онлайн-инструменте отчетности от ЮНЭЙДС, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) или Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), а также запросы, направленные национальному координатору с электронного адреса AIDSreporting@unaids.org.
2. Использовать материалы из онлайн-инструмента отчетности для информирования о достигнутом прогрессе в прекращении эпидемии СПИДа до 2030 года, формирования повестки и проведения различных национальных государственных мероприятий и форумов, оценки проводимых программ.
3. В целях совершенствования программ направлять все дискуссии, посвященные обзору программ, способствуя определению приоритетов и принятию решений на основе подтвержденных данных.

В процессе окончательной доработки предоставленные данные должны пройти валидацию и сверку с участием всех страновых партнеров, включая организации сообществ. Онлайн-инструмент отчетности упрощает участникам процесса эту процедуру, давая возможность ключевым национальным партнерам пользоваться одной учетной записью для просмотра данных. Целый ряд стран сообщает, что эта функция позволила организациям сообществ и другим партнерам просматривать данные и вносить свою лепту в процесс подготовки отчетности, благодаря чему активизировался процесс консультаций и валидации данных с участием широкого круга ключевых партнеров и заинтересованных сторон.

Процесс валидации данных

После того как страны представят свои данные по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа в онлайн-инструмент отчетности, сотрудники ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ и ВОЗ рассмотрят представленные данные. Их задачи будут заключаться в следующем:

- Помочь странам найти возможные ошибки, сделанные при вводе данных;
- Убедиться, что представленные данные соответствуют определениям индикаторов (приведенным в настоящем руководстве).
- Сравнить результаты с данными, представленными в Глобальный фонд и в ПЕПФАР.

Данные, предоставленные с помощью инструмента глобального мониторинга эпидемии СПИДа, будут опубликованы в приложении AIDSinfo и использованы для анализа ситуации на глобальном и региональном уровнях. Для этого данные из разных стран должны быть сопоставимыми и соответствовать единым для всех определениям индикаторов, которые применяются для мониторинга выполнения глобальных обязательств в сфере противодействия СПИДу.

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

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

- ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС сверяют различные базы данных, содержащие материалы обследований.
- Координаторы по индикаторам в штаб-квартирах ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ проводят первичную оценку данных и фиксируют вопросы, возникшие в ходе их рассмотрения.
- Вопросы вносятся в онлайн-инструмент отчетности.
- Координаторы по индикаторам из ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ связываются со страновыми координаторами по возникшим вопросам.

В процессе проверки и валидации данных по всем индикаторам необходимо обратить внимание на следующие аспекты.

По индикаторам, данные для которых получены из обследований:

- Проверить правильность математических расчетов, в том числе равен ли общий показатель сумме всех его слагаемых дезагрегированных данных.
- Проверить на наличие значительных расхождений с ранее представленными данными.
- Убедиться, что данные не представлялись ранее в рамках глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Если какие-то данные уже были представлены ранее, направить стране запрос на удаление этих данных и указать, что новые данные по этому индикатору отсутствуют.
- Числители, знаменатели, данные с разбивкой сравнить с имеющимися данными обследований.
- Проверить годы проведения обследований и даты сбора данных, введенные в онлайн-инструмент отчетности.
- Проверить методы проведения обследований и объемы выборки для подтверждения репрезентативности.
- Рассмотреть отчеты.
- Если данные относятся к комплексному индикатору, убедиться, что в ответах на все вопросы использовались данные из одного источника, а комплексные величины соответствуют сумме значений по отдельным вопросам.

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

- Убедиться, что страна указала, что данные должны быть взяты из готового файла Spectrum.
- Сверить что можно с сопоставимыми данными.

Изучаются все комментарии, представленные странами по индикаторам.

Технические аспекты подготовки отчетности

Подготовка доклада по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа включает предоставление следующих данных:

- Данные по индикаторам, в том числе по финансированию.
- Заполнение опросника по инструменту национальных обязательств и политики (НОПИ).
- Данные обследования по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (AIDS Medicines and Diagnostics Survey).
- Можно также представить описательный отчет о достигнутом прогрессе.

Доклад по индикаторам глобального мониторинга эпидемии СПИДа следует отправлять через веб-сайт для представления отчетности (<https://aidsreportingtool.unaids.org>), что обеспечит полноту и соответствующее качество данных, а также возможность обработки и анализа данных на страновом, региональном и глобальном уровнях.

При представлении данных по ГМС странам рекомендуется представить и описательный отчет о достигнутом прогрессе. В онлайн-инструменте отчетности есть шаблон описательного отчета, который состоит из кратких резюме (в описательном формате) по каждой приоритетной области Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2021). В качестве альтернативы, страна может представить свой последний национальный доклад с анализом эпидемиологической ситуации и принимаемых ответных мер (при наличии такового).

Данные будут опубликованы на портале [AIDSinfo.unaids.org](https://aidsinfo.unaids.org) и включены в доклад о глобальной эпидемии СПИДа.

Инструменты измерения и источники данных

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

- Выборочные демографические обследования, репрезентативные на национальном уровне.
- Эпиднадзорные поведенческие обследования.
- Специальные исследования и опросы населения, в том числе обследования среди конкретных групп населения (например, исследования охвата определенными услугами).
- Системы отслеживания пациентов.
- Информационные системы здравоохранения.
- Дозорный эпидемиологический надзор.
- Национальные оценочные показатели по ВИЧ-инфекции, смоделированные с помощью программного приложения Spectrum (математические модели).
- Сбор данных, проводимый сообществами, — например, по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ.

Помимо первичных инструментов измерения, следует использовать и другие имеющиеся дополнительные источники данных, — например, карты или записи, обзоры по программам из учреждений здравоохранения, а также информацию по конкретным аспектам, собранную в рамках эпиднадзорных мероприятий и программ в сфере ВИЧ.

Во многих случаях для полноты картины потребуются данные, сбор которых ведется организациями сообществ — например, данные о факторах, которые влияют на создание благоприятной социальной среды, а также данные программ. Организации гражданского общества могут предоставить данные по многим показателям, — особенно тем, которые связаны с реализацией мер, в которых НГО и религиозные организации играют активную роль. В качестве примеров можно привести работу с молодежью, ключевыми группами населения с повышенным риском инфицирования ВИЧ, а также с беременными женщинами. Для заполнения разделов НОПИ необходимо также работать со всеми секторами и ведомствами, включая министерства юстиции, внутренних дел, гендерных вопросов и молодежи.

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

Оценочные показатели, получаемые с помощью программы Spectrum

Одним из основных инструментов, которым можно воспользоваться для получения знаменателей, необходимых в отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа, является пакет программного обеспечения Spectrum. С его помощью страны могут рассчитывать оценочные показатели популяционного уровня по числу людей, живущих с ВИЧ; беременных женщин, нуждающихся в получении антиретровирусных препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ; а также детей, имевших риск перинатального контакта с ВИЧ, нуждающихся в проведении обследования с использованием вирусологических методов⁴. Кроме того, программа Spectrum позволяет странам получать оценочные показатели числа новых случаев ВИЧ-инфекции, заболеваемости ВИЧ-инфекцией (индикатор ЦУР), смертности от СПИД-ассоциированных заболеваний и частоты передачи ВИЧ от матери ребенку — показатели, которые трудно измерить напрямую. Это также и инструмент для сбора программных данных. Страны обновляют свои файлы программы Spectrum каждый год на основании самых последних программных данных и данных эпидемиологического надзора. После завершения некоторые индикаторы из этого процесса соотносятся с индикаторами глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Файлы Spectrum разрабатываются рабочей группой, в состав которой входят национальные эксперты, обученные работе с этим программным обеспечением. Затем эти файлы проверяются специалистами программы ЮНЭЙДС в целях контроля качества. Информация о порядке работы с оценочными данными предоставляется страновым рабочим группам ежегодно в начале декабря.

При вводе данных в онлайн-инструмент отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа для показателей, где Spectrum является рекомендуемым источником, у стран есть возможность указать, что данные должны быть взяты из их готового файла Spectrum. Это позволяет не только сократить объем ввода данных и снизить риск ошибок, но и обеспечить согласованность данных в общей системе отчетности.

⁴ Более подробная информация о работе с файлом национальных оценочных показателей по ВИЧ-инфекции и о приложении Spectrum публикуется на веб-сайте: <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp>

Вот индикаторы, по которым страны могут указать, что данные должны быть взяты ЮНЭЙДС из их готовых файлов в программе Spectrum:

- 1.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией
- 2.1 Люди, живущие с ВИЧ, знающие о своем ВИЧ-статусе
- 2.2 Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию
- 2.3 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку
- 2.7. Смертность от СПИДа
- 3.1 Тестирование на ВИЧ-инфекцию среди беременных женщин
- 3.2. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев (знаменатель)
- 3.3. Вертикальная передача ВИЧ
- 3.4. Профилактика вертикальной передачи ВИЧ

Числители и знаменатели

По каждому индикатору предоставляется подробная информация для оценки реализации мер на национальном уровне. В большинстве национальных индикаторов используются числители и знаменатели для расчета процентных значений, с помощью которых и измеряется реализация мер на национальном уровне. При расчете значений показателей странам настоятельно рекомендуется уделить особое внимание соответствию временных диапазонов сбора данных. Если для определения числителя и знаменателя будут использоваться данные, собранные за разные периоды времени, это отрицательно повлияет на точность и достоверность информации. Описанные методы были разработаны для того, чтобы обеспечить расчет глобальных показателей на основе данных, полученных на национальном уровне. Хотя эти методы можно применить и на субнациональном уровне, существуют более простые, эффективные и гибкие подходы, разработанные с учетом условий на местах, которые лучше использовать в процессе принятия решений на субнациональном уровне.

Разбивка данных, особенно по полу и возрасту

Критически важно, чтобы страны осуществляли сбор данных отдельно по каждому компоненту, а не общим массивом. Без разбивки данных трудно обеспечить мониторинг глубины и охвата ответных мер в противодействии эпидемии на уровне отдельных групп населения, страновом и международном уровнях. Не менее проблематично было бы обеспечить мониторинг доступа к услугам или предоставления равного доступа к ним для всех нуждающихся, или подтвердить правильность определения приоритетов в предоставлении услуг тем или иным наиболее нуждающимся группам населения, или отслеживать значимые изменения на протяжении длительного периода времени. В онлайн-инструменте отчетности по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа четко определено, какие данные с разбивкой требуются для точных расчетов числителей и знаменателей по каждому индикатору.

Странам настоятельно рекомендуется сделать сбор данных с разбивкой (особенно по гендеру/полу и возрасту, а также по конкретным ключевым группам населения) одним из своих фундаментальных принципов в проведении мониторинга и оценки, и следовать этому принципу везде, если это не нарушает прав и не угрожает безопасности

представителей ключевых групп населения. По возможности, следует также анализировать предоставление равного доступа⁵.

Соответствующие министерства должны пересмотреть свои информационные системы, исследования и другие инструменты сбора данных, чтобы обеспечить получение данных субнационального уровня (в том числе на уровне учреждений и проектов) с соответствующей разбивкой. Необходимо принять меры для того, чтобы дезагрегированные данные можно было отслеживать вплоть до национального уровня. Кроме того, частный сектор и все партнеры, вовлеченные в реализацию ответных мер на страновом уровне, должны быть проинформированы о необходимости данных с разбивкой (дезагрегированных), и для них сбор, распространение и анализ таких данных должен быть одним из приоритетов деятельности.

Данные с детальной разбивкой по возрасту также необходимы для целевых показателей по лечению (95–95–95). Такая детальная разбивка данных по возрастным группам может помочь нам значительно улучшить понимание эпидемиологии ВИЧ-инфекции. Например, разбивка данных по конкретным возрастным группам позволяет странам оценить, насколько сильно различается охват каждой программы (в том числе процент людей, живущих с ВИЧ, получающих лечение) среди подростков в возрасте 10–19 лет и людей более старшего возраста (от 20 до 49 лет). В случае если обеспечить сбор данных с разбивкой оказалось проблематичным, можно вводить данные частично.

При отсутствии доступных дезагрегированных данных информацию, необходимую для индикаторов, можно взять из более общих массивов данных, однако источники таких данных в разных странах могут быть разными. Странам рекомендуется обращаться за технической поддержкой в учреждения системы ООН (включая страновые отделения ЮНЭЙДС, ВОЗ и ЮНИСЕФ), а также к партнерам ЮНЭЙДС; они помогут получить доступ к данным с разбивкой, необходимым для надлежащего выполнения измерений по индикаторам.

Государственным органам рекомендуется не ограничиваться своими внутренними источниками информации для сбора и проверки данных. Во многих случаях организации сообществ могут предоставить ценные первичные и вторичные данные, особенно по ключевым группам населения.

Странам следует предоставлять имеющиеся в наличии дополнительные данные, отражающие гендерные и поведенческие аспекты индикаторов и полученные из других источников, — включая количественные и качественные данные, собранные организациями сообществ. Эти дополнительные данные позволят провести более полный, комплексный анализ конкретной ситуации по индикаторам с учетом гендерных аспектов. Их можно вводить в поле Data related to this topic/Данные, относящиеся к этой теме, которое имеется на каждой странице индикатора в онлайн-инструменте отчетности.

⁵ World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems («Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), ЮНЭЙДС: Инструмент для усиления гендерных подходов в национальных системах мониторинга и оценки данных, связанных с ВИЧ, сексуальным и репродуктивным здоровьем [СРЗ]»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515788> (на англ.яз.).

Субнациональные данные

Многие страны успешно совершенствуют методы использования данных на субнациональном уровне. Благодаря этому все ключевые партнеры и заинтересованные стороны могут лучше понимать особенности развития эпидемии в разных регионах и реализации ответных мер в тех или иных сообществах.

Начиная с середины 2014 года, онлайн-инструмент отчетности позволяет пользователям по избранным индикаторам вносить данные субнационального уровня или данные по конкретным участкам. Страны, сформировавшие оценочные показатели субнационального уровня с использованием Naomí, могут указать, что готовые субнациональные данные по индикаторам 2.1, 2.2 и 2.3 должны быть взяты непосредственно из их файлов Naomí, и не вводить эти данные в онлайн-инструмент глобального мониторинга эпидемии СПИДа (GAM Online Reporting Tool). По некоторым индикаторам инструмент также позволяет пользователям представлять данные по приоритетным городам с наиболее высокой распространенностью ВИЧ-инфекции или городам, которые взяли на себя обязательства по ускоренной реализации ответных мер для прекращения эпидемии СПИДа к 2030 году. Такие данные используются для оценки достигнутого прогресса в реализации мер противодействия ВИЧ в этих городах. При сборе отчетных данных по городам настоятельно рекомендуем консультироваться с соответствующими партнерами, работающими на городском уровне.

Данные самых недавних и репрезентативных исследований

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

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

При расчете значений индикаторов на основе данных обследований в ключевых группах технически очень сложно обеспечить репрезентативность имеющейся выборки для более широкой группы населения. В настоящее время разрабатываются методы, с помощью которых можно обеспечить репрезентативность выборки по данным группам населения: в качестве примера можно привести, например, метод под названием «выборка, управляемая респондентом». Однако поскольку эти методы пока находятся в стадии доработки, страны не могут быть уверены в том, что те выборки, которые используются для обследований ключевых групп населения, подверженных высокому риску инфицирования ВИЧ, являются репрезентативными. Странам рекомендуется использовать самые последние данные из обследований ключевых групп населения, которые проверялись и подтверждались местными экспертами с практическим опытом в соответствующей сфере (например, членами рабочих групп по мониторингу и оценке или членами национальных научно-исследовательских советов). Странам рекомендуется сообщать обо всех высококачественных обследованиях ключевых групп населения, проведенных за последнее время, с указанием места/региона и использованного числителя, знаменателя и объема выборки, в онлайн-инструменте отчетности о глобальном мониторинге эпидемии СПИДа.

Одна из трудностей при расчете оценочных показателей заболеваемости и планировании потребностей программ связана с описанием численности ключевых групп населения. Странам нужно предоставить оценки численности ключевых групп населения, указывая при этом применяемую методику и те или иные

оценочные значения по конкретным городам или региональным субъектам, которые рассчитывались эмпирическим путем. Некоторые страны, у которых оценочные данные национального уровня по численности ключевых групп населения получены эмпирическим путем, могут также объединять данные по программам профилактики. Если страна может отчитаться по какому-либо индикатору, представив данные из национальной программы, это следует указать в поле Region for which the last estimation was performed/Регион, для которого выполнялась самая свежая оценка.

В новом руководстве, подготовленном Всемирной организацией здравоохранения и ЮНЭЙДС, рекомендовано при оценке численности мужчин-геев и других мужчин, практикующие секс с мужчинами, исходить из того, что численность этой группы населения должна составлять не менее 1 % взрослого мужского населения⁶. Если вычисляемые значения оценочной численности составляют менее 1 %, это говорит о необходимости пересмотра полученных результатов в соответствии с руководством.

Интерпретация и анализ

В этом руководстве предоставляется информация, даются определения и характеристики по каждому индикатору, включая его сильные и слабые стороны — чтобы повысить точность и согласованность данных, представляемых в ЮНЭЙДС. Прежде чем приступать к сбору и анализу данных, странам следует внимательно изучить этот документ. В нем объясняется, как анализировать каждый индикатор и какие потенциальные проблемы могут возникнуть при интерпретации. Даны конкретные рекомендации по заполнению НОПИ. Вопросы, поднимаемые в руководстве, следует рассмотреть до завершения подготовки итогового доклада и составления описательного отчета — чтобы удостовериться в соответствии данных по каждому индикатору.

После компиляции собранных данных странам настоятельно рекомендуется продолжать анализ полученных результатов, совместно с сообществами. Это позволит им лучше понимать степень эффективности своих ответных мер и найти возможности для повышения этой эффективности. Странам следует обратить пристальное внимание на взаимосвязи между проводимой политикой, распределением ресурсов и их эффективностью, реализацией программ противодействия ВИЧ, подтвержденными изменениями поведения и динамикой развития эпидемии. Например, если в стране есть политика, направленная на сокращение вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку, существуют ли в этой стране соответствующие программы с достаточным объемом финансирования, обеспечивающие доступность услуг профилактики вертикальной передачи для беременных женщин? Если такие программы существуют, достаточно ли активно женщины пользуются ими, чтобы эти программы могли обеспечить сокращение числа младенцев с ВИЧ-инфекцией, рождающихся в этой стране?

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

⁶ Technical brief: Recommended population size estimates of men who have sex with men («Краткий документ с технической информацией: Рекомендуемые оценки популяционной численности мужчин, практикующих секс с мужчинами»). Женева: ВОЗ, ЮНЭЙДС. 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015357> (на англ.яз.).

Дополнительные указания по представлению данных

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

Инструмент отчетности и предоставление данных

Национальные координаторы могут войти в инструмент подготовки отчетности с помощью учетной записи, которая использовалась в предыдущем отчетном раунде; они также могут передать право доступа другим людям. Новые национальные координаторы должны зарегистрироваться онлайн в качестве редакторов страновых данных — тогда они могут вносить дополнения и изменения в представляемую отчетную информацию. Регистрация утверждается на основе официальных запросов от страны.

Как и в предыдущие годы, страновой координатор также может дать возможность просматривать данные и другим людям, чтобы обеспечить более широкий процесс консультаций на страновом уровне. Эти люди могут просматривать предоставляемую для отчетности информацию, но не могут вносить в нее изменения.

Странам рекомендуется предоставлять данные по всем индикаторам, по которым есть данные. Если по какому-либо индикатору данные не предоставляются, страны должны указать, по какой причине: из-за того ли, что данный индикатор считается нерелевантным в конкретных эпидемиологических условиях, или из-за отсутствия соответствующих свежих данных.

Показатели поведения ключевых групп населения релевантны во всех странах, независимо от распространенности ВИЧ-инфекции в стране. Например, в стране с более высокими показателями распространенности ВИЧ-инфекции среди общего населения может также наблюдаться субэпидемия в концентрированной стадии, которая охватывает преимущественно людей, употребляющих инъекционные наркотики. Поэтому также важно произвести расчеты и представить отчетность по индикаторам, которые относятся к ключевым группам населения, практикующим поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ.

Аналогичным образом, странам с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции рекомендуется осуществлять сбор данных о половом поведении молодежи для отслеживания тенденций в поведении, которые в будущем могут влиять на реализацию ответных мер в стране. Однако некоторые индикаторы применимы только при определенных условиях развития эпидемии ВИЧ-инфекции. Об этом говорится в описаниях соответствующих индикаторов в настоящем руководстве.

ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует странам использовать эти же индикаторы в своих национальных системах мониторинга и оценки эпидемиологической ситуации. Если страна для мониторинга по той или иной проблеме использует другой индикатор, можно описать этот индикатор в поле для комментариев **Data related to this topic/ Данные, относящиеся к этой проблеме** в онлайн-инструменте отчетности (дав при этом его полное описание и методы измерения) и представить имеющиеся данные по этому индикатору.

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

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

Сотрудники ЮНЭЙДС изучат представленные данные и при необходимости обратятся за разъяснениями. В случае возникновения вопросов у сотрудников ЮНЭЙДС в отношении данных, представленных той или иной страной, эти данные будут вновь открыты для редактирования, и страны смогут ответить на вопросы и отредактировать свой отчет.

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

Организации ключевых групп населения и ответные меры при ведущем участии ключевых групп

В отчетности по глобальному мониторингу эпидемии особо пристальное внимание уделяется выявлению неравенства в сфере противодействия СПИДу. Это проявляется, в частности, в растущем числе индикаторов с разбивкой данных по ключевым группам, а также в необходимости представить сведения о стигме и дискриминации, с которыми сталкиваются ключевые группы населения. Благодаря этому внимание направлено на предоставление услуг для конкретных групп людей и наличие у них доступа к этим услугам, а также на выявление недостатков в этой сфере.

Мониторинг процентной доли определенных профилактических услуг, предоставляемых при ведущем участии ключевых групп населения

В глобальном мониторинге эпидемии источниками для индикаторов по предоставлению профилактических услуг для ключевых групп населения могут быть и программные данные, которые показывают, какой процент услуг среди общего объема предоставляемых услуг приходится на разные категории поставщиков. К поставщикам услуг могут относиться, например: государственные службы; организации ключевых групп; негосударственные организации (включая религиозные, национальные и международные НГО) и другие учреждения (в том числе, коммерческие организации частного сектора). Цель представления данных с такой разбивкой заключается в том, чтобы отслеживать, какой процент услуг в сфере профилактики предоставляется организациями ключевых групп, включая следующие услуги: а) меры личной профилактики ВИЧ, разработанные с учетом специфики каждой ключевой группы; б) распространение презервативов и лубрикантов; в) выдача стерильных игл и шприцев; и г) поддерживающую терапию агонистами опиоидов.

Подготовка информации для отчета об услугах, предоставляемых при лидирующей роли сообществ, должна вестись в тесном взаимодействии (консультациях) с сообществами секс-работников (женщин, мужчин и трансгендерных людей); мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами; людей, употребляющих наркотики; и трансгендерных людей на национальном, субнациональном и местном уровнях. Можно также провести консультации с сетями сообществ, представляющими интересы ключевых групп на региональном и глобальном уровнях, относительно лучших практик и подходов для организации значимого взаимодействия с сообществами на страновом уровне.

Организации и сети ключевых групп часто подвергаются насилию и вандализму из-за криминализации, стигмы и дискриминации в отношении этих групп населения. Необходимо сделать всё возможное для того, чтобы обеспечить их защиту и безопасность. В частности, это касается защиты информации о руководителях и сотрудниках этих организаций, местонахождении их офисов и местах проведения аутрич-работы. Уровень конфиденциальности при обращении с данной информацией должен быть таким же, как в отношении информации о людях, получающих услуги.

Определения

Ключевые группы населения сталкиваются со стигмой и дискриминацией, криминализацией и насилием, и бремя эпидемии ВИЧ-инфекции повсюду в мире ложится в основном на эти группы. Организации и сети ключевых групп — это такие структуры, в которых руководство и персонал, спикеры, публично выступающие от имени организации, ее члены и волонтеры представляют интересы, отражают опыт и выражают широкое разнообразие мнений своих сообществ.

При предоставлении отчетных данных по этим индикаторам основной акцент делается на организациях и сетях, деятельность которых осуществляется под управлением следующих ключевых групп: секс-работники (женщины, мужчины и трансгендерные люди); геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие наркотики; и трансгендерные люди. Особое внимание уделяется получению точной информации о том, какой именно процент услуг по профилактике предоставляется силами организаций конкретной ключевой группы — хотя ЮНЭЙДС понимает, что люди могут быть представителями сразу нескольких групп. Кроме того, в каждую из перечисленных здесь ключевых групп могут входить также и люди, живущие с ВИЧ; заключенные; люди, ранее находившиеся в местах лишения свободы; мигранты, женщины, молодежь и др.

При отчетности по индикаторам 1.6, 1.9 и 1.10, а также при заполнении ряда вопросов в инструменте НОПИ акцент делается на следующих четырех ключевых группах населения: секс-работниках; мужчинах-геях и других мужчинах, практикующих секс с мужчинами; людях, употребляющих наркотики; и трансгендерных людях. Учитывается их участие в предоставлении выбранных услуг по профилактике ВИЧ-инфекции, а также социальные барьеры и факторы, которые препятствуют доступу к услугам или обеспечивают этот доступ, или влияют на риск передачи. ЮНЭЙДС понимает, что при такой дезагрегации данных будут отражены не все услуги при ведущем участии сообществ, но именно такой подход позволяет получить ценную исходную информацию для мониторинга соответствующих обязательств, принятых в Политической декларации по СПИДу (2021).

Как выбрать соответствующую категорию или категории ответных мер

Организации ключевых групп населения

Чтобы определить, какие из организаций или сетей, предоставляющих услуги из индикаторов 1.6, 1.9 и 1.10, относятся к организациям ключевых групп, странам следует использовать следующие критерии (основанные на приведенных выше определениях):

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

Негосударственные организации (НГО)

Все НГО (которые также называются «организациями гражданского общества»), которые не соответствуют полностью всем вышеперечисленным критериям и поэтому не могут относиться к «организациям ключевых групп», попадают в категорию «НГО». К ним относятся международные, национальные и местные негосударственные организации (в том числе религиозные), которые предоставляют услуги профилактики для ключевых групп населения. В эту категорию также входят дружественные к ключевым группам негосударственные организации, ведущие позиции в которых не занимают представители этих ключевых групп.

Другие

Категорию «Другие» рекомендуется использовать, если поставщик услуг не относится ни к государственным учреждениям, ни к негосударственным организациям, а является, например, частной коммерческой организацией.

Дополнительные текстовые комментарии: названия организаций

Если вы указали, что услуги предоставляются организациями ключевых групп населения, НГО или другими организациями, — укажите, пожалуйста, названия этих организаций-поставщиков услуг и их URL/веб-сайты (при наличии таковых).

Индикаторы глобального мониторинга эпидемии СПИДа

1.1 Заболеваемость ВИЧ-инфекцией

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

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в борьбе с эпидемией СПИДа

Обоснование

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

Числитель

Число новых случаев ВИЧ-инфекции за отчетный период

Знаменатель

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

Расчет

Коэффициент: (числитель x 1000)/знаменатель

Метод измерения

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

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

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

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

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

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Пол (мужской и женский)
 - Возраст (0-14 лет, 15-24 года, 25-49 лет и старше 50 лет)
 - Города и другие эпидемиологически значимые административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо указать источник оценочных показателей. Странам, которые сообщают оценочные показатели заболеваемости, получаемые не с помощью Spectrum, а из иных источников, следует также предоставить сопутствующие оценочные показатели погрешности в отношении этого показателя, и загрузить электронную копию отчета с описанием метода расчета, при наличии.

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

По этому индикатору необходимо представить данные по городам. В таблице ввода данных было создано поле для предоставления сведений по столице, а также одному-двум другим ключевым городам со значимыми эпидемиологическими характеристиками. Например, к ним могут относиться города с самыми высокими показателями заболеваемости ВИЧ-инфекцией или города, взявшие обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

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

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve> (на англ. яз.).

Программное обеспечение Spectrum. г. Глстонбери (штат Коннектикут, США): Avenir Health, 2024. URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>.

1.2 Оценочная численность ключевых групп населения (А–Д)

Что он измеряет

Число людей, вовлеченных в определенное поведение, связанное с повышенным риском передачи ВИЧ в данной группе населения, или косвенный показатель таких видов поведения:

- А. Секс-работники.
 - Б. Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами.
 - В. Люди, употребляющие инъекционные наркотики.
 - Г. Трансгендерные люди.
 - Д. Люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа.
-

Обоснование

Планирование программ для ключевых групп населения может быть более эффективным, если можно точно оценить численность этих групп. Эти показатели позволяют национальным программам противодействия СПИДу, министерствам здравоохранения, донорам, а также некоммерческим и многосторонним организациям эффективно распределять ресурсы для адекватного удовлетворения потребностей в услугах профилактики у конкретных групп с наиболее высоким риском инфицирования. Для моделирования эпидемиологических процессов также необходимо знать оценочную численность этих групп населения.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Существует несколько методов расчета оценочных показателей, включая метод двойного охвата; использование поправочных коэффициентов, основанных на данных об обращаемости за определенными услугами; и масштабирование сети. Ссылка на более подробные материалы приводится ниже в разделе «Дополнительная информация».

Частота измерения

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

Разбивка данных

- Оценка численности ключевых групп по возрасту или полу, как правило, нецелесообразна. Однако при проведении исследования, например, женщин, употребляющих инъекционные наркотики, или мужчин, предоставляющих сексуальные услуги, в него следует включать и оценочный показатель численности.
 - Города и другие важные административные единицы.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Для более полного понимания предоставляемых данных о численности групп населения, просим также представить следующую дополнительную информацию в поле для комментариев:

- Определение данной группы населения и критерии включения в данное исследование/опрос (если применимо).
- Метод расчета оценочной численности группы.
- Оценочные данные по конкретным участкам, с учетом специфики их местоположения — по всем имеющимся показателям.

Учитывая общее стремление к предоставлению как можно более детальных данных, это даст возможность картировать данные знаменателя в сопоставлении с программными данными, если они были собраны при обследовании в одних и тех же областях.

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их в онлайн-инструмент отчетности. Приложите имеющиеся отчеты о численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Качество оценок численности населения варьируется в зависимости от используемых методов расчета, а также от того, насколько точно эти методы применяются. Необходимо принять все возможные меры для оценки систематической ошибки и соответствующей корректировки оценочных показателей, а также предоставить объяснение для этих мер. Показатели численности групп населения в небольших областях не следует использовать для оценки численности на национальном (популяционном) уровне. Необходимо либо продуманно использовать метод экстраполяции с соответствующим объяснением, либо представлять эти данные о численности групп исключительно для соответствующих небольших регионов. В поле для примечаний просим указать, достигнут ли консенсус между всеми ключевыми партнерами и заинтересованными сторонами относительно представленных оценочных данных по численности ключевых групп.

В новом руководстве, подготовленном Всемирной организацией здравоохранения и ЮНЭЙДС, рекомендовано при оценке численности геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, исходить из того, что численность этой группы населения должна составлять не менее 1 % взрослого мужского населения. Если вычисляемые значения оценочной численности составляют менее 1 %, это говорит о необходимости пересмотреть полученные результаты в соответствии с рекомендациями.

Technical brief: reasonable population size estimates for men who have sex with men («Техническое руководство: реалистичные оценочные показатели при определении численности мужчин, практикующих секс с мужчинами»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, 2020 (на англ. яз.). URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015357>.

Дополнительная информация

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV (Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. «Руководство по оценке численности групп населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС, 2010. URL: (https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf).

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

Процент людей, живущих с ВИЧ, в ключевых группах населения

Этот показатель подразделяется на пять субпоказателей:

- А. Распространенность ВИЧ-инфекции среди секс-работников.
- Б. Распространенность ВИЧ-инфекции среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- В. Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Распространенность ВИЧ-инфекции среди трансгендерных людей.
- Д. Распространенность ВИЧ-инфекции среди людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа.

Что он измеряет

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

Обоснование

Как правило, распространенность ВИЧ-инфекции среди таких групп населения, как: секс-работники; геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; а также люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа, — выше, чем среди населения в целом, при любых условиях развития эпидемического процесса. Реализация мер для снижения распространенности ВИЧ-инфекции в этих группах населения — важный компонент национальных программ противодействия ВИЧ.

Числитель

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

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

А-Г. Этот индикатор рассчитывается на основе данных тестирования на ВИЧ среди респондентов на участках дозорного эпиднадзора или среди участников биоповеденческих обследований. Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета этого индикатора, должны оставаться постоянными, что позволит отслеживать динамику изменений показателей.

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

Частота измерения

Ежегодно (программные данные) или раз в два года (биоповеденческие обследования).

Разбивка данных

- **А, В и Д:** пол (мужской, женский, трансгендерные люди)
- **Г:** гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие)
- **А-Д:** возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет)
- **А-Д:** города и другие эпидемиологически значимые административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

А-Д: При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их через онлайн-инструмент отчетности. Приложите имеющиеся отчетные данные по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Теоретически оценку прогресса в уменьшении числа новых случаев ВИЧ-инфекции лучше всего выполнять на основе мониторинга изменений показателя заболеваемости за период наблюдения. Однако на практике обычно имеются данные о распространенности, а не о заболеваемости. При анализе данных о распространенности среди ключевых групп населения для оценки воздействия профилактических программ желательно не ограничиваться анализом данных по молодежи, а представить данные по людям, которые впервые начали практиковать поведение, связанное с высоким риском инфицирования. Например, можно ограничиться анализом данных по людям, работающим в секс-бизнесе менее одного года; или по мужчинам, которые впервые занимались сексом с другим мужчиной в прошлом году; или по людям, которые впервые употребляли инъекционные наркотики в течение прошлого года. Такой анализ дает и другое преимущество — на него не влияет то, как благодаря антиретровирусной терапии увеличиваются показатели выживаемости (продолжительности жизни) и, следовательно, распространенности.

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

Для интерпретации этого индикатора критически важно понимать, каким образом данная выборка соотносится с какой-либо другой более крупной группой населения, для которой характерно аналогичное рискованное поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ.

Тенденции в изменении распространенности ВИЧ-инфекции среди ключевых групп в столичном городе являются полезным показателем эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции в этом городе. Однако данная информация не будет репрезентативной для эпидемиологической ситуации в стране в целом.

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

Обследования, охватывающие исключительно трансгендерных людей, проводятся редко. Большинство данных о сообществах трансгендерных людей получено из обследований среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, или секс-работников. По представленным данным, в большинстве трансгендерных сообществ очень высоки риски, связанные со средой. Соответственно, для трансгендерных женщин риск инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции особенно высок. Примеры нескольких стран Латинской Америки показывают, что проведение успешных обследований в таких сообществах возможно. Если трансгендерные женщины являются респондентами в обследованиях среди секс-работников, включите эти данные в отчетность, с данными секс-работников в отдельной разбивке. Если трансгендерные люди являются респондентами опросов среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, включите эти данные во вкладку «Трансгендерные люди».

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

В условиях, когда поведение, связанное с высоким риском инфицирования ВИЧ, является уголовно наказуемым, существует потенциальная опасность высокой распространенности ВИЧ-инфекции и завышенной интерпретации результатов. Для анализа полезно иметь более полное представление о контингенте заключенных, особенно об основаниях для помещения их под стражу.

Дополнительная информация

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

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

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

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход»). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2016. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=28C67621504E323967719DE7C880FF01?sequence=1> (на англ. яз.).

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

1.4 Тестирование на ВИЧ и осведомленность о ВИЧ-статусе среди ключевых групп населения (А–Г)

Процент людей в ключевых группах населения, которые сообщили, что они получили отрицательный результат при тестировании на ВИЧ за последние 12 месяцев, либо они знают о своем ВИЧ-положительном статусе

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А. Тестирование на ВИЧ среди секс-работников.
- Б. Тестирование на ВИЧ среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- В. Тестирование на ВИЧ среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Тестирование на ВИЧ среди трансгендерных людей.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в предоставлении услуг по тестированию на ВИЧ представителям ключевых групп населения.

Обоснование

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

Числитель

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

ПЛЮС

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

Результат последнего теста на ВИЧ			
		Положительный	Отрицательный
Когда вы в последний раз проходили тестирование на ВИЧ?	<6 месяцев		
	6–12 месяцев		
	>12 месяцев		

Число респондентов в зеленых ячейках — это числитель. Если до сих пор используется старый индикатор — тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев — пожалуйста, укажите это в поле для примечаний.

Знаменатель

Число людей в ключевых группах населения, которые ответили на вопрос 1 (см. ниже). Знаменатель должен включать всех респондентов, ответивших на вопрос 1, каким бы ни был их ответ («Да» или «Нет»).

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующие вопросы:

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

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

А и В: гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).

Г: гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие).

А–Г: Возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет).

А–Г: Города и другие эпидемиологически значимые административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований или дозорного эпиднадзора, загрузив их с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Консультирование и тестирование на ВИЧ — первый необходимый шаг, который человек должен сделать на пути к решению проблем, связанных с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, должны знать о своем ВИЧ-статусе и иметь возможность получать услуги для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции — как для охраны собственного здоровья, так и чтобы предотвратить дальнейшее распространение вируса. Одна из целей национальных программ заключается в том, чтобы 95 % людей, живущих с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе.

ВИЧ-позитивные респонденты чаще, чем ВИЧ-отрицательные, могут избежать точного ответа на вопрос о своем ВИЧ-статусе, в результате чего данные об охвате услугами тестирования среди людей, живущих с ВИЧ, могут оказаться заниженными.

Дополнительная информация

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

1.5А Использование презервативов среди секс-работников

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

Что он измеряет

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

Обоснование

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

Страны с генерализованной эпидемией могут одновременно иметь и концентрированную субэпидемию среди секс-работников. В таком случае, было бы ценно в отчетности по этому индикатору представить расчеты и данные по этой группе населения.

Числитель

Число секс-работников, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем сексуальном контакте со своим клиентом

Знаменатель

Число секс-работников, которые сообщили, что они оказывали секс-услуги в течение последних 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующий вопрос:

- Использовали ли вы презерватив при последнем сексуальном контакте со своим клиентом?

По мере возможности данные о секс-работниках следует собирать через организации гражданского общества, которые уже достаточно много работают с этой группой населения на местах. Информация, обеспечивающая доступ к секс-работникам, а также собранные о них данные относятся к конфиденциальным сведениям и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Пол (мужской, женский, трансгендерные люди)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

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

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

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

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту же выборку, которая применялась для данного индикатора, и для расчета всех остальных индикаторов, связанных с этой группой населения.

Дополнительная информация

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

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines> (на англ. яз.).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

1.5Б Использование презервативов среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами

Процент мужчин, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем анальном половом контакте с партнером-мужчиной

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в снижении риска контакта с ВИЧ среди мужчин, практикующих незащищенный анальный секс с мужчинами

Обоснование

Использование презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Соответственно, постоянное и правильное использование презерватива имеет большое значение для мужчин, практикующих секс с мужчинами, из-за высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Кроме того, у мужчин, практикующих анальный секс с другими мужчинами, могут также быть и партнерши женского пола, для которых риск инфицирования ВИЧ также высок. Использование презервативов при последнем половом контакте с партнером-мужчиной считается надежным индикатором долгосрочных моделей поведения.

В странах с генерализованной эпидемией может одновременно наблюдаться и концентрированная субэпидемия среди мужчин, практикующих секс с мужчинами. В таком случае, было бы ценно в отчетности по этому индикатору представить расчеты и данные по этой группе населения.

Числитель

Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, которые сообщили, что они использовали презерватив при последнем анальном сексе

Знаменатель

Число мужчин, практикующих секс с мужчинами, которые сообщили, что у них был анальный секс с партнером-мужчиной в течение последних шести месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

В поведенческом обследовании с использованием выборки мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, респондентам задают вопросы о сексуальных партнерах за последние шесть месяцев, о том, был ли с ними анальный секс, и об использовании презервативов при их последнем анальном сексе. Использование презерватива будет в равной степени касаться и активных, и принимающих партнеров.

По мере возможности данные о мужчинах-геях и других мужчинах, практикующих секс с мужчинами, следует собирать через организации гражданского общества, которые уже достаточно много работают с этой группой населения на местах.

Информация о доступе к мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами, а также собранные данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Возраст (<25 и 25+ лет)
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Сильные и слабые стороны

Для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, использование презерватива при последнем анальном сексе с любым партнером является хорошим показателем общего уровня и тенденций в отношении защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. Этот индикатор не дает никакого представления о рискованном поведении при сексуальных контактах с женщинами у мужчин, которые занимаются сексом и с мужчинами, и с женщинами. В странах, где мужчины из данной подгруппы могут иметь партнеров обоего пола, следует анализировать (определять частоту) использования презервативов при сексуальных контактах как с женщинами, так и с мужчинами. В таких случаях данные об использовании презервативов с партнерами-мужчинами и с партнерами-женщинами всегда должны быть предоставлены отдельно.

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

Полученные данные могут быть основаны на выборке, не репрезентативной для исследуемой популяции мужчин, практикующих секс с мужчинами, на страновом уровне. Все сомнения относительно нерепрезентативности выборки следует отразить при интерпретации данных. При наличии данных из различных источников, следует использовать наилучшие (наиболее точные) из имеющихся. В отчет по данному индикатору необходимо включать информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также о любых связанных с этим проблемах.

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту же выборку, которая применялась для данного индикатора, и для расчета всех остальных индикаторов, связанных с этой группой населения.

Дополнительная информация

Фонд ООН в области народонаселения, Глобальный форум по вопросам МСМ и ВИЧ, Программа развития ООН, Всемирная организация здравоохранения, Агентство США по международному развитию, Всемирный банк. «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с мужчинами, имеющими секс с мужчинами: Практическое руководство для совместных мероприятий». Нью-Йорк: Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения, 2015. URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSMIT_ru.pdf.

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve> (на англ. яз.).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

1.5В Использование презервативов среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

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

Что он измеряет

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

Обоснование

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

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

Числитель

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

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

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

1. Употребляли ли вы инъекционные наркотики когда-либо в течение последнего месяца?
2. Если да, были ли у вас половые контакты за последний месяц?

Если ответили «да» на оба вопроса (1 и 2):

3. Вы пользовались презервативами при последнем половом контакте?

По возможности сбор данных о людях, употребляющих инъекционные наркотики, всегда следует осуществлять в сотрудничестве с организациями гражданского общества, которые уже достаточно много проработали с этой группой населения на местах. Сведения, обеспечивающие доступ к респондентам, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Пол (мужской, женский, трансгендерные люди)
 - Возраст (<25 и 25+ лет)
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

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

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

Дополнительная информация

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; Международная сеть людей, употребляющих наркотики; ЮНЭЙДС; Программа развития Организации Объединенных Наций; Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; Всемирная организация здравоохранения и др. Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мер. Вена: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2017. URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf.

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve> (на англ. яз.).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

1.5Г Использование презервативов среди трансгендерных людей

Процент трансгендерных людей, которые сообщили, что они использовали презервативы при последнем половом контакте или анальном сексе

Что он измеряет

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

Обоснование

Использование презервативов может значительно снизить риск передачи ВИЧ половым путем. Постоянное и правильное использование презервативов имеет большое значение для трансгендерных людей, в особенности для трансгендерных женщин, ввиду высокого риска передачи ВИЧ при незащищенном анальном сексе. Использование презервативов при последнем проникающем сексуальном контакте считается надежным индикатором поведения в долгосрочной перспективе.

В странах с генерализованной эпидемией может одновременно наблюдаться и концентрированная субэпидемия среди трансгендерных людей. В таких случаях для этого индикатора следует рассчитать и представить данные по этой группе населения.

Числитель

Число трансгендерных людей, сообщавших, что они пользовались презервативом при последнем половом контакте или анальном сексе

Знаменатель

Число трансгендерных людей, охваченных обследованием, которые сообщили о том, что у них были половые контакты или анальный секс за последние шесть месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования.

Респондентам задают следующий вопрос:

- Пользовались ли вы презервативом при последнем половом контакте или анальном сексе?

По возможности сбор данных о трансгендерных людях следует осуществлять в сотрудничестве с организациями гражданского общества, которые уже достаточно долго работают с этой группой населения на местах. Сведения, обеспечивающие доступ к респондентам, а также собранные о них данные являются конфиденциальной информацией и разглашению не подлежат.

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие).
- Возраст (<25 и 25+ лет)

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

Для трансгендерных людей использование презерватива при последнем половом контакте или анальном сексе с любимым партнером является хорошим показателем общего уровня и тенденций в отношении практик защищенных и незащищенных половых контактов в этой группе населения. В странах, где трансгендерные люди в обследуемой подгруппе могут иметь цис- и трансгендерных партнеров, следует анализировать использование презервативов при половых контактах с партнерами-женщинами, партнерами-мужчинами и трансгендерными партнерами. В таких случаях данные об использовании презервативов всегда следует предоставлять отдельно по партнерам-женщинам, партнерам-мужчинам и трансгендерным партнерам.

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

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

Для повышения практической ценности данных рекомендуется использовать ту же выборку, которая применялась для данного индикатора, и для расчета всех остальных индикаторов, связанных с этой группой населения.

Дополнительная информация

United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, UCSF Center of Excellence for Transgender Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, World Health Organization et al. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions (ПРООН, IRGT: Глобальная сеть трансгендерных женщин и ВИЧ, ЮНФПА, Центр передового опыта UCSF по трансгендерному здоровью, Школа общественного здравоохранения им. Блумберга в Университете Джона Хопкинса, ВОЗ и др. «Реализация комплексных программ по вопросам ВИЧ и ИППП с трансгендерными людьми: Практическое руководство для совместных мероприятий»). Нью-Йорк: Программа развития ООН, 2016. URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/TRANSIT_report_UNFPA.pdf).

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve> (на англ. яз.).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

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

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

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди секс-работников.
- Б. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- В. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции среди трансгендерных людей.

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

ЧАСТЬ I. Поведенческие или другие специальные исследования.

Что он измеряет

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

Обоснование

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

Числитель

Число людей в ключевой группе населения, которые указывают, что получали не менее двух из перечисленных услуг для профилактики ВИЧ-инфекции за последние три месяца.

Знаменатель

Число опрошенных людей в данной ключевой группе населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

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

- Выдавались ли вам презервативы и лубриканты в течение последних трех месяцев? (например, в аутрич-службах, центрах низкого порога доступа или программах сексуального и репродуктивного здоровья)
- Вы проходили консультирование по использованию презервативов и безопасному сексу в течение последних трех месяцев? (например, в аутрич-службах, центрах низкого порога доступа или программах сексуального и репродуктивного здоровья)
- Вы проходили обследование на инфекции, передающиеся половым путем, в течение последних трех месяцев? (секс-работники, трансгендерные люди, мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами)
- Выдавались ли вам новые, чистые иглы или шприцы в течение последних трех месяцев? (люди, употребляющие инъекционные наркотики)

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет).
- **А и В:** гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).
- **Г:** гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие).

Преимущества и недостатки

Данные исследований позволяют оценить использование различных профилактических услуг респондентами. В этом индикаторе берется короткий период времени, поскольку у ключевых групп доступ к услугам должен быть регулярным, и рискованное поведение практикуется регулярно. К недостаткам данных относятся возможные ошибки, связанные с выборкой и с ответами респондентов, а также ограниченный географический охват.

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз.).

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

Что он измеряет

Число людей в ключевых группах населения, которые получили услуги для профилактики ВИЧ-инфекции, предназначенные для определенной группы

Обоснование

Для успешного противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо распространение более безопасных поведенческих практик в сочетании с предоставлением антиретровирусной терапии. Охват программами профилактики ВИЧ-инфекции, разрабатываемыми и проводимыми на основе подтвержденных данных, является критически важным компонентом ответных мер, и его значимость отражена в Стратегии ЮНЭЙДС.

Числитель

Число людей в ключевой группе населения, которые получили услуги профилактики ВИЧ-инфекции, предназначенные для определенной группы

Знаменатель

Число людей в данной ключевой группе населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Для числителя: Число людей по каждой ключевой группе населения, охваченных в индивидуальном порядке мерами профилактики ВИЧ-инфекции (предназначенных специально для конкретной группы), **а также следующими** вмешательствами:

- Для секс-работников; мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами; трансгендерных людей: число распространенных среди них презервативов и лубрикантов.
- Для людей, употребляющих инъекционные наркотики: число распространенных среди них игл или шприцев.

А также: [1.6.1] Число пунктов предоставления услуг, предназначенных для ключевых групп населения, в каждом районе / административной единице.

Для знаменателя: Согласованная оценочная численность группы населения.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Тип поставщиков услуг (государственные службы; организации ключевых групп населения; негосударственные организации (НГО); другие организации).
 - Названия организаций: **Пожалуйста, укажите названия этих организаций ключевых групп населения, НГО или других организаций/учреждений, занимающихся предоставлением данных услуг, а также их веб-сайты/URL (при наличии таковых).**
-

Преимущества и недостатки

Программные данные отражают страновую картину, то есть показывают, насколько широко предоставляются программные услуги на национальном уровне. Программные данные отражают выполнение национального обязательства о предоставлении услуг указанным ключевым группам, однако они не дают достаточно полного представления об отдельных людях, которые получили услуги; и дедупликация данных, как правило, невозможна. Кроме того, анализ двух разных массивов программных данных возможен только на «экосистемном» уровне. То есть, мы можем увидеть число людей, контактировавших с программами, и число презервативов, предоставленных программами, но не сможем узнать, кто из людей, с которыми контактировали, получил презервативы.

Запрашиваемая дополнительная информация

Пункты предоставления услуг, предназначенные специально для одной или нескольких ключевых групп населения, демонстрируют приверженность в предоставлении услуг, необходимых в конкретных условиях сообществ, которые зачастую подвергаются сильной стигме и дискриминации. Укажите общее число таких пунктов, а также общее число административных единиц первого (например, штат/область/региональный субъект) или второго уровня (например, округ/район), в которых предоставляется хотя бы одна из услуг, и общее их число в конкретной стране. Например, страна А предоставляет отчетность по десяти программам игл и шприцев, которые проводятся на территории пяти региональных субъектов, а всего в стране А насчитывается семь региональных субъектов.

Если известно, сообщите, функционирует пункт под эгидой национальной (государственной) программы или организации сообществ (организации гражданского общества или негосударственной организации).

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

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз.).

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

1.7 Программы профилактики ВИЧ-инфекции в тюрьмах

Программы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Что он измеряет

Количество людей в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа, получающих услуги по профилактике или лечению ВИЧ-инфекции во время содержания под стражей

Обоснование

Люди, содержащиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа, часто имеют высокий риск инфицирования ВИЧ, когда освобождаются из мест заключения и начинают жить в обществе. Особенно это характерно для людей, вовлеченных в потребление нелегальных наркотиков или предоставление секс-услуг, если это преследуется по закону. Предоставление услуг по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции в тюрьмах может снизить риск передачи ВИЧ среди заключенных как в тюрьмах, так и после их освобождения. Серьезная программа противодействия ВИЧ на национальном уровне должна включать предоставление таких услуг людям, находящимся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа.

Числитель

Количество стерильных игл, распространенных среди людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество людей, получающих опиоидную заместительную терапию в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество презервативов, распространенных среди людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество людей, получающих антиретровирусную терапию в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество людей, прошедших тестирование на ВИЧ в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество или процент людей, живущих с ВИЧ, среди людей в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество или процент людей с гепатитом С в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество людей с коинфекцией ВИЧ/гепатит С в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Количество или процент людей с туберкулезом или с коинфекцией ВИЧ/туберкулез в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Рутинные программные данные

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Количество тюрем, в которых предоставляются какие-либо услуги по профилактике или лечению ВИЧ-инфекции

Преимущества и недостатки

Программные данные обеспечивают четкую картину того, как предоставляются вышеуказанные услуги, и дают представление о распространенности ВИЧ-инфекции среди людей, находящихся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа. Индикатор показывает, насколько полно в рамках национальной программы удается обеспечить охват легко доступной группы населения с высоким риском инфицирования.

С учетом постоянных изменений в составе контингента, в большинстве тюрем программные данные могут дать лишь «мгновенный снимок», отображая ситуацию в данный конкретный момент. Забота о защите конфиденциальности заключенных накладывает определенные ограничения на проведение обследований, однако при соблюдении правил и стандартов безопасности их проведение может быть полезным.

Дополнительная информация

UNODC, ILO, UNDP, WHO, UNAIDS. HIV prevention, treatment and care in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions (УНП ООН, МОТ, ПРООН, ВОЗ, ЮНЭЙДС. «Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа: комплексный пакет программных мер»). Вена: УНП ООН; 2013 (на англ. яз.).

1.8 Безопасные инъекционные практики среди людей, употребляющих инъекционные наркотики

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

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ инъекционным путем при употреблении наркотиков

Обоснование

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

Следует отметить, что в странах с генерализованной эпидемией может одновременно наблюдаться и концентрированная субэпидемия среди людей, употребляющих инъекционные наркотики. В таких случаях для этого индикатора следует рассчитать и представить данные по этой группе населения.

Числитель

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

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования

Респондентам задают следующие вопросы:

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

Если да:

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

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

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

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- Гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).
 - Возраст (<25 и 25+ лет).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или определенным участкам. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

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

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

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (на англ. яз.).

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

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

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

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

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

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

Что он измеряет

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

Обоснование

Инъекционное употребление наркотиков — основной путь передачи ВИЧ; с ним связано около 12 % всех случаев ВИЧ-инфекции в мире. Предотвращение передачи ВИЧ инъекционным путем при употреблении наркотиков — одна из ключевых задач на пути к снижению бремени заболевания.

Программы игл и шприцев входят в число основных компонентов комплексного пакета услуг здравоохранения, рекомендованного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита С среди ключевых групп населения и описанного в сводном руководстве по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения (профилактика, диагностика, лечение и уход) (раздел «Дополнительная информация»: Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [2022]).

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

Числитель

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

Знаменатель

Количество людей, употребляющих инъекционные наркотики, в стране.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель: Для определения количества распространенных игл и шприцев используются программные данные.

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

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Тип поставщиков услуг (государственные службы; организации ключевых групп населения; негосударственные организации [НГО]; другие организации).
- Названия организаций: **Пожалуйста, укажите названия этих организаций ключевых групп населения, НГО или других организаций/учреждений, занимающихся предоставлением данных услуг, а также их веб-сайты/URL (при наличии таковых).**

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их через онлайн-инструмент отчетности. Приложите все имеющиеся данные по оценке численности групп населения в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

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

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

В странах, где разрешен отпуск игл и шприцев без рецепта, данные по этому показателю могут быть искусственно заниженными. Для отслеживания показателя в странах установлены следующие уровни охвата:

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

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

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (на англ. яз.).

Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users («Эффективность программ распространения стерильных игл и шприцев для уменьшения распространенности ВИЧ/СПИДа среди людей, употребляющих инъекционные наркотики»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2004. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/43107> (на англ. яз.).

Рабочая группа ЮНЭЙДС/ВОЗ по глобальному надзору за ВИЧ/СПИДом и ИППП. Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV («Руководство по оценке численности групп населения, подверженных наиболее высокому риску инфицирования ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС; 2010. URL: https://data.unaids.org/pub/manual/2010/guidelines_popnestimationsize_en.pdf (на англ. яз.).

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (на англ. яз.).

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированным подходам в стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315> (на англ. яз.).

1.10 Охват поддерживающей терапией агонистами опиоидов

Процент людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые получают опиоидную заместительную терапию

Что он измеряет

Возможности предоставления поддерживающей терапии агонистами опиоидов людям, употребляющим инъекционные наркотики, в рамках программы в качестве метода непосредственного сокращения частоты инъекций.

Обоснование

Поддерживающая терапия агонистами опиоидов предназначена для лечения опиоидной зависимости и снижения частоты инъекций, предпочтительно до нуля. Это наиболее эффективный инструмент, разработанный на основе подтвержденных данных, который применяется в общественном здравоохранении для снижения потребления инъекционных наркотиков среди потребителей опиатов. Кроме того, поддерживающая терапия агонистами опиоидов обеспечивает необходимую опору для лечения других заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, туберкулез и вирусные гепатиты В и С.

Числитель

Число людей, употребляющих инъекционные наркотики, которые получают поддерживающую терапию агонистами опиоидов, на конкретную дату

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

В качестве числителя: документация по программе, например, журналы регистрации получающих поддерживающую терапию агонистами опиоидов.

В качестве знаменателя: Оценочное значение численности людей с опиоидной зависимостью (употребляющих опиоиды или инъекционные наркотики).

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди)
- Возраст (<25 и 25+ лет)
- Категории поставщиков услуг (государственные службы; организации ключевых групп; негосударственные организации/НГО; **другие организации**).
- Названия организаций. **Пожалуйста, укажите названия организаций ключевых групп, НГО или других организаций/учреждений, которые выступают поставщиками данных услуг, а также их веб-сайты/URL (при наличии таковых)**

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, вместо того чтобы вводить их через онлайн-инструмент отчетности. Приложите все имеющиеся данные по результатам исследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

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

Эта информация может быть собрана с помощью биоповеденческих исследований, однако данные таких исследований часто искажены, если употребление инъекционных наркотиков на момент проведения исследования является критерием включения в выборку. В таком случае за пределами выборки могут оказаться люди, получающие поддерживающую терапию агонистами опиоидов (ПТАО), которые на момент опроса уже не принимали инъекционные наркотики либо отказались сообщить о себе такую информацию, чтобы не лишиться доступа к программе ПТАО.

Дополнительная информация

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ для ключевых групп населения», на англ. яз.). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности; Международная сеть людей, употребляющих наркотики; ЮНЭЙДС; Программа развития Организации Объединенных Наций; Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения; Всемирная организация здравоохранения и др. Внедрение всеобъемлющих программ по ВИЧ и гепатиту С для людей, употребляющих инъекционные наркотики: практическое руководство для совместных мер. Вена: Управление ООН по наркотикам и преступности, 2017. URL: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf#:~:text=implementing%20comprehensive%20HIV%20and%20HCV%20programmes%20with%20people%20who%20inject.

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

1.11 Люди, получающие доконтактную профилактику

Количество людей, получавших препараты для доконтактной профилактики (ДКП) в течение отчетного периода хотя бы однократно

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в наращивании масштабов предоставления ДКП во всем мире

Обоснование

Это ключевой показатель для оценки доступности и обращений за услугами по доконтактной профилактике (ДКП), особенно среди людей с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Также при наличии данных с разбивкой по этому индикатору можно будет попытаться отследить доступность и обращение за услугами ДКП среди разных групп населения (по возрасту, полу/гендеру и по ключевым группам населения). Если люди с ВИЧ-отрицательным статусом принимают антиретровирусные препараты прежде чем подвергнуться риску возможного контакта с ВИЧ, это может предотвратить инфицирование.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году рекомендовала пероральный прием ДКП на основе тенофовира в качестве дополнительной меры профилактики для людей с высоким риском контакта с ВИЧ — как один из компонентов комбинированной профилактики ВИЧ-инфекции. В 2021 году ВОЗ рекомендовала применение вагинального кольца с дапивирином (DVR) в качестве дополнительной меры доконтактной профилактики для трансгендерных женщин с высоким риском инфицирования ВИЧ. Кроме того, в 2022 году ВОЗ рекомендовала использование инъекционного каботегавира длительного действия (CAB-LA) в качестве дополнительного средства доконтактной профилактики для людей с высоким риском инфицирования ВИЧ.

В 2024 году ВОЗ представила дополненные рекомендации по применению ДКП в различных режимах, где схемы приема пероральных препаратов определяются в зависимости от комплекса факторов: индивидуальных особенностей человека, ситуации, путей передачи. При этом с учетом возможных вариаций при пероральном приеме ДКП, в рекомендациях больше не используется понятие «режим ДКП, определяемый в зависимости от эпизодов риска» [режим ED-PrEP]).

При применении ДКП необходимо руководствоваться рядом факторов, которые различаются в каждой конкретной ситуации. К ним относятся: тенденции развития эпидемической ситуации на национальном и субнациональном уровнях; возможности практической реализации программ и спрос на услуги; социальная среда и общественные представления в отношении людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения; наличие у них доступа к услугам. Критерии применения ДКП могут различаться в разных странах в зависимости от конкретных условий.

Числитель

Количество людей, получавших какой-либо препарат для доконтактной профилактики (ДКП) в течение отчетного периода хотя бы однократно

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Числитель получается путем подсчета количества людей, которые получали препараты ДКП хотя бы однократно в течение отчетного периода (прошедшего календарного года), в соответствии с национальными рекомендациями или стандартами ВОЗ/ЮНЭЙДС. ДКП может включать прием пероральных препаратов, вагинального кольца с дапивирином (DPV-VR) или инъекционного каботегавира длительного действия (CAB-LA). При подсчете числителя каждый человек должен учитываться только один раз — по первому случаю получения ими любого препарата ДКП за весь отчетный период. При этом учитываются люди, получавшие пероральные препараты ДКП в любых программах: национальных программах, пилотных проектах, внедренческих разработках, научных исследованиях либо частным образом.

При приведении данных с разбивкой по препаратам ДКП (пероральные препараты для ДКП, вагинальное кольцо с дапивирином [DVR] либо инъекционный каботегавир длительного действия [КАБ-ДД]) можно вести подсчет людей отдельно по каждому препарату (если человек принимал более одного препарата). Соответственно, при сложении данных, представленных с разбивкой по препаратам ДКП и по режимам приема, сумма слагаемых может быть больше общего числа.

Возраст определяется по возрасту человека на момент самого первого приема препаратов ДКП в отчетном периоде.

Если человек относится к нескольким ключевым группам населения, необходимо учитывать его(ее) по всем релевантным группам. Таким образом, при сложении данных с разбивкой по ключевым группам населения их итоговая сумма может быть больше общего числа людей, получавших ДКП. Как всегда при использовании сведений персонального учета пациентов для формирования данных по индикаторам с разбивкой по ключевым группам населения, необходимо принять все меры для того, чтобы не допустить раскрытия личности получателей ДКП на основании информации из медицинских карт пациентов и журналов учета учреждений, предоставляющих ДКП.

Частота измерения

Сбор данных необходимо вести непрерывно на уровне медицинских учреждений и периодически их агрегировать — желательно, ежемесячно или ежеквартально. Для годовой отчетности следует использовать наиболее актуальные месячные или квартальные данные.

Разбивка данных

- Люди, получившие ДКП впервые в жизни.
 - Гендер (мужчины, женщины или трансгендерные люди).
 - Возраст (<15, 15+ лет, 15–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет и 50+ лет).
 - Препарат ДКП (пероральный препарат ДКП, вагинальное кольцо с дапивирином DVR, либо инъекционный каботегравир длительного действия [КАБ-ДД]).
 - Ключевые группы населения (мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; заключенные).
 - Города и другие эпидемиологически значимые административные единицы.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам. Приложите все имеющиеся отчетные данные по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Данный индикатор не показывает количество человеко-лет с риском инфицирования, поскольку не учитывает длительность приема препаратов ДКП. В рамках этого индикатора также не исследуются стоимость лечения, его качество, эффективность или приверженность терапии; все эти факторы могут различаться как в пределах одной страны, так и по сравнению с другими странами, и подвержены значительным изменениям в разные периоды времени.

Доступность и применение ДКП будут зависеть от таких факторов, как стоимость, качество и наличие инфраструктуры для оказания услуг, правовой и политический климат, представления об эффективности, наличие побочных эффектов.

Страны с развитыми системами мониторинга и использующие уникальные идентификаторы, скорее всего, смогут более точно оценить количество людей, впервые получивших ДКП, в данном календарном году, — по сравнению со странами, в которых используются системы агрегированных данных. Страны с менее развитыми системами мониторинга могут столкнуться с проблемой двойного учета людей, получивших препараты ДКП (в том числе среди тех, кто переходил из одного медицинского учреждения в другое для получения лекарственных средств в течение отчетного периода). В таких случаях количество людей, впервые получивших препараты ДКП в течение этого календарного года, может оказаться завышенным.

Дополнительная информация

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection («Практический инструмент ВОЗ по доконтактной профилактике ВИЧ-инфекции [ДКП]»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <http://www.who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/en/> (на англ. яз.).

What's the 2+1+1? Event-driven oral pre-exposure prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP («Что такое 2+1+1? Режимы ДКП, определяемые в зависимости от эпизодов риска, для профилактики ВИЧ-инфекции у мужчин, практикующих секс с мужчинами: обновленные рекомендации ВОЗ по использованию пероральных препаратов для доконтактной профилактики»). Техническое руководство. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированному подходу в стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315> (на англ. яз.).

Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance («Дифференцированная и упрощенная доконтактная профилактика для предотвращения инфицирования ВИЧ: обновленное руководство ВОЗ по практическому применению»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694> (на англ. яз.).

Guidelines on long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention («Рекомендации по использованию инъекционного каботегравира длительного действия (КАБ-ДД) для профилактики ВИЧ-инфекции»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240054097> (на англ. яз.).

Показатели по мужскому обрезанию

Показатели 1.12 и 1.13 требуются только от 15 стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, низкой распространенностью мужского обрезания и генерализованной эпидемией среди гетеросексуального населения. Эти страны включают: Ботсвану, Замбию, Зимбабве, Кению, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибию, Объединенную Республику Танзания, Руанду, Свазиленд, Уганду, Эфиопию, Южно-Африканскую Республику, и Южный Судан.

1.12 Распространенность мужского обрезания

Процент мужчин в возрасте 15–49 лет, прошедших процедуру обрезания

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в расширении охвата услугами по проведению мужского обрезания

Обоснование

Данные исследований доказывают, мужское обрезание снижает риск ВИЧ-инфекции у гетеросексуальных мужчин приблизительно на 60 %. Три рандомизированных контролируемых исследования показали, что мужское обрезание, выполненное высококвалифицированными профессиональными медицинскими работниками в оснащенных надлежащим образом учреждениях, является безопасным и может снизить риск инфицирования ВИЧ. Помимо этого, медицинская процедура мужского обрезания позволяет снизить риск некоторых других заболеваний, передаваемых половым путем, и в том числе вируса папилломы человека, который является причиной рака шейки матки у женщин. В рекомендациях Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и ЮНЭЙДС подчеркивается, что необходимо продолжать предоставлять добровольное мужское обрезание в качестве дополнительной эффективной меры профилактики ВИЧ-инфекции в пакете комбинированной профилактики для подростков в возрасте 15 лет и старше и взрослых мужчин в странах и регионах с генерализованной эпидемией, чтобы уменьшить риск передачи ВИЧ при гетеросексуальных контактах. Добровольное медицинское мужское обрезание должно предоставляться в рамках комплекса профилактических вмешательств, наряду с просветительскими и образовательными программами по вопросам безопасного секса и использования презервативов, а также программами распространения презервативов, тестирования на ВИЧ с последующим направлением в службы ухода и лечения, и лечения инфекций, передаваемых половым путем.

Числитель

Количество респондентов мужского пола в возрасте 15–49 лет, которые сообщили, что прошли процедуру обрезания

Знаменатель

Количество всех респондентов мужского пола в возрасте 15–49 лет

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Частота измерения

Каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24, 25–29 и 30–49 лет)
 - Источник или специалист, выполнивший процедуру обрезания (в государственной системе здравоохранения или народный целитель)
 - Города и другие эпидемиологически значимые административные единицы
-

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

Программа может изменить уровень распространенности мужского обрезания или оставить его без изменений. Например, изменения уровня распространенности мужского обрезания могут быть обусловлены не связанными с программой изменениями социальных норм. Данный показатель исследует общую динамику изменений этого показателя в популяции, независимо от причин.

Существующие исследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения) не всегда могут точно определить статус по показателю мужского обрезания, поскольку люди не всегда знают, что такое мужское обрезание, или не уверены в том, что именно эта процедура была у них проведена, или воспринимают обрезание как некое социальное ожидание или требование по отношению к ним (и отвечают под давлением). Можно применять и другие методы для выяснения статуса по этому показателю: например, воспользоваться фотографиями или рисунками (рисунки могут быть более приемлемыми с культурной точки зрения), задавать наводящие вопросы или даже провести прямой осмотр. Для моделирования потенциального воздействия динамики распространенности мужского обрезания на заболеваемость ВИЧ-инфекцией необходимо точно знать, как изменяется статус по показателю мужского обрезания за весь период наблюдения.

Дополнительная информация

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations («Профилактика ВИЧ-инфекции с помощью добровольной медицинской процедуры мужского обрезания среди мальчиков подросткового возраста и мужчин в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции, Рекомендации и ключевые выводы»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve> (на англ. яз.).

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health care system («Руководство по индикаторам для программ мужского обрезания в государственной системе здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС; 2009. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44142/1/9789241598262_eng.pdf (на англ. яз.).

1.13 Количество мужчин, прошедших добровольную процедуру обрезания, за год

Количество мужчин, прошедших медицинскую процедуру обрезания, выполненную в соответствии с национальными стандартами, за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в наращивании охвата услугами по проведению добровольной медицинской процедуры мужского обрезания

Обоснование

Данные исследований доказывают, мужское обрезание снижает риск ВИЧ-инфекции у гетеросексуальных мужчин приблизительно на 60 %. Три рандомизированных контролируемых исследования — а также оценки после завершения основной фазы исследований — показали, что мужское обрезание, выполненное высококвалифицированными профессиональными медицинскими работниками в оснащенных надлежащим образом учреждениях, является безопасным и может снизить риск инфицирования ВИЧ. Помимо этого, медицинская процедура мужского обрезания позволяет снизить риск некоторых других заболеваний, передаваемых половым путем, и в том числе вируса папилломы человека, который является причиной рака шейки матки у женщин. В рекомендациях ВОЗ и ЮНЭЙДС подчеркивается, что необходимо предоставлять добровольное медицинское мужское обрезание в рамках комплекса комбинированной профилактики, наряду с просветительскими и образовательными программами по вопросам безопасного секса и использования презервативов, а также программами распространения презервативов, тестирования на ВИЧ с последующим направлением в службы ухода и лечения, и лечения инфекций, передаваемых половым путем.

Числитель

Количество мужчин, прошедших процедуру обрезания в соответствии с национальными стандартами, за последние 12 месяцев

Знаменатель

Не применяется

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Формы учета и отчетности медицинского учреждения, программные данные, информационная система здравоохранения. Необходимо обеспечить, чтобы услуги по проведению добровольного мужского обрезания предоставлялись с соблюдением этических норм и прав человека. Процедура должна быть добровольной и обязательно с информированного согласия.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (<1, 1–9, 10–14, 15–19, 20–24, 25–29, 30–34, 25–49 и 50+ лет)

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует продолжать предоставлять добровольное мужское обрезание в качестве дополнительной эффективной меры профилактики ВИЧ-инфекции в пакете комбинированной профилактики для подростков в возрасте 15 лет и старше и взрослых мужчин в странах и регионах с генерализованной эпидемией. При принятии решения о том, следует ли предлагать добровольное медицинское мужское обрезание более молодым подросткам в возрасте 10–14 лет, необходимо учитывать несколько факторов, исходя из свежих данных, с соблюдением правозащитных подходов и прав человека, и с учетом конкретных особенностей развития ситуации на национальном и местном уровне.

Запрашиваемая дополнительная информация

Дополнительная информация, которую можно использовать для оценки показателя охвата услугами по проведению процедуры мужского обрезания: Оценочное число мужчин, которые не проводили обрезания, с отрицательным ВИЧ-статусом.

Преимущества и недостатки

Общее количество прошедших процедуру обрезания мужчин и мальчиков характеризует либо изменения в объемах предоставления услуги, либо изменения в спросе на услугу. Сравнивая полученные данные с показателями за предыдущие годы, можно увидеть, где появились новые учреждения, предоставляющие услугу мужского обрезания, а где изменилось число обращений и количество предоставляемых услуг.

По мере того, как страны успешно расширяют масштабы проведения медицинской процедуры обрезания у мужчин, число мальчиков-подростков и мужчин, которые еще не проходили эту процедуру, будет уменьшаться, а количество проведенных процедур будет все сложнее интерпретировать. Эффективной может быть оценка охвата данной процедурой относительно имеющихся реальных потребностей в ней — в данном случае, при оценке потребностей можно исходить из числа необрезанных мальчиков-подростков и мужчин с ВИЧ-отрицательным статусом, которые могли бы пройти данную процедуру. Такие оценочные показатели можно получить с помощью моделирования, проводимого в целях мониторинга прогресса в выполнении обязательств по ускоренной реализации мер для прекращения эпидемии ВИЧ-инфекции (Fast-Track Targets), и инструментов планирования программ медицинского обрезания (VMMC Decision Makers' Program Planning Toolkit, версия 2 /DMPPT 2).

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

- По числу случаев с ВИЧ-положительным статусом по результатам тестирования на местах, с ВИЧ-отрицательным статусом по результатам тестирования на местах, с неопределенными результатами тестирования на местах, либо с неизвестным статусом или отказом от тестирования на ВИЧ;
- По группам, которые можно отнести к группам повышенного риска в отношении инфицирования ВИЧ (например, мужчины, обращающиеся за услугами по поводу ИППП; мужчины, являющиеся клиентами секс-работников; или представители определенных профессий);
- По видам и местоположению медицинских учреждений;
- По кадровому составу поставщика услуг;
- По способу проведения процедуры: хирургическим путем или с помощью специального приспособления.

Разбивка данных о количестве мужчин, прошедших обрезание, по ВИЧ-статусу и возрасту позволит определить влияние программ мужского обрезания на заболеваемость ВИЧ-инфекцией. Если в стране отдается приоритет определенным возрастным группам, эта разбивка данных поможет определить, связан ли спрос на услуги с проведением информационных кампаний, направленных на определенные возрастные группы. Деагрегация данных по типу и расположению медицинского учреждения, в котором выполняется процедура обрезания, позволяет оценить потребности в распределении ресурсов. Разбивка данных по кадровому составу поставщика медицинской услуги позволит установить, насколько успешно решаются проблемы нехватки медицинских кадров за счет перераспределения и совмещения рабочих обязанностей персонала, и учитывать это при принятии решений о распределении ресурсов.

Нередко программы развивают тесное сотрудничество с организациями, предоставляющими услуги по добровольному тестированию на ВИЧ, для обследования клиентов на ВИЧ-инфекцию. Мужчина, который хочет провести обрезание, возможно, уже сдавал анализ на ВИЧ в недавнем прошлом, и тестирование на ВИЧ на месте не является необходимым. В таких случаях медицинское учреждение может запросить предоставить заверенный результат анализа в письменном виде для подтверждения ВИЧ-статуса. Нет строгих требований в отношении того, за сколько месяцев до проведения обрезания должен быть выполнен тест на ВИЧ, однако рекомендуется, чтобы между обследованием на ВИЧ и обрезанием прошло не больше трех месяцев. Цель тестирования — не в том, чтобы выявить всех мужчин, которые могут быть ВИЧ-положительными, а в том, чтобы тестирование на ВИЧ могли пройти все мужчины, которые обращаются за медицинской помощью, и чтобы выявить мужчин, живущих с ВИЧ. У них риск хирургических осложнений при проведении обрезания может быть выше, чем у других (при наличии хронических инфекций и низкого числа клеток CD4).

Дополнительная информация

Preventing HIV through safe voluntary medical male circumcision for adolescent boys and men in generalized HIV epidemics: recommendations and key considerations («Профилактика ВИЧ-инфекции с помощью добровольной медицинской процедуры мужского обрезания среди мальчиков подросткового возраста и мужчин в условиях генерализованной эпидемии ВИЧ-инфекции, Рекомендации и ключевые выводы», на англ. яз.). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1296029/retrieve>.

A guide to indicators for male circumcision programmes in the formal health-care system («Руководство по индикаторам для программ мужского обрезания в государственной системе здравоохранения», на англ. яз.). Женева: Всемирная организация здравоохранения и ЮНЭЙДС; 2009. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598262_eng.pdf.

1.14 Использование презервативов при последнем половом контакте с высокой степенью риска

Процент респондентов, которые сообщали, что использовали презерватив при последнем половом контакте с партнером, который не является их супругом или совместно проживающим партнером, от общего числа людей, у кого был сексуальный контакт с таким партнером за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике передачи ВИЧ-инфекции половым путем при незащищенных половых контактах между партнерами, не являющимися супругами или постоянными сожителями.

Обоснование

Использование презервативов — важный способ защиты от ВИЧ, особенно для людей, имеющих связи со случайными половыми партнерами.

Числитель

Количество респондентов, которые сообщают об использовании презерватива при последнем половом контакте с партнером, не являющимся их супругом или постоянным сожителем.

Знаменатель

Общее количество респондентов, которые сообщили о половом контакте с партнером, не являющимся их супругом или постоянным сожителем, за последние 12 месяцев.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Собираются данные о половой жизни респондентов. Эти данные анализируются, чтобы определить, имел ли респондент половые контакты с партнерами, которые не были супругами или постоянными сожителями, за последние 12 месяцев, и в случае положительного результата — использовал ли респондент презерватив при последнем половом контакте с таким партнером.

Частота измерения

3–5 лет

Разбивка данных

- Пол
- Возраст (15–19, 20–24 и 25–49 лет)

Преимущества и недостатки

По распространению презервативов достигают желаемого эффекта среди основной целевой аудитории.

Поскольку цель кампаний по распространению презервативов заключается, скорее, в постоянном использовании презервативов с непостоянными партнерами, чем просто в их однократном применении, в рамках некоторых исследований предпринималась попытка напрямую спрашивать о том, насколько постоянно использовался презерватив (вопросы с вариантами ответа «всегда/иногда/никогда»). Такой способ может быть полезным при исследовании подгрупп населения, однако на его результаты влияют забывчивость и другие ошибки, а потому он не является надежным при исследованиях популяционного уровня. Вопрос о последнем половом контакте с партнером, не являющимся супругом/постоянным сожителем, минимизирует ошибки, связанные с забывчивостью, и дает ясную картину использования презервативов в разных секторах. Важность постоянного использования презервативов не вызывает сомнений. Однако при росте показателя постоянного использования презервативов значение данного индикатора также неизбежно возрастет.

Дополнительная информация

Demographic and Health Survey or AIDS Indicator Survey methods and survey instruments («Методы и инструменты обследования в области демографии и здравоохранения или обследований по показателям СПИДа»), URL: <https://dhsprogram.com/methodology/Survey-Types/AIS.cfm>; http://hivdata.dhsprogram.com/ind_tbl.cfm (на англ. яз.).

1.15 Число презервативов, распространяемых ежегодно

Количество распространенных презервативов за последние 12 месяцев

Этот индикатор подразделяется на два субиндикатора:

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

Что он измеряет

Прогресс в наращивании масштабов распространения мужских и женских презервативов.

Обоснование

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

Числитель

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

Знаменатель

1. Не применяется
2. Не применяется

Расчет

1. Не применяется
2. Не применяется

Метод измерения

Подсчитывается количество мужских и женских презервативов, отпущенных централизованными или региональными складами/поставщиками для дальнейшего распространения среди населения за последний календарный год. Эти данные должны включать число презервативов, распространяемых бесплатно (поставщиками услуг в государственном секторе); число презервативов, реализованных по льготным (субсидируемым) ценам с использованием методов социального маркетинга (с негосударственными организациями в роли поставщиков услуг); и число презервативов, реализованных в коммерческом секторе (поставщиками услуг из частного сектора). Во избежание двойного учета при распространении презервативов одновременно по нескольким каналам, если презервативы отпускались со складов государственного сектора и выдавались негосударственным организациям или общественным работникам для дальнейшего распространения, эти презервативы должны учитываться по государственному сектору.

Частота проведения измерений

Ежегодно

Разбивка данных

- Поставщики (организации государственного, частного и негосударственного секторов).

Запрашиваемая дополнительная информация

нет.

Преимущества и недостатки

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

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

Дополнительная информация

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

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

1.16 Молодежь: знания о профилактике ВИЧ-инфекции

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, правильно называющих оба способа профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергающих основные ошибочные представления о передаче ВИЧ

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в достижении всеобщей осведомленности, при которой все знают ключевые факты о передаче ВИЧ

Обоснование

Эпидемии ВИЧ-инфекции развиваются главным образом за счет распространения ВИЧ половым путем всё новым и новым поколениям молодежи. Наличие правильных знаний о ВИЧ является важнейшим — хотя зачастую и недостаточным — условием для выбора поведения, при котором риск передачи ВИЧ будет снижен.

Числитель

Количество респондентов в возрасте 15–24 лет, правильно ответивших на все пять вопросов

Знаменатель

Количество всех респондентов в возрасте 15–24 лет

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Этот показатель строится на базе ответов на следующий набор вопросов:

1. Можно ли снизить риск передачи ВИЧ-инфекции, занимаясь сексом только с одним неинфицированным партнером, у которого нет других партнеров?
2. Можно ли снизить риск инфицирования ВИЧ за счет использования презерватива при каждом половом контакте?
3. Может ли здоровый на вид человек иметь ВИЧ-инфекцию?
4. Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией через укусы комара?
5. Можно ли заразиться ВИЧ-инфекцией, если принимать пищу совместно с ВИЧ-положительным человеком?

Частота измерения

3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19 и 20–24 лет)
- Гендер (мужской, женский)

Пояснение числителя

Первые три вопроса изменять нельзя. Вопросы 4 и 5 касаются заблуждений на местном уровне, и эти вопросы можно изменять, чтобы они отражали самые распространенные в вашей стране ошибочные представления о путях передачи ВИЧ. Например: «Можно ли заразиться ВИЧ, обнявшись с инфицированным человеком или пожав ему руку?» и «Можно ли заразиться ВИЧ в результате действия сверхъестественных сил?».

Респонденты, которые ничего не слышали о ВИЧ/СПИДе, исключаются из числителя, но учитываются в знаменателе. Ответ «не знаю» регистрируется как неправильный ответ.

Наряду с консолидированным значением по общему показателю, необходимо подсчитать показатели числа ответов отдельно по каждому вопросу (с одним и тем же знаменателем).

Преимущества и недостатки

Мнение о том, что если человек выглядит здоровым — значит, он не инфицирован ВИЧ, является широко распространенным ошибочным представлением, которое может привести к незащищенному половому контакту с инфицированными партнерами. Одинаково важно не только обладать правильными знаниями о фактических путях передачи ВИЧ, но и понимать, какие представления о передаче ВИЧ-инфекции являются неверными. Например, вера в то, что ВИЧ может якобы передаваться через укусы насекомых, может снизить мотивацию для выработки безопасного сексуального поведения, а миф о том, что ВИЧ якобы может передаваться через еду и питье, усиливает стигматизацию людей, живущих с ВИЧ.

Этот показатель особенно важен в странах с низким уровнем знаний о ВИЧ/СПИДе, поскольку легко позволяет отследить, как эти знания постепенно улучшаются за весь период наблюдения. В то же время, этот показатель играет важную роль и в других странах, поскольку его можно использовать для проверки того, насколько успешно удается сохранять существующие знания на высоком уровне.

Дополнительная информация

Методы и инструменты для проведения национальных обследований в области демографии и здравоохранения (Demographic and Health Survey) и национальных обследований показателей по СПИДу (AIDS Indicator Survey) URL: <http://dhsprogram.com>

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

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

Что он измеряет

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

Обоснование

Людям, живущим с ВИЧ, знаящим о своем ВИЧ-статусе, предоставляется доступ к услугам по уходу и лечению, необходимому для здоровой и продуктивной жизни, а также для снижения риска передачи ВИЧ-инфекции другим людям. Самый эффективный способ добиться того, чтобы люди, живущие с ВИЧ, знали о своем ВИЧ-статусе, заключается в предоставлении услуг по обследованию на ВИЧ в тех местах и для тех групп населения, которые наиболее сильно затронуты ВИЧ. Показатель помогает осуществлять мониторинг выполнения первого из трех условий стратегической цели «95–95–95», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2025 году 95 % людей, живущих с ВИЧ, должны знать о своем ВИЧ-статусе.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ, знаящих о своем ВИЧ-статусе

Знаменатель

Число людей, живущих с ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Примечание: Начиная с 2019 года, страны с численностью групп населения свыше 250 тыс. человек должны представлять данные по этому индикатору по группам населения с широкой и детальной разбивкой по возрасту и полу в своем файле с национальными оценочными показателями в программе Spectrum. Итоговые данные по данному индикатору будут импортироваться в инструмент отчетности по ГМС прямо из финального странового файла Spectrum, вместе со всеми остальными индикаторами, которые составляются с помощью Spectrum. Данные для этого индикатора по городам и другим значимым административным единицам предоставляются через онлайн-инструмент отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа (ГМС).

Метод измерения

Существует два метода, которые рекомендуется использовать для расчета процентного числа людей, живущих с ВИЧ, знаящих о своем ВИЧ-статусе. Выбор метода зависит от наличия данных в каждой конкретной стране.

1. Отчетность о зарегистрированных случаях ВИЧ инфекции по данным систем рутинного эпиднадзора

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

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

Об использовании методов рутинного эпиднадзора. Считается, что в стране имеется хорошо функционирующая система эпиднадзора за случаями ВИЧ-инфекции, если обеспечивается сбор данных из всех медицинских учреждений, в которых проводится тестирование для подтверждения диагноза, а также предоставляются услуги по уходу и лечению в связи с ВИЧ-инфекцией, за период по крайней мере с 2015 года; при этом из расчетов числителя исключаются данные по умершим, выбывшим из-под наблюдения или эмигрировавшим. При расчетах необходимо учитывать только данные по числу случаев ВИЧ-инфекции с подтвержденным диагнозом. Однако странам (в случае необходимости) следует соответствующим образом корректировать свою отчетность с учетом задержек в предоставлении отчетных данных, принимая в расчет оценочное число людей, у которых заболевание диагностировано, но данные по ним еще не представлены в отчетности по выявленным случаям ВИЧ-инфекции за текущий календарный год. Необходимо обеспечить механизмы для предотвращения дублирования данных, во избежание подачи сведений об одних и тех же людях несколько раз или несколькими учреждениями сразу.

2. Моделирование оценочных показателей

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

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

В странах с данными демографических обследований домохозяйств, которые прямо показывают либо число ВИЧ-положительных респондентов, указавших, что знают свой ВИЧ-статус, либо число ВИЧ-положительных людей, указавших, что когда-либо проходили тестирование, ЮНЭЙДС рекомендует (с 2018 г.) моделировать оценку осведомленности о своем ВИЧ-статусе у населения с помощью модели Shiny90. Более подробную информацию об этом инструменте, в том числе о необходимых исходных данных, можно найти по ссылке: <https://shiny90.unaids.org/>.

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

О методах оценки числа детей, знаящих свой ВИЧ-статус, в странах с моделируемыми оценочными показателями на основе данных об обследованиях домохозяйств. Поскольку обследования домохозяйств часто ограничиваются участием только респондентов репродуктивного возраста, для получения общего (по всем возрастным категориям) оценочного показателя может потребоваться отдельный оценочный показатель осведомленности о своем ВИЧ-статусе среди детей (в возрасте 0-14 лет), который можно построить с применением программных данных. В данном случае в качестве опосредованного показателя ЮНЭЙДС рекомендует странам применять данные о количестве детей, получающих лечение; эти данные предоставляются по индикатору 2.2. Такой подход представляет наиболее консервативную оценку знания ВИЧ-статуса среди населения.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

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

Запрашиваемая дополнительная информация

Для этого индикатора необходимо представить данные субнационального уровня или данные по городам. В таблице ввода данных было создано поле для предоставления сведений по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

Использование отчетности о зарегистрированных/выявленных случаях ВИЧ-инфекции

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

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

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

- Отсутствуют механизмы для предотвращения дублирования данных о случаях ВИЧ-инфекции (что приводит к завышенной оценке).
- Данные об умерших или эмигрировавших не убираются из системы надзора и продолжают учитываться среди диагностированных и зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции (завышенная оценка).
- Регистрация случаев заболевания не является рутинной процедурой для всех медицинских учреждений, проводящих подтверждающее тестирование на ВИЧ (заниженная оценка).

Смоделированные оценочные показатели

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

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines> (на англ. яз.).

Программа Spectrum. Опубликовано в Интернете на веб-сайте Avenir Health, 2024 (Гластонбери: штат Коннектикут, США). URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

Обследования в области демографии и здравоохранения. The DHS Program: Demographic and Health Surveys [веб-страница]. Роквилл: штат Мэриленд, США: ICF; 2024. URL: <http://dhsprogram.com>

2.2 Люди, живущие с ВИЧ, получающие антиретровирусную терапию

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

Что он измеряет

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

Обоснование

Антиретровирусная терапия снижает уровень заболеваемости и смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией, среди людей, живущих с ВИЧ, а также снижает риск передачи вируса другим людям. Исследования также показывают, что раннее начало антиретровирусной терапии (независимо от числа клеток CD4) может усилить лечебный эффект и спасти жизни людей. В настоящее время Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует предоставлять терапию всем людям, живущим с ВИЧ.

Процент людей, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа людей, живущих с ВИЧ, служит контрольной точкой для долгосрочного мониторинга выполнения глобальных целей, а также для сравнения достигнутого прогресса в различных странах. Если рассматривать его в отношении к индикатору 2.1, то данный показатель помогает осуществлять мониторинг достигнутого прогресса в выполнении второго из трех условий стратегической цели «95–95–95», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2025 году 95 % людей, знающих о своем ВИЧ-статусе, должны получать доступ к лечению.

Числитель

Число людей, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода

Знаменатель

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

ИЛИ

Число людей среди всех живущих с ВИЧ, которые знают о своем ВИЧ-положительном статусе (чтобы определить второй целевой показатель стратегической цели «95–95–95»)

Расчет

Числитель/Знаменатель

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

Метод измерения

Числитель. Числитель выводится путем подсчета числа взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода. Числитель должен включать людей, получающих антиретровирусную терапию и в учреждениях частного сектора, при наличии таких данных. Это число должно включать беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию пожизненно.

В системе должны действовать протоколы для предотвращения дублирования данных учета людей по учреждениям или за разные периоды времени (во избежание ввода сведений об одних и тех же людях повторно или из нескольких учреждений сразу), а также для обеспечения своевременной подачи данных, собираемых на уровне учреждений. В это число не следует включать людей, прервавших курс лечения, умерших, выбывших в другую страну, или потерянных для последующего наблюдения в медицинском учреждении за данный период. Считается, что пациент выбыл из последующего наблюдения (потерян контакт с пациентом), если он(-а) не является на прием к врачу (либо для получения медицинских препаратов) свыше 28 дней после назначенной даты.

В некоторых случаях людям выдаются антиретровирусные препараты с запасом сразу на несколько месяцев лечения. Если полученного количества антиретровирусных препаратов достаточно для приема терапии вплоть до последнего месяца отчетного периода, этих людей следует учитывать как получающих антиретровирусную терапию (в отличие от прервавших лечение или выбывших из последующего наблюдения).

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

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

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ. Для получения числа людей, живущих с ВИЧ, которые знают свой статус, обратитесь к индикатору 2.1 — здесь вы можете получить дополнительную информацию о знаменателе.

Частота измерения

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

Разбивка данных

- 0-14 лет для детей, и от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых. Данные, представленные без указания возраста или пола, должны быть детализированы по возрасту и полу, с использованием такого же процентного соотношения, какое применяется для данных с известными возрастными и полом.
 - С разбивкой по конкретным возрастным группам для детей: до 1 года, 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет; и с разбивкой по конкретным возрастным группам и по полу (мужчины и женщины) для взрослых: 15-19 лет, 20-24 года, 25-49 лет и 50+ лет.
 - Города и другие значимые административные единицы.
 - Число людей, начавших принимать антиретровирусную терапию в этом отчетном году. Здесь должны учитываться только люди, которые никогда ранее не начинали лечения (не принимали антиретровирусную терапию). Эти данные должны быть доступны в тех же источниках, откуда взято общее число людей, получающих антиретровирусную терапию.
 - Число людей, повторно начинающих прием антиретровирусной терапии в текущем отчетном году после того, как они прекращали терапию или были признаны выбывшими из последующего наблюдения. Эти данные должны быть доступны в тех же источниках, откуда взято общее число людей, получающих антиретровирусную терапию.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

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

По всем странам просим представить субнациональные данные с разбивкой по административным единицам и городам. Предоставьте информацию по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками. Например, к ним могут относиться города с самыми высокими показателями развития эпидемии или города, взявшие обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. В таблице ввода данных для этого выделено отдельное место. Все необходимые отчеты можно приложить, загрузив их в электронном виде с помощью опции загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор позволяет отслеживать тенденции в показателях охвата антиретровирусной терапией, делая возможным проведение сравнительного анализа по разным странам и за разные периоды времени. В то же время, индикатор не дает представления о затратах на лечение, его качестве, эффективности, или о приверженности к лечению у пациентов, так как эти факторы различаются как на страновом уровне, так и в разных странах, и изменяются в разные периоды времени. Точность показателя числа людей, получающих антиретровирусную терапию, будет зависеть от качества системы отчетности, с помощью которой предоставляются данные. Число людей, получающих антиретровирусную терапию, может быть заниженным в случае несвоевременной или неполной передачи данных отчетности из медицинских учреждений в систему учета на национальном уровне. Число людей, получающих антиретровирусную терапию, может быть также завышенным, если в системе своевременно не отражены данные о людях, прекративших прием препаратов, умерших, выбывших в другие учреждения или выбывших из последующего наблюдения. К другим ошибкам, которые также могут стать причиной более или менее значимых искажений сведений по этому индикатору, можно отнести неверную выборку данных из регистрационных баз медицинских учреждений или неверное заполнение форм отчетности.

Дополнительная информация

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: ВОЗ, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

2.3 Люди, живущие с ВИЧ, имеющие сниженную вирусную нагрузку

Процент и число взрослых и детей, живущих с ВИЧ, со сниженной вирусной нагрузкой на конец отчетного периода

Что он измеряет

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

Обоснование

Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, относится к контрольным критериям при мониторинге хода выполнения глобальных целевых показателей и является стандартизированным показателем успешности лечения и профилактики ВИЧ, имеющим решающее значение для прекращения эпидемии СПИДа. Если рассматривать его как долю от общего числа людей, получающих антиретровирусную терапию (числитель в индикаторе 2.2), то данный показатель помогает обеспечить мониторинг выполнения третьего целевого показателя стратегической цели «95–95–95», сформулированной ЮНЭЙДС: к 2025 году у 95 % людей, получающих антиретровирусную терапию, должно быть обеспечено подавление вирусной нагрузки.

Числитель

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

Знаменатель

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ (для оценки охвата показателями сниженной вирусной нагрузки);

ИЛИ

Оценочное число людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение (для определения прогресса в достижении третьего целевого показателя стратегической цели «95 95 95»).

Расчет

Числитель/Знаменатель

Примечание: Страны с численностью групп населения свыше 250 тыс. Человек должны формировать отчетность по данному индикатору с широкой разбивкой по возрастным группам в своем файле с национальными оценочными показателями в программе Spectrum. Итоговые данные импортируются в инструмент отчетности по глобальному мониторингу СПИДа (ГМС) из финального странового файла Spectrum, вместе со всеми остальными индикаторами, которые составляют в программе Spectrum. Отчетность по городам и другим значимым административным единицам по-прежнему будет представляться параллельно с помощью инструмента отчетности программы глобального мониторинга СПИДа.

Метод измерения

Подавление вирусной нагрузки определяется достижением порогового показателя числа копий вируса в плазме крови <1000 копий/мл. В ряде стран используются другие пороговые показатели (например, снижение вирусной нагрузки до неопределяемого уровня, <50 копий/мл или <400 копий/мл), и необходима соответствующая корректировка, чтобы обеспечить сопоставимость результатов разных стран, а также для мониторинга выполнения глобальных целевых показателей «95–95–95». ЮНЭЙДС рекомендует странам корректировать расчеты таким образом, чтобы отражались данные по более низким пороговым показателям. Это можно сделать по формуле:

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

Здесь y — это стандартный уровень подавления вирусной нагрузки (<1000 копий/мл), t_1 — альтернативное страновое пороговое значение, которое применялось при расчетах, а ϕ — корректирующий коэффициент, применяемый в зависимости от региона. Такая корректировка при необходимости будет осуществляться в программе Spectrum автоматически.

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

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

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

Странам, по данным которых охват исследованиями на вирусную нагрузку составляет менее 50 %, необходимо, наоборот, представить только данные о числе рутинных исследований на вирусную нагрузку — а не о числе тех, у кого вирусная нагрузка снижена ниже порогового значения, поскольку такая выборка была бы нерепрезентативной для популяции людей, получающих лечение, в целом. Странам, которые, несмотря на низкий охват исследованиями на вирусную нагрузку (менее 50 %), всё-таки хотят отчитываться данными по числу людей со сниженной вирусной нагрузкой, следует обсудить это с ЮНЭЙДС — необходимо определить, можно ли считать репрезентативным процент людей со сниженной вирусной нагрузкой в обследованной популяции в сравнении с численностью людей в популяции на АРВТ, не имеющей доступа к исследованиям на вирусную нагрузку.

Странам следует включать в эту отчетность только данные, получаемые по результатам рутинных обследований, а не специальных исследований по направлениям среди отдельных групп пациентов, находящихся на лечении. Например, не следует включать в отчетность результаты исследований, полученные до инициации антиретровирусной терапии или если обследования проводились по подозрению на неудачный исход лечения. В случае неоднократного проведения исследований на вирусную нагрузку в течение года для какого-либо пациента, следует использовать только результат последнего рутинного исследования.

Страны, в которых охват ежегодными исследованиями на вирусную нагрузку составляет 50 % или более, могут предоставить оценочное число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку. Это число можно получить следующим образом: число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку среди прошедших обследование, умножить на общее число людей, получающих терапию. При этом предполагается, что снижение вирусной нагрузки у необследованных пациентов будет таким же, как у обследованных. Такое предположение подтверждается данными из Южно-Африканской Республики, которые продемонстрировали, что, хотя информация о вирусной нагрузке зачастую отсутствовала, оценочные показатели снижения вирусной нагрузки существенно не изменялись даже после внесения соответствующих корректировок на недостающие данные.

Пример: Для примера рассмотрим страну, в которой, по оценкам, насчитывается 100 000 человек, живущих с ВИЧ, результаты рутинных исследований на вирусную нагрузку есть для 12 000 из 24 000 человек, получающих антиретровирусную терапию. Охват исследованиями на вирусную нагрузку составляет 50 %, и страна считает, что уровень подавления вирусной нагрузки в необследованных и обследованных популяциях людей, получающих терапию, будет одинаковым. Из 12 000 человек, прошедших исследование, у 10 000 человек вирусная нагрузка снижена до необходимого уровня. Национальный оценочный показатель числа людей, живущих с ВИЧ, у которых достигнуто снижение вирусной нагрузки, будет равен 20 000 человек: $[(10000/12000) \times 24000]$.

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

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

Более подробная информация об оценке числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение, при проведении расчетов по третьему целевому показателю стратегической цели «95–95–95», представлена в индикаторе 2.2.

2. Свежие репрезентативные популяционные исследования национального уровня (включая опросы домохозяйств, исследования по приобретенной лекарственной устойчивости ВИЧ и исследования по индикаторам раннего оповещения, применяемым для изучения лекарственной устойчивости ВИЧ)

Числитель: Чтобы получить число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку, необходимо умножить сообщенный процент людей со сниженной вирусной нагрузкой от общего числа людей, имеющих положительные результаты анализов в данном исследовании, на общее оценочное число людей, живущих с ВИЧ, в стране. В результате может получиться несколько завышенная оценка числа людей, имеющих подавленную вирусную нагрузку, среди находящихся на лечении, поскольку в ней учитывается также и некоторое число людей, имеющих сниженную вирусную нагрузку в силу естественных причин и не получающих лечения. При использовании данных, полученных в результате исследований по приобретенной лекарственной устойчивости ВИЧ к лекарственным препаратам, можно применять данные пациентов из когорт со сроками лечения либо 12, либо 48 месяцев. Данные, полученные с помощью индикаторов раннего оповещения, следует использовать только для получения агрегированных статистических данных национального уровня, при условии что:

а) Все клиники в стране — или в произвольной выборке клиник — представили отчетные данные по индикаторам раннего оповещения, охватывая не менее 70 % от общего числа людей на АРВТ из этой выборки клиник;

ИЛИ

б) При использовании подходящей выборки клиник, агрегированные статистические данные национального уровня могут быть представлены в том случае, если данные от этой выборки клиник охватывают не менее 70% соответствующей популяции населения, получающего антиретровирусную терапию (см. рекомендации по формированию выборки на стр. 8 приложения по индикаторам раннего оповещения в разделе «Опубликованная литература» ниже).

Примечание: Страны, применяющие данные демографических обследований, все равно должны представить данные о числе людей, получающих лечение, проходивших рутинные обследования на вирусную нагрузку в течение отчетного периода. Данные обследований можно использовать только в том случае, если обследование проводилось с участием как детей, так и взрослых.

Знаменатель. Моделирование, в том числе с помощью программного обеспечения Spectrum, является предпочтительным источником получения оценочного числа людей, живущих с ВИЧ. В случае использования каких-либо других оценочных данных вместо получаемых с помощью программы Spectrum, ЮНЭЙДС будет работать со странами над разработкой модели Spectrum, которая обеспечит соответствие оценочным данным по числу людей, живущих с ВИЧ. Более подробная информация об оценке числа людей, живущих с ВИЧ, которые получают лечение, при проведении расчетов по третьему целевому показателю стратегической цели «95–95–95», представлена в индикаторе 2.2.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей, и от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых. Данные, представленные без указания возраста или пола, должны быть детализированы по возрасту и полу, с использованием такого же процентного соотношения, какое применяется для данных с известными данными о возрасте и поле. Запись об этих корректировках необходимо оставить в поле, предназначенном для дополнительной информации.
- При наличии детальной информации: с разбивкой по конкретным возрастам и по полу: до 1 года, 1–4 года, 5–9 лет и 10–14 лет для детей; и 15–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет и 50+ лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых; по гендерному признаку (мужчины, женщины, другая гендерная принадлежность) для взрослых.
- Города и другие значимые административные единицы.

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

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

Несмотря на важность этого индикатора, при использовании имеющихся в наличии данных для его тщательного мониторинга можно столкнуться с определенными трудностями. Первая проблема связана с тем, что, несмотря на расширение технических возможностей для мониторинга вирусной нагрузки, потенциал для проведения соответствующих лабораторных исследований остается ограниченным в странах с низким уровнем доходов. В результате, оценочные показатели по подавлению вирусной нагрузки в обследованной популяции, полученные из программных данных, могут быть нерепрезентативными для определения вирусной нагрузки для более общей необследованной популяции пациентов, — особенно если высок процент людей, только недавно начавших получать лечение, или если масштаб охвата обследованиями искажается в зависимости от того, насколько эффективно или неэффективно работают пункты тестирования. Если исходить из предположения, что в обследованных и необследованных популяциях уровень подавления вирусной нагрузки будет одинаковым, либо если к проведению обследований привлекаются крупнейшие лабораторные учреждения и пункты тестирования с наиболее высоким потенциалом, то полученные данные могут давать заниженную или завышенную оценку достигнутого прогресса в выполнении целевых показателей «95–95–95».

Вторая проблема в использовании имеющихся данных может быть обусловлена тем, что исследования на вирусную нагрузку, бывает, проводятся только выборочно — если возникает подозрение на неэффективный исход терапии. Данные на вирусную нагрузку, получаемые в результате обследования людей с подозрением на неэффективный исход терапии, будут искажать общий показатель подавления вирусной нагрузки в популяции (в сторону его занижения). ЮНЭЙДС рекомендует странам тщательно просматривать представленные данные, отсеивая данные тех исследований, которые не являются рутинными.

Третья проблема при использовании рутинных программных данных связана с тем, что представленные результаты исследований на вирусную нагрузку охватывают только подгруппу людей, которые получают антиретровирусную терапию. Это может приводить к занижению общего уровня вирусной супрессии в популяции, поскольку не будут включены люди, не получающие терапию и имеющие сниженную вирусную нагрузку в силу естественных причин. ЮНЭЙДС изучает имеющиеся подтверждающие данные из когортных исследований и популяционных исследований населения для более точной количественной оценки и уточнения этого фактора при представлении данных о достигнутом прогрессе на глобальном и региональном уровне в выполнении третьего целевого показателя стратегической цели «95–95–95».

Дополнительная информация

UNAIDS, WHO. Guidelines on monitoring the impact of the HIV epidemic using population-based surveys («ВОЗ, ЮНЭЙДС: Руководство по мониторингу воздействия эпидемии ВИЧ-инфекции с использованием выборочных демографических обследований»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/si-guidelines-population-survey/en/> (на англ. яз.).

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: ВОЗ, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

Опубликованная литература

Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Annex 2.4.6: HIVDR EWI sampling, abstraction and reporting guidance. («Объединенное руководство по пациент-ориентированным подходам организации мониторинга в сфере ВИЧ и национальной системы эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции». Приложение 2.4.6: Рекомендации по формированию выборки, выделению и представлению данных по индикаторам раннего оповещения по лекарственной устойчивости ВИЧ). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/WHO_Consolidated_Guidelines_Annexes_2.4.6.pdf (на англ. яз.).

Pillay T, Cornell M, Fox MP, Euvrard J, Fatti G, Technau KG et al. Recording of HIV viral loads and viral suppression in South African patients receiving antiretroviral treatment: a multicentre cohort study («Зарегистрированные показатели вирусной нагрузки и снижения вирусной нагрузки при ВИЧ-инфекции у пациентов на антиретровирусной терапии в ЮАР: многоцентровое когортное исследование»). *Antivir Ther.* 2020;25(5): 257–266. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7982353/>

2.4 Продвинутые стадии заболевания и поздняя диагностика ВИЧ-инфекции

Процент и число взрослых и детей с показателями числа клеток CD4 <200 клеток/мм³ (или <15%) на момент постановки диагноза при первичной диагностике или в начале/при возобновлении приема антиретровирусной терапии, за отчетный период.

Что он измеряет

Число людей, живущих с ВИЧ, с выявленным числом клеток CD4 <200 клеток/мм³, что является критерием ВИЧ-инфекции на продвинутых стадиях.

Обоснование

По мере наращивания масштабов предоставления услуг в сфере ВИЧ в странах необходимо отслеживать, отмечается ли у людей, живущих с ВИЧ, заболевание на продвинутых стадиях. ВИЧ-инфекция на продвинутых стадиях характеризуется гораздо более высокими уровнями смертности и сочетанной заболеваемости оппортунистическими инфекциями и сопутствующими заболеваниями. Это также указывает, кому из людей необходимо получить рекомендованный ВОЗ пакет услуг по помощи и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией на поздних стадиях, чтобы снизить риск неблагоприятных исходов.

Числитель

Число людей со следующими показателями на момент постановки первичного диагноза ВИЧ-инфекции или начала/возобновления антиретровирусной терапии:

- Взрослые (в возрасте ≥15 лет), живущие с ВИЧ, у которых на указанный момент показатели числа клеток CD4 составляют <200 клеток/мм³; и
- Дети в возрасте от 5 до 14 лет, живущие с ВИЧ, у которых на указанный момент показатели числа CD4-лимфоцитов составляют <200 клеток/мм³ или процентные показатели числа клеток CD4 <15%; и
- Дети в возрасте от 0 до 59 месяцев, живущие с ВИЧ.

Знаменатель

Число людей за отчетный период, у которых впервые диагностирована ВИЧ-инфекция или которые начали/возобновили прием антиретровирусной терапии, со следующими данными:

- Взрослые (в возрасте ≥15 лет): у которых определены показатели числа клеток CD4 в течение 1 месяца после первоначального диагноза или начала/возобновления антиретровирусной терапии; и
- Дети в возрасте от 5 до 14 лет: у которых определены показатели числа клеток CD4 (или процентные показатели) в течение 1 месяца после первоначального диагноза или начала/возобновления антиретровирусной терапии;
- Дети в возрасте от 0 до 59 месяцев: все дети, живущие с ВИЧ.

Расчет

Числитель/Знаменатель.

Метод измерения

На основании данных лабораторных информационных систем и медицинских карт людей, получающих лечение. Данные можно получить из учетных форм учреждений здравоохранения, индивидуальных регистрационных карт пациентов или лабораторных информационных систем. Люди, у которых определены показатели числа клеток CD4, учитываются только в том случае, если обследование на CD4 проводилось в 1-месячный срок с момента постановки первоначального диагноза, даты начала приема антиретровирусной терапии либо даты возобновления антиретровирусной терапии.

Частота измерения

Ежегодно.

Разбивка данных

Число людей в возрасте от 0 до 14 лет (с разбивкой по возрасту от 0 до 59 месяцев и от 5 до 14 лет) — для детей; и в возрасте ≥15 лет с разбивкой по полу (мужчины и женщины) — для взрослых.

Число впервые диагностированных, и число начинающих либо возобновляющих антиретровирусную терапию.

Пояснение числителя

Взрослые, живущие с ВИЧ, у которых показатели числа лимфоцитов CD4 составляли менее 200 клеток/мм³ на момент постановки первоначального диагноза или на момент начала/возобновления антиретровирусной терапии в течение отчетного периода.

Все дети с ВИЧ в возрасте до 5 лет считаются имеющими ВИЧ-инфекцию на продвинутых стадиях с момента постановки первоначального диагноза или при возобновлении антиретровирусной терапии после периода отстранения, поэтому разбивка данных по количеству клеток CD4 или по процентным показателям не требуется.

Пояснение знаменателя

Количество людей, живущих с ВИЧ, у которых были определены показатели числа лимфоцитов CD4 в 1-месячный срок с момента постановки диагноза либо с момента начала/возобновления антиретровирусной терапии, за отчетный период.

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимы данные по общему количеству людей, которым проводилось обследование для определения числа клеток CD4 на момент постановки первичного диагноза или в начале/при возобновлении антиретровирусной терапии, по четырем взаимоисключающим категориям в зависимости от показателей числа клеток CD4 (<200 клеток/мм³; от 200 до <350 клеток/мм³; от 350 до <500 клеток/мм³; ≥500 клеток/мм³), и данные по общему числу людей с впервые диагностированной ВИЧ-инфекцией, а также начинающих и возобновляющих прием антиретровирусной терапии, за отчетный период.

При анализе качества данных по этому показателю следует учитывать полное распределение по показателю числа клеток CD4 по всем четырем дифференцируемым категориям — оценивая при этом полноту и взаимосогласованность данных, а также охват и репрезентативность измерений числа клеток CD4, чтобы получать точное представление обо всех впервые диагностированных случаях, а также обо всех случаях начала/возобновления антиретровирусной терапии.

Преимущества и недостатки

Этот показатель может включать не всех людей, у которых было диагностировано заболевание, начата или возобновлена антиретровирусная терапия, если имеют место существенные задержки в сообщении данных о диагностированных случаях или о результатах обследования на число клеток CD4 (что может указывать на задержку в прикреплении к системе медицинского обслуживания для получения лечения после постановки диагноза), или если всеобщий доступ к обследованиям на число клеток CD4 не предоставляется всем в рутинном режиме.

Если охват обследованиями для определения показателей числа клеток CD4 (для всех впервые диагностированных случаев или начинающих/возобновляющих прием антиретровирусной терапии) существенно ниже 100%, то результаты могут быть нерепрезентативными для всей популяции людей, которым необходимы эти услуги. Если страна не в состоянии предоставить данные по показателям числа клеток CD4 отдельно по людям, у которых впервые диагностирован ВИЧ, — и отдельно по людям, которые начинают или возобновляют прием антиретровирусной терапии, — то интерпретировать результаты по показателям CD4 будет проблематично.

2.5 Объемы тестирования и положительные результаты тестирования на ВИЧ-инфекцию

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

Что он измеряет

Динамика (тенденции) в использовании услуг по тестированию на ВИЧ, в том числе с применением различных методов, и их эффективность в выявлении людей с ВИЧ-положительным статусом

Обоснование

Объемы тестирования и данные о положительных результатах тестирования используются для мониторинга программ. Знание числа людей, обследуемых ежегодно, и способов тестирования или применения тест-систем для самостоятельного тестирования имеет решающее значение для прогнозирования потребностей в материальных средствах и планирования кадровых ресурсов. Данные о положительных результатах тестирования среди тех, кто получил свой результат теста, также можно использовать для валидации числа людей, зарегистрированных среди впервые диагностированных случаев в системах рутинного сбора данных, и оценочных показателей распространенности ВИЧ-инфекции, получаемых на основе данных обследований. Наконец, при наличии разбивки по возрасту, полу, методам тестирования и ВИЧ-статусу, данные могут применяться для оценки эффективности предоставляемых услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию и устранения пробелов в охвате услугами в различных условиях, контекстах и группах населения.

Помимо мероприятий по мониторингу программ, ежегодные объемы тестирования и положительные результаты тестирования являются вводными данными для модели ЮНЭЙДС, с помощью которой оценивается достигнутый прогресс в выполнении первой из ключевых целей «95–95–95» (95 % людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус). Эта модель используется главным образом в странах, в которых проводятся обследования национального уровня по ВИЧ-инфекции для измерения охвата населения тестированием по серологическому статусу в разные периоды наблюдения, однако системы учета зарегистрированных случаев заболевания развиты слабо (см. индикатор 2.1).

Числитель

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

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель и знаменатель должны браться из учетной документации программ предоставления услуг по тестированию на ВИЧ-инфекцию, регистрационных журналов и форм отчетности (ежеквартальных или ежегодных). Представленные данные должны отражать число проведенных тестов, в которых людям были выданы результаты обследования, а не число отдельных лиц, проходивших тестирование хотя бы один раз в течение календарного года. Например, если в течение одного календарного года ВИЧ-положительный человек проходит тестирование сначала в мобильном пункте, а затем еще раз — в клинике, его (ее) следует учитывать дважды в числителе и дважды в знаменателе. В том случае, если человек получает отрицательный результат при добровольном консультировании и тестировании (ДКТ) и затем положительный результат при тестировании, инициированном поставщиком услуг здравоохранения, он (она) учитывается один раз в числителе и два раза — в знаменателе.

Особо отметим, что следует учитывать только те тесты, результаты которых были возвращены клиенту. Кроме того, человека следует учитывать как проходящего тестирование один раз в числителе и в знаменателе, даже если для подтверждения ВИЧ-положительного диагноза выполнялось до трех разных видов исследований, предусмотренных принятым в стране алгоритмом тестирования на наличие ВИЧ.

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

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- 0–14 лет для детей, от 15 лет и старше — с разбивкой по полу (мужчины и женщины) для взрослых.
- Метод тестирования (для всех групп населения, включая услуги для ключевых групп населения).
 - данные об услугах по тестированию на ВИЧ-инфекцию на уровне сообществ:
 - Тестирование в мобильных пунктах (например, в автомобильных или временных центрах тестирования);
 - Центры ДКТ (вне медицинских учреждений); и
 - Другие типы тестирования на уровне сообществ.
 - Данные об услугах по тестированию на ВИЧ-инфекцию в учреждениях здравоохранения:
 - Тестирование по инициативе поставщиков услуг здравоохранения, проводимое в клиниках или в учреждениях экстренной помощи;
 - Антенатальные/дородовые клиники (в том числе в дородовой и послеродовой период);
 - Центры ДКТ (в рамках медицинских учреждений);
 - Противотуберкулезные диспансеры, клиники (при наличии таковых);
 - Центры планирования семьи; и
 - Другие типы тестирования на базе учреждений здравоохранения.

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

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

Не во всех странах есть уникальные идентификационные коды или единые базовые системы отчетности, с помощью которых можно избежать дублирования данных при проведении первичных и повторных тестов, а также дифференцировать людей по ВИЧ-статусу при повторном тестировании. Люди, которые при сдаче теста получают положительный результат, могут обратиться для проведения дополнительного подтверждающего теста, а люди с ВИЧ-отрицательным статусом могут проходить тестирование неоднократно в течение года. В результате этот индикатор нельзя сопоставить напрямую с данными о знании своего серологического статуса (для измерения которого используется индикатор 2.1).

По мере развития информационных систем, используемых для анализа данных по ВИЧ, важно иметь возможность производить разбивку данных по тестам в предыдущие периоды обследования (например, отдельно по людям, которые никогда не проходили тестирование; имели отрицательный результат на ВИЧ при последнем тестировании; и уже знают о своем ВИЧ-положительном статусе и обращаются для проведения подтверждающего обследования или в иных подобных целях), а также по году, когда делался предыдущий тест. В последующие годы этот показатель можно было бы расширить и запрашивать информацию, которая позволит лучше понимать используемые модели тестирования и достоверное число новых диагностированных случаев, что позволит более точно оценивать эффективность услуг по тестированию на ВИЧ.

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274308/retrieve> (на англ. яз.).

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

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

Этот индикатор подразделяется на пять субиндикаторов:

- А. Охват антиретровирусной терапией среди секс-работников, живущих с ВИЧ.
- Б. Охват антиретровирусной терапией среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, живущих с ВИЧ.
- В. Охват антиретровирусной терапией среди людей, употребляющих инъекционные наркотики, живущих с ВИЧ.
- Г. Охват антиретровирусной терапией среди трансгендерных людей, живущих с ВИЧ.
- Д. Охват антиретровирусной терапией среди заключенных, живущих с ВИЧ.

Что он измеряет

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

Обоснование

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

Числитель

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

Знаменатель

Число респондентов, живущих с ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие эпиднадзорные или другие специальные обследования.

Частота измерения

Раз в два года при использовании поведенческих обследований.

Ежегодно при наличии данных из специальных программ.

Разбивка данных

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

Г: Гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие)

А-Д: Возраст (<25 и 25+ лет)

А-Д: Города и другие эпидемиологически значимые административные единицы

Запрашиваемая дополнительная информация

Если имеются данные субнационального уровня, предоставьте данные в разбивке по административным единицам, городам или определенным территориям. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Это новый индикатор, который выражает важность антиретровирусной терапии и необходимость в обеспечении равного доступа к ней для всех нуждающихся. Ранее это не входило в круг стандартных вопросов при проведении биоповеденческих исследований. Однако его все чаще включают в исследования, в том числе при обследованиях домохозяйств. В рамках большинства программ лечения не проводится сбор данных о поведении, связанном с высоким риском инфицирования, поэтому программные данные не являются источником данных рутинного эпиднадзора. Данные о предоставлении антиретровирусной терапии позволяют оценивать выполнение второго из трех компонентов стратегической цели «95–95–95» и обеспечивают информацию, необходимую для проведения адвокации для обеспечения равного доступа к лечению для всех ключевых групп населения.

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

Дополнительная информация

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения с наиболее высоким риском инфицирования ВИЧ»). Женева (Швейцария), 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Supplement to the 2014 consolidated guidelines for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Инструмент для постановки и мониторинга целевых показателей в области профилактики, диагностики, лечения и ухода в связи с ВИЧ среди ключевых групп населения: дополнение к сводному руководству 2014 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177992/9789241508995_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз.).

2.7 Смертность от СПИДа

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

Что он измеряет

Воздействие программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции

Обоснование

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

Числитель

Общее число людей, умерших от причин, связанных со СПИДом, в календарном году

Знаменатель

Общая численность населения, независимо от ВИЧ-статуса

Расчет

Числитель/Знаменатель x 100 000

Метод измерения

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

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

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

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Желательно, чтобы страны сообщали смоделированные оценочные показатели, а не показатели, рассчитанные по данным страновой системы учета естественного движения населения, за исключением случаев, когда эта система признана достоверно эффективной по результатам оценки, проведенной в последнее время. Пользователи могут указать оценочные показатели, смоделированные с помощью Spectrum, или данные национальных репрезентативных обследований населения, на выбор. В случае использования оценочных значений из Spectrum, они будут импортированы непосредственно из программы после сохранения финального файла национальных данных. Для этого показателя необходимо предоставить информацию по городам. В таблице ввода данных выделено место для указания информации по столице, а также одному-двум другим ключевым городам с соответствующими эпидемиологическими характеристиками: например, городам с самыми высокими показателями развития эпидемии или городам, взявшим обязательства по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году.

Преимущества и недостатки

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

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

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines> (на англ. яз.).

Программное обеспечение Spectrum. г. Гластонбери (штат Коннектикут, США): Avenir Health, 2024. URL: <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum.php>

2.8 Лечение криптококковой инфекции

Процент людей, живущих с ВИЧ, с показателем числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, которым проводились скрининг, диагностика и лечение криптококковой инфекции.

Что он измеряет

Этот индикатор измеряет каскад услуг по скринингу и лечению криптококковой инфекции у людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, а именно: процент людей с количеством клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, которые прошли скрининг на криптококковую инфекцию; процент людей с положительным результатом скрининга на криптококковую инфекцию; и процент всех лечившихся от криптококковой инфекции среди людей с положительным результатом скрининга на эту инфекцию.

Обоснование

Для снижения смертности от причин, связанных со СПИДом, программы противодействия ВИЧ должны уделять особое внимание выявлению людей с ВИЧ-инфекцией в продвинутой стадии, предотвращению и лечению оппортунистических инфекций. Криптококковые инфекции — значимый фактор смертности и заболеваемости среди людей, живущих с ВИЧ, особенно у людей с количеством клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³ (показатель продвинутой стадии ВИЧ-инфекции). Данный индикатор служит целям эпидемиологического надзора в области скрининга, диагностики и лечения криптококковой инфекции — одной из наиболее распространенных оппортунистических инфекций среди людей с ВИЧ-инфекцией на продвинутой стадии.

Числитель

- A. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателями числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³ и с криптококковой инфекцией, которые получали лечение.
- B. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателем числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, у которых результат обследования на криптококковую инфекцию был положительным.
- C. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателем числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, которые проходили обследование на криптококковую инфекцию.

Знаменатель

- A. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателем числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, у которых результат обследования на криптококковую инфекцию был положительным.
- B. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателем числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³, которые проходили обследование на криптококковую инфекцию.
- C. Число людей, живущих с ВИЧ, с показателями числа клеток CD4 ниже 200 клеток/мм³.

Расчет

Числитель A/Знаменатель A

Числитель B/Знаменатель B

Числитель C/Знаменатель C

Метод измерения

На основании данных лабораторных информационных систем и медицинских карт людей, получающих лечение. Данные можно получить из учетных форм учреждений здравоохранения, форм извещения/учета выявленных случаев заболевания, лабораторных информационных систем.

Данные могут включать сведения о людях, делавших анализ для исследования клеток CD4 в 1-месячный срок после постановки первоначального диагноза, а также людей с повторными результатами исследования клеток CD4 при возобновлении медицинской помощи или в любой момент при приеме антиретровирусной терапии.

Частота измерений

Ежегодно.

Разбивка данных

Нет.

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор будет содействовать улучшению эпидемиологического надзора за одним из ключевых оппортунистических инфекционных заболеваний, выявлению людей с ВИЧ-инфекцией на продвинутой стадии и пониманию причин смертности среди людей, живущих с ВИЧ.

Недостатком этого индикатора является то, что он обеспечивает мониторинг только криптококковой инфекции. Другие распространенные оппортунистические инфекции, такие как туберкулез, гистоплазмоз и пневмонии, вызванные *Pneumocystis jirovecii*, с помощью этого индикатора не отслеживаются.

Дополнительная информация

Izco S, Garcia-Basteiro AL, Denning DW, Boulware DR, Penn-Nicholson A, Letang E. Management of advanced HIV disease in Africa (*«Ведение ВИЧ-инфекции на продвинутых стадиях в Африке»*). *Lancet HIV*. 2023;10(6):e358–e360.

Rajasingham R, Govender NP, Jordan A, Loyse A, Shroufi A, Denning DW, et al. The global burden of HIV-associated cryptococcal infection in adults in 2020: a modelling analysis (*«Глобальное бремя ВИЧ-ассоциированной криптококковой инфекции у взрослых в 2020 г.: моделирование и анализ»*). *Lancet Infect Dis*. 2022;22(12):1748–1755.

Guidelines for diagnosing, preventing and managing cryptococcal disease among adults, adolescents and children living with HIV (*«Руководство по диагностике, профилактике и лечению криптококковой инфекции у взрослых, подростков и детей, живущих с ВИЧ»*). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240052178> (на англ. яз.).

Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy (*«Рекомендации по ведению ВИЧ-инфекции на продвинутых стадиях и незамедлительному началу антиретровирусной терапии»*). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062> (на англ. яз.).

3.1 Тестирование на ВИЧ-инфекцию среди беременных женщин

Процент беременных женщин с известным ВИЧ-статусом

Что он измеряет

Охват на первом этапе каскада услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ.¹ Высокий охват позволяет начать предоставление медицинской помощи и лечения ВИЧ-положительным матерям на самых ранних этапах. Зная общее число женщин с известным ВИЧ-положительным статусом, можно получить число ВИЧ-инфицированных беременных для различных учреждений здравоохранения, чтобы на базе этих учреждений начать реализацию каскада услуг по профилактике вертикальной передачи ВИЧ.

Обоснование

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

Данные индикатора будут использованы в следующих целях: а) для отслеживания прогресса в достижении глобальных и национальных целевых показателей по прекращению вертикальной передачи ВИЧ; б) для разработки политики и планирования стратегически важных мер на основе этих данных; в) для адвокативной деятельности; и г) для оптимального использования всех ресурсов для быстрого наращивания охвата услугами. Данные помогут оценить тенденции в охвате антиретровирусной профилактикой и лечением. При наличии данных с разбивкой по режимам терапии, можно оценить прогресс в расширении наиболее эффективных режимов лечения и прогресс в охвате антиретровирусной терапией.

Числитель

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

Знаменатель

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

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель: программные данные, включая учетные/регистрационные формы беременных; учетную документацию родильных отделений.

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

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

Частота измерения

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

Разбивка данных

ВИЧ-статус/результаты тестирования:

- ВИЧ-положительный статус известен при поступлении в дородовое учреждение.
- Положительный результат теста на ВИЧ получен при первом обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности или во время схваток/родов. Здесь не учитываются женщины, которые уже знали о своем ВИЧ-положительном статусе до текущей беременности.
- Отрицательный результат теста на ВИЧ получен при первом обследовании в учреждении дородового наблюдения во время текущей беременности или во время схваток/родов. В случае неоднократного тестирования необходимо опираться на результаты последнего теста.

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

- Беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики.
-

¹ В данном документе под вертикальной передачей подразумевается передача ВИЧ ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. «Вертикальная передача» в этом документе используется в качестве более нейтрального, нестигматизирующего понятия вместо термина «передача от матери ребенку».

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

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

Дополнительная информация

Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis («Глобальное руководство по критериям и процессам валидации: полное прекращение передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку»). 2-е издание. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259517/9789241513272-eng.pdf;jsessionid=015C03A78EC01FA22E13641A3DE9B3E3?sequence=1>

3.2 Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев

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

Что он измеряет

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

Обоснование

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

Числитель

Число младенцев, которым проводился вирусологический тест на ВИЧ в течение первых двух месяцев жизни, на протяжении отчетного периода. Каждый младенец, прошедший обследование на ВИЧ, учитывается только один раз. Числитель не должен включать детей, обследованных после первых двух месяцев жизни.

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

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

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

Частота измерения

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

Разбивка данных

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

Пояснение числителя

Сбор данных для числителя следует осуществлять на основе баз данных диагностических лабораторий, проводящих раннее диагностическое обследование младенцев. Числитель должен представлять число младенцев, прошедших вирусологическое тестирование в течение 2 месяцев после рождения, а не число образцов, протестированных в лаборатории. Сводные данные должны быть сформированы с использованием баз данных лабораторий. По возможности, необходимо максимально сократить случаи двойного подсчета при агрегации данных с целью определения данных для национального уровня.

Ожидается, что число младенцев, прошедших более одного вирусологического теста в течение первых двух месяцев жизни, будет незначительным. Необходимо принять меры для включения в показатель данных из всех учреждений здравоохранения в государственном, частном и негосударственном секторах, которые проводят тестирование на ВИЧ среди младенцев, подверженных риску инфицирования ВИЧ. При высоком охвате услугами дородового ухода, принятии родов в условиях медицинских учреждений, проведении скрининга на ВИЧ в роддомах и центрах антенатальной помощи, а также при условии полноценной комплексной отчетности — программные данные можно применять для триангуляции с данными из любого источника.

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

Пояснение знаменателя

Это косвенный показатель числа младенцев, рожденных ВИЧ-положительными женщинами. Существует два метода расчета значения знаменателя:

1. Моделирование оценочного показателя, например, с помощью программного обеспечения Spectrum, в которой получаемый на выходе показатель числа беременных женщин, нуждающихся в услугах профилактики вертикальной передачи¹ ВИЧ, используется в качестве репрезентативных данных.
2. Если оценочные показатели не удается получить с помощью Spectrum, можно использовать следующий метод: общее число беременных женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (которое можно получить из оценочных показателей о рождаемости базы данных центрального статистического управления или Отдела по народонаселению ООН), умножить на самый последний показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин на национальном уровне (который можно получить на основе данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях дородового наблюдения, с соответствующими корректировками по охвату обследованиями в таких учреждениях).

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

Преимущества и недостатки

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

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

Разбивку данных по результатам тестирования нельзя использовать в качестве косвенных данных для общих показателей вертикальной передачи ВИЧ. При низком уровне охвата ранней диагностикой на ВИЧ младенцев в первые два месяца после рождения низкий процент положительных результатов среди протестированных младенцев не обязательно будет означать успешную реализацию соответствующих программ, так как эта выборка не включает данные о многих других младенцах, которым тестирование не проводилось, но которые также могли подвергаться риску инфицирования ВИЧ.

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

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Дополнительная информация

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

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

¹ В данном документе под вертикальной передачей подразумевается передача ВИЧ ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. «Вертикальная передача» в этом документе используется в качестве более нейтрального, нестигматизирующего понятия вместо термина «передача от матери ребенку».

3.3 Вертикальная передача ВИЧ

Оценочный показатель процентного числа новых случаев инфицирования ВИЧ у детей в результате вертикальной передачи¹ за последние 12 месяцев.

Что он измеряет

При сравнении с данными за предыдущие годы, этот индикатор показывает, какое воздействие оказывают меры по предоставлению женщинам антиретровирусных препаратов и удержанию их в программах медицинской помощи на снижение частоты вертикальной передачи ВИЧ.

Обоснование

Принимаются меры для расширения доступа к вмешательствам, позволяющим значительно снизить частоту вертикальной передачи ВИЧ — к ним относятся, в частности, назначение различных схем лечения антиретровирусными препаратами, а также расширение консультирования по вопросам грудного вскармливания. Необходимо оценить уровень воздействия мероприятий, направленных на профилактику вертикальной передачи ВИЧ, в сокращении числа новых случаев вертикальной передачи ВИЧ.

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

Числитель

Оценочное число новых случаев вертикальной передачи ВИЧ среди детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами, в течение последних 12 месяцев (Хотя знаменатель ограничен рожденьями за последние 12 месяцев, в числителе могут быть дети, инфицированные ВИЧ в период грудного вскармливания, и, таким образом, рождение могло произойти более чем на 12 месяцев раньше. Таким образом, показатель фактически представляет собой соотношение, а не истинный процент.)

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

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

Вероятность вертикальной передачи ВИЧ зависит от сроков начала антиретровирусной терапии, от применяемых режимов антиретровирусной терапии и практик грудного вскармливания. Частоту передачи ВИЧ можно рассчитать с помощью программного обеспечения Spectrum. При этом используют следующую информацию:

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

Оценочный национальный показатель частоты вертикальной передачи ВИЧ (популяционного уровня) выводится в отчетах Spectrum в итоговом окне по профилактике вертикальной передачи ВИЧ. Эту переменную также можно рассчитать с помощью Spectrum. Для этого необходимо разделить число новых случаев ВИЧ-инфекции у детей, инфицированных вследствие вертикальной передачи ВИЧ, на число женщин, нуждающихся в услугах профилактики вертикальной передачи ВИЧ.

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

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

¹ В данном документе под вертикальной передачей подразумевается передача ВИЧ ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. «Вертикальная передача» в этом документе используется в качестве более нейтрального, нестигматизирующего понятия вместо термина «передача от матери ребенку».

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

нет

Запрашиваемая дополнительная информация

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

Преимущества и недостатки

Преимущества. Этот показатель позволяет определять эффективность программ профилактики вертикальной передачи ВИЧ в долгосрочной перспективе. Предпочтительно использовать смоделированный оценочный показатель, поскольку измерить этот индикатор прямым методом очень тяжело. Использование смоделированного оценочного показателя позволяет разрешить сразу несколько проблем:

1. Отслеживать пары «мать—ребенок» сложно, особенно на национальном уровне, по причине задержек в сообщении данных, а также из-за наличия большого количества различных учреждений, в которые могут обращаться такие пары для получения самых разных услуг, необходимых для профилактики вертикальной передачи ВИЧ и лечения ребенка, за весь период наблюдения.
2. Дети (особенно дети, живущие с ВИЧ) могут умереть до того, как пройдут обследование на ВИЧ, которое покажет, произошла ли передача инфекции.
3. Непосредственно измеряемый показатель не учитывает тех женщин и их детей, которые не обращаются в программы (в частности, возможно, из-за сильной стигматизации в обществе).
4. Большинство непосредственно измеряемых показателей не будут учитывать женщин, у которых сероконверсия произошла в период грудного вскармливания.

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

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

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

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines> (на англ. яз.).

3.4 Профилактика вертикальной передачи ВИЧ

Процент беременных женщин, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусные препараты для снижения риска вертикальной передачи¹ ВИЧ

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в профилактике вертикальной передачи ВИЧ во время беременности и родов за счет применения антиретровирусных препаратов.

Этот индикатор позволяет странам осуществлять мониторинг охвата беременных женщин, живущих с ВИЧ, программами, инициирующими прием антиретровирусных препаратов для снижения риска передачи ВИЧ новорожденным в период беременности, родов и грудного вскармливания. Так как этот показатель обычно измеряет отпуск антиретровирусных препаратов, а не их реальное употребление, то уровень приверженности/точность соблюдения назначенного режима терапии в большинстве случаев определить невозможно.

Обоснование

Предоставление антиретровирусных препаратов женщинам, живущим с ВИЧ — до зачатия ребенка либо во время беременности и грудного вскармливания — может значительно снизить риск вертикальной передачи ВИЧ. Наибольшая эффективность достигается при применении антиретровирусных препаратов до зачатия ребенка, и при тщательном соблюдении режима их приема на протяжении всего периода, включая грудное вскармливание. Данный индикатор может использоваться в следующих целях: (1) для отслеживания прогресса в достижении целей, принятых на глобальном и страновом уровнях, по искоренению вертикальной передачи ВИЧ; (2) чтобы обеспечить разработку и реализацию соответствующей политики и стратегического планирование; (3) чтобы использовать эти данные в адвокативной работе, а также (4) чтобы оптимально использовать имеющиеся ресурсы для наращивания масштабов реализации услуг.

Числитель

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

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

Знаменатель

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

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

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

Знаменатель. Модели расчета оценочных показателей с помощью программного обеспечения Spectrum или эпиднадзорные обследования в учреждениях родового наблюдения, наряду с демографическими данными, скорректированными с учетом охвата обследованиями в таких учреждениях.

Частота измерения

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

Разбивка данных

Данные для числителя следует представлять с разбивкой по основным режимам терапии, описанным ниже

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет.

¹ В данном документе под вертикальной передачей подразумевается передача ВИЧ ребенку во время беременности, родов или грудного вскармливания. «Вертикальная передача» в этом документе используется в качестве более нейтрального, нестигматизирующего понятия вместо термина «передача от матери ребенку».

Пояснение числителя

Данные числителя следует разбить по указанным ниже категориям. Нельзя дублировать данные; каждую женщину можно включить только в одну из следующих ячеек:

1. Впервые начали принимать антиретровирусную терапию во время текущей беременности.
2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности.
3. Другое (укажите схему лечения).

Описание схем терапии по категориям

Категории	Дополнительная информация	Типичные примеры
Первые две категории включают женщин, получающих антиретровирусную терапию пожизненно (включая вариант Б+), которые: 1. Впервые начали курс антиретровирусной терапии во время текущей беременности. 2. Уже получали антиретровирусную терапию до наступления текущей беременности.	Режим с приемом трех препаратов, предназначенный для антиретровирусной терапии на протяжении всей жизни: 1. Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, выявленных в течение отчетного периода, начинающих пожизненный курс антиретровирусной терапии. 2. Число беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые уже получали антиретровирусную терапию до первого визита в клинику дородового наблюдения. Если женщина начинает получать пожизненную антиретровирусную терапию во время родов, ее относят в категорию 1. Если нет данных о количестве женщин, получающих антиретровирусную терапию, с разбивкой по времени, когда они начали принимать терапию, то общее число этих женщин можно указать в ячейке под названием «Общее число беременных женщин, получающих антиретровирусную терапию пожизненно».	Стандартная национальная схема лечения, например: ▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ.
3. Если назначался другой режим, не предусматривающий пожизненную терапию, пожалуйста, укажите этот режим (с помощью одного из нижеприведенных вариантов) и число женщин, получающих этот альтернативный режим.		
Профилактика для матери с применением трех антиретровирусных препаратов (компонент профилактики во время беременности и в родах, вариант Б в рекомендациях Всемирной организации здравоохранения)	Режим с приемом трех препаратов для профилактики вертикальной передачи ВИЧ, который начат во время беременности или прямо во время схваток или в родах и должен завершиться после окончания периода грудного вскармливания (или после родов — если грудное вскармливание не осуществляется). В случае если женщина первый раз получает тройную антиретровирусную терапию во время схваток или в родах, ее все равно следует зачислить в эту категорию, если данное медицинское учреждение применяет вариант Б.	▪ ТДФ + ЗТС + ЭФВ ▪ АЗТ + ЗТС + ЭФВ ▪ АЗТ + ЗТС + ЛПВ/р
Профилактика для матери с применением препарата АЗТ (компонент профилактики во время беременности и в родах по варианту А в рекомендациях ВОЗ)	Режим профилактики с применением препарата АЗТ (или другого нуклеозидного ингибитора обратной транскриптазы/ НИОТ), начатый с 14-й недели беременности либо во время схваток или в родах, для профилактики вертикальной передачи ВИЧ. В случае если женщина первый раз получает этот курс во время схваток или в родах, ее все равно следует зачислить в эту категорию, если данное медицинское учреждение применяет вариант А.	▪ АЗТ в любое время до начала схваток + невирапин интранатально ▪ АЗТ в любое время до начала схваток + НВП интранатально + 7-дневный курс АЗТ+ЗТС в послеродовой период
Невирапин в однократной дозе для матери в период беременности или родов	▪ Считается в том случае, если невирапин — единственный препарат, который ВИЧ-положительная беременная женщина получала во время беременности, в период схваток или в родах. К этому режиму не относятся следующие случаи: ▪ Невирапин дается во время беременности в соответствии с вариантом А. ▪ ВИЧ-положительная беременная женщина начинает курс терапии в соответствии с вариантом А, Б или Б+ в момент схваток или родов.	▪ Только невирапин в однократной дозе для матери при наступлении схваток. ▪ Только однократная доза невирапина + 7-дневный послеродовой курс АЗТ+ЗТС. ▪ Только однократная доза невирапина для матери в начале родов и невирапин в однократной дозе для ребенка.

Пояснение знаменателя

Существует два метода расчета оценочного значения знаменателя. Первый метод — это моделирование показателя, например, с помощью программного обеспечения Spectrum; используется показатель на выходе: «число беременных женщин, нуждающихся в услугах профилактики вертикальной передачи ВИЧ». Этот индикатор рассчитывается как число родов у женщин, живущих с ВИЧ.

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

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

Преимущества и недостатки

Странам рекомендуется отслеживать и сообщать число женщин, получающих разные режимы терапии, с разбивкой по срокам начала АРТ, чтобы можно было смоделировать уровень воздействия антиретровирусных препаратов на частоту вертикальной передачи ВИЧ (см. индикатор 3.3, отражающий число случаев передачи ВИЧ ребенку). При расчетах числителя необходимо удалять дублирующиеся данные о женщинах, которые посещают несколько клиник в период беременности.

Дополнительная информация

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ — это динамично развивающаяся программная область, и методы мониторинга охвата этими услугами профилактики также развиваются и совершенствуются. Актуальную информацию можно найти по указанным ссылкам:

Публикации о вертикальной передаче ВИЧ. Опубликовано на веб-сайте ВОЗ—Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://www.who.int/initiatives/triple-elimination-initiative-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-syphilis-and-hepatitis-b/validation> (на англ. яз.)

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/consolidated-hiv-strategic-information-guidelines> (на англ. яз.).

3.5 Сифилис среди беременных женщин

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

Что он измеряет

- А. Процент женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли тестирование на сифилис.
- Б. Процент женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли тестирование на сифилис и получили положительные серологические результаты исследования на сифилис.
- В. Процент беременных женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения, у которых серологические реакции на сифилис были положительными (реактивными), и которые получили адекватное лечение.

Обоснование

Охват тестированием (скринингом); распространенность сифилиса среди женщин, пользующихся услугами дородового наблюдения; и охват лечением — всё это ключевые индикаторы для оценки достигнутого в стране прогресса в ликвидации вертикальной передачи сифилиса. На страновом уровне эти данные можно использовать для выявления областей, в которых сильнее всего необходимы комплексные вмешательства по профилактике врожденного сифилиса. На глобальном уровне эти данные также используются для оценки перинатальной смертности и заболеваемости, связанной с сифилисом, которые можно предотвратить с помощью эффективных программ искоренения вертикальной передачи сифилиса.

- А. Тестирование всех беременных женщин на сифилис на ранних сроках беременности важно для здоровья матери и плода. Этот индикатор также помогает обеспечить мониторинг качества работы служб дородовой помощи и услуг по профилактике инфекций, передаваемых половым путем (включая ВИЧ), среди беременных женщин.
- Б. Распространенность сифилиса среди женщин, обращающихся в службы дородового наблюдения, может быть показателем для выявления внутри страны областей, которые требуют дополнительного внимания и поддержки. Это может служить индикатором раннего оповещения о потенциальных изменениях в динамике передачи ВИЧ и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), среди общего населения. Эти данные также являются важным источником информации при разработке национальных, региональных и глобальных оценочных показателей заболеваемости и распространенности сифилиса и врожденного сифилиса.
- В. Лечение женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, у которых оказался положительный результат тестирования на сифилис, является важнейшим условием для сокращения вертикальной передачи сифилиса.

Числитель

- А. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли исследование на сифилис.
- Б. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли исследование и получили положительный результат теста на сифилис.
- В. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения и имеющих положительный результат обследования на сифилис, которые получили хотя бы одну дозу бензатина бензилпенициллина (2,4 млн единиц) внутримышечно.

Знаменатель

- А. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения.
- Б. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли исследование на сифилис.
- В. Число женщин, обратившихся в службы дородового наблюдения, которые прошли исследование и получили положительный результат теста на сифилис.

Расчет

Числитель / Знаменатель (для А, Б и В соответственно)

Метод измерения

А. Все беременные женщины должны проходить обследование на сифилис при первом обращении в клинику дородового наблюдения. В идеале, странам следует сообщать данные о прохождении женщинами тестирования как при первом, так и при любом другом обращении в клинику. Странам, которые не имеют возможности определить, было ли тестирование проведено при первом или при любом другом обращении, все равно следует сообщать данные по этому индикатору. Однако при этом следует удостовериться в том, что о сообщаемых данных четко указано, что обследование могло проводиться при любом обращении в клинику. Данные по этому индикатору необходимо измерять ежегодно.

Тестирование (скрининг) может проводиться с использованием нетрепонемных тестов, позволяющих измерить количество реактивных антител в крови (таких как специализированная проба на сифилис [VDRL-тест] или экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови [РПР]), или трепонемных тестов, позволяющих измерить уровень трепонемных антител (таких как проба гемагглютинации трепонемы паллидум [ГАТП], проба агглютинации трепонемы паллидум [ГАТП], иммуноферментный анализ или быстрые трепонемные тесты). Для этого индикатора достаточно провести обследование любым видом тестов, однако рекомендуется провести оба.

В идеале, следует использовать агрегированные данные национальных программ, собранные на основе данных медицинских учреждений. Однако если таких данных нет, можно представить данные дозорного эпиднадзора или данные специальных исследований. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные национальной программы по всем 12 регионам).

Б. Положительный серостатус на сифилис определяется как положительный результат тестирования с использованием нетрепонемных или трепонемных тестов, либо, в идеале, тестов обоих видов в комплексе. Важно сообщить, какой алгоритм тестирования (скрининга) обычно используется в вашей стране. Вид теста является одним из факторов при анализе данных. Для целей этого индикатора (измеряющего серопозитивность) допустимо сообщение о положительном результате на основании проведения одного теста. Если у конкретного пациента имеются результаты как нетрепонемного, так и трепонемного теста, то положительный серостатус на сифилис определяется как положительный результат обоих тестов.

Можно использовать следующие источники данных: данные национальных программ, собранные из данных медицинских учреждений, данные эпидемиологического надзора или данные специальных обследований. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные дозорного эпидемиологического надзора о всех женщинах, обратившихся в службы дородового наблюдения в двух из 10 регионов).

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

В. Беременные женщины с положительным результатом тестирования на сифилис должны быть пролечены бензатинбензилпенициллином, в идеале — в тот же день, когда проведено обследование, для профилактики вертикальной передачи сифилиса. Для целей данного индикатора достаточно задокументированной разовой дозы пенициллина. Лечение сифилиса у беременных женщин должно проводиться согласно национальным рекомендациям по лечению. Для интерпретации тенденций в лечении необходимо знать, какие применяются практики и политика в области лечения.

В разделе для комментариев укажите источник ваших данных и охват.

Частота измерения

Ежегодно.

Разбивка данных

- Прошедшие обследование при любом обращении; прошедшие обследование при первом обращении.
 - Возраст (15–24 лет и 25+ лет).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Пожалуйста, предоставьте информацию, какой вид тестов используются чаще всего при первом визите к врачу и проводятся ли подтверждающие тесты. Если подтверждающие тесты проводятся, укажите, пожалуйста, процент женщин, которым делался подтверждающий тест. В комментарии укажите также, можно ли считать предоставляемые вами данные репрезентативными для всей страны в целом и входят ли в них данные от частных учреждений, предоставляющих услуги дородовой помощи. Приложите все имеющиеся отчеты по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

При наличии данных о том, на каком сроке беременности женщина проходит тестирование и сколько времени проходит между тестированием и лечением, представьте, пожалуйста, эти данные.

Преимущества и недостатки

Программы, в которых отдельно проводится тестирование беременных женщин на сифилис и ВИЧ, должны сотрудничать, чтобы обеспечить слаженную и эффективную работу. Для профилактики врожденного сифилиса требуется проведение обследований на ранних сроках беременности, поскольку сифилис может стать причиной рождения мертвого плода во втором триместре. Если известно, что женщины проходят тестирование на поздних сроках беременности, это может указывать на низкую обращаемость в службы дородового наблюдения на ранних сроках или на то, что тестирование на ранних сроках не проводится.

Знание того, какие практики тестирования применяются в конкретной стране (например, каково процентное соотношение при использовании трепонемных и нетрепонемных тестов) и какие изменения наблюдались за весь период наблюдения, необходимо для интерпретации тенденций в динамике заболеваемости.

Дополнительная информация

WHO guidelines on syphilis screening and treatment of pregnant women («Руководство ВОЗ по скринингу и лечению сифилиса у беременных женщин»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550093> (на англ. яз.).

«Двойные диагностические экспресс-тесты на ВИЧ/сифилис могут использоваться в качестве тестов первой линии в ходе дородового наблюдения». Краткий обзор политики. Женева: Всемирная организация здравоохранения; ноябрь 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329965/WHO-CDS-HIV-19.38-rus.pdf?sequence=26&isAllowed=y>

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированным подходам в стратегически значимой информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315> (на англ. яз.).

Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ликвидации передачи от матери ребенку ВИЧ-инфекции, сифилиса и вируса гепатита В. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379571/9789289061254-rus.pdf?sequence=1>.

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance («Рамочная структура для мониторинга инфекций, передающихся половым путем, и усиления эпиднадзора»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

Analysis and use of health facility data: guidance for maternal, newborn, child and adolescent health programme managers («Анализ и использование данных учреждений здравоохранения: руководство для специалистов программ охраны здоровья матерей, новорожденных, детей и подростков»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373826/9789240080331-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV («Проведение диагностических исследований в лабораториях и по месту обращения пациента на инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services («Обновленные рекомендации по лечению заболеваний, вызываемых *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Treponema pallidum* (сифилис), и новые рекомендации по проведению обследований на сифилис и предоставлению услуг партнерам»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

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

Число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса на 100 000 родов, закончившихся появлением живого ребенка, за отчетный 12-месячный период

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в искоренении случаев вертикальной передачи сифилиса

Обоснование

При отсутствии лечения заболевание сифилисом во время беременности может привести к рождению мертвого плода, смерти новорожденного и заболеванию врожденным сифилисом (что в целом определяется как врожденный сифилис). При невылеченной сифилитической инфекции риск вертикальной передачи ВИЧ во время беременности также возрастает. Учитывая высокую эффективность, простоту и низкую затратность проведения обследования и лечения сифилиса, целый ряд международных и региональных инициатив направлен на искоренение вертикальной передачи сифилиса. Показатели заболеваемости врожденным сифилисом позволяют оценить эффективность национальной системы эпиднадзора и уровень воздействия программных мер, направленных на ликвидацию вертикальной передачи сифилиса.

Числитель

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

Знаменатель

Число детей, родившихся живыми, за последние 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного сбора данных в информационных системах здравоохранения

Частота измерения

Ежегодно.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

В разделе для комментариев необходимо привести определение случая врожденного сифилиса, которое применяется в вашей стране при регистрации выявленных случаев. В частности, странам следует указать, учитываются ли случаи мертворождения в применяемом национальном определении. В разделе для комментариев укажите, пожалуйста, насколько репрезентативными могут считаться эти данные для страны в целом. Если страна не сможет предоставить сведения по знаменателю, ВОЗ использует знаменатель, полученный на основе данных Отдела народонаселения ООН.

Преимущества и недостатки

Диагностика врожденного сифилиса наиболее надежна при использовании специальных диагностических тестов. К сожалению, эти тесты не всегда есть в наличии даже в странах с высоким уровнем доходов. Поэтому в большинстве стран диагноз ставят на основе анамнеза, обследований и лечения матери, а также клинического обследования младенца, что затрудняет эпидемиологический надзор.

Принимая во внимание трудности, связанные с диагностикой врожденного сифилиса, а также в зависимости от используемого определения случая заболевания, проблема может быть связана с предоставлением завышенных или заниженных данных. При анализе показателей заболеваемости врожденным сифилисом за весь период наблюдения всегда следует учитывать вероятные погрешности таких отчетных данных.

Дополнительная информация

Глобальное руководство по критериям и процессам валидации ликвидации передачи от матери ребенку ВИЧ-инфекции, сифилиса и вируса гепатита В. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379571/9789289061254-rus.pdf?sequence=1>.

3.7 Вирусный гепатит В у беременных женщин, обращающихся в службы дородового ухода

Процентное число женщин, обратившихся в службы дородового ухода, у которых проводилось тестирование на вирусный гепатит В (ВГВ), было выявлено наличие ВГВ, выполнена оценка соответствия критериям для назначения лечения, и проведено лечение от ВГВ

Что он измеряет

- А. Процент женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые прошли тестирование на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg).
- Б. Процент женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые прошли тестирование на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg) с положительным результатом теста.
- В. Процент женщин, обратившихся в службы дородового ухода и имеющих положительный результат теста на HBsAg, которые прошли дополнительное тестирование на ДНК вируса гепатита В или, при отсутствии данного теста, — на HBe-антиген вируса гепатита В (HBeAg).
- Г. Процент женщин среди посетительниц служб дородового ухода, соответствующих критериям для назначения лечения, которые получали лечение, предусмотренное национальными директивными документами, в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Обоснование

- А. Тестирование беременных женщин на ВГВ во время беременности необходимо для охраны здоровья самих женщин; кроме того, это первый шаг для профилактики передачи ВГВ от матери ребенку. Знать показатели охвата тестированием необходимо для оценки качества всего спектра услуг дородовой помощи. Данный индикатор также может служить для мониторинга программных целевых показателей, которые используются для валидации в странах, имеющих политику вакцинации против ВГВ при рождении (по показаниям).
- Б. Число позитивных результатов при тестировании на HBsAg среди посетительниц женских консультаций и других учреждений дородовой помощи может использоваться для мониторинга распространенности ВГВ среди этой группы населения и служить показателем для оценки бремени ВГВ среди беременных женщин.
- В. Дополнительное тестирование на различные маркеры ВГВ поможет выявить женщин, соответствующих критериям для назначения лечения, при наличии высокого риска передачи ВГВ от матери ребенку, когда необходимы дополнительные вмешательства.
- Г. Не все беременные женщины с положительным результатом теста на HBsAg соответствуют критериям для назначения лечения в целях снижения риска передачи ВГВ от матери ребенку. Охват лечением — еще один показатель стабильно высокого качества услуг в рамках всего цикла дородового ухода. Данный индикатор также может служить для мониторинга программных целевых показателей, которые используются для валидации в странах, имеющих политику вакцинации против ВГВ при рождении (по показаниям).

Числитель

- А. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые прошли тестирование на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg).
- Б. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые получили положительный результат при тестировании на HBsAg.
- В. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые получили положительный результат при тестировании на HbsAg и затем прошли тестирование на ДНК вируса гепатита В и/или на HBe-антиген ВГВ (HBeAg).
- Г. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые соответствовали критериям для назначения лечения и получили противовирусное лечение.

Знаменатель

- А. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода.
- Б. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые прошли тестирование на поверхностный антиген ВГВ (HBsAg).
- В. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые получили положительный результат при тестировании на HBsAg.
- Г. Число беременных женщин, обратившихся в службы дородового ухода, которые соответствовали критериям для назначения противовирусного лечения.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

- А. В идеале, следует использовать агрегированные данные национальных программ, собранные на основе данных медицинских учреждений. Но если таких данных нет, можно представить данные дозорного эпиднадзора или данные специальных исследований. В таком случае укажите источник и охват ваших данных, а в разделе для комментариев поясните, насколько эти данные можно считать репрезентативными для понимания ситуации в общенациональном уровне.
- Б. Можно использовать следующие источники данных: агрегированные данные национальных программ, собранные на основе данных медицинских учреждений; данные эпидемиологического надзора или специальных обследований с использованием серологических тестов. В разделе для комментариев укажите источник и охват ваших данных (например, данные дозорного эпидемиологического надзора о всех женщинах, обратившихся в службы дородового наблюдения в двух из 10 регионов).
- В. В идеале, следует использовать агрегированные данные национальных программ, собранные на основе данных медицинских учреждений. Но если таких данных нет, можно представить данные дозорного эпиднадзора или данные специальных исследований. В таком случае укажите источник и охват ваших данных, а в разделе для комментариев поясните, насколько эти данные можно считать репрезентативными для понимания ситуации в общенациональном уровне.
- Г. Не все беременные женщины с положительным результатом теста на HBsAg соответствуют критериям для назначения лечения. Соответствие критериям для проведения лечения определяется на основе имеющихся дополнительных тестов (см. перечень ресурсов в разделе «Дополнительная информация»). Таким образом, охват лечением определяется исходя из числа беременных женщин, которые соответствуют критериям для получения этого лечения.

Частота измерения

Данные необходимо регистрировать ежедневно и сообщать на национальный или субнациональный уровень в рамках системы квартальной отчетности. Консолидированные данные необходимо ежегодно предоставлять в ВОЗ.

Разбивка данных

Возраст (15–24 лет и 25+ лет)

Преимущества и недостатки

Высокие значения по данному индикатору свидетельствуют о хорошей интегрированности услуг дородового наблюдения с услугами по профилактике передачи вирусного гепатита В от матери ребенку.

Низкие значения по данному индикатору свидетельствуют о низком охвате, недоступности или о плохой интеграции служб, предоставляющих услуги тестирования и наблюдения. Однако не дают представления о том, с чем связана эта проблема.

На основе программных данных нельзя получить информацию о доступе ключевых групп населения к услугам.

Особые аспекты по субиндикаторам:

- А. Для повышения эффективности программ дородового наблюдения они должны обеспечивать скоординированное тестирование на вирусный гепатит В, сифилис и ВИЧ-инфекцию.
- Б. Во многих странах, наиболее сильно затронутых ВГВ, нет возможности получить готовые данные о положительных результатах тестирования на поверхностный антиген вируса гепатита В (HBsAg) среди беременных женщин из рутинной отчетности в системе здравоохранения. Чтобы интерпретировать и сравнивать тенденции в распространении заболевания, необходимо знать, какие методы тестирования используются на практике в данной стране.
- В. Не всегда в учреждениях здравоохранения есть тесты для выявления людей, соответствующих критериям для назначения лечения, и тесты для определения риска передачи ВГВ от матери ребенку среди женщин, обращающихся в службы дородового наблюдения; либо результаты таких тестов не всегда отслеживаются учреждениями здравоохранения в рамках рутинной системы отчетности.
- Г. Оценка охвата лечением зависит от надлежащего применения критериев для назначения лечения.

Запрашиваемая дополнительная информация

По разделу «Метод измерения» (см. выше) просим пояснить, являются ли предоставляемые вами данные рутинными программными данными, репрезентативными для понимания ситуации на общенациональном уровне.

Дополнительная информация

Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection («Рекомендации по профилактике, уходу и лечению лиц с хронической инфекцией гепатита В»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/policy-brief-prevention-care-treatment-persons-chronic-hep-b-WHO-HIV-2015-5> (на англ. яз.).

Prevention of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: guidelines on antiviral prophylaxis in pregnancy («Профилактика передачи вирусного гепатита В от матери ребенку: рекомендации по противовирусной профилактике во время беременности»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333391/9789240002708-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (на англ. яз.).

4.1 Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди ключевых групп населения

Процент людей из какой-либо ключевой группы населения, которые сообщают о том, что они подвергались физическому и/или сексуальному насилию в течение прошедших 12 месяцев.

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А. Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди секс-работников.
- Б. Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- В. Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Опыт столкновения с физическим и/или сексуальным насилием среди трансгендерных людей.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении физического и сексуального насилия среди ключевых групп населения.

Обоснование

Во всем мире высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения — таких как секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; и трансгендерные люди, — вывели проблему гендерного насилия в число острых и актуальных. Люди всё больше осознают, что глубоко укоренившееся, широко распространенное гендерное неравенство, проявлением которого является и насилие по гендерному признаку, — это тот базовый фактор, с которым связан риск инфицирования и их уязвимость по отношению к ВИЧ-инфекции.

Существует множество прямых и косвенных взаимосвязей между насилием и распространением ВИЧ. Как указывают исследования, проведенные в самых разных странах, насилию в той или иной форме в какой-то момент жизни подвергаются многие секс-работники, геи и другие мужчины, имеющие секс с мужчинами, люди, употребляющие инъекционные наркотики, и трансгендерные люди. Результаты исследований также подтверждают, что насилие препятствует развитию услуг по профилактике, уходу и лечению ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Числитель

Число людей в ключевой группе населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; или трансгендерные люди), которые указали, что один из указанных инцидентов происходил с ними хотя бы раз за истекшие 12 месяцев

Знаменатель

Общее количество респондентов из ключевой группы населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Эпиднадзорные поведенческие обследования или другие специальные обследования. Индикаторы А–Г построены на основе ответов, полученных от респондентов, которые подтвердили принадлежность к какой-либо из ключевых групп населения (а именно: секс-работникам; мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами; людям, употребляющим наркотики инъекционным путем; трансгендерным людям). Респонденты отвечали на следующие вопросы:

- Сколько раз за последние 12 месяцев кто-либо наносил вам телесные повреждения — например, ударил или душил вас, или угрожал вам ножом либо другим оружием? (такого не случилось за последние 12 месяцев; случилось один раз; 2–5 раз; 6–10 раз; 10 и более раз; не знаю; отказываюсь отвечать) и/или
- Сколько раз за последние 12 месяцев кто-либо обманывал вас, лгал или угрожал вам с целью принудить к сексу, когда вы этого не желали? (такого не случилось за последние 12 месяцев; случилось один раз; 2–5 раз; 6–10 раз; 10 и более раз; не знаю; отказываюсь отвечать)

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- **А, Б, В, Г:** возраст (<25 лет, 25+ лет).
- **А и В:** гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).
- **Г:** трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие.

Запрашиваемая дополнительная информация

Приложите все имеющиеся отчеты по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов. В отчет по данному показателю необходимо включить информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также о любых относящихся к этому проблемам.

Если имеются субнациональные данные, пожалуйста, укажите дезагрегацию по административным районам, городам или участкам в отведенном месте.

Преимущества и недостатки

Эти индикаторы непосредственно измеряют, как часто подвергаются физическому и/или сексуальному насилию представители ключевых групп населения (а именно: секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди). Эти индикаторы рассчитываются на основе полученных от респондентов ответов на два вопроса. Вопросы были составлены экспертами на основании уже имеющихся, прошедших валидацию инструментах измерения насилия в отношении ключевых групп населения. Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: увеличение данных о распространенности указывает на рост физического и/или сексуального насилия по отношению к ключевым группам населения и на необходимость принятия мер для устранения этого; а уменьшение показателей распространенности указывает на достигнутый прогресс в сокращении насилия по отношению к ключевым группам населения.

При выполнении комплексных биоповеденческих обследований используется метод под названием «выборка, управляемая респондентом». Эта методология выборки дает возможность исследователям системно получать информацию от таких групп населения, которые, как правило, являются малодоступными, и других способов контактировать с ними нет. Поскольку выборка, управляемая респондентом, относится к методам вероятностной выборки, у исследователей есть возможность дать непредвзятые оценочные данные по группам населения, а также измерить точность таких оценок. Выборка, управляемая респондентом, бывает особенно эффективной в условиях быстрого набора респондентов при большой плотности групп населения, в урбанизированной среде. Однако в разрозненных малодоступных группах населения, когда члены группы не связаны между собой хорошо развитой сетью контактов, или же в случае чрезвычайно жесткой стигматизации в отношении определенных ключевых групп населения, показатели отбора респондентов с помощью метода выборки, управляемой респондентом, прогнозировать бывает трудно.

К другим недостаткам при использовании метода выборки, управляемой респондентом, можно отнести возможные проблемы с анализом собранных данных. Например, поскольку выборку, управляемую респондентом, необходимо производить с учетом средневзвешенного размера группы и того, каким способом набираются респонденты, статистическая сила выборки применительно к целевой группе населения уменьшается, если ее участники отбирают только людей с такими же характеристиками, как у них самих.

Дополнительная информация

Buller AM, Devries KM, Howard LM, Bacchus LJ. Associations between intimate partner violence and health among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis («Связь между насилием со стороны интимного партнера и состоянием здоровья среди мужчин, имеющих секс с мужчинами: систематический обзор и мета-анализ»). *PLoS Med.* 2014 (Mar);11(3):e1001609 (на англ. яз.).

Bhattacharjee P, Morales G, Kilonzo T, Dayton R, Musundi R, Mbole J et al. Can a national government implement a violence prevention and response strategy for key populations in a criminalized setting? A case study from Kenya («Может ли правительство страны реализовать стратегию профилактики и противодействия насилию в отношении ключевых групп населения в криминогенной среде? Исследование на основе конкретных примеров (кейсов) из Кении»). *J Intl AIDS Soc.* 2018. 21(S5):e25122 (на англ. яз.).

Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers («Систематический обзор факторов, имеющих корреляцию с насилием в отношении секс-работников»). *Am J Public Health.* 2014 (May);104(5):e42-e54 (на англ. яз.).

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения комплексных биоповеденческих обследований (в том числе о выборке, управляемой респондентом) доступна по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2>

4.2 Отношение к насилию против женщин

Процент женщин и мужчин в возрасте от 15 до 49 лет, которые согласны с тем, что мужу в определенных случаях можно ударить или побить свою жену

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в обеспечении гендерного равенства

Обоснование

Гендерное неравенство продолжает воздвигать барьеры на пути к достижению глобальных целей по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году. Гендерные нормы, построенные на отношениях неравенства и предписывающие женщинам и мужчинам строго определенные роли в обществе (наряду с гендерным неравенством в сферах образования и трудоустройства), приводят к тому, что стратегии профилактики ВИЧ среди женщин, девочек, гендерных и сексуальных меньшинств становятся крайне ограниченными. Страх, пережитое насилие и дисбаланс власти в отношениях также повышают уязвимость к ВИЧ-инфекции среди представителей этих групп — ведь доступ к услугам, связанным с ВИЧ, для них ограничен, и нет возможности обеспечить приверженность — то есть в полном объеме выполнять все предписанные меры и назначения для профилактики или лечения ВИЧ-инфекции. Поэтому ВИЧ-инфекция затрагивает их намного больше, чем остальных. Поэтому и расширение программ, направленных на укрепление гендерного равенства и активизацию усилий по обеспечению гендерного равноправия, имеет решающее значение для искоренения СПИДа как глобальной угрозы в сфере общественного здравоохранения до 2030 года.

Числитель

Количество респондентов, которые согласны хотя бы с одним из приводимых утверждений

Знаменатель

Общее количество респондентов

Вычисление

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Демографические обследования населения. Индикатор строится на основе полученных от респондентов ответов на следующий вопрос:

Как по-вашему, оправданы ли действия мужа, если он ударит или побьет свою жену в следующих случаях?

- Если она отправилась прогуляться, не сказав ему об этом? (да, нет, не знаю)
- Если она не смотрит за детьми? (да, нет, не знаю)
- Если она с ним спорит? (да, нет, не знаю)
- Если она отказывается заниматься с ним сексом? (да, нет, не знаю)
- Если у нее еда подгорела? (да, нет, не знаю)

В числитель включаются респонденты, которые выразили согласие с одной или несколькими из предложенных ситуаций.

Частота измерения

Через каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет).
 - Пол / гендер (мужчины, женщины).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Этот индикатор опосредованно измеряет построенные на отношениях неравенства гендерные нормы, которые связаны с повышенным риском инфицирования ВИЧ и с насилием. Индикатор рассчитывается на основе ответов респондентов на валидированный вопрос, который уже много лет включается в анкеты в выборочных репрезентативных демографических обследованиях. Этот индикатор будет предусматривать генерализацию данных на уровне взрослого населения страны, поскольку он основан на данных произвольной выборки общего населения. Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: увеличение распространенности указывает на рост негативных гендерных норм, что может свидетельствовать о расширении гендерного неравенства в стране и о необходимости принятия мер для противодействия этому; а уменьшение показателей распространенности указывает на достигнутый прогресс в обеспечении гендерного равенства.

Данный индикатор позволяет исследовать только один аспект неравноправных норм: отношение людей к тому, насколько приемлемым является физическое насилие в супружеских отношениях. Он не распространяется ни на другие гендерные нормы, основанные на неравноправии/неравенстве между мужчинами и женщинами (например, распределение власти в отношениях, контроль над финансовыми ресурсами и т.д.), ни на подобные нормы, основанные на неравноправии/неравенстве в отношении сексуальных и гендерных меньшинств.

Приводимые в вопросах перечни причин и/или формулировок в описаниях ситуаций, когда считается допустимым бить жену, могут незначительно изменяться в разных странах, чтобы более полно отражать страновой контекст. В некоторых странах эти вопросы задаются только замужним женщинам или женатым мужчинам.

Дополнительная информация

Asaolu I, Alaofè H, Gunn JKL, Adu A, Monroy A, Ehiri J et al. Measuring women's empowerment in sub-Saharan Africa: exploratory and confirmatory factor analyses of the Demographic and Health Surveys («Измерение изменений в расширении прав и возможностей женщин в странах Африки к югу от Сахары: исследовательский и подтверждающий факторный анализ национальных обследований по демографии и здравоохранению»). *Front Psychol.* 2018;9:994 (на англ. яз.).

Das M, Ghosh S, Miller E, O'Connor B, Verma R. Engaging coaches and athletes in fostering gender equity: findings from the Parivartan program in Mumbai, India («Вовлечение тренеров и спортсменов в работу по укреплению гендерного равенства: результаты программы Parivartan в Мумбаи, Индия»). *New Dehli;* 2012 (на англ. яз.).

Hanmer L, Klugman J. Exploring women's agency and empowerment in developing countries: where do we stand? («Изучение возможностей женщин и расширение их прав и возможностей в развивающихся странах: где мы сейчас находимся?»). *Feminist Economics.* 2016;22(1):237-63 (на англ. яз.).

Jennings L, Na M, Cherewick M, Hindin M, Mullany B, Ahmed S. Women's empowerment and male involvement in antenatal care: analyses of Demographic and Health Surveys (DHS) in selected African countries («Расширение прав и возможностей женщин и вовлечение мужчин в систему антенатальной помощи: анализ национальных обследований по демографии и здравоохранению в ряде африканских стран»). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):297 (на англ. яз.).

Jewkes R, Nduna M, Levin J, Jama N, Dunkle K, Puren A et al. Impact of Stepping Stones on incidence of HIV and HSV-2 and sexual behaviour in rural South Africa: cluster randomised controlled trial («Влияние Stepping Stones на заболеваемость ВИЧ-инфекцией и простым герпесом второго типа (ВПГ-2), и сексуальное поведение в сельских районах ЮАР: кластерное рандомизированное контролируемое исследование»). *BMJ.* 2008;337 (на англ. яз.).

Kishor S, Subaiya L. Understanding women's empowerment: a comparative analysis of Demographic and Health Surveys (DHS) data («Как получить представление о расширении прав и возможностей женщин: сравнительный анализ данных национальных обследований по демографии и здравоохранению (DHS)»). *DHS Comparative Reports.* No. 20. Calverton (MD): Macro International Inc; 2008. URL: <https://dhsprogram.com/publications/publication-cr20-comparative-reports.cfm> (на англ. яз.).

Pulerwitz J, Gottert A, Kahn K, Haberland N, Julien A, Selin A et al. Gender norms and HIV testing/treatment uptake: evidence from a large population-based sample in South Africa («Гендерные нормы и обращение за услугами по тестированию/лечению ВИЧ-инфекции: данные на основе большой популяционной выборки в ЮАР»). *AIDS Behav.* 2019;23(Suppl 2):162-71 (на англ. яз.).

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения национальных обследований в области демографии и здравоохранения (Demographic and Health Survey) и национальные обследования показателей по СПИДу (AIDS Indicator Survey) доступна по ссылке: <http://dhsprogram.com>

4.3 Гендерная ориентированность в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ

Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги, связанные с ВИЧ, с учетом гендерных особенностей и потребностей.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в обеспечении такой работы служб в сфере ВИЧ, при которой признаются гендерные нормы, роли и различия, препятствующие получению услуг в связи с ВИЧ, и принимаются конкретные меры для устранения таких барьеров.

Обоснование

Гендерно ориентированные подходы строятся на признании гендерных норм, ролей и различий, которые препятствуют получению услуг в сфере ВИЧ. Гендерно ориентированные подходы позволяют принимать конкретные меры для устранения таких барьеров.

В контексте ВИЧ, гендерно ориентированные подходы должны учитывать факторы, связанные с гендерной принадлежностью, которые повышают риск инфицирования ВИЧ (к таковым относятся, например: ущемляющие гендерные нормы; неравноправное распределение власти и полномочий; страх и риск насилия), и гендерно обусловленные барьеры, препятствующие получению услуг в связи с ВИЧ (например: кто обладает полномочиями для принятия решений; учитываются ли разные потребности в получении услуг и поддержки; насколько сильна гендерная дискриминация). Всё это необходимо учитывать при разработке, реализации и оценке гендерно ориентированных подходов и программ для обеспечения охвата всех людей, независимо от их гендерной принадлежности, услугами в сфере ВИЧ.

Целью гендерно ориентированных подходов не является трансформация социального контекста (например, изменение социальных норм, связанных с гендерными особенностями) или системного контекста (например, дискриминационных правовых рамок, несправедливых правил при трудоустройстве в разных учреждениях и т.д.), которые способствуют укреплению гендерного неравенства.

Доказано, что предоставление гендерно ориентированных услуг в сфере ВИЧ способствует расширению охвата тестированием на ВИЧ; вовлечению мужчин в профилактику ВИЧ-инфекции (например, для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку); активному обращению молодежи за услугами в сфере ВИЧ; а также улучшению приверженности к лечению. Этот индикатор обеспечит странам и учреждениям-респондентам «обратную связь»: собранные данные покажут, в каких аспектах необходимы улучшения.

Числитель

Число учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги, связанные с ВИЧ, с учетом гендерных особенностей.

Знаменатель

Общее число обследованных учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги, связанные с ВИЧ.

Расчет

Числитель/Знаменатель.

Метод измерения

Контрольный список вопросов для оценки гендерной ориентированности услуг, связанных с ВИЧ, заполненный учреждениями здравоохранения, которые предоставляют услуги по профилактике, лечению или уходу в связи с ВИЧ. Дополнительную информацию о том, как проводить такое обследование (в том числе как делать выборку), можно найти в техническом руководстве по проведению опроса.

Считается, что учреждения здравоохранения предоставляют гендерно ориентированные услуги в связи с ВИЧ, если они набирают 75–100 баллов при ответах на вопросы контрольного списка.

Ответы ранжируются по следующей шкале:

0–25: гендерная ориентированность недостаточная.

26–50: ведется работа для улучшения гендерной ориентированности услуг.

51–74: в основном соответствует критериям гендерно ориентированных услуг.

75–100: соответствует критериям гендерно ориентированных услуг.

Частота измерения

Раз в 2 года.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Этот индикатор напрямую оценивает гендерную ориентированность служб и сервисов, связанных с ВИЧ, с позиций учреждений здравоохранения. Гендерно ориентированные подходы могут способствовать более справедливому доступу к услугам здравоохранения. Контрольный список вопросов для построения этого индикатора был разработан на основе обзора литературы при участии экспертов с практическим опытом в соответствующих областях. Вопросы для построения индикатора оценивают, насколько респондент согласен с различными общими утверждениями о предоставляемых услугах, но не служат для оценки конкретных мероприятий. Возможны искажения данных в том случае, если респонденты дают предвзятые («социально приемлемые») ответы — это может приводить к завышенным оценкам уровня гендерной ориентированности в предоставлении услуг, связанных с ВИЧ.

Этот индикатор дает общую информацию о том, насколько гендерно ориентированным является предоставление услуг в сфере ВИЧ, но не отражает, насколько разной может быть эта картина для различных групп клиентов — например, представителей из ключевых групп населения. Рекомендуется анализировать этот индикатор вкуче с данными (отзывами, мнениями), собранными от получателей услуг с помощью других инструментов. Дополняя друг друга, эти данные могут дать более полную информацию для понимания различий, с которыми сталкиваются на практике люди разного пола и гендерной идентичности, в том числе представители ключевых групп населения.

Дополнительную информацию для разработки обоснованных программ и политики можно получить на основе анализа данных с разбивкой по различным характеристикам учреждений-поставщиков услуг — например, их географическому положению, типу учреждений (государственные/частные), предоставляемым услугам (профилактика, лечение, уход и поддержка, сексуальное и репродуктивное здоровье и т.д.).

Дополнительная информация

Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi («Учреждения здравоохранения с позиций гендерного подхода: проверка организации предоставления медицинских услуг и обращения за услугами тестирования на ВИЧ среди мужчин в Малави»). *J Int AIDS Soc.* 2020;23(Suppl 2):e25517.

Gupta GR, Oomman N, Grown C, Conn K, Hawkes S, Shawar YR, et al. Gender equality and gender norms: framing the opportunities for health («Гендерное равенство и гендерные нормы: расширить поле возможностей для охраны здоровья»). *Lancet.* 2019;393(10190):2550–2562.

Pettifor A, Lippman SA, Gottert A, Suchindran CM, Selin A, Peacock D, et al. Community mobilization to modify harmful gender norms and reduce HIV risk: results from a community cluster randomized trial in South Africa («Мобилизация сообществ для изменения вредных гендерных норм и снижения риска ВИЧ-инфицирования: результаты кластерного рандомизированного исследования на уровне сообществ в Южно-Африканской Республике»). *J Int AIDS Soc.* 2018;21(7):e25134.

Remme M, Siapka M, Vassall A, Heise L, Jacobi J, Ahumada C, et al. The cost and cost-effectiveness of gender-responsive interventions for HIV: a systematic review («Затраты и экономическая эффективность гендерно ориентированных мероприятий в сфере противодействия ВИЧ: систематический обзор»). *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):19228.

Basic steps in gender-responsive programming: integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector («Основные шаги в разработке гендерно ориентированных программ: интеграция гендерных аспектов в программы по ВИЧ/СПИДу в секторе здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143050/> (на англ. яз.).

6.1 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ

Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые сообщили о дискриминирующем отношении к людям, живущим с ВИЧ

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении дискриминации и уменьшении поддержки дискриминирующих практик (дискриминационной политики) в обществе

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещенное международными правозащитными нормами и большинством национальных конституций. В контексте ВИЧ дискриминация определяется как несправедливое или необоснованное отношение (действие или бездействие) к человеку на основании его фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация приводит к повышению рисков и лишает людей их прав, и в конечном итоге это приводит к развитию эпидемии ВИЧ. Данный индикатор не измеряет уровень дискриминации как таковой; он измеряет распространенность в обществе дискриминационного отношения, которое может привести к дискриминирующим действиям (или бездействию). Один из пунктов показателя измеряет потенциальное согласие респондентов с гипотетической ситуацией дискриминации ВИЧ-положительных людей в некоем учреждении, а другой измеряет степень социального дистанцирования или степень проявления в поведении людей существующих предрассудков. Совокупные данные по показателю можно использовать для оценки уровня стигмы и вероятности дискриминации на основании ВИЧ-положительного статуса в обществе в целом. Этот индикатор может способствовать более полному пониманию и разработке более эффективных мер для прекращения дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, за счет (i) отслеживания динамики изменения процентной доли людей, проявляющих дискриминационное отношение, (ii) сравнительной оценки работы административных органов на национальном уровне, уровне региональных субъектов, штатов, или на местном уровне; а также (iii) определения приоритетных направлений для дальнейшей работы.

Числитель

Количество респондентов (в возрасте 15–49 лет), ответивших отрицательно на любой из двух вопросов

Знаменатель

Количество всех респондентов (в возрасте 15–49 лет), которые слышали что-либо о ВИЧ

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Специальные демографические обследования населения (обследования в области демографии и здравоохранения, национальные обследования показателей по СПИДу, кластерные обследования на основе мультииндикаторного метода/КМИО или другие репрезентативные обследования).

Этот показатель строится на ответах респондентов, которые что-либо слышали о ВИЧ, на следующие вопросы при проведении популяционного обследования среди общего населения.

- Купили бы вы свежие овощи у продавца или поставщика, если бы знали, что у этого человека ВИЧ-инфекция? (да, нет, не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств)
- Как вы считаете, могут ли дети, живущие с ВИЧ, посещать школу вместе с ВИЧ-отрицательными детьми? (да, нет, не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств)

Частота измерения

Каждые 3–5 лет

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24 и 25–49 лет)
- Гендер (мужской, женский)
- Необходимы ответы на каждый из вопросов (с одним общим знаменателем), а также консолидированный ответ по совокупному индикатору

Пояснение числителя

Необходимо исключить из числителя и знаменателя респондентов, которые никогда не слышали о ВИЧ/СПИДе. Кроме того, необходимо исключить участников, ответивших «не знаю/не уверен/зависит от обстоятельств», и участников, отказавшихся отвечать на вопросы. При сложении числа ответов «да» и «нет», полученных на каждый из вопросов, общая сумма может отличаться от 100 %, если кто-то из респондентов ответит «не знаю» или в случае отсутствия каких-то значений. Поэтому нельзя определить процент людей, ответивших «нет» на вопрос, путем вычитания процента людей, ответивших «да», из 100 %.

Преимущества и недостатки

Данный показатель непосредственно измеряет, насколько распространено дискриминирующее отношение со стороны населения и насколько велика готовность людей поддержать дискриминирующие практики (политику).

Вопрос о покупке овощей практически идентичен вопросу, использованному в обследованиях в области демографии и здравоохранения для измерения уровня толерантности к людям, живущим с ВИЧ, что позволяет продолжать наблюдение этого параметра во времени. Этот вопрос, тем не менее, больше акцентирован на ответах «нет» (дискриминирующее отношение), чем на ответе «да» (толерантное отношение). Данный показатель является более совершенным инструментом по сравнению с использованными ранее средствами измерения уровня толерантности, поскольку может быть использован в странах с высокой и низкой распространенностью ВИЧ-инфекции, высоким, средним и низким уровнем доходов населения, а также в самой разнообразной культурной среде. Ни совокупный показатель, ни его отдельные компоненты не зависят от того, был ли сам респондент свидетелем фактов дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ: такие случаи могут быть редки, и во многих аспектах они с трудом поддаются количественной и качественной оценке. Вместо этого данный показатель и его компоненты направлены на определение личного отношения респондента, которое может в большей степени влиять на его поведение.

В рекомендованных вопросах оценивается согласие с гипотетическими ситуациями; респондентам не предлагается вспоминать конкретные факты дискриминации, их просят оценить гипотетические ситуации как приемлемые или неприемлемые. Поэтому на выбор ответов могут влиять соображения социальной желательности, что приведет к занижению данных о дискриминирующем отношении. В настоящее время отсутствует механизм оценки фактической частоты случаев дискриминации в обществе или степени серьезности ее проявлений.

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

Дополнительная информация

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination («Технический обзор: руководство по измерению показателей стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ»). STRIVE. Вашингтон/Лондон: Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и Лондонская школа гигиены и тропической медицины; 2012. URL: http://strive.lshtm.ac.uk/system/files/attachments/STRIVE_stigma%20brief-A4.pdf (на англ. яз.).

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? («Систематический обзор мер, направленных на сокращение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, в 2002–2013 гг.: насколько мы продвинулись?»). J Int AIDS Soc. 2013;16(3 Suppl. 2). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/> (на англ. яз.).

Thematic segment on non-discrimination. Background note («Тематический сегмент по прекращению дискриминации. Информационная записка»). Тридцать первое заседание Координационного совета программы ЮНЭЙДС, Женева, 11–13 декабря 2012. URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf (на англ. яз.).

Об обследованиях в области демографии и здравоохранения и исследованиях по показателям СПИДа (методы, инструменты и т.д.) — см. веб-сайт: <http://dhsprogram.com>.

Данный индикатор позволяет измерить уровень дискриминирующего отношения к людям, живущим с ВИЧ. Для более полной оценки прогресса в искоренении стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, а также успехов или неэффективности усилий по сокращению стигматизации необходимо также измерить другие проявления стигмы и дискриминации.

6.2 Внутренняя стигма по сообщениям людей, живущих с ВИЧ

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые отмечают наличие внутренней стигмы

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении внутренней стигмы (или самостигматизации) среди людей, живущих с ВИЧ

Обоснование

В случае внутренней стигмы люди, живущие с ВИЧ, на когнитивном или эмоциональном уровне воспринимают негативные сообщения или стереотипы, связанные с ВИЧ, а потом применяют эти негативные чувства/установки к себе. Установлена взаимосвязь между внутренней стигмой и отказом принимать антиретровирусную терапию у людей, живущих с ВИЧ, с впервые установленным диагнозом. Внутренняя стигма также препятствует формированию приверженности к антиретровирусной терапии у людей, живущих с ВИЧ, мешает нормальному получению социальной поддержки и выработке эффективных адаптивных стратегий преодоления. Установлена связь между самостигматизацией и недостаточными показателями подавления вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, принимающих антиретровирусную терапию.

Мониторинг этого индикатора дает возможность измерить одно из ключевых проявлений стигмы, связанной с ВИЧ, среди людей, живущих с ВИЧ.

Числитель

Источник: Демографические обследования населения

Число людей, живущих с ВИЧ, которые сообщают, что они получили положительный результат теста на ВИЧ и что они согласны с приведенным утверждением,

ИЛИ

Источник: Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

Число респондентов, которые выразили согласие с приведенным утверждением

Знаменатель

Источник: Демографические обследования населения

Количество респондентов, которые сообщили, что они получили положительный результат теста на ВИЧ

ИЛИ

Источник: Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

Число всех респондентов

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Демографические обследования населения. Этот индикатор строится на основе ответов респондентов, которые указали, что они получили положительный результат теста на ВИЧ. Респондентов просят ответить на следующий вопрос:

- Я испытывал(-а) чувство стыда из-за своего ВИЧ-статуса. (согласен/не согласен)

Исследование Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ. Этот индикатор строится на основе полученных от респондентов ответов на следующий вопрос:

- Мне стыдно, что я ВИЧ-положительный(-ая) (согласен/не согласен/предпочитаю не отвечать)
-

Частота измерения

Демографические обследования населения: каждые 3–5 лет.

Исследования по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ: каждые 2–3 года.

Разбивка данных

- Возраст (15–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет, и 50+ лет). В исследовании по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, данные предоставляются респондентами в возрасте не моложе 18 лет.
 - Гендер (мужчины, женщины, предпочитаю не отвечать). Последние три варианта доступны только для данных из Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0).
 - Ключевая группа (мужчины-геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами; секс-работники; трансгендерные люди; люди, употребляющие наркотики).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Данный индикатор непосредственно измеряет внутреннюю стигму — важное проявление стигмы, которая, как доказывают имеющиеся данные, является серьезным препятствием для людей, живущих с ВИЧ, в получении услуг по уходу и лечению в связи с ВИЧ. Он рассчитывается на основе ответов на единственный вопрос, с помощью которого оценивается наличие внутренней стигмы (самостигматизации) среди респондентов, живущих с ВИЧ. Вопрос взят из верифицированного инструмента измерения внутренней стигмы.

Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: повышение распространенности указывает на увеличение внутренней стигмы и на необходимость принятия мер для устранения последствий этого; а снижение распространенности указывает на достигнутый прогресс в уменьшении внутренней стигмы.

Использование данных демографических обследований населения для построения этого индикатора позволяет проводить более качественные сравнения между различными странами и контекстами, поскольку индикатор будет основан на данных, полученных от людей, живущих с ВИЧ, которые сами сообщили о своем ВИЧ-статусе, из произвольной выборки среди общего населения. Это снижает потенциальные искажения и ошибки в ответах и отборе респондентов, которые возможны при формировании выборки методом снежного кома, как это делается в Индексе стигмы людей, живущих с ВИЧ. Однако в странах с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции либо с очень сильной стигмой, связанной с ВИЧ, выборочные демографические обследования могут не давать больших размеров выборки людей, живущих с ВИЧ, если их отбор происходит на основании самостоятельного сообщения о ВИЧ-статусе. В таких случаях, возможно, целесообразнее использовать целевые опросы, — например, такие как Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ.

Обычно внутренняя стигма фиксируется с помощью комплексного индикатора, основанного на подтверждении согласия с одним из как минимум трех пунктов. Поскольку данный индикатор основывается на ответах лишь на один вопрос, то, возможно, оценки внутренней стигмы могут быть заниженными. Однако единственный пункт, рекомендованный для построения этого индикатора, характеризовался самым высоким уровнем согласия из всех трех пунктов, ранее прошедших совместную валидацию.

Дополнительная информация

Hargreaves J, Pliakas T, Hoddinott G, Mainga T, Mubekapi-Musadaidzwa C, Donnell D et al. HIV stigma and viral suppression among people living with HIV in the context of universal test and treat: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa («Стигма, связанная с ВИЧ, и снижение вирусной нагрузки среди людей, живущих с ВИЧ, в контексте всеобщего доступа к тестированию и лечению: анализ данных исследования HPTN 071 (PopART) в Замбии и ЮАР»). *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2020;85(5):561-570. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32991336/> (на англ. яз.).

Stangl AL, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa («Параллельная разработка количественных параметров для оценки связанных с ВИЧ стигмы и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ, представителей сообществ и работников здравоохранения в рамках исследования HPTN 071 (PopART), проводимого в Замбии и ЮАР»). *J Int AIDS Soc.* 2019;22(12):e25421. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/> (на англ. яз.).

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения национальных обследований в области демографии и здравоохранения (Demographic and Health Survey) и национальных обследований показателей по СПИДу (AIDS Indicator Survey) доступна по ссылке: <http://dhsprogram.com>

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения обследований по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, доступна по ссылке: <https://www.stigmaindex.org/>

6.3 Стигма и дискриминация, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в общественных сферах

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые отмечают, что подвергались стигме и дискриминации со стороны общества в целом в течение последних 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении стигмы и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ, в общественных сферах

Обоснование

Стигма — негативный стереотип, основанный на характерных, отличительных чертах и признаках людей, например: их поведении, гендере/поле или состоянии здоровья. Имеется множество документальных подтверждений того, что стигма ограничивает доступ ко всему континууму услуг, связанных с оказанием помощи при ВИЧ-инфекции, пробивая брешь в каскадах профилактики и лечения. Стигма, связанная с ВИЧ, является производным результатом целого ряда основополагающих причин и стимулирующих факторов. К ним относятся: негативное и предвзятое отношение к людям, живущим с ВИЧ; позорное клеймо из-за «постыдного» ВИЧ-положительного статуса; а также социальные, культурные и гендерные нормы. Всё это проявляется в целом ряде стигматизирующих практик, правил и порядков. Например, из-за дискриминации людей, живущих с ВИЧ, они лишены возможности быть полноценно признанными в обществе. Соответственно, это препятствует им в получении доступа к жизненно необходимым услугам и еще больше усиливает социальное неравенство. Уменьшение связанных с ВИЧ стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, имеет решающее значение для повышения охвата лечением и улучшения приверженности к антиретровирусной терапии, а также для улучшения показателей подавления вирусной нагрузки. Всё это будет способствовать повышению эффективности в охране здоровья людей, живущих с ВИЧ.

Как показали предыдущие исследования, стигму, с которой люди сталкиваются на уровне общества (вне стен лечебных учреждений), необходимо измерять отдельно от стигмы в учреждениях здравоохранения. Это объясняется тем, что в этих условиях последствия стигматизации проявляются по-разному, и необходимые программные меры для их устранения также различаются.

Числитель

Источник: Демографические обследования населения

- Число людей, живущих с ВИЧ, которые сообщили, что они получили положительный результат теста на ВИЧ, и которые также согласились с утверждением, что одна или более из трех описанных в вопросе ситуаций произошла с ними из-за их ВИЧ-статуса в течение последних 12 месяцев.

ИЛИ

Источник: Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

- Число респондентов, живущих с ВИЧ, которые согласились с утверждением о том, что одна или несколько из восьми описываемых в вопросе ситуаций произошли с ними из-за их ВИЧ-статуса в течение последних 12 месяцев.
-

Знаменатель

Источник: Демографические обследования населения

- Число респондентов, которые сообщили, что они получили положительный результат теста на ВИЧ.

ИЛИ

Источник: Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ

- Число всех респондентов.
-

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

На базе демографических обследований населения: Данный индикатор строится на основе ответов респондентов, указавших, что они получили положительный результат теста на ВИЧ. Респондентов просят ответить на следующие вопросы:

- Скажите, пожалуйста, происходили ли с вами описываемые ситуации, или считаете ли вы, что описываемые ситуации с вами происходили в течение прошедших 12 месяцев из-за вашего ВИЧ-статуса:
 - Люди говорили обо мне плохо из-за моего ВИЧ-статуса (да/нет).
 - Кто-либо сообщал другим информацию о моем ВИЧ-статусе без моего разрешения (да/нет).
 - Меня подвергали словесным оскорблениям, преследованиям или угрозам из-за моего ВИЧ-статуса (да/нет).

ИЛИ

На базе Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ: Данный индикатор также может быть построен на основе ответов, полученных от всех респондентов, на следующие вопросы:

- Если вспомнить прошедшие 12 месяцев, то:
 - Приходилось ли вам чувствовать себя исключенным из светской жизни, коллективных собраний или мероприятий (таких, например, как свадьбы или поминки, вечеринки, клубы и т.п.) из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Приходилось ли вам чувствовать себя исключенными из религиозной жизни или непринятыми в местах проведения религиозных служб из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Приходилось ли вам чувствовать себя исключенными из жизни семьи из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Приходилось ли вам чувствовать, что члены семьи делают в отношении вас замечания дискриминирующего характера или обсуждают/сплетничают о вас из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Вас кто-нибудь подвергал словесным оскорблениям (например, кричал, ругал или иным образом оскорблял вас) из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Вас кто-нибудь подвергал физическим оскорблениям (например, толкнул, ударил или совершил иные физические действия оскорбительного характера по отношению к вам) из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Получали ли вы отказ в приеме на работу или отказ в возможности трудоустройства из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)
 - Приходилось ли вам лишиться источника дохода или потерять работу из-за вашего ВИЧ-статуса? (да, нет, не знаю, предпочитаю не отвечать)

Частота измерения

Демографические обследования населения: каждые 3–5 лет.

Обследования по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ: каждые 2–3 года.

Разбивка данных

- Возраст (15–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет, и 50+ лет). В исследовании по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, данные предоставляются респондентами в возрасте не моложе 18 лет.
- Гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди, другое, предпочитаю не отвечать). Последние три варианта доступны только для данных из Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0).
- Ключевая группа (мужчины-геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами; секс-работники; трансгендерные люди; люди, употребляющие наркотики).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Данный индикатор непосредственно измеряет стигму и дискриминацию, которым подвергаются люди в общественных сферах — одно из наиболее значимых проявлений стигмы. Доказано, что такая стигма является серьезным препятствием для людей, живущих с ВИЧ, в получении услуг по уходу и лечению в связи с ВИЧ.

Этот индикатор рассчитывается на основе ответов на три вопроса, полученных от респондентов в ходе выборочных демографических обследований. Вопросы взяты из верифицированного инструмента измерения стигмы и дискриминации, которым подвергались люди. Индикатор также может быть построен на основе восьми вопросов, включенных в Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0). Эти альтернативные вопросы охватывают более широкий спектр стигматизирующих ситуаций, в них используются несколько иные формулировки, и категории ответов в них тоже отличаются. Однако эксперты рекомендовали их для включения в Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0), и при отсутствии данных популяционного уровня они должны дать хорошее представление об уровне стигмы и дискриминации, с которой сталкиваются в обществе.

Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: повышение процентного значения указывает на увеличение стигмы и дискриминации, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в общественных сферах, и на необходимость принятия мер для их устранения; а снижение процентного числа указывает на достигнутый прогресс и уменьшение стигмы и дискриминации, которым подвергаются люди, живущие с ВИЧ.

Использование данных демографических обследований населения для построения этого индикатора позволяет проводить более качественные сравнения между различными странами и контекстами, поскольку индикатор будет основан на данных, полученных от людей, живущих с ВИЧ, которые сами сообщили о своем ВИЧ-статусе, из произвольной выборки среди общего населения. Это позволяет снизить потенциальные искажения и ошибки в ответах и отборе респондентов, которые возможны при формировании выборки методом снежного кома, как это делается в Индексе стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0). Искажения, связанные с отбором респондентов, все-таки возможны, поскольку люди, живущие с ВИЧ, которые готовы сами сообщать о своем ВИЧ-статусе в опросах для демографических обследований, вероятно, имеют опыт, сильно отличающийся от опыта, полученного людьми, которые предпочли не сообщать о себе. В странах с низкой распространенностью ВИЧ-инфекции или с очень сильной стигмой в связи с ВИЧ выборочные демографические обследования могут не давать больших размеров выборки людей, живущих с ВИЧ, если их отбор происходит на основании самостоятельного сообщения о ВИЧ-статусе. В таких случаях, возможно, целесообразнее использовать целевые опросы — например, такие как Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0).

Вопросы о пережитой стигматизации в выборочном демографическом обследовании направлены главным образом на констатацию таких проявлений стигмы, как словесные оскорбления и нежелательное разглашение конфиденциальной информации. Как правило, для измерения пережитого опыта стигмы и дискриминации в исследовании включают несколько пунктов, которые охватывают разные виды стигмы в каждом из её проявлений. Поэтому вполне возможно, что оценки пережитой стигмы и дискриминации могут быть заниженными. Вопросы о пережитой стигматизации из Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, охватывают более широкий спектр стигматизирующего опыта, включая: социальную изоляцию, словесные оскорбления, физические домогательства, отказ в приеме на работу и лишение работы. Таким образом, построение данного индикатора с использованием данных из Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ (версия 2.0), может обеспечить более надежное представление об уровне распространенности и видах стигмы и дискриминации, которым подвергаются люди. Однако данные не подлежат генерализации за пределами использованной выборки людей, живущих с ВИЧ, поскольку респонденты отбираются методом снежного кома, а не методом случайной выборки.

Дополнительная информация

Stangl AL, Liljeston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K et al. Development of parallel measures to assess HIV stigma and discrimination among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa («Параллельная разработка количественных параметров для оценки связанных с ВИЧ стигмы и дискриминации среди людей, живущих с ВИЧ, представителей сообществ и работников здравоохранения в рамках исследования HPTN 071 (PopART) в Замбии и ЮАР»). J Int AIDS Soc. 2019;22(12):e25421. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6912047/> (на англ. яз.).

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения национальных обследований в области демографии и здравоохранения (Demographic and Health Survey) и национальных обследований показателей по СПИДу (AIDS Indicator Survey) доступна по ссылке: <http://dhsprogram.com>

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения обследований по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, доступна по ссылке: <https://www.stigmaindex.org/>

6.4 Опыт людей, сталкивающихся с дискриминацией в связи с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые сообщают, что на собственном опыте испытывали дискриминацию, связанную с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения

Что он измеряет

Прогресс в сокращении дискриминации, связанной с ВИЧ, с которой сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами здравоохранения.

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещаемое международными законами о правах человека и государственными конституциями большинства стран. Дискриминация в контексте ВИЧ означает несправедливое или неправомерное отношение (выражающееся в действии или бездействии) к любому человеку на основании его реального или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация усугубляет риски и лишает людей их прав и возможности воспользоваться причитающимися им социальными благами и помощью, что способствует расширению эпидемии ВИЧ-инфекции.

Стигма — это приписывание отрицательных, порицаемых характеристик отдельным людям или группе людей. Стигма обесценивает этих людей в глазах общества и часто приводит к их дискриминации. Этот индикатор измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения. ВИЧ-инфекция зачастую ассоциируется с целым рядом моделей поведения, которые в обществе принято считать девиантными или безнравственными — такими, например, как потребление инъекционных наркотиков и беспорядочные половые связи. Из-за таких базовых представлений в обществе наличие ВИЧ-инфекции часто считается чем-то постыдным, а про людей, живущих с ВИЧ, говорят, что они «сами виноваты» в том, что оказались инфицированы. Такой остракизм имеет далеко идущие последствия не только для отдельной личности, но и для общества в целом: у людей пропадают стимулы проходить обследование на ВИЧ, а при получении положительного результата теста — сообщать о своем ВИЧ-статусе членам семьи или половым партнерам.

Здравоохранение — один из важнейших секторов, где люди, живущие с ВИЧ (и те, кто по мнению общества может быть инфицирован ВИЧ) подвергаются дискриминации. Этот индикатор непосредственно измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения.

Мониторинг комбинированного индикатора можно проводить для измерения распространенности дискриминации в связи с ВИЧ, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, в секторе здравоохранения.

Этот индикатор может дать более полное представление о том, к каким результатам в итоге приводит дискриминация, связанная с ВИЧ, для общественного здравоохранения. Это поможет улучшить принимаемые меры для сокращения стигмы и дискриминации и минимизации их последствий в рамках всего каскада услуг по лечению и медицинской помощи. В частности, с помощью этого индикатора можно показать динамику изменения процентного числа людей, живущих с ВИЧ, которые подвергались дискриминации в учреждениях здравоохранения за определенный период времени, и определить приоритетные направления для принятия мер.

Числитель

Число респондентов, которые ответили утвердительно («Да») по крайней мере на один из семи пунктов в каждом вопросе

Знаменатель

Число всех респондентов

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ.

В рамках обследования респондентов спрашивают, приходилось ли им испытывать дискриминацию, связанную с ВИЧ, при обращении за услугами здравоохранения — как специализированными, так и не имеющими отношения к ВИЧ — в течение последних 12 месяцев в следующих формах:

- Отказ в предоставлении медицинской помощи из-за ВИЧ-положительного статуса
 - Рекомендация не вступать в половые отношения из-за ВИЧ-положительного статуса
 - С респондентом грубо разговаривали или злословили из-за ВИЧ-положительного статуса
 - Респондент подвергался словесным оскорблениям из-за ВИЧ-положительного статуса
 - Респондент подвергался грубому физическому обращению из-за ВИЧ-положительного статуса
 - С респондентом избегали физического контакта из-за ВИЧ-положительного статуса
 - О ВИЧ-положительном статусе респондента сообщали третьим лицам без его/ее согласия
-

Частота измерения

Каждые 2-3 года

Разбивка данных

Необходимо представить ответы на каждый вопрос, а также сводный ответ по комплексному индикатору. Сводный показатель может быть дан с разбивкой по следующим категориям:

- Виды услуг здравоохранения: связанные с ВИЧ, не связанные с ВИЧ
 - Гендер (мужчины; женщины; трансгендерные люди, другое, предпочитаю не отвечать)
 - Ключевая группа населения (мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; трансгендерные люди; люди, употребляющие наркотики)
 - Возрастная группа (18–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет, 50+ лет)
 - В течение какого времени знает о ВИЧ-положительном статусе (от 0 до 1 года; 1–4 года; 5–9 лет, 10–14 лет, 15 и более лет)
-

Пояснение числителя

В предлагаемый индикатор входит 14 пунктов по проявлениям дискриминации, с которыми сталкиваются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за медицинской помощью, связанной с ВИЧ (7 пунктов) и не связанной с ВИЧ (7 пунктов). В процессе консультаций 2016 года по подготовке обновленного Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, представители сообщества ЛЖВ подчеркивали необходимость измерения дискриминации при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, отдельно от дискриминации при обращении за другими (не связанными с ВИЧ) услугами. С учетом этого, в новую версию опроса включены вопросы о том, с какими проявлениями дискриминации сталкивались респонденты при обращении за медицинской помощью, связанной с ВИЧ, и за услугами, не связанными с ВИЧ. В то же время, в исходном варианте Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, респондентов спрашивали только о стигме, с которой они сталкивались при обращении за услугами здравоохранения в целом.

Преимущества и недостатки

Данный индикатор непосредственно измеряет дискриминацию, которой подвергаются люди, живущие с ВИЧ, при обращении за услугами в сфере здравоохранения.

Рекомендуемые вопросы оценивают, приходится ли людям сталкиваться с конкретными проявлениями дискриминации в учреждениях здравоохранения. Проявления дискриминации в каждом конкретном случае могут зависеть от того, знает ли поставщик услуг здравоохранения о ВИЧ-статусе респондента. Учитывая это, следует по возможности собирать данные о раскрытии ВИЧ-статуса поставщику услуг здравоохранения — они пригодятся при интерпретации индикатора.

Кроме того, при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, в специализированные клиники по ВИЧ-инфекции респонденты могут сталкиваться с проявлениями дискриминации реже, чем при обращении за услугами, связанными с ВИЧ, в комплексные учреждения здравоохранения общего звена. Поэтому рекомендуется по возможности указывать вид учреждений здравоохранения. Было бы также целесообразно сравнить полученные данные по этому показателю с другими индикаторами программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа: индикатором 6.1 («Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ») и индикатором 6.6 («Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения») — для более широкого понимания того, в каких условиях возникает стигматизация и к каким проявлениям дискриминации она приводит в тех или иных обстоятельствах.

При анализе полученных данных по этому индикатору следует также учитывать ответы из инструмента НОПИ о программах борьбы со стигмой и дискриминацией в учреждениях здравоохранения и масштабах реализации этих программ, а также о программах подготовки медицинских работников по вопросам прав человека и медицинской этики (см. инструмент национальных обязательств и политики).

Дополнительная информация

Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward («Стигматизация в контексте эпидемии ВИЧ/СПИДа: обзор литературы и рекомендации для выхода на следующий этап», на англ. яз.). AIDS. 2008 Aug; 22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79.

Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? («Борьба со стигмой, связанной с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения: что работает?» на англ. яз.) J Int AIDS Soc. 2009 Aug 6 [cited 2017 Feb 23];12(1):15.

«Борьба с дискриминацией: Преодоление стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения и за пределами системы здравоохранения». Женева: ЮНЭЙДС, 2017. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_ru.pdf.

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения исследований по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, доступна по ссылке: <https://www.stigmaindex.org/>

6.5 Стигма и дискриминация, с которыми сталкиваются ключевые группы населения (А–Г)

Процент людей, относящихся к одной из ключевых групп населения, которые сообщили, что они сталкивались со стигмой и дискриминацией в последние шесть месяцев

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А. Столкновение со стигмой и дискриминацией — среди секс-работников.
- Б. Столкновение со стигмой и дискриминацией — среди мужчин-геев и других мужчин, практикующими секс с мужчинами.
- В. Столкновение со стигмой и дискриминацией — среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Столкновение со стигмой и дискриминацией — среди трансгендерных людей.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении стигматизации и дискриминации, с которыми сталкиваются ключевые группы населения

Обоснование

Стигматизация ключевой группы населения — негативный стереотип по отношению к человеку, основанный на том, что этот человек принадлежит к ключевой группе населения. Имеется множество документальных подтверждений того, как стигма препятствует доступу ко всему континууму услуг, связанных с ВИЧ, создает разрывы в каскадах профилактики и лечения, особенно для ключевых групп населения (в частности, секс-работников; мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами; людей, употребляющих инъекционные наркотики; и трансгендерных людей). Стигматизация ключевых групп населения — это производное целого ряда основополагающих причин и стимулирующих факторов. К ним относятся: негативное и предвзятое отношение к ключевым группам населения; позорное клеймо из-за «постыдного» вида занятости, или употребления наркотиков, или сексуальной и гендерной идентичности человека; разрушающие социальные, культурные и гендерные нормы. Всё это проявляется в целом ряде стигматизирующих практик, правил и порядков. Например, из-за дискриминации ключевых групп населения они лишены возможности быть полноценно признанными в обществе; соответственно, это снижает их жизненные шансы, не даёт им получать доступ к жизненно необходимым услугам и еще больше усугубляет социальное неравенство.

Уменьшение связанных с ВИЧ стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются ключевые группы населения, имеет решающее значение для расширения охвата тестированием на ВИЧ, повышения спроса и улучшения приверженности к антиретровирусной терапии, а также снижения вирусной нагрузки до целевых показателей. Всё это будет способствовать улучшению конечных результатов здравоохранения в охране здоровья ключевых групп населения.

Числитель

Число людей в данной ключевой группе населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; или трансгендерные люди), которые сообщили, что за последние шесть месяцев они пережили одно или несколько из три описанных ниже событий, вследствие их принадлежности к ключевой группе населения.

Знаменатель

Общее число респондентов из ключевой группы населения

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческое обследование или другие специальные обследования. Этот индикатор построен на основе ответов, полученных от респондентов, которые подтвердили свою принадлежность к какой-либо из ключевых групп населения (а именно: секс-работникам; мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами; людям, употребляющим наркотики инъекционным путем; трансгендерным людям). Респондентов просят ответить на следующие вопросы:

- Вы когда-нибудь чувствовали себя исключенным из жизни семьи по причине того, что вы [занимаетесь продажей секс-услуг; практикуете секс с мужчинами; употребляете инъекционные наркотики; являетесь трансгендерной личностью]? (нет; да, за последние полгода; да, но не за последние полгода; не знаю).
- Вас когда-нибудь ругали за то, что вы [занимаетесь продажей секс-услуг; практикуете секс с мужчинами; употребляете инъекционные наркотики; являетесь трансгендерной личностью]? (нет; да, за последние полгода; да, но не за последние полгода; не знаю)
- Вы когда-нибудь шантажировали по причине того, что вы [занимаетесь продажей секс-услуг; практикуете секс с мужчинами; употребляете инъекционные наркотики; являетесь трансгендерной личностью]? (нет; да, за последние полгода; да, но не за последние полгода; не знаю)

Частота измерения

Раз в два года

Разбивка данных

- **А, Б, В, Г:** возраст (<25 лет, 25+ лет).
- **А и В:** гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).
- **Г:** гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие)

Запрашиваемая дополнительная информация

Приложите все имеющиеся отчетные данные по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов. В отчет по данному показателю необходимо включить информацию о размере выборки, качестве и надежности данных, а также о любых связанных с этим вопросах.

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам.

Преимущества и недостатки

Эти индикаторы непосредственно измеряют стигму и дискриминацию, которой подвергаются такие группы населения, как: секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди. Доказано, что такие значимые проявления стигмы являются препятствием в сфере предоставления услуг для профилактики, ухода и лечения ВИЧ-инфекции среди ключевых групп населения.

Эти индикаторы рассчитываются на основе полученных от респондентов ответов на три вопроса. Вопросы были составлены экспертами на основании ранее валидированных измерений стигмы и дискриминации в отношении ключевых групп населения, которые использовались в первичных исследованиях.

Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: повышение процентного значения указывает на увеличение стигмы и дискриминации по отношению к ключевым группам населения и на необходимость принятия мер для их устранения; а снижение процентного числа указывает на достигнутый прогресс и уменьшение стигмы и дискриминации, с которыми сталкиваются ключевые группы населения.

При выполнении комплексных биоповеденческих обследований используется метод под названием «выборка, управляемая респондентом».

Такая методология выборки дает возможность исследователям системно получать информацию от таких групп населения, которые обычно малодоступны, и других способов контактировать с ними нет. Поскольку выборка, управляемая респондентом, относится к методам вероятностной выборки, у исследователей есть возможность дать непредвзятую оценку по группам населения, а также измерить точность таких оценок. Выборка, управляемая респондентом, бывает особенно эффективной в условиях быстрого набора респондентов при большой плотности групп населения, в урбанизированной среде. Однако в разрозненных малодоступных группах населения, когда члены группы не связаны между собой хорошо развитой сетью контактов, или же в случае чрезвычайно жесткой стигматизации в отношении определенных ключевых групп населения, показатели отбора респондентов с помощью метода выборки, управляемой респондентом, прогнозировать трудно. К другим недостаткам при использовании метода выборки, управляемой респондентом, можно отнести возможные проблемы с анализом собранных данных. Например, поскольку выборку, управляемую респондентом, необходимо производить с учетом средневзвешенного размера группы и того, каким способом набираются респонденты, статистическая сила выборки применительно к целевой группе населения уменьшается, если ее участники отбирают только людей с такими же характеристиками, как они сами.

Дополнительная информация

Friedland B, Sprague L, Nyblade L, Baral S, Pulerwitz J, Gottert A et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0 («Измерение взаимосвязанных проявлений стигмы в отношении ключевых групп населения, живущих с ВИЧ: применение Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ [версия 2.0]»). *J Int AIDS Soc.* 2018;21(55):e2513.1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055043/> (на англ. яз.).

Stahlman S, Hargreaves J, Sprague L, Stangl A, Baral S. Measuring sexual behavior stigma to inform effective HIV prevention and treatment programmes for key populations («Измерение стигмы, связанной с сексуальным поведением, для разработки эффективных программ профилактики и лечения ВИЧ-инфекции для ключевых групп населения»). *JMIR Public Health Surveill.* 2017;3(2):e23. URL: <https://publichealth.jmir.org/2017/2/e23/> (на англ. яз.).

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения комплексных биоповеденческих обследований доступна по ссылке: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf>.

6.6 Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации в отношении ключевых групп населения (А–Г)

Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации по отношению к ключевым группам населения

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди секс-работников.
- Б. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- В. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди людей, употребляющих инъекционные наркотики.
- Г. Уклонение от обращения за услугами здравоохранения из-за стигматизации и дискриминации — среди трансгендерных лиц.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в сокращении дискриминации и поддержки дискриминирующих практик (дискриминационной политики) в учреждениях здравоохранения.

Обоснование

Дискриминация — это нарушение прав человека, запрещенное международными правозащитными нормами и большинством национальных конституций. В контексте ВИЧ дискриминация определяется как несправедливое или необоснованное отношение (действие или бездействие) к человеку на основании его фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса. Дискриминация приводит к повышению рисков и лишает людей их прав, и в конечном итоге это приводит к усилению эпидемии ВИЧ-инфекции. Связанная с ВИЧ стигматизация относится к негативным представлениям, чувствам и отношению к людям, живущим с ВИЧ, группам населения, затронутым ВИЧ (например, семьям людей, живущих с ВИЧ), и иным ключевым группам с высоким риском инфицирования — например, к людям, употребляющим инъекционные наркотики; секс-работникам; мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами; и трансгендерным людям. Помимо стигмы, связанной с ВИЧ, люди из ключевых групп населения подвергаются еще и стигме и дискриминации, например, из-за своей сексуальной ориентации и проявления интереса к лицам своего пола, участия в секс-работе, употребления наркотиков или из-за неконформного или нетрадиционного гендерного самовыражения.

Этот показатель необходим для того, чтобы определить, какой процент представителей ключевых групп населения избегает обращаться за общими услугами здравоохранения и за услугами тестирования на ВИЧ, медицинской помощью в связи с ВИЧ и лечением ВИЧ-инфекции из-за опасений столкнуться со стигмой и дискриминацией. Эти опасения могут быть связаны с целым рядом причин — вот лишь некоторые из них: фактическое или предполагаемое отсутствие конфиденциальности в медицинских учреждениях; негативное отношение и соответствующее поведение медицинских работников; страх прямого или косвенного разглашения личной информации, связанной с поведением и/или сексуальными предпочтениями/ориентацией, и т.д.

Данные, связанные с уклонением от обращения за услугами здравоохранения, важны для измерения процента ключевых групп населения, которые не удовлетворяют своих базовых потребностей в медико-санитарной помощи — например, не проходят рутинных медицинских осмотров. Следовательно, они с меньшей вероятностью будут обращаться в медицинские учреждения для получения более специализированных услуг и ухода — например, для обследования на ВИЧ, получения лечения и медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией.

Данные об уклонении от обращения за услугами, связанными с ВИЧ, необходимы для устранения барьеров при обращении за услугами здравоохранения, особенно в тех случаях, когда медицинские учреждения есть и они доступны.

Этот индикатор важен для понимания и устранения барьеров к достижению стратегических целевых показателей «95–95–95» среди представителей ключевых групп населения. Данные по этому индикатору непосредственно измеряют страх подвергнуться стигме или дискриминации. Этот индикатор может способствовать более полному пониманию и разработке более эффективных мер для прекращения стигмы и дискриминации в отношении людей, живущих с ВИЧ, за счет (1) отслеживания динамики изменения процентной доли людей, которые боятся стигмы и дискриминации или реально сталкиваются с ними, (2) сравнительной оценки работы административных органов на национальном уровне, уровне региональных субъектов, штатов, или на местном уровне; а также (3) определения приоритетных направлений для дальнейшей работы.

Этот индикатор предназначен для характеристики четырех аспектов уклонения от обращения за услугами здравоохранения:

- i) уклонение от обращения за услугами здравоохранения в целом среди всех респондентов;
 - ii) уклонение от обращения за услугами здравоохранения среди всех респондентов, которые указали, что не сдавали тест на ВИЧ в течение последних 12 месяцев;
 - iii) уклонение от обращения за специализированными услугами здравоохранения, связанными с ВИЧ, среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ и не получали или прекратили получать медицинскую помощь, связанную с ВИЧ;
 - iv) уклонение от обращения за лечением ВИЧ-инфекции среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ и никогда не принимали или прекратили принимать терапию, связанную с ВИЧ-инфекцией.
-

Числитель

Количество респондентов, выбравших «да» по любому из пунктов при ответе на вопрос:

Можете ли вы сказать, что в какой-то момент в течение прошедших 12 месяцев вы избегали обращаться за услугами: (i) здравоохранения / (ii) тестирования на ВИЧ / (iii) медицинской помощи в связи с ВИЧ-инфекцией* / (iv) лечения ВИЧ-инфекции* из-за следующих причин:

1. Из-за страха или беспокойства по поводу стигмы?
2. Из-за страха или беспокойства по поводу того, что кто-либо узнает, что вы — [укажите соответствующую поведенческую практику]?
3. Из-за страха или беспокойства по поводу возможного или пережитого насилия?
4. Из-за страха или беспокойства по поводу возможного или пережитого полицейского преследования или ареста?

В разных странах и в различных опросах можно по-разному задать вопросы об уклонении от обращения за услугами из-за страха стигмы и дискриминации. Здесь приведены примеры того, как эти вопросы могут быть сформулированы.

* Среди респондентов, которые указали, что они живут с ВИЧ, в рамках обследований, в которых есть вопрос о ВИЧ-статусе респондентов

Знаменатель

Число респондентов

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие или другие специальные обследования

Частота измерения

Раз в 2 года

Разбивка данных

- **А-Г:** возраст (<25 и 25+ лет).
 - **А и В:** гендер (женщины, мужчины, трансгендерные люди).
 - **Г:** гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Необходимо представить ответы на вопросы, включенные в ваш опросник (инструмент исследования).

При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам. Приложите все имеющиеся отчеты по результатам обследований в электронном формате с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Показатель измеряет стигму и дискриминацию, поэтому фокусируется на результатах подобного поведения. Если ощущаемая или испытываемая стигматизация и дискриминация настолько сильна, чтобы люди отказываются обращаться за необходимыми медицинскими услугами, то это не только составляет реальную проблему, но и влияет на обращаемость за важнейшими услугами. Однако некоторые респонденты, даже испытывая и ощущая сильное стигматизирующее или дискриминирующее отношение в своем социальном окружении, тем не менее могут обращаться за услугами (благодаря собственному упорству, или различиям в оказании услуг в различных службах, или специализированным аспектам оказания этих услуг). С помощью этого показателя не получится измерить, снизилась ли дискриминация до нуля, но он сможет показать, насколько дискриминация влияет на обращаемость за медицинской помощью.

Дополнительная информация

Дополнительную информацию о стигме и дискриминации, а также о том, как измерять их распространенность, можно получить в следующих публикациях:

Thematic segment on non-discrimination. Background note («Тематический сегмент по прекращению дискриминации. Информационная записка»). Тридцать первое заседание Координационного совета программы ЮНЭЙДС, Женева, 11–13 декабря 2012. URL: https://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pcb/2012/20121111_PCB%2031_Non%20Discrimination_final_newcoverpage_en.pdf#:~:text=the%20broad%20theme%20of%20%2E%80%9Cnon-discrimination%2E%80%9D:%20populations%20at%20higher%20risk%20with (на англ. яз.).

«Борьба с дискриминацией: Преодоление стигматизации и дискриминации, связанных с ВИЧ, в учреждениях здравоохранения и за пределами системы здравоохранения». Женева: ЮНЭЙДС, 2017. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_ru.pdf

Stangl A, Brady L, Fritz K. Technical brief: measuring HIV stigma and discrimination («Технический обзор: руководство по измерению показателей стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ»). Вашингтон/Лондон: Международный научно-исследовательский центр по проблемам женщин и Лондонская школа гигиены и тропической медицины, STRIVE; 2012. URL: https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2017/07/STRIVE_stigma-brief-A4.pdf (на англ. яз.)

Stangl A, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? («Систематический обзор мер, направленных на сокращение стигмы и дискриминации, связанных с ВИЧ, в 2002–2013 гг.: насколько мы продвинулись?»). J Int AIDS Soc. 2013;16 (3 Suppl. 2). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833106/pdf/JIAS-16-18734.pdf> (на англ. яз.).

6.7 Люди, живущие с ВИЧ, требующие возмещения ущерба в случае нарушения своих прав

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые подвергались нарушениям прав человека в течение последних 12 месяцев и требовали возмещения ущерба

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в отстаивании прав людей, живущих с ВИЧ

Обоснование

Наличие официальных и неформальных механизмов для возмещения ущерба, а также механизмов для получения доступных и недорогих услуг юридической помощи имеет решающее значение для обеспечения доступа к правосудию для людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения в случае несоблюдения их прав. Однако доступность услуг вовсе не означает, что ими пользуются. Необходимо определить процент людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения, которые пользуются такими услугами, чтобы выявить потенциальные проблемы в обеспечении доступности или приемлемости таких механизмов. В частности, проблемы могут быть связаны с географическим положением, социально-демографическими характеристиками или принадлежностью людей к ключевой группе населения.

Числитель

Количество респондентов, которые подвергались нарушениям прав человека (один раз или чаще) за последние 12 месяцев и сообщили, что требовали возмещения ущерба

Знаменатель

Общее количество респондентов, которые подвергались нарушениям прав человека (один раз или чаще) за последние 12 месяцев

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Индекс стигмы людей, живущих с ВИЧ. Индикатор рассчитывается на основе ответов респондентов на серию вопросов, которые сначала оценивают, имело ли место нарушение прав человека за последние 12 месяцев. У тех, кто сообщает, что у них действительно происходило нарушение прав человека в течение прошедших 12 месяцев, спрашивают, пытались ли они что-либо сделать по этому поводу. У тех, кто отвечает «да», спрашивают, что именно они делали.

Индикатор строится на основе ответов респондентов на следующий вопрос:

- Если да, то что вы пытались сделать по этому поводу?
 - Подали жалобу (да/нет).
 - Обратились к юристу (да/нет).
 - Обратились в государственные органы к должностному лицу или к политику (да/нет).
 - Выступили, предали публичной огласке (да/нет).
 - Обратились за помощью в общественную организацию/сеть людей, живущих с ВИЧ (да/нет).
 - Другое (укажите).

Согласие с любым из этих вариантов ответа будет означать подтверждение того, что респондент обращался за формальным или неформальным возмещением ущерба.

Частота измерения

Каждые 2–3 года

Разбивка данных

- Возрастная группа (18–19 лет, 20–24 года, 25–49 лет, 50+ лет).
- Ключевая группа населения (мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; трансгендерные люди; люди, употребляющие инъекционные наркотики).
- Гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).
- Вид возмещения ущерба, за которым обращались (**формальное** = подали жалобу и/или обратились к юристу; **неформальное** = обратились к политику, предали публичной огласке, и/или обратились за помощью в общественную организацию/сеть людей, живущих с ВИЧ; либо **другое** = прочее).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Этот индикатор непосредственно показывает, обращались ли люди, живущие с ВИЧ, за возмещением ущерба вследствие нарушений их прав, которым они подвергались в течение прошедших 12 месяцев.

Изменения по данному индикатору следует интерпретировать следующим образом: повышение процентного значения указывает на достигнутый прогресс в обеспечении механизмов возмещения ущерба (их наличия и практического использования) в качестве ответной меры в случаях нарушения прав человека; а снижение этого процентного значения указывает на сокращение обращений о возмещении ущерба вследствие нарушений прав человека — что говорит о необходимости принять меры для обеспечения механизмов возмещения ущерба (их наличия, доступности, практического применения и эффективности).

Эти данные позволят получить важную информацию о том, есть ли у людей, живущих с ВИЧ, доступ к имеющимся службам и услугам правовой поддержки и пользуются ли они существующими в стране официальными или неформальными механизмами правовой защиты для возмещения ущерба. Индикатор не показывает, удавалось ли добиться решения проблемы в случаях нарушения прав. Данные дают ориентировочное представление о том, как обстоит дело с обращениями о возмещении ущерба среди людей, живущих с ВИЧ, в данной стране или в данном контексте. Однако данные, используемые для расчета этого индикатора, не поддаются генерализации за пределами использованной выборки людей, живущих с ВИЧ, поскольку респонденты для Индекса стигмы людей, живущих с ВИЧ, отбираются методом снежного кома (а не методом случайной выборки).

Дополнительная информация

Фактические данные по искоренению стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ — Руководство для стран по реализации эффективных программ, направленных на искоренение стигмы и дискриминации в связи с ВИЧ в шести сферах. Женева: ЮНЭЙДС, 2020. URL: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_ru.pdf.

Дополнительная информация о методах и инструментах для проведения исследований по Индексу стигмы людей, живущих с ВИЧ, доступна по ссылке: <https://www.stigmaindex.org/>

6.8 Дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения

Процент работников учреждений здравоохранения, которые сообщают о дискриминирующем отношении к людям, живущим с ВИЧ.

Что он измеряет

Прогресс в сокращении негативного отношения к людям, живущим с ВИЧ, среди персонала медицинских учреждений.

Обоснование

Отношение со стороны персонала медицинских учреждений и мнения медработников о людях, живущих с ВИЧ, — это значимый фактор, от которого зависит стигматизация и дискриминация в связи с ВИЧ в учреждениях здравоохранения. Важно измерять наличие стереотипов и предрассудков у персонала учреждений здравоохранения по отношению к людям, живущим с ВИЧ. Ценности и установки могут влиять и на то, уважительно ли поставщик услуг относится к клиентам; и на то, какие варианты получения медицинской помощи предлагаются людям; и на то, кому предлагается пройти тестирование, а также когда и как именно людям предлагается обследоваться; и это может привести к неправильной оценке рисков.

Числитель

Количество работников учреждений здравоохранения, которые согласны с любым из первых трех утверждений и/или не согласны с четвертым утверждением.

Знаменатель

Количество всех работников учреждений здравоохранения, которые ответили хотя бы на одно утверждение.

Расчет

Числитель/Знаменатель.

Метод измерения

Любой вид обследований/опросов учрежденческого уровня — например, оценка предоставляемых услуг, опросы для контроля качества, или анкетирование в рамках проекта в сфере здравоохранения Health Policy Project Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Workers in Health («Измерение стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди работников здравоохранения»).

Индикатор строится на основе полученных ответов на следующий вопрос:

Насколько вы согласны со следующими утверждениями?

Варианты ответов: полностью согласны, согласны, не согласны, категорически не согласны.

- A. Большинству людей, живущих с ВИЧ, все равно, инфицируются ли от них другие люди.
- B. Людям, живущим с ВИЧ, должно быть стыдно за себя.
- C. Люди заражаются ВИЧ из-за своего безответственного поведения.
- D. Женщинам, живущим с ВИЧ, должно быть позволено иметь детей, если они того пожелают.

В числитель включаются респонденты, которые ответили, что согласны или полностью согласны с любым из первых трех утверждений (A, B, C) и/или не согласны или категорически не согласны с утверждением D.

Вопросы, рекомендованные для построения этого индикатора, были выбраны из более крупного инструмента (включающего 25 пунктов), который прошел апробацию в медицинских учреждениях нескольких стран¹.

Частота измерения

Каждые 3–5 лет.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

¹ Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff («Измерение стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2013. URL: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49> (на англ. яз.).

Преимущества и недостатки

Данный индикатор напрямую оценивает дискриминирующее отношение к людям, живущим с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения — что связывают с низкой обращаемостью и более низкой приверженностью к лечению среди людей, живущих с ВИЧ. Каждый пункт, включенный в этот индикатор, отражает тот или иной важный аспект стигматизации, который можно изменить или исправить с помощью вмешательств:

Утверждение «Большинству людей, живущих с ВИЧ, все равно, инфицируются ли от них другие люди» отражает, насколько персонал склонен обвинять людей в «распространении» ВИЧ в обществе.

Утверждение «Люди заражаются ВИЧ из-за своего безответственного поведения» связано с представлением о том, что ответственность за инфекционное заболевание лежит на самом заболевшем. Тем самым предполагается, что люди сами виноваты в том, что заразились ВИЧ, или они заразились ВИЧ, потому что безответственно относились к своему здоровью. Необходимо выявлять такие представления среди поставщиков услуг здравоохранения. Будучи основанным на представлениях об ответственности самого человека или его способности неукоснительно соблюдать режим лечения, такое восприятие может влиять на выбор клинических решений и приводить к тому, что поставщики медицинских услуг не будут предлагать наиболее предпочтительный курс лечения.

Утверждение «Людам, живущим с ВИЧ, должно быть стыдно за себя» затрагивает эмоциональную составляющую стигмы.

Утверждение «Женщинам, живущим с ВИЧ, должно быть позволено иметь детей» помогает оценить взгляды на репродуктивные права женщин, живущих с ВИЧ.

Этот показатель может давать системную ошибку в оценке ситуации из-за искажений, вызванных представлениями респондентов о социально желательных ответах. Такие искажения возникают, когда респонденты отвечают не так, как они на самом деле думают, а так, как им кажется «правильным» или «приемлемым». Это приводит к заниженным оценкам распространенности стигмы. Несмотря на потенциальную предвзятость такого рода ответов, полевые испытания показали высокий уровень распространенности стигматизирующих отношений по всем четырем утверждениям, в разных странах. Это говорит о том, что наблюдаемые уровни стигматизации были бы еще выше при отсутствии искажений в ответах респондентов. Вместо анкетирования с помощью интервьюеров можно использовать самостоятельно заполняемые опросники, что обеспечит большую анонимность. Это поможет уменьшить искажения, вызванные предвзятостью респондентов, склонных давать социально желательные ответы.

Как показывают исследования, респонденты, пропускающие подобные вопросы, в частности, потому что сам вопрос вызывает у них дискомфорт, ответят хотя бы на один вопрос, если для измерения одной и той же области стигмы будет задано несколько вопросов. Благодаря тому, что здесь предлагается четыре вопроса, даже если респондент даст стигматизирующий ответ только на один из них, этот респондент будет включен в числитель и знаменатель индикатора. Использование диапазона вопросов помогает уменьшить пропуски и искажения данных из-за представлений о том, что является социально желательным для данного индикатора.

Дополнительная информация

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators («Как создать свободные от стигмы учреждения здравоохранения и услуги, связанные с ВИЧ: ресурсы для администраторов»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2015. URL: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAdministratorsGuide.pdf (на англ. яз.).

Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff («Измерение стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2013. URL: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publication&get=pubID&pubID=49> (на англ. яз.).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial («Стигма и осуждение людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения среди трех категорий работников здравоохранения в Южно-Африканской Республике и Замбии: анализ данных исследования HPTN 071 (PopART)»). *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries («Руководство по формированию выборки для проведения в учреждениях обследований по группам населения, охране материнского и детского здоровья, программам ЗППП в развивающихся странах»). Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001. URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html> (на англ. яз.).

Nyblade L, Addo NA, Atuahene K, Alsoufi N, Gyamera E, Jacinthe S, et al. Results from a difference-in-differences evaluation of health facility HIV and key population stigma-reduction interventions in Ghana («Результаты сопоставительной оценки проводимых в медицинских учреждениях мероприятий по борьбе с ВИЧ и снижению стигматизации ключевых групп населения в Гане»). *J Int AIDS Soc*. 2020;23(4):e25483.

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it («Стигма в медицинских учреждениях: почему это важно и как мы можем это изменить»). *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis («Краткий стандартизированный инструмент для измерения стигматизации, связанной с ВИЧ, среди персонала медицинских учреждений: результаты полевых испытаний в Китае, Доминике, Египте, Кении, Пуэрто-Рико, Федерации Сент-Китс и Невис»). *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Siraprasasiri T, Srithanaviboonchai K, Chantcharas P, Suwanphatthana N, Ongwandee S, Khemngern P, et al. Integration and scale-up of efforts to measure and reduce HIV-related stigma: the experience of Thailand («Интеграция и расширение усилий по измерению и снижению стигматизации, связанной с ВИЧ: опыт Таиланда»). *AIDS*. 2020;34(Suppl 1):S103–S114.

Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination («Формирование доказательной базы для программ по борьбе со стигмой и дискриминацией в Таиланде: разработка инструментов для измерения стигмы и дискриминации в сфере здравоохранения»). *BMC Public Health*. 2017;17(1):245.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa («Разработка параллельных мер среди людей, живущих с ВИЧ, представителей сообществ и работников здравоохранения в рамках исследования HPTN 071 (PopART) в Замбии и ЮАР»). *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.9 Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения со стороны персонала учреждений здравоохранения (А–Г)

Процент работников учреждений здравоохранения, сообщающих о дискриминирующем отношении к представителям ключевых групп населения.

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А Дискриминирующее отношение к секс-работникам.
- Б Дискриминирующее отношение к мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами.
- В Дискриминирующее отношение к людям, употребляющим инъекционные наркотики.
- Г Дискриминирующее отношение к трансгендерным людям.

Что он измеряет

Прогресс в сокращении негативного отношения к представителям ключевых групп населения со стороны персонала медицинских учреждений.

Обоснование

Отношение со стороны медицинских работников и их мнения о представителях ключевых групп населения — это значимый фактор, от которого зависит стигматизация и дискриминация в связи с ВИЧ в учреждениях здравоохранения. Во всем мире многие представители ключевых групп населения, — мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; трансгендерные люди; люди, употребляющие инъекционные наркотики — сталкиваются с негативным отношением и недоброжелательными действиями в учреждениях здравоохранения, что неблагоприятно сказывается на них в отношении охраны здоровья и возможности вести продуктивную жизнь.

Администраторы и персонал медицинских учреждений во всем мире продемонстрировали, что стигматизацию и дискриминацию можно успешно преодолеть. В Бразилии, Вьетнаме, Гане, Индии, Китае, Объединенной Республике Танзании и Таиланде предпринимаемые усилия по снижению стигматизации привели к значительным изменениям в отношении со стороны персонала и в рабочих практиках медицинских учреждений, что способствовало повышению качества медицинской помощи для людей из ключевых групп населения. Опрос поставщиков услуг об их предпочтениях в отношении оказания услуг поможет прояснить, в чем проявляются дискриминирующие отношения к представителям ключевых групп населения.

Числитель

Число респондентов, которые выразили согласие с приведенным стигматизирующим утверждением.

Знаменатель

Общее количество опрошенных.

Расчет

Числитель/Знаменатель.

Метод измерения

Любой вид обследований/опросов учрежденческого уровня — например, опросы с целью оценки предоставляемых услуг; опросы для контроля качества; анкетирование в рамках проекта в сфере здравоохранения по измерению стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди работников здравоохранения; учрежденческие опросники. Индикатор строится на основе полученных от респондентов ответов на следующий вопрос:

Скажите, пожалуйста, насколько вы согласны со следующим утверждением?

Варианты ответов: полностью согласны, согласны, не согласны, категорически не согласны.

- А. Если бы я мог(ла), я бы предпочел(-ла) не заниматься обслуживанием секс-работников.
- Б. Если бы я мог(ла), я бы предпочел(-ла) не заниматься предоставлением услуг мужчинам, практикующим секс с мужчинами.
- В. Если бы я мог(ла), я бы предпочел(-ла) не заниматься предоставлением услуг людям, употребляющим инъекционные наркотики.
- Г. Если бы я мог(ла), я бы предпочел(-ла) не заниматься предоставлением услуг трансгендерным людям.

В числитель включаются респонденты, которые ответили, что согласны или полностью согласны с предлагаемым утверждением.

Вопросы, рекомендованные для построения этого индикатора, были выбраны из инструмента, состоящего из 25 вопросов, который прошел апробацию в медицинских учреждениях нескольких стран¹.

Частота измерения

Каждые 3–5 лет.

Разбивка данных

Нет

¹ Measuring HIV stigma and discrimination among health facility staff («Измерение стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди персонала учреждений здравоохранения»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2013. URL: <http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49> (на англ. яз.).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Данный индикатор напрямую оценивает дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения со стороны персонала учреждений здравоохранения — что связывают с более низкой обращаемостью и приверженностью к лечению среди представителей ключевых групп. Вопросы, используемые для построения этих индикаторов, входят в инструмент проекта в сфере здравоохранения *Health Policy Project Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Workers in Health* («Измерение стигмы и дискриминации, связанной с ВИЧ, среди работников здравоохранения»). Как правило, опросник применяется на учрежденческом уровне в рамках мероприятий, направленных на формирование среды, свободной от стигматизации, в медицинских учреждениях и при оказании услуг, связанных с ВИЧ. Инструмент был протестирован в шести странах.

Этот показатель может давать искаженную оценку ситуации из-за представлений респондентов о том, какие ответы являются социально желательными. Такие искажения возникают, если респонденты отвечают не так, как они на самом деле думают, а так, как им кажется «правильным» или «приемлемым». Это приводит к заниженным оценкам распространенности стигмы. Можно предположить, что если бы не было искажений в ответах респондентов, наблюдаемые уровни стигматизации были бы еще выше. Вместо анкетирования с помощью интервьюеров можно использовать самостоятельно заполняемые опросники, что обеспечит большую анонимность. Это поможет уменьшить искажения, вызванные предвзятостью респондентов, склонных давать социально желательные ответы.

Дополнительная информация

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators («Как создать свободные от стигмы учреждения здравоохранения и услуги, связанные с ВИЧ: ресурсы для администраторов»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2015. URL: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAdministratorsGuide.pdf (на англ. яз.).

Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment towards people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) Trial («Стигма и осуждение людей, живущих с ВИЧ, и ключевых групп населения среди трех категорий работников здравоохранения в Южно-Африканской Республике и Замбии: анализ данных исследования HPTN 071 (PopART)»). *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.

Sampling manual for facility surveys for population, maternal health, child health and STD programs in developing countries («Руководство по формированию выборки для проведения в учреждениях обследований по группам населения, охране материнского и детского здоровья, программам ЗППП в развивающихся странах»). Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill; 2001. URL: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-01-03.html> (на англ. яз.).

Nyblade L, Stockton M, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it («Стигма в медицинских учреждениях: почему это важно и как мы можем это изменить»). *BMC Med*. 2020;17(25):25.

Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis («Краткий стандартизированный инструмент для измерения стигматизации, связанной с ВИЧ, среди персонала медицинских учреждений: результаты полевых испытаний в Китае, Доминике, Египте, Кении, Пуэрто-Рико, Федерации Сент-Китс и Невис»). *J Int AIDS Soc*. 2013;16(Suppl 2):18718.

Stangl A, Lilleston P, Mathema H, Pliakas T, Krishnaratne S, Sievwright K, et al. Development of parallel measures among people living with HIV, community members and health workers in the HPTN 071 (PopART) trial in Zambia and South Africa («Разработка параллельных мер среди людей, живущих с ВИЧ, представителей сообществ и работников здравоохранения в рамках исследования HPTN 071 (PopART) в Замбии и ЮАР»). *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25421.

6.10 Дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения среди сотрудников полиции (А–Г)

Процент работников полиции, сообщающих о дискриминирующем отношении к представителям ключевых групп населения

Этот индикатор подразделяется на четыре субиндикатора:

- А Дискриминирующее отношение к секс-работникам.
- Б Дискриминирующее отношение к мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами.
- В Дискриминирующее отношение к людям, употребляющим инъекционные наркотики.
- Г Дискриминирующее отношение к трансгендерным людям.

Что он измеряет

Прогресс в сокращении негативного отношения к представителям ключевых групп населения среди сотрудников полиции.

Обоснование

Представители ключевых групп населения (секс-работники; мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди) часто сталкиваются со стигматизацией и дискриминацией со стороны сотрудников полиции, что делает их менее защищенными перед ВИЧ-инфекцией. Представители ключевых групп населения из самых разных мест постоянно сообщают о том, что им приходится иметь дело с физическим и сексуальным насилием, домогательствами, шантажом со стороны работников полиции и тюремных охранников, а также о случаях неправомерных арестов и содержании под стражей.

Как показывают результаты нескольких исследовательских проектов и изучение конкретных примеров (кейсов), нельзя искоренить СПИД как угрозу общественному здравоохранению, если люди, которые больше всего им затронуты, лишены равного доступа к услугам. Для уменьшения стигмы и дискриминации и минимизации последствий, с которыми сталкиваются представители ключевых групп населения в сфере правосудия, необходимо на регулярной основе отслеживать и измерять отношение со стороны сотрудников полиции и их практики работы с представителями ключевых групп населения, и с учетом этого принимать обоснованные меры.

Ответственные лица — политики, законодатели, полицейские, юристы, — могут быть проводниками положительных перемен в том, что касается уменьшения стигмы и дискриминации и обеспечения доступа к правосудию. Можно помочь им в выполнении этих важнейших задач, организуя практическое обучение и обеспечивая поддержку.

Числитель

А. Количество респондентов, которые сообщают о дискриминирующем отношении, отвечая «да» хотя бы на один из пунктов 1–5 и/или «нет» хотя бы на один из пунктов 6–7:

1. Физическое насилие по отношению к людям, занимающимся продажей секс-услуг, — это нормально.
2. Секс-работники меньше прочих людей заслуживают помощи и защиты со стороны полиции.
3. Ругань или словесные оскорбления в адрес секс-работников — это нормально.
4. Конфисковать презервативы у секс-работников допустимо.
5. Секс-работники имеют такое же право доступа в общественные места, как и все остальные люди.
6. Секс-работники заслуживают уважительного отношения.
7. Мне следует расследовать преступления, о которых сообщают секс-работники.

Б. Количество респондентов, которые сообщают о дискриминирующем отношении, отвечая «да» хотя бы на один из пунктов 1–4 и/или «нет» хотя бы на один из пунктов 5–7:

1. Физическое насилие по отношению к мужчинам-геям и другим мужчинам, практикующим секс с мужчинами, — это нормально.
2. Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, являются преступниками.
3. Я не верю словам мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, когда они сообщают о преступлениях.
4. Ругань или словесные оскорбления в адрес мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами — это нормально.
5. Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, имеют такое же право доступа в общественные места, как и все остальные люди.
6. Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, заслуживают уважительного отношения.
7. Мне следует расследовать преступления, о которых сообщают мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами.

В. Количество респондентов, которые сообщают о дискриминирующем отношении, отвечая «да» хотя бы на один из пунктов 1–4 и/или «нет» хотя бы на один из пунктов 5–7:

1. Физическое насилие по отношению к людям, употребляющим инъекционные наркотики, — это нормально.
2. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, меньше прочих заслуживают помощи и защиты со стороны полиции.
3. Ругань или словесные оскорбления в адрес людей, употребляющих инъекционные наркотики, — это нормально.
4. Людей, сообщающих о передозировке или оказывающих помощь человеку, страдающему от передозировки, следует арестовывать или задерживать.
5. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, имеют такое же право доступа в общественные места, как и все остальные люди.
6. Люди, употребляющие инъекционные наркотики, заслуживают уважительного отношения.
7. Мне следует расследовать преступления, о которых сообщают люди, употребляющие инъекционные наркотики.

Г. Количество респондентов, которые сообщают о дискриминирующем отношении, отвечая «да» хотя бы на один из пунктов 1–5 и/или «нет» хотя бы на один из пунктов 6–7:

1. Физическое насилие по отношению к трансгендерным людям — это нормально.
2. Транс-люди меньше прочих людей заслуживают помощи и защиты со стороны полиции.
3. Я не верю словам трансгендерных людей, когда они сообщают о преступлениях.
4. Ругань или словесные оскорбления в адрес трансгендерных людей — это нормально.
5. Допустимо заставлять трансгендерных людей в случае ареста одеваться в соответствии с их первоначальным полом.
6. Трансгендерные люди имеют такое же право доступа в общественные места, как и все остальные люди.
7. Трансгендерные люди заслуживают уважительного отношения.

Знаменатель

Общее количество респондентов.

Расчет

Числитель/Знаменатель.

Метод измерения

Опрос для выяснения отношения полицейских к ключевым группам населения. Индикаторы строятся на основе получаемых ответов на семь вопросов. Некоторые вопросы-утверждения схожи для всех четырех ключевых групп населения, некоторые специфичны и относятся только к определенной группе. Дополнительную информацию о том, как проводить такой опрос (в том числе как делать выборку), можно найти в техническом руководстве по данному опросу.

Частота измерения

Каждые 3–5 лет.

Разбивка данных

Гендер (мужчины, женщины, другие).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Данный индикатор напрямую оценивает дискриминирующее отношение к представителям ключевых групп населения со стороны полицейского персонала — что связывают с повышением риска инфицирования ВИЧ, ухудшением доступности услуг и снижением приверженности к лечению при ВИЧ-инфекции. Вопросы были разработаны при участии экспертов с практическим опытом в области борьбы со стигмой и дискриминацией ключевых групп населения, предварительно протестированы с участием полицейских различного ранга, а затем опробованы и проверены в опросах сотрудников полиции в Южно-Африканской Республике.

Рекомендуемые вопросы оценивают, насколько респонденты согласны с гипотетически описываемыми ситуациями, — речь не идет об измерении фактических случаев дискриминации. Поэтому возможны искажения данных в случае предвзятых («социально приемлемых») ответов респондентов — это может приводить к заниженным оценкам распространенности дискриминирующих установок.

В идеале, в дополнение к проведению опросов для измерения распространенности дискриминирующих установок среди сотрудников полиции следует собирать качественные данные, которые помогут объяснить, каковы же истоки дискриминации. Кроме того, целесообразно на регулярной основе собирать данные от представителей ключевых групп населения о том, с какой стигматизацией и дискриминацией им приходилось сталкиваться (такие данные можно получать, например, с помощью биоповеденческих обследований) — и результаты сравнивать с теми данными, которые получены с помощью индикатора, измеряющего дискриминирующие установки.

Анализ данных с разбивкой по различным характеристикам опрошенных сотрудников полиции — полу, возрасту, званиям и т.д. — может дать дополнительную информацию для разработки обоснованных программ.

Дополнительная информация

Amon JJ, Sun N, Iovita A, Jurgens R, Csete J. Addressing stigma is not enough («Борьбы со стигматизацией недостаточно»). *Health Hum Rights*. 2022;24(2):111–114.

Carr D, Kidd R, Fitzgerald M, Nyblade L. Achieving a stigma-free health facility and HIV services: resources for administrators («Как создать свободные от стигмы учреждения здравоохранения и услуги, связанные с ВИЧ: ресурсы для администраторов»). Вашингтон (округ Колумбия): Futures Group, Health Policy Project; 2015. URL: https://www.healthpolicyproject.com/pubs/281_SDAAdministratorsGuide.pdf (на англ. яз.).

Decker MR, Lyons C, Guan K, Mosenge V, Fouda G, Levitt D, et al. («Систематический обзор мероприятий по предотвращению гендерного насилия и мер реагирования по ключевым группам населения, связанным с ВИЧ: секс-работницам; мужчинам, практикующим секс с мужчинами; людям, употребляющим инъекционные наркотики»). *Trauma Violence Abuse*. 2022;23(2):676–694.

Footer K, Silberzahn B, Tormohlen K, Sherman S. Policing practices as a structural determinant for HIV among sex workers: a systematic review of empirical findings («Практические действия полиции как структурная детерминанта ВИЧ среди секс-работников: систематический обзор полученных эмпирических данных»). *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20883.

Nick GA, Williams S, Leks HM, Pahl K, Blau C, Kamin D, et al. Crisis Intervention Team (CIT) training and impact on mental illness and substance use-related stigma among law enforcement («Практическое обучение групп помощи в кризисных состояниях и воздействие на стигматизацию, связанную с психическими заболеваниями и употреблением психоактивных веществ, со стороны сотрудников правоохранительных органов»). *Drug Alcohol Depend Rep*. 2022;5:100099.

Polonsky M, Azbel L, Wegman M, Izenberg JM, Bachireddy C, Wickersham JA, et al. Pre-incarceration police harassment, drug addiction and HIV risk behaviours among prisoners in Kyrgyzstan and Azerbaijan: results from a nationally representative cross-sectional study («Притеснения со стороны полиции до заключения под стражу, наркозависимость и поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ, среди заключенных в Кыргызстане и Азербайджане: результаты национального репрезентативного межведомственного исследования»). *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20880.

Schneiders M, Weissman A. Determining barriers to creating an enabling environment in Cambodia: results from a baseline study with key populations and police («Определение барьеров для формирования благоприятной среды в Камбодже: результаты исследования базового уровня с участием ключевых групп населения и полиции»). *J Int AIDS Soc*. 2016;19(4 Suppl 3):20878.

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп населения, подверженных наиболее высокому риску заболевания ВИЧ-инфекцией»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151301-2> (на англ. яз.).

7.1 Вирусные гепатиты В и С среди ключевых групп населения

Распространенность коинфекции гепатитов и ВИЧ среди ключевых групп населения

Что он измеряет

Сочетанную заболеваемость вирусных гепатитов с ВИЧ-инфекцией и потенциальную необходимость в надлежащем лечении.

Обоснование

В последнее время значительно возросло понимание важности и актуальности мер, направленных на контроль сочетанного заболевания ВИЧ-инфекции/гепатита. Большое число ВИЧ-положительных людей, получающих антиретровирусную терапию, умирают от поражений печени, которые развиваются в результате нелеченого вирусного гепатита. Схемы лечения ВИЧ-инфекции можно адаптировать с учетом необходимости лечения также и хронического гепатита В. Появились новые высокоэффективные методы лечения гепатита С, который дают очень хороший результат в очищении организма от вируса независимо от подтипа вируса гепатита С. Данные о распространенности гепатитов В и С среди ключевых групп населения, живущих с ВИЧ, помогут специалистам, планирующим национальные программы, правильно определить потребности в ресурсах для борьбы с коинфекцией.

Числитель

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на антитела к вирусу гепатита С

или

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на поверхностный антиген вируса гепатита В

и

Количество людей в ключевой группе населения с положительным результатом на ВИЧ в дополнение к одному из результатов, указанных выше.

Знаменатель

Количество респондентов, обследованных как на ВИЧ, так и на вирусные гепатиты В и С (один или оба)

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Поведенческие эпиднадзорные или другие специальные обследования

Частота измерения

Каждые два года.

Разбивка данных

- Возраст (<25 и 25+ лет)
- Гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди)
- Ключевая группа населения

Запрашиваемая дополнительная информация

При наличии алгоритма тестирования для скрининга на гепатит С, предоставьте эту информацию, особенно если предусмотрено проведение дополнительного обследования или тестирование методом ПЦР.

Преимущества и недостатки

Вероятностных оценок распространенности коинфекции ВИЧ/гепатит С или ВИЧ/гепатит В среди ключевых групп населения, как правило, нет — хотя в нескольких биоповеденческих обследованиях проводилось тестирование на антитела к гепатиту. Более глубокие знания о распространенности сочетанных заболеваний необходимы для улучшения программ лечения и максимального уровня выживаемости людей с этими заболеваниями в затронутых группах населения. Количество людей с коинфекциями, вероятно, будет небольшим (возможно, за исключением людей, употребляющих инъекционные наркотики), поэтому доверительные интервалы будут большими.

Дополнительная информация

Global HIV Strategic Information Working Group. Biobehavioural survey guidelines for populations at risk for HIV («Глобальная стратегическая информационная рабочая группа по ВИЧ: Руководство по проведению биоповеденческих исследований среди групп с наиболее высоким риском инфицирования ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258924/9789241513012-eng.pdf> (на англ. яз.).

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

7.2 Проведение лечения при вирусном гепатите С

Процент людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, которым проводилось обследование на гепатит С, поставлен диагноз и предоставлено лечение при хронической форме вирусного гепатита С (ВГС).

Что он измеряет

Этот индикатор характеризует каскад тестирования и лечения хронического вирусного гепатита С среди людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, по следующим параметрам: процент людей, прошедших обследование на хроническую инфекцию ВГС; процент людей, у которых диагностирован хронический ВГС; и процент людей, которые начали лечение ВГС, от числа всех с диагностированной хронической инфекцией ВГС.

Этот индикатор позволяет отслеживать тенденции в тестировании на ВГС — что критически важно для оценки потребностей, связанных с ведением случаев хронического ВГС. Тестирование на ВГС позволяет получить информацию о распространенности коинфекции ВИЧ и ВГС, что позволяет врачам определить потребности в дальнейших клинических и лабораторных обследованиях и в лечении.

Обоснование

Оценка распространенности гепатита среди людей, живущих с ВИЧ, и в уязвимых группах населения может помочь государственным специалистам при планировании ресурсов, необходимых для эффективного противодействия ВИЧ-инфекции и ВГС. Обследование людей, живущих с ВИЧ, на коинфекцию ВГС дает врачам возможность получить информацию о том, какие клинико-лабораторные обследования будут необходимы в дальнейшем и как следует скорректировать лечение. Распространенность коинфекции ВГС особенно высока среди людей, живущих с ВИЧ, которые употребляют инъекционные наркотики.

Многие люди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию, умирают от заболеваний печени, развивающихся вследствие нелеченного хронического гепатита С. Тестирование людей, живущих с ВИЧ, на ВГС позволяет выявить случаи коинфекции ВИЧ/ВГС и соответствующим образом скорректировать лечение. Гепатит С лечится — существует высокоэффективное лечение, которое, независимо от подтипа вируса, с очень высокой частотой обеспечивает его полное удаление из организма.

В настоящее время лечение рекомендовано ВОЗ для всех людей с хроническим ВГС, с целью полного излечения от ВГС. Данный индикатор измеряет достигнутый прогресс в предоставлении лечения для всех людей, живущих с ВИЧ, с коинфекцией хронического вирусного гепатита С.

Числитель

- Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, которые прошли обследование на ВГС с применением рекомендованной последовательности тестов (тест на антитела к ВГС, затем тест на РНК ВГС или антиген ВГС), за отчетный период.
- Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, у которых диагностирована хроническая инфекция ВГС¹ (имеется положительный результат на РНК ВГС [ПЦР] или ядерный антиген вируса гепатита С), на конец отчетного периода.
- Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, у которых диагностирована хроническая инфекция ВГС и которые начали лечение ВГС, по состоянию на конец отчетного периода.

Знаменатель

- Число людей, живущих с ВИЧ, которые получали антиретровирусную терапию в течение отчетного периода.
- Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, которые прошли обследование на ВГС с использованием рекомендованной последовательности тестов (тест на антитела к ВГС с последующим тестом на РНК ВГС или антиген ВГС), за отчетный период.
- Число людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, с сочетанной инфекцией хронического ВГС, у которых был диагностирован положительный результат на РНК ВГС (ПЦР) или ядерный антиген ВГС, на конец отчетного периода.²

Расчет

Числитель А/Знаменатель А

Числитель Б/Знаменатель Б

Числитель В/Знаменатель В

Метод измерения

Числитель и знаменатель рассчитываются по клинической документации медицинских учреждений, предоставляющих лечение и уход в связи с ВИЧ.

Частота измерения

Ежегодно.

¹ Хроническая инфекция ВГС определяется по наличию вирусемии (РНК ВГС или основного антигена ВГС) в сочетании с положительным серологическим результатом исследования на антитела к ВГС.

² За исключением всех людей, у которых уже была диагностирована инфекция ВГС, но которые прошли лечение и вылечились, либо у которых инфекция спонтанно исчезла.

Разбивка данных

Люди, употребляющие инъекционные наркотики

Люди, недавно начавшие принимать антиретровирусную терапию

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Положительные результаты тестов на антитела к ВГС являются серологическим доказательством перенесенного заболевания (в прошлом или в настоящее время). Люди с положительными результатами тестов на антитела к ВГС (anti-HCV) должны пройти тест на определение РНК ВГС (выявление циркулирующего в крови ВГС), чтобы дифференцировать, о каком заболевании идет речь: перенесенном ими когда-то в прошлом, или же заболевании в активной фазе, которое требует лечения.

Данный индикатор служит для постоянного мониторинга достигнутого прогресса в сфере тестирования и лечения ВГС. Он не дает представления об общем числе людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, которые получают антиретровирусную терапию и знают, что у них имеется сочетанное заболевание вирусным гепатитом С.

Этот индикатор также помогает отслеживать доступность лечения ВГС для людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, при выявлении у них коинфекции ВГС. У индикатора есть недостаток — он отражает данные только за один год деятельности. Для описания кумулятивного эффекта для людей с коинфекцией ВИЧ/ВГС, которые начинают лечение, необходимо собирать кумулятивные данные о числе людей, начинающих лечение, учитывая при этом в знаменателе число людей с впервые выявленной инфекцией ВГС и число людей, повторно инфицированных ВГС.

Сбор информации о том, употребляют ли респонденты инъекционные наркотики (в прошлом или в настоящее время), позволит представить данные с разбивкой в зависимости от такого фактора, как употребление инъекционных наркотиков. Сбор данных о таких стигматизированных и, как правило, подлежащих уголовному наказанию поведенческих практиках, как употребление наркотиков, подвергает респондентов риску, если по собранным данным их личность может быть идентифицирована. Необходимо принять все меры для сохранения конфиденциальности, чтобы при заполнении карт или учетных записей пациентов в них не раскрывалась информация, с помощью которой можно было бы установить личность людей, практикующих стигматизированное или преследуемое по закону поведение.

Дополнительная информация

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированному подходу в стратегически значимой информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315> (на англ. яз.).

Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection, and HCV simplified service delivery and diagnostics («Обновленные рекомендации по лечению подростков и детей с хронической инфекцией ВГС, упрощенному предоставлению услуг и диагностике ВГС»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052734> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on person-centred viral hepatitis strategic information: using data to support country scale-up of hepatitis prevention, diagnosis and treatment services («Сводное руководство по человеко-ориентированному подходу в работе со стратегически значимой информацией о вирусных гепатитах: применение данных для расширения масштабов услуг по профилактике, диагностике и лечению гепатитов на страновом уровне»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091313> (на англ. яз.).

7.3 Распространенность сифилиса среди ключевых групп населения (А, Б, Г)

Распространенность сифилиса в определенных ключевых группах населения

Этот индикатор подразделяется на три субиндикатора:

- А. Распространенность сифилиса среди секс-работников.
- Б. Распространенность сифилиса среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами.
- Г. Распространенность сифилиса среди трансгендерных людей.

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в снижении распространенности сифилиса среди ключевых групп населения

Обоснование

Распространенность сифилиса в ключевых группах, как правило, намного выше, чем среди общего населения. Снижение распространенности сифилиса среди ключевых групп населения имеет большое значение для охраны здоровья населения. Кроме того, это важнейший показатель эффективности ответных мер, реализуемых на национальном уровне для борьбы с сифилисом.

Благодаря все более активному применению экспресс-тестов для экстренной диагностики (скрининга) на сифилис, доступ к тестированию значительно расширился — теперь это возможно и в тех местах, где раньше таких возможностей не было. В итоге этот индикатор был расширен — теперь он показывает распространенность сифилиса, а не только заболеваемость сифилисом.

Тестирование на сифилис в ключевых группах населения — один из компонентов эпиднадзора за ВИЧ второго поколения.

Числитель

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

Знаменатель

Число людей в ключевой группе населения, прошедших тестирование на сифилис

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Этот индикатор рассчитывается по результатам тестирования на сифилис среди респондентов на участках дозорного эпиднадзора, или среди участников биоповеденческих обследований, или по данным служб, проводящих регулярное тестирование (скрининг) на инфекции, передаваемые половым путем. Участки дозорного эпиднадзора, используемые для расчета этого индикатора, должны оставаться постоянными, что позволит отслеживать динамику показателей за весь период наблюдения.

Скрининг может проводиться либо с использованием нетрепонемных тестов, которые измеряют количество реактивных антител в крови (к ним относятся специализированная проба на сифилис [VDRL-тест] или экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови (РПР)); либо трепонемных тестов, которые измеряют уровень трепонемных антител (к таким относятся, например, проба гемагглютинации трепонемы паллидум [ГАТП], проба агглютинации трепонемы паллидум [ГАТП], иммуноферментный анализ или быстрые трепонемные тесты). Хотя нетрепонемные серологические тесты обладают хорошей чувствительностью, они недостаточно специфичны и могут приводить к ложноположительным результатам. Трепонемные тесты более специфичны, но они не позволяют дифференцировать заболевание в активной форме от перенесенного контакта с инфекцией когда-то в прошлом, и с их помощью нельзя сказать, вылечено заболевание или нет. Положительный трепонемный тест определяет наличие контакта с инфекцией в течение жизни, тогда как нетрепонемный тест является лучшим показателем заболевания в активной форме. Для целей этого индикатора (измеряющего серопозитивность) допустимо сообщение о положительном результате на основании одного проведенного теста. Но если у конкретного пациента имеются результаты как нетрепонемного, так и трепонемного теста, то положительный серостатус на сифилис определяется как положительный результат обоих тестов. Странам следует указать, какой алгоритм тестирования они используют для определения позитивного статуса; это даст возможность корректировать оценочные данные о распространенности, исследовать тенденции за весь период наблюдения и формировать оценочные данные для регионов и мира в целом.

Частота измерения

Ежегодно (программные данные) или раз в два года (биоповеденческие обследования).

Разбивка данных

А, Б, Г: возраст (моложе 25 лет и старше 25 лет).

А: гендер (мужчины, женщины, трансгендерные люди).

Г: гендер (трансгендерный мужчина, трансгендерная женщина, другие).

Запрашиваемая дополнительная информация

В разделе для комментариев укажите, какой используется алгоритм тестирования на сифилис в различных ключевых группах, и менялся ли он с момента предоставления последнего отчета по программе глобального мониторинга СПИДа.

Также укажите, пожалуйста, насколько репрезентативными можно считать эти данные для населения страны в целом. При наличии данных субнационального уровня, в выделенном для этого поле предоставьте данные с разбивкой по административным единицам, городам или участкам. Эти данные можно также загрузить в формате электронной таблицы Excel, чтобы не вводить их через онлайн-инструмент отчетности. Приложите в электронном формате все имеющиеся результаты обследований с помощью инструмента загрузки файлов.

Преимущества и недостатки

Для интерпретации этого индикатора критически важно понимать, каким образом данная выборка соотносится с какой-либо другой более крупной группой населения, для которой характерно аналогичное рискованное поведение, связанное с повышенным риском инфицирования ВИЧ. Тенденции в изменении распространенности сифилиса среди ключевых групп в столичном городе являются полезным показателем эффективности программ профилактики ВИЧ-инфекции и инфекций, передающихся половым путем (ИППП), в этом городе. Но, возможно, они не являются репрезентативными и не отражают ситуацию в стране в целом. Добавление новых участков эпиднадзора повышает репрезентативность выборки и позволяет получить более надежные точечные данные для оценки распространенности сифилиса. В то же время, добавление новых участков эпиднадзора уменьшает сопоставимость данных за разные периоды наблюдения. Поэтому любые изменения в числе участков, с которых собираются данные, должны быть задокументированы в разделе для комментариев.

Обследования, охватывающие исключительно трансгендерных людей, проводятся редко. Большинство данных о трансгендерных сообществах получают из обследований, проводимых среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, или среди секс-работников. По имеющимся данным, в большинстве трансгендерных сообществ средовые риски очень высоки. Соответственно, для трансгендерных женщин риск инфицирования и передачи ИППП особенно высок. Если трансгендерные женщины входят в число респондентов обследований, проводимых среди секс-работников, — включите эти данные в отчетность, с данными секс-работников в отдельной разбивке. Если трансгендерные люди входят в число респондентов обследований среди мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами, — включите эти данные во вкладку «Трансгендерные люди».

Тестирование с использованием как трепонемных, так и нетрепонемных тестов повышает вероятность того, что полученные положительные результаты тестов отражают реальное число людей, имеющих заболевание в активной форме. Однако в некоторых странах информация есть только по одному виду тестов. В поле для комментариев укажите, менялся ли порядок проведения обследований (тестирования) на сифилис, поскольку это необходимо учитывать при интерпретации тенденций в распространенности заболевания.

Дополнительная информация

Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations («Сводное руководство по ВИЧ-инфекции в ключевых группах населения: профилактика, диагностика, лечение и уход»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124> (на англ. яз.).

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735> (на англ. яз.).

7.4 Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры

Число мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры, за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Показатель заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди мужчин

Обоснование

Выделения из мочеиспускательного канала у мужчин чаще всего вызываются гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) или хламидиями (*Chlamydia trachomatis*). У мужчин с уретритом (воспалением мочеиспускательного канала) наблюдаются характерные выделения из уретры с дизурией (болью при мочеиспускании) или без нее. При отсутствии лечения выделения из уретры могут привести к бесплодию; кроме того, они способствуют ВИЧ-инфицированию и передаче ВИЧ.

Такой симптом, как выделения из уретры, позволяет судить о заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди мужчин и является маркером незащищенного полового контакта. Мониторинг частоты случаев выделений из уретры чрезвычайно важен как косвенный показатель бремени гонореи. При росте резистентности *Neisseria gonorrhoeae* к рекомендуемым схемам лечения эта инфекция может стать неизлечимой.

Числитель

Количество мужчин с зарегистрированными случаями выделений из уретры за отчетный период.

Знаменатель

Количество мужчин в возрасте 15 лет и старше.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного мониторинга медицинских данных (числитель).

Частота измерений

Ежегодно.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Странам предлагается указывать, насколько сообщаемые ими данные являются репрезентативными для населения страны в целом, и как это может повлиять на интерпретацию представленных данных.

Преимущества и недостатки

Несмотря на то, что ВОЗ представила определение случая заболевания, применимое на глобальном уровне (для всех стран), на практике в разных странах и в отдельных регионах внутри каждой страны могут использоваться определения, которые отличаются от общего. Данные о числе случаев выделений из уретры у мужчин и отслеживание тенденций в динамике этого количественного показателя дает возможность косвенно оценить и число новых случаев инфекций, передаваемых половым путем, среди той или иной группы населения.

Данные по вагинальным выделениям у женщин, хотя и являются полезными для целей мониторинга на местном и национальном уровнях, не требуются на глобальном уровне, поскольку во многих случаях вагинальные выделения бывают обусловлены не инфекциями, передаваемыми половым путем. Во многих странах сбор данных по этому индикатору в рутинном порядке, со всех учреждений здравоохранения не производится.

Странам следует периодически оценивать причины, которыми вызваны выделения из уретры в зарегистрированных случаях, чтобы понимать этиологию такой симптоматики и характер возникающей устойчивости возбудителя к противомикробным препаратам, что необходимо для выбора надлежащих стратегий лечения.

Дополнительная информация

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections («Руководство по лечению инфекций, передаваемых половым путем, с клиническими симптомами»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1> (на англ. яз.).

Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75729/9789244504475_rus.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services («Обновленные рекомендации по лечению заболеваний, вызываемых *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Treponema pallidum* (сифилис), и новые рекомендации по проведению обследований на сифилис и предоставлению услуг партнерам»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance («Рамочная структура для мониторинга инфекций, передающихся половым путем, и усиления эпиднадзора»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV («Проведение диагностических исследований на инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ, в лабораториях и по месту обращения пациента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2023. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1> (на англ.яз.).

7.5 Гонорея у мужчин

Число лабораторно подтвержденных случаев гонореи у мужчин в странах, имеющих лабораторный потенциал для диагностики

Что он измеряет

Показатель заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди мужчин

Обоснование

При отсутствии лечения гонококковая инфекция у мужчин может приводить к уретриту (выделениям из уретры) и бесплодию, а также способствует инфицированию и передаче ВИЧ. Данные о числе мужчин с положительными результатами теста на *N. gonorrhoeae* дают информацию о распространенности заболевания и бремени инфекций, передаваемых половым путем, среди мужчин, что также является маркером незащищенных половых контактов или секса без презерватива. Данные о положительных результатах теста на гонорею важны для понимания проблем, связанных с ростом резистентности возбудителя к рекомендуемым в настоящее время методам лечения.

Числитель

Число мужчин с лабораторно подтвержденным диагнозом гонореи за последние 12 месяцев.

Знаменатель

Количество мужчин в возрасте 15 лет и старше.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Системы рутинного сбора данных в информационных системах здравоохранения или лабораторного эпиднадзора.

Частота измерений

Ежегодно.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Странам предлагается указывать, насколько сообщаемые ими данные являются репрезентативными для населения страны в целом, и как это может повлиять на интерпретацию представленных данных.

Преимущества и недостатки

В разных странах (и на внутристрановом уровне) возможности для проведения диагностических обследований на *N. gonorrhoeae* могут различаться. Во многих странах людей с симптомами, относящимися к инфекциям, передающимся половым путем, лечат именно исходя из их симптомов, а не по результатам анализов.

Данные по гонорее у женщин хотя и полезны для целей мониторинга на местном и национальном уровнях, на глобальном уровне не требуются — поскольку у большинства женщин, инфицированных *Neisseria gonorrhoeae*, болезнь протекает бессимптомно, а чувствительные диагностические тесты на гонорею у женщин не являются общедоступными в странах с низким и средним уровнем доходов.

Дополнительная информация

Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75729/9789244504475_rus.pdf?sequence=9&isAllowed=y

Updated recommendations for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* and *Treponema pallidum* (syphilis), and new recommendations on syphilis testing and partner services. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378213/9789240090767-eng.pdf?sequence=1>),

Framework for monitoring sexually transmitted infections and strengthening surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378238/9789240097674-eng.pdf?sequence=1>).

Unemo M, Cole M, Lewis D, Ndowa F, Van Der Pol B, Wi T, editors. Laboratory and point-of-care diagnostic testing for sexually transmitted infections, including HIV. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374252/9789240077089-eng.pdf?sequence=1>).

Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP): general protocol. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341333/9789240021341-eng.pdf?sequence=1>).

7.6 Одновременное проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции

Процент случаев заболевания туберкулезом у ВИЧ-положительных людей, когда лечение туберкулеза предоставлялось в комплексе с лечением ВИЧ-инфекции

Что он измеряет

Прогресс в выявлении и лечении туберкулеза (ТБ) и ВИЧ среди людей с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Обоснование

Туберкулез — одна из ведущих причин заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, включая тех, кто получает антиретровирусную терапию. Своевременное лечение туберкулеза и начало антиретровирусной терапии на ранних стадиях имеют решающее значение для снижения смертности при сочетанном заболевании туберкулезом и ВИЧ-инфекцией; это должно быть самым приоритетным направлением работы как для программы противодействия СПИДу, так и для национальной противотуберкулезной программы. Поэтому очень важно измерить процент ВИЧ-положительных людей, у которых выявлен туберкулез и которые имеют доступ к надлежащему лечению как туберкулеза, так и ВИЧ-инфекции.

Числитель

Количество ВИЧ-положительных людей с впервые или повторно выявленным туберкулезом, которые начали лечение туберкулеза в отчетный период, при этом уже принимая антиретровирусную терапию или начав принимать ее во время лечения туберкулеза в отчетном году.

Знаменатель

Оценочное количество впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

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

Для знаменателя: Программные данные и оценочные значения по числу впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. ВОЗ рассчитывает ежегодные оценочные показатели числа впервые выявленных случаев туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ. Оценочные значения для знаменателя, основанные на представляемых странами данных по регистрации случаев и охвату антиретровирусной терапией, появляются не ранее августа отчетного года, поэтому на момент сдачи настоящей отчетности их вносить необязательно. Оценочные значения по 2022 году можно получить на веб-сайте: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.

Дополнительные пояснения по этому индикатору представлены в Приложении 5.

Частота измерения

Сбор данных необходимо вести непрерывно на уровне медицинских учреждений, периодически агрегировать (предпочтительно ежемесячно или ежеквартально), сверяя с данными регистрационных систем противотуберкулезной помощи, и подавать отчетность ежегодно. В данный отчет следует включить сведения по последнему году, по которому имеются данные и оценочные показатели.

Разбивка данных

Нет.

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Адекватное выявление и лечение туберкулеза увеличивает продолжительность жизни людей, живущих с ВИЧ, и снижает бремя туберкулеза. Ежегодно ВОЗ публикует оценку бремени туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, по наилучшим доступным страновым данным о распространенности ВИЧ-инфекции и заболеваемости туберкулезом. Все люди, живущие с ВИЧ, у которых впервые выявлена туберкулезная инфекция, должны начать лечение туберкулеза и антиретровирусную терапию в течение восьми недель с момента начала лечения туберкулеза, независимо от показателя числа клеток CD4. Люди с сочетанным туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, у которых показатели иммунной системы значительно снижены (например, при показателях числа клеток CD4 менее 50 клеток/мм³), должны начать получать антиретровирусную терапию в течение первых двух недель после начала лечения туберкулеза. Лечение туберкулеза начинается в соответствии с критериями, определенными в рекомендациях национальных программ по борьбе с туберкулезом.

Данный показатель позволяет определить, в какой мере сотрудничество между национальными программами противодействия туберкулезу и ВИЧ-инфекции обеспечивает доступ к лечению обоих заболеваний для людей, живущих с ВИЧ и больных туберкулезом. Однако на показатель будут влиять такие факторы, как низкий уровень тестирования на ВИЧ; недостаточный доступ к услугам, связанным с ВИЧ, и к антиретровирусной терапии; а также недостаточный доступ к услугам по диагностике и лечению туберкулеза. При интерпретации результатов по данному индикатору необходимо обращаться к отдельным показателям по каждому из этих факторов.

Поставщикам услуг, предоставляющих помощь в связи с ВИЧ и обеспечивающих проведение антиретровирусной терапии, необходимо регистрировать сведения по диагностике и лечению туберкулеза, поскольку эта информация важна для определения критериев для назначения антиретровирусной терапии и выбора схемы лечения антиретровирусными препаратами. Поэтому рекомендуется отмечать дату начала лечения туберкулеза в регистрационных журналах выдачи антиретровирусной терапии.

Дополнительная информация

Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ. Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2012. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/3/9789244503003_rus.pdf

Глобальный доклад ВОЗ по туберкулезу за 2024 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2024. URL: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024> (на англ. яз).

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision («Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в сфере ТБ/ВИЧ: обновленное издание 2015 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз).

7.7 Люди, живущие с ВИЧ и впервые начавшие принимать АРВ-терапию, у которых выявлено заболевание туберкулезом

Общее число людей, живущих с ВИЧ и болеющих туберкулезом, представленное в виде процента от числа людей, впервые включенных в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ в течение отчетного периода

Что он измеряет

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

Обоснование

Активное выявление туберкулеза в системе учреждений, предоставляющих услуги в связи с ВИЧ, и организация тестирования на ВИЧ (с последующим консультированием) среди пациентов с туберкулезом, по инициативе поставщика услуг здравоохранения, нужны главным образом для того, чтобы обеспечить раннее выявление ВИЧ-ассоциированного туберкулеза и своевременное предоставление антиретровирусной терапии и лечения туберкулеза. Активное выявление туберкулеза среди всех людей, живущих с ВИЧ, должно проводиться при каждом посещении ВИЧ-сервисных лечебных учреждений. Но особенно важно это делать на самых начальных этапах оказания помощи, при постановке на учет, поскольку риск невыявленного туберкулеза у новых пациентов ВИЧ-сервисных учреждений выше, чем у тех, кто уже получает антиретровирусную терапию. Кроме того, люди, впервые включенные в программу медицинского обслуживания в связи с ВИЧ, могут быть в меньшей степени осведомлены о симптомах туберкулеза и важности его раннего выявления и лечения; они могут не обращаться за медицинской помощью даже при наличии у них общих или специфических симптомов туберкулеза. В рамках мероприятий по активному выявлению туберкулеза обеспечиваются возможности для информирования и обучения людей, живущих с ВИЧ, и выявления туберкулеза на ранних стадиях. Все люди, живущие с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, должны начать лечение туберкулеза немедленно, а начать принимать антиретровирусную терапию — в течение восьми недель (если они еще не получают антиретровирусные препараты).

Числитель

Общее количество людей с заболеванием туберкулезом за отчетный период среди общего числа пациентов, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции.

Знаменатель

Общее число людей, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, то есть зарегистрированных для получения антиретровирусной терапии, в течение отчетного периода.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Результаты исследований на туберкулез среди ВИЧ-положительных людей, у которых предположительно может быть туберкулез, должны заноситься в их медицинские карты в ВИЧ-сервисных учреждениях (в колонке о проводимых исследованиях в разделе с информацией об обращениях и приеме пациента), а также в журналы регистрации для приема антиретровирусной терапии (в разделы ежемесячного и квартального наблюдения, соответственно). Аналогично и пациенты с туберкулезом, у которых выявлена ВИЧ-инфекция, должны быть своевременно включены в программу лечения ВИЧ-инфекции, а их статус по туберкулезу должен быть зафиксирован в карте и учетных формах/журналах по предоставлению антиретровирусной терапии.

Числитель. Подсчитывается число людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции, у которых было выявлено заболевание туберкулезом, на конец отчетного периода.

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

Информацию о статусе по туберкулезу в учетной документации о приеме антиретровирусной терапии необходимо сверять и согласовать с учетной документацией по туберкулезу в соответствующих подразделениях первичной сети, прежде чем консолидировать и передавать эти данные на более высокий уровень.

Дополнительные пояснения по этому индикатору даны в Приложении 5.

Частота измерения

Данные необходимо регистрировать ежедневно и представлять на национальный или субнациональный уровень в рамках рутинной системы квартальной отчетности. Кроме того, данные необходимо ежегодно предоставлять в ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

Нет

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Обзор тенденций по заболеваемости туберкулезом среди людей, живущих с ВИЧ, впервые включенных в программу лечения ВИЧ-инфекции за длительный период времени, может предоставить полезную информацию: а) о распространенности туберкулеза среди этих групп населения, а также б) об эффективности усилий по раннему выявлению и лечению ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Показатель может давать заниженные данные относительно реальной распространенности ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, поскольку могут не учитываться а) пациенты, которые были выявлены в результате тестирования и консультирования по инициативе медработников, однако не включены в программу лечения ВИЧ-инфекции; а также б) люди с диссеминированными формами туберкулеза, которые протекают бессимптомно и не выявляются в процессе рутинного скрининга на туберкулез. Высокое значение показателя может говорить как о высокой распространенности туберкулеза, так и об эффективности программ по скринингу на туберкулез и тестированию на ВИЧ; низкое значение показателя может отражать как низкое качество скрининга на туберкулез и тестирование на ВИЧ, так и высокую эффективность противотуберкулезных мер. Таким образом, интерпретировать показатель следует с осторожностью.

Дополнительная информация

A guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities: 2015 revision («Руководство по мониторингу и оценке совместных мероприятий в сфере ТБ/ВИЧ: обновленное издание 2015 года»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/150627/9789241508278_eng.pdf?sequence=1 (на англ. яз).

7.8 Люди, живущие с ВИЧ и принимающие антиретровирусную терапию, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза

Процент людей, получающих антиретровирусную терапию, которые начали курс профилактического лечения туберкулеза (Тб) в течение отчетного периода

Что он измеряет

Насколько часто люди, принимающие антиретровирусную терапию, начинают профилактическое лечение туберкулеза

Обоснование

Профилактический прием противотуберкулезных препаратов снижает риск развития туберкулеза, а в случае заболевания повышает выживаемость у всех людей, живущих с ВИЧ. Люди, живущие с ВИЧ, должны проходить скрининг на туберкулез при каждом посещении медицинского учреждения в соответствии с клиническим алгоритмом, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых нет никаких жалоб, связанных с симптомами туберкулеза (то есть жалоб на постоянный кашель, повышение температуры и озноб, потерю веса или ночные поты), вероятно, не имеют заболевания туберкулезом. Соответственно, им следует предложить профилактический курс лечения туберкулезной инфекции. ВОЗ рекомендует целый ряд инструментов скрининга, с помощью которых можно исключить наличие туберкулеза (например, рентген грудной клетки, С-реактивный белок).

Для детей, живущих с ВИЧ, у которых нет жалоб на плохой набор веса, повышение температуры или постоянный кашель, также следует предлагать профилактические курсы лечения туберкулезной инфекции, независимо от того, получают ли они антиретровирусную терапию.

Числитель

1. Общее число людей, впервые начавших прием антиретровирусной терапии в течение отчетного периода, которые также начали профилактический курс лечения туберкулезной инфекции в этот отчетный период.
2. Общее число людей, получающих антиретровирусную терапию в настоящее время, которые начали профилактический курс лечения туберкулезной инфекции в отчетный период.

Знаменатель

1. Общее число людей, впервые начавших прием антиретровирусной терапии в течение отчетного периода.
2. Общее число людей, уже получающих антиретровирусную терапию во время отчетного периода.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Профилактический курс лечения туберкулезной инфекции необходимо начинать у всех людей, живущих с ВИЧ и соответствующих клиническим критериям для назначения противотуберкулезных препаратов, а дату начала курса следует фиксировать в карте пациента/регистрационном журнале антиретровирусной терапии (в разделе с информацией об обращениях и приеме пациента). Люди, согласившиеся на лечение и получившие хотя бы одну, первую дозу, должны быть зарегистрированы в регистрационных журналах/формах антиретровирусной терапии (в колонке отмечается месяц и год начала приема противотуберкулезных препаратов).

1. **Числитель.** Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ и впервые начавших прием антиретровирусной терапии в течение отчетного периода, которые также начали профилактический курс лечения туберкулезной инфекции в этот же отчетный период (то есть получили хотя бы одну дозу противотуберкулезного курса).

Знаменатель. Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, которые впервые начали прием антиретровирусной терапии в отчетный период.

2. **Числитель.** Подсчитывается общее число людей, уже имевших статус получающих антиретровирусную терапию во время отчетного периода, которые также начали профилактический курс лечения туберкулезной инфекции в этот же отчетный период (то есть получили хотя бы одну дозу противотуберкулезного курса).

Знаменатель. Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, которые уже имели статус получающих антиретровирусную терапию при наступлении отчетного периода.

Странам предлагается предоставлять отчетность по 1 и/или 2, в зависимости от имеющихся данных.

По возможности, укажите также число людей, живущих с ВИЧ, которые имели статус получающих антиретровирусную терапию на текущий момент, и которые когда-либо проходили профилактический курс лечения туберкулезной инфекции (за исключением тех, кто проходил его в течение данного отчетного периода).

Частота измерения

Данные о людях, которые начали антиретровирусную терапию и профилактический курс лечения туберкулезной инфекции, необходимо регистрировать ежедневно и сообщать на национальный или субнациональный уровень в рамках системы квартальной отчетности. Консолидированные данные необходимо ежегодно предоставлять в ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

- Возраст (<5 лет, 5–15 лет, 15+ лет).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Данный индикатор измеряет охват противотуберкулезной профилактикой среди людей, получающих лечение от ВИЧ-инфекции. Однако эталонных критериев для определения приемлемого уровня результативности по этому индикатору нет. Расширение масштабов проведения таких курсов профилактики поможет обеспечить разработку соответствующего контрольного критерия на национальном уровне. Без сбора дополнительных данных этот индикатор не дает

представления о количестве пациентов, приверженных лечению или полностью завершивших этот курс.

Для точного планирования и распределения лекарственных препаратов необходимо собрать более подробную информацию, помимо указанной для данного индикатора. Для учета посещений и получения лекарств можно использовать журналы выдачи аптечных препаратов. В качестве альтернативного варианта медицинское учреждение, предоставляющее лечение ВИЧ-инфекции, может параллельно с учетной документацией по антиретровирусной терапии вести журналы учета по противотуберкулезной профилактике. Подобные записи могут служить источником ценной информации о количестве пациентов, начавших или продолжающих противотуберкулезную профилактику, а также о числе прошедших полный профилактический курс лечения туберкулезной инфекции, и о побочных эффектах.

Дополнительная информация

1. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control («Руководство ВОЗ по профилактике туберкулезной инфекции и борьбе с ней»). Обновленные рекомендации, 2019 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf> (на англ. яз.).
 2. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention. Tuberculosis preventive treatment («Сводное руководство ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1: Профилактика. Профилактическое лечение туберкулезной инфекции»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/who-operational-handbook-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment> (на англ. яз.).
-

7.9 Процент людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, которые прошли полный курс профилактического лечения туберкулеза, от числа всех начавших профилактическое лечение туберкулеза

Процент людей, живущих с ВИЧ, начавших профилактическое лечение туберкулеза (ТБ) и получающих антиретровирусную терапию, которые полностью завершили курс профилактического лечения ТБ

Что он измеряет

Этот индикатор измеряет эффективность расширения программ профилактического лечения туберкулеза по проценту людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию, которые прошли полный рекомендованный курс профилактического лечения туберкулеза в течение отчетного периода.

Обоснование

Профилактическое лечение туберкулеза снижает риск развития заболевания туберкулезом у всех людей, живущих с ВИЧ, и повышает выживаемость. Прохождение полного курса профилактического лечения туберкулеза в соответствии с назначениями врача — залог его максимальной эффективности. Все люди, получающие антиретровирусную терапию, должны проходить скрининг на туберкулез при каждом посещении медицинского учреждения, в соответствии с рекомендованным ВОЗ клиническим алгоритмом. Взрослые и подростки, живущие с ВИЧ, у которых нет никаких жалоб, связанных с симптомами туберкулеза (то есть жалоб на постоянный кашель, повышение температуры и озноб, потерю веса или ночные поты), вероятно, не имеют туберкулеза в активной форме. Соответственно, им следует предложить профилактический курс лечения туберкулезной инфекции. Для детей, живущих с ВИЧ, у которых нет жалоб на плохой набор веса, повышение температуры или постоянный кашель, также следует предлагать профилактическое лечение туберкулеза. Необходима особая осторожность при назначении противотуберкулезных препаратов детям, имеющим помимо прочего признаки истощения (недостаточности питания) — прежде чем приступить к профилактическому курсу лечения туберкулеза, следует исключить у них наличие заболевания туберкулезом в активной форме.

Многие страны добились прогресса в увеличении числа людей, начинающих принимать противотуберкулезные препараты с целью профилактики, среди общего числа людей, живущих с ВИЧ, которым показано профилактическое лечение туберкулеза. Однако практически нет данных о том, сколько людей заканчивают полностью такой курс профилактического лечения, либо процент закончивших остается очень низким. Оценить, сколько людей получают полный курс профилактического лечения туберкулеза — важная задача в рамках организации каскада услуг в сфере туберкулеза/ВИЧ. И необходимое условие их эффективности.

Числитель

Число людей, получающих антиретровирусную терапию, которые прошли полный курс профилактического лечения туберкулеза, — от числа всех людей, живущих с ВИЧ, которые начинали какой-либо курс профилактического лечения туберкулеза в 2023 году (см. рисунки 1 и 2).

Знаменатель

Число людей, получающих антиретровирусную терапию, которые начали какой-либо курс профилактического лечения туберкулеза в течение 2023 года.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель: Программная документация (например, регистрационные журналы/формы предоставления антиретровирусной терапии или электронные формы медицинского учета). Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию и начавших профилактическое лечение туберкулеза в рамках когорты отчетного года, которые полностью завершили этот курс профилактического лечения туберкулеза. Когорта отчетного года, как правило, определяется по последнему календарному году, в котором всех людей, начавших принимать противотуберкулезное лечение в течение этого года, можно учитывать при оценке числа завершивших полный курс лечения. Так, для отчетного цикла 2025 года в когорту войдут те, кто начинал профилактическое лечение туберкулеза в течение 2023 года.

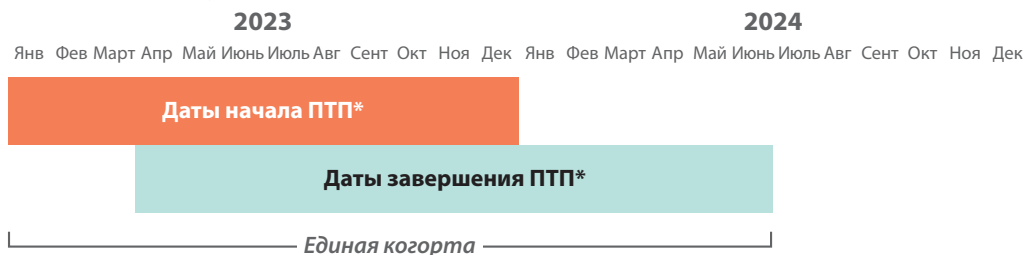
Учитываются все люди, соответствующие критериям для назначения профилактического лечения туберкулеза (включая как тех, кто впервые начал принимать антиретровирусную терапию, так и тех, кто в тот момент уже находился на лечении), которые начали профилактическое лечение туберкулеза и завершили его в том же или в следующем году. Что такое полное завершение профилактического лечения туберкулеза, следует определять на основании национальных клинических рекомендаций исходя из критериев, которые относятся к продолжительности и составу конкретного режима лечения (см. Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика).

Знаменатель: Программная документация (например, регистрационные журналы/формы предоставления антиретровирусной терапии или электронные формы медицинского учета). Подсчитывается общее число людей, живущих с ВИЧ, которые получали антиретровирусную терапию и начали курс профилактического лечения туберкулеза в когорте отчетного периода (в 2023 году — для раунда отчетности 2025 года). Если человек, начавший профилактическое лечение туберкулеза, умирает до завершения этого курса профилактики, он входит в знаменатель, но в числителе не учитывается.

Это отражает подход к формированию годовой отчетности по когортам, в соответствии с которым в отчетность в 2025 году включаются те, кто инициировал профилактическое лечение туберкулеза в 2023 году, независимо от того, в каком году они его завершили — в 2023 или в 2024 году.

Пример когорты: завершившие лечение

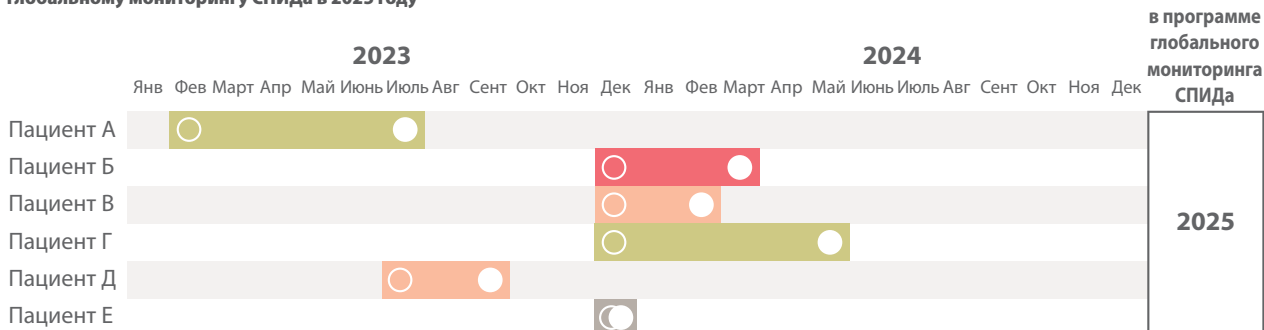
Рисунок 1. Когорта отчетности по глобальному мониторингу СПИДа в 2025 году: даты начала профилактического лечения туберкулеза (ПТП) и даты завершения полного курса ПТП



*ПТП = профилактическое лечение туберкулеза

Отчетный год

Рисунок 2. Примеры диапазонов дат начала и завершения профилактического лечения ТБ, относящихся к когорте отчетности по глобальному мониторингу СПИДа в 2025 году



Условные обозначения

- Инициация ПТП
- 6 INH (монотерапия изониазидом в течение 6 месяцев), 6Lfx (монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев)
- Завершение ПТП
- 4R (рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев)
- 3HP (изониазид плюс рифапентин раз в неделю в течение 3 месяцев), 3RH (рифампицин плюс изониазид ежедневно, в течение 3 месяцев)
- 1HP (рифапентин плюс изониазид ежедневно, в течение 1 месяца)

Частота измерения

Ежегодно. В некоторых случаях может быть более целесообразным собирать отчетность чаще раза в год (например, ежеквартальную отчетность для более оперативного представления сведений о пациентах на новых режимах профилактического лечения туберкулеза, и т.п.).

Разбивка данных

- Пол (женщины, мужчины, трансгендерные люди).
- Возраст (<5 лет, 5–14 лет, 15+ лет)
- Получаемый режим профилактического лечения туберкулеза (если страна может предоставить сведения с такой разбивкой).

Преимущества и недостатки

Этот индикатор позволит предоставлять более точную информацию о людях, живущих с ВИЧ, которые получили это медицинское вмешательство, направленное на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ. Индикатор уже применяется на практике несколько лет в рамках реализации программ Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), со сбором данных через систему мониторинга, оценки и отчетности.

К проблемам, влияющим на работу с данным индикатором, можно отнести: недостаточно полную документацию и отчетность; непригодность информационных систем для учета такого критерия, как полное завершение курса профилактического лечения туберкулеза; использование разных критериев для определения завершенного курса профилактического лечения туберкулеза и учета прерванных курсов; а также недостаточно эффективную реализацию программ.

Дополнительная информация

Практический справочник ВОЗ по туберкулезу. Модуль 1. Профилактика: профилактическое лечение туберкулеза [WHO operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention — tuberculosis preventive treatment]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2021. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331525/9789240032743-rus.pdf>

7.10 Число женщин, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининг на рак шейки матки с помощью любого скринингового теста

Число женщин, живущих с ВИЧ, которые проходили скрининговое обследование на рак шейки матки за последние 12 месяцев с использованием любого скринингового теста

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в расширении масштабов скрининга в популяции для профилактики рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ

Обоснование

Это показатель предназначен для оценки наличия таких скрининговых обследований и их реального использования для профилактики рака шейки матки (РШМ) у женщин, живущих с ВИЧ. Для профилактики инвазивного рака шейки матки женщины могут проходить скрининг с применением различных тестов, позволяющих выявить предраковые поражения шейки матки либо риск их развития. Сегодня имеются недорогие и отвечающие потребностям методы скрининга, которые позволяют идентифицировать большинство предраковых поражений на стадиях, когда они легко поддаются лечению и их можно излечить. Широкий охват женщин скринингом на РШМ и своевременное лечение выявленных в результате скрининга предраковых поражений обеспечивают низкую заболеваемость инвазивным раком шейки матки.

Традиционно скрининг на рак шейки матки у женщин проводится с помощью цитологического метода (тест Папаниколау или Пап-тест, который также называют мазок на онкоцитологию). Есть более новые скрининговые тесты, в их числе: визуальный гинекологический осмотр шейки матки с предварительной обработкой уксусной кислотой (VIA); и молекулярные тесты, прежде всего на определение ДНК вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого канцерогенного риска. Они подходят для использования в любых условиях. Разработаны и другие молекулярные тесты, а также более современные тесты визуального контроля с использованием технологий искусственного интеллекта и/или платформ машинного обучения. Скрининг рака шейки матки может выполняться с использованием различных скрининговых тестов для первичного обследования и последующего направления к врачам-специалистам, и существует широкое множество комбинаций или алгоритмов, применяемых в зависимости от конкретных условий.

Числитель

Число женщин, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининговое обследование на рак шейки матки с использованием любого скринингового теста

Знаменатель

Неприменимо

Расчет

Нет

Метод измерения

Это число выводится путем подсчета числа женщин, живущих с ВИЧ, среди общего числа всех женщин, которые прошли скрининговое обследование на рак шейки матки за последние 12 месяцев, при этом в качестве источника данных используются данные программ скрининга на рак шейки матки и/или программы противодействия ВИЧ.

В данных за отчетный период каждую женщину можно учитывать только один раз. Если, в соответствии с принятой стратегией скрининга, женщина проходит второй тест при первичном обследовании/сортировке для направления к врачам-специалистам или какие-либо еще последующие тесты, то в отчетности ее все равно следует учитывать только один раз.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ лет).
 - Женщины, проходившие такой скрининг впервые в жизни.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Поскольку скрининговые интервалы между обследованиями зависят от того, какой именно тест используется, число женщин, проходящих скрининговые обследования, в разные годы может быть разным.

Уровни охвата скрининговыми обследованиями среди всех женщин, живущих с ВИЧ, невозможно получить, не имея данных об оценочной численности этой группы населения.

Изменения по этому индикатору при использовании его в качестве показателя достигнутого прогресса в долгосрочной перспективе следует интерпретировать в контексте и с учетом соответствующих данных, в том числе — данных о числе женщин, ВИЧ-положительный статус которых известен.

Дополнительная информация

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries («Глобальная статистика по раковым заболеваниям в 2020 г.: Оценочные данные GLOBOCAN по заболеваемости и смертности по 36 раковым заболеваниям в 185 странах мира»). *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249 (на англ. яз.).

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem («Глобальная стратегия по ускорению элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> (на англ. яз.).

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

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention («Руководство по скринингу и лечению предраковых поражений шейки матки для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> (на англ. яз.).

Introducing and scaling up testing for human papillomavirus as part of a comprehensive programme for prevention and control of cervical cancer («Внедрение и расширение масштабов тестирования на вирус папилломы человека в рамках комплексной программы профилактики и борьбы с раком шейки матки. Пошаговое руководство»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015166> (на англ. яз.).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer («Техническое руководство ВОЗ со спецификациями медицинских устройств для скрининга и лечения предраковых поражений для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630> (на англ. яз.).

7.11 Лечение предраковых поражений шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ

Процент женщин, живущих с ВИЧ, имевших положительный результат при скрининге на предраковые состояния шейки матки, которые получали лечение по поводу предраковых поражений шейки матки за последние 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в выполнении целевого показателя охвата лечением на уровне 90 % среди женщин с положительным результатом скринингового обследования.

Обоснование

Этот индикатор предназначен для оценки наличия, доступности и охвата услугами по лечению предраковых состояний у женщин, живущих с ВИЧ, у которых в результате скринингового обследования были диагностированы предраковые поражения и которые подлежат лечению в соответствии с разработанными ВОЗ «Рекомендациями по скринингу и лечению для профилактики рака шейки матки» (*Recommendations for screening and treatment to prevent cervical cancer*).

Глобальная стратегия ВОЗ по элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения предусматривает выполнение следующих целевых показателей до 2030 года: 90 % девочек из соответствующих возрастных групп должны быть вакцинированы против ВПЧ; 70 % женщин, соответствующих критериям для проведения скрининга, должны пройти скрининг не меньше двух раз в жизни; и 90 % женщин с положительным результатом скринингового обследования или с выявленным поражением шейки матки должны получать эффективное лечение (в том числе паллиативную помощь, в случае необходимости).

Числитель

Число женщин, живущих с ВИЧ, которые получали лечение по поводу предраковых поражений шейки матки после положительного результата скрининга на предраковые поражения шейки матки.

Знаменатель

Число женщин, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининг на предраковые поражения шейки матки

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Числитель и знаменатель генерируются на основе программных данных, полученных из программ по ВИЧ или программ скрининга на рак шейки матки. При их подсчете не должны учитываться женщины, которые прошли скрининг и получили положительный результат, но не подлежали лечению по поводу предраковых поражений, например, потому что были направлены на обследование по поводу потенциального инвазивного рака шейки матки.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ лет).
- Эпизод лечения предракового поражения шейки матки (1-й в жизни, 2-й, 3-й, 4-й и т.д.).
- Метод, которым проводилось лечение (криотерапия, термическая абляция, большая петлевая эксцизия зоны трансформации [LLETZ] и др.).

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Изменения значений знаменателя в разные периоды наблюдения могут быть отражением изменений в профессиональных навыках медицинских работников, которые должны оценивать необходимость предоставления лечения пациенткам с предраковыми поражениями; также на эти данные влияет, какие именно скрининговые тесты используются и какова их точность, а также проводится ли медицинская сортировка (триаж-тесты) при первичном обследовании.

Дополнительная информация

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries («Глобальная статистика по раковым заболеваниям в 2020 г.: Оценочные данные GLOBOCAN по заболеваемости и смертности по 36 раковым заболеваниям в 185 странах мира»). *CA Cancer J Clin.* 2021;71:209-249 (на англ. яз.).

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem («Глобальная стратегия по ускорению элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> (на англ. яз.).

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

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention («Руководство по скринингу и лечению предраковых поражений шейки матки для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> (на англ. яз.).

WHO technical guidance and specifications of medical devices for screening and treatment of precancerous lesions in the prevention of cervical cancer («Техническое руководство ВОЗ со спецификациями медицинских устройств для скрининга и лечения предраковых поражений для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002630> (на англ. яз.).

7.12 Лечение инвазивного рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ

Процент женщин, живущих с ВИЧ, с подозрением на инвазивный рак шейки матки, которые получили лечение в течение последних 12 месяцев

Что он измеряет

Достигнутый прогресс в расширении доступа к лечению инвазивного рака шейки матки для женщин, живущих с ВИЧ

Обоснование

Этот индикатор предназначен для оценки наличия и доступности услуг по лечению инвазивного рака шейки матки для женщин, живущих с ВИЧ, за весь период наблюдения. В долгосрочной перспективе можно ожидать, что число женщин, живущих с ВИЧ, которые получили лечение по поводу инвазивного рака шейки матки, достигнет плато и будет медленно снижаться по мере того, как программы скрининга будут расширять выявление и лечение предраковых поражений, а охват вакцинацией против вируса папилломы человека (ВПЧ) будет возрастать в рамках выполнения целей «90–70–90», сформулированных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для элиминации рака шейки матки.

Числитель

Число женщин, живущих с ВИЧ, с подозрением на инвазивный рак шейки матки, которые получили лечение

Знаменатель

Число женщин, живущих с ВИЧ, которые прошли скрининг на рак шейки матки и у которых имелось подозрение на инвазивный рак шейки матки

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Это число генерируется на основе программных данных, полученных из программ по ВИЧ или по раку шейки матки, либо из национального ракового регистра (информационно-аналитической системы учета онкологических больных), если там регистрируются данные о ВИЧ-статусе.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст (15–19, 20–24, 25–29, 30–49, 50+ лет).
 - Эпизод лечения инвазивного рака шейки матки (1-й в жизни, 2-й, 3-й, 4-й и т.д.).
 - Вид лечения: медицинское, хирургическое.
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет

Преимущества и недостатки

Изменения по этому индикатору за период наблюдения следует интерпретировать в контексте и с учетом реализации соответствующих вмешательств, в частности, генерализации программы скрининга и лечения предраковых поражений.

Различия в данных могут также отражать изменяющуюся способность работников здравоохранения выявлять инвазивный рак шейки матки.

Дополнительная информация

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries («Глобальная статистика по раковым заболеваниям в 2020 г.: Оценочные данные GLOBOCAN по заболеваемости и смертности по 36 раковым заболеваниям в 185 странах мира»). CA Cancer J Clin. 2021;71:209-249 (на англ. яз.).

Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem («Глобальная стратегия по ускорению элиминации рака шейки матки как проблемы общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107> (на англ. яз.).

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

WHO framework for strengthening and scaling-up services for the management of invasive cervical cancer («Рамочная программа ВОЗ по укреплению и расширению служб по ведению инвазивного рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003231> (на англ. яз.).

Guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention («Руководство по скринингу и лечению предраковых поражений шейки матки для профилактики рака шейки матки»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824> (на англ. яз.).

7.13 Люди, живущие с ВИЧ, которые получают антиретровирусные препараты с запасом на несколько месяцев

Процент людей, живущих с ВИЧ и получающих антиретровирусную терапию во время отчетного периода, которым выдаются антиретровирусные препараты с запасом на несколько месяцев

Что он измеряет

Процент от числа всех людей, живущих с ВИЧ и имеющих статус получающих антиретровирусную терапию, которые при самом последнем получении лекарств получили на руки свои антиретровирусные препараты с запасом на несколько месяцев (как описано ниже).

Обоснование

Для людей, живущих с ВИЧ, которые имеют статус клинически стабильных в программах антиретровирусной терапии, возможность получать на руки антиретровирусные препараты с запасом сразу на несколько месяцев — это важнейший компонент модели медицинского ухода и помощи, отвечающей нуждам и потребностям людей, живущих с ВИЧ (то есть дифференцированного подхода в предоставлении услуг — см. раздел Определения в данном руководстве). Для людей, живущих с ВИЧ, которые имеют стабильный статус в программах антиретровирусной терапии, получение препаратов с запасом на несколько месяцев — это возможность улучшить результаты в охране здоровья и приверженность лечению в долгосрочной перспективе, сократив при этом ненужные посещения медицинских учреждений (и способствуя тем самым эффективному использованию ресурсов системы здравоохранения). В целом, выдача на руки многомесячного запаса препаратов может способствовать эффективному достижению целевых показателей 95–95–95.

Выдача препаратов на руки с запасом на несколько месяцев всё активнее применяется и всё шире внедряется в рамках национальных государственных стратегий и планов. С 2016 года дифференцированный подход в предоставлении услуг — предусматривающий, в частности, возможность получения на руки препаратов с запасом на несколько месяцев, — рекомендован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и включен в руководство по лечению ВИЧ-инфекции в рамках подходов общественного здравоохранения. Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 особенно наглядно выявила уязвимость систем здравоохранения, и с учетом полученных уроков приоритетное внимание теперь уделяется поиску решений для развития устойчивых моделей предоставления услуг и сокращения ненужных посещений медицинских клиник.

Неясно, насколько широко внедряются эти модели предоставления услуг здравоохранения во многих странах, и предоставление отчетных данных по данному индикатору будет содействовать расширению практики выдачи на руки препаратов с запасом на несколько месяцев.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ и имеющих статус получающих антиретровирусную терапию на текущий момент, которые при последнем получении антиретровирусных препаратов получили на руки запас антиретровирусных препаратов на срок от 3 до <6 месяцев или на 6 и более месяцев.

(Сведения по числу людей, получивших на руки запас антиретровирусных препаратов на срок менее 3 месяцев, также собираются для валидации данных.)

Если страны не могут представить данные о том, с каким запасом (на сколько месяцев) выдаются антиретровирусные препараты, с соблюдением таких параметров разбивки данных, как указано выше, они могут вместо этого представить данные об общем числе людей, получающих антиретровирусную терапию на текущий момент, которые при последней выдаче лекарств получили на руки запас антиретровирусных препаратов на ≥ 3 месяца.

Знаменатель

Число людей, живущих с ВИЧ, со статусом уже получающих антиретровирусную терапию на текущий момент

Расчет

Числитель / Знаменатель

Метод измерения

Данные по этому индикатору собираются в конце отчетного периода на основании учетных журналов антиретровирусной терапии в медицинских учреждениях (включая данные по отпуску антиретровирусных препаратов вне стен учреждения), инструментов мониторинга программ или других баз данных. (При наличии данных из частного сектора, их следует включить).

Необходимо идентифицировать всех людей, которые имеют статус получающих антиретровирусную терапию на текущий момент. Люди, не получившие антиретровирусные препараты в течение 28 дней со дня, когда им было назначено явиться для получения препаратов, считаются потерянными для последующего наблюдения. Их не следует учитывать в знаменателе или числителе. Например, если антиретровирусный препарат выдавался на три месяца (12 недель), то с момента последнего получения препарата должно пройти не более 16 недель (12 недель плюс 28 дней).

Для числителя: в журналах учета должно указываться, на какой период выдан антиретровирусный препарат каждому пациенту, получающему антиретровирусную терапию, при их последней явке для получения лекарственных препаратов. По возможности, эти данные следует собирать со следующей разбивкой: <3 месяцев, от 3 до <6 месяцев, или 6+ месяцев, — и сводить по каждой возрастной группе / полу.

Знаменатель должен соответствовать общему числу людей, получающих антиретровирусную терапию в настоящее время, по данным на конец года; он должен согласовываться с национальными данными, представленными через онлайн-инструмент отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring/GAM).

Если результат по этому индикатору доступен лишь для какого-то процента людей, получающих антиретровирусную терапию в настоящее время, то укажите число людей, на основании которого высчитывался этот процент, а также значение знаменателя (национальный уровень), с тем чтобы было ясно, какой процент населения, в настоящее время получающего терапию, представлен в этих расчетах.

Примечание: выдачу запаса препаратов на несколько месяцев не следует путать с назначением препаратов на несколько месяцев. Если человек получает рецепт на антиретровирусный препарат на шесть месяцев, но должен являться за своим лекарством в клинику каждый месяц или раз в 2 месяца, то этот человек не считается получающим на руки запас препарата на несколько месяцев.

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

- Возраст 0–14
 - Возраст 15+ по полу (мужчины, женщины и трансгендерные люди).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Нет.

Преимущества и недостатки

Индикатор, отражающий практику выдачи на руки многомесячного запаса препаратов, дает прагматичную картину одного важного аспекта в дифференцированном подходе к предоставлению услуг. Этот индикатор дает общее представление о том, насколько широко применяется дифференцированное предоставление услуг в сфере лечения ВИЧ-инфекции, а также какую пользу это может принести для отдельного человека. Также он показывает потенциальные возможности для дальнейшего повышения эффективности системы за счет увеличения интервалов между выдачей антиретровирусных препаратов.

Наличие этого индикатора не означает, что всем людям, живущим с ВИЧ, нужно выдавать многомесячные запасы антиретровирусных препаратов. Необходимо учитывать клинические потребности людей — выдача на руки многомесячного запаса препаратов предусмотрена для людей, имеющих стабильный статус в программах антиретровирусной терапии. Кроме того, частота выдачи препаратов должна также определяться с учетом нужд и потребностей затронутых лиц и групп населения. К числу других факторов, влияющих на возможность выдачи многомесячных запасов антиретровирусных препаратов, относятся: проблемы системы снабжения (цепочки поставок), соображения политики, готовность медицинского персонала. 100-процентный охват не должен быть самоцелью при выдаче пациентам многомесячного запаса препаратов. И это еще раз подчеркивает необходимость при интерпретации результатов руководствоваться имеющейся информацией для понимания ситуации в конкретном контексте.

Если всё внимание сосредоточено исключительно на том, на какой срок выдаются антиретровирусные препараты, картина дифференцированного предоставления услуг будет неполной. Мониторинг конечных результатов — таких как подавление вирусной нагрузки, удовлетворенность пациентов и удержание в программах медицинской помощи — обеспечит полноту картины, наряду с информацией о качестве и масштабах мер социальной и иной поддержки, предоставляемых в рамках дифференцированного подхода к оказанию услуг. В идеале, индикатор должен отражать процентную долю людей, живущих с ВИЧ, которые получают выбор в рамках дифференцированной модели лечения, но это не всегда осуществимо.

Определения

Дифференцированное предоставление услуг, связанных с ВИЧ — согласно определению ВОЗ, это пациент-ориентированный подход для упрощения и адаптации услуг, предоставляемых в связи с ВИЧ, для лучшего удовлетворения потребностей людей, живущих с ВИЧ, и для оптимального использования имеющихся ресурсов систем здравоохранения.

Выдача многомесячного запаса препаратов — единовременная выдача на руки антиретровирусных препаратов и/или других лекарственных средств с запасом на несколько месяцев. Выдача пациентам на руки многомесячного запаса препаратов часто предлагается в качестве одного из компонентов дифференцированного предоставления услуг. Согласно рекомендациям ВОЗ, людям со стабильным статусом в программах антиретровирусной терапии следует давать возможность получать антиретровирусные препараты с запасом на 3–6 месяцев — по возможности, желательно на шесть месяцев.

Стабильный статус в программах антиретровирусной терапии. Критерии того, что человек имеет стабильный статус в программах антиретровирусной терапии:

- а) принимает антиретровирусную терапию не менее шести месяцев;
- б) не имеет каких-либо заболеваний в активной стадии [не считая хронических заболеваний, если они должным образом контролируются];
- в) хорошо понимает важность пожизненной приверженности и соблюдения предписанного режима лечения: получает адекватную консультационную поддержку по вопросам приверженности; и
- г) успешность лечения подтверждена: получен хотя бы один результат, подтверждающий подавление вирусной нагрузки до целевых показателей, за последние 6 месяцев

(если исследования на вирусную нагрузку недоступны, то применяются критерии: показатель числа клеток CD4 >200 клеток/мм³ [CD4 >350 клеток/мм³ для детей в возрасте 3–5 лет] или набор веса, отсутствие симптомов и сопутствующих инфекций).

Определение «имеет стабильный статус в программах антиретровирусной терапии» применимо ко всем группам населения, включая людей, получающих лечение препаратами второго и третьего ряда; людей с контролируемыми сопутствующими заболеваниями; детей; подростков; беременных и кормящих женщин; и ключевые группы населения.

Дополнительная информация

Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management («Сводное руководство по стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет программного мониторинга и менеджмента»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000735> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

7.14 Охват дифференцированными моделями предоставления антиретровирусной терапии среди людей, живущих с ВИЧ, которые в настоящее время принимают антиретровирусную терапию

Процент людей, которые получали антиретровирусную терапию в пациент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, от числа всех людей, живущих с ВИЧ, которые получали антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.

Что он измеряет

Данный индикатор измеряет масштабность внедрения и уровень реализации моделей дифференцированного (пациент-ориентированного) предоставления услуг антиретровирусной терапии в течение отчетного периода.

Обоснование

ВОЗ рекомендует дифференцированный подход в предоставлении услуг для людей, соответствующих определенным критериям. частности, для людей, имеющих статус клинически стабильных в программах антиретровирусной терапии, применение таких пациент-ориентированных подходов позволит обеспечить медицинский уход и помощь, соответствующие разнообразным нуждам и потребностям людей, живущих с ВИЧ. Этот индикатор измеряет, какой процент людей, получающих антиретровирусную терапию, получает ее в пациент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг. По возможности, измеряется также, получают ли такие услуги (дифференцированные, пациент-ориентированные модели предоставления антиретровирусной терапии) люди, соответствующие критериям для их получения.

Цель дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления услуг по лечению ВИЧ-инфекции — эффективнее удерживать людей в программах лечения и добиваться снижения вирусной нагрузки за счет оптимизации моделей лечения и медицинской помощи. Это повышает удовлетворенность клиентов, улучшает исходы лечения и конечные результаты в сфере охраны здоровья, а также дает возможность рациональнее использовать имеющиеся ресурсы для повышения эффективности программ.

Модели дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления услуг по всему каскаду лечения ВИЧ-инфекции в целом можно разделить на четыре категории: групповые модели, проводимые медицинскими работниками; групповые модели, проводимые клиентами; индивидуальные модели в учреждениях здравоохранения; и индивидуальные модели вне учреждений здравоохранения. В рамках этих четырех категорий можно предложить множество адаптированных вариантов для предоставления клиент-ориентированных услуг, которые бы удовлетворяли самым разным и постоянно меняющимся нуждам и потребностям людей из тех или иных групп населения — например: людей, получающих лечение препаратами второго или третьего ряда; людей с контролируруемыми сопутствующими заболеваниями; людей из ключевых групп населения; беременных женщин; детей и подростков.

Этот индикатор охватывает всех людей, получающих антиретровирусную терапию в моделях дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления услуг лечения. К таким моделям относится, в частности, выдача на руки антиретровирусных препаратов с запасом на несколько месяцев. В отчетность по данному индикатору следует включать данные по любым моделям — как по интенсивным, так и по менее интенсивным. В общем и целом, эти модели можно разделить на четыре категории:

- **Групповые модели под руководством медицинских работников** — например: школы пациентов или клубы приверженности (в медучреждениях), клубы для подростков, пакеты помощи при продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции.
- **Групповые модели под руководством клиентов** — например: группы поддержки на уровне сообществ для повышения приверженности к антиретровирусной терапии; выдача антиретровирусной терапии клиентам на уровне сообществ.
- **Индивидуальные модели в учреждениях здравоохранения** — например: возможность регулярного получения на руки антиретровирусных препаратов с запасом на несколько месяцев; ускоренная выдача регулярно получаемых антиретровирусных препаратов.
- **Индивидуальные модели вне учреждений здравоохранения** — например: пункты выдачи антиретровирусной терапии на уровне сообществ; запирающиеся ячейки, откуда клиенты могут забирать доставленные для них антиретровирусные препараты; доставка антиретровирусных препаратов на дом; мобильные клиники.

Более подробные рекомендации приведены в *Сводном руководстве по профилактике, тестированию, лечению и предоставлению услуг в сфере ВИЧ* (ВОЗ, 2021), глава 7.3 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).

В странах разработан широкий спектр самых разнообразных моделей дифференцированного (клиент-ориентированного) предоставления антиретровирусной терапии, чтобы адаптировать эти услуги к различным условиям и потребностям разных групп населения. В этой развивающейся программной области в настоящее время внедряется множество клиент-ориентированных моделей, и этот процесс будет определяться самими странами. Независимо от того, какие именно модели дифференцированного предоставления услуг антиретровирусной терапии будут применяться, очень важно оценивать охват — и для расширения масштабов этих услуг, и для понимания того, как улучшать их реализацию.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ, которые получали антиретровирусную терапию в моделях с дифференцированными подходами к предоставлению этих услуг, в течение отчетного периода.

Знаменатель

А. Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода.

Б. Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, которые соответствуют критериям для включения в модели с дифференцированными (клиент-ориентированными) подходами предоставления антиретровирусной терапии (для стран, которые в состоянии предоставить такие данные)¹.

Предпочтительно, чтобы страны предоставляли данные для знаменателя по варианту Б: *Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию, которые соответствуют критериям для включения в модели с дифференцированными (клиент-ориентированными) подходами предоставления антиретровирусной терапии (если у страны есть возможность предоставить такие данные)*. Если таких данных нет, страны могут предоставить данные для знаменателя по варианту А: *Число людей, живущих с ВИЧ, получающих антиретровирусную терапию на конец отчетного периода*.

¹ Критерии отбора для клиент-ориентированных программ/моделей антиретровирусной терапии определяются согласно национальным рекомендациям.

Расчет

Числитель / Знаменатель А

Числитель / Знаменатель Б (для стран, которые могут предоставить такие данные)

Метод измерения

Инструменты мониторинга пациентов (электронные или бумажные), такие как: регистрационные журналы антиретровирусной терапии или электронные формы медицинского учета.

Индикатор охвата учитывает всех людей, живущих с ВИЧ, которые в текущий период включены в модели дифференцированного предоставления услуг антиретровирусной терапии, — и тех, кто впервые зарегистрировался, и тех, кто был включен в предыдущие отчетные периоды.

Дифференцированное предоставление услуг (differentiated service delivery/DSD) — это клиент-ориентированный подход для упрощения и адаптации всего каскада услуг в сфере ВИЧ с учетом потребностей людей, живущих с ВИЧ, и для оптимизации имеющихся ресурсов системы здравоохранения. При дифференцированном предоставлении услуг по лечению ВИЧ-инфекции необходимо учитывать клинические показания и адаптировать услуги таким образом, чтобы сделать их доступными и для людей с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией и высокой вирусной нагрузкой, и для тех или иных конкретных групп населения, и для применения в различных условиях и местах пребывания.

Дифференцированное (с учетом потребностей людей) предоставление услуг по лечению ВИЧ-инфекции основывается на четырех базовых параметрах: когда (частота получения), где (место получения), что (вид услуг/пакет) и кто (поставщик услуг). В каждой конкретной модели дифференцированного предоставления услуг, связанных с лечением ВИЧ-инфекции, требуется определить все эти фундаментальные параметры отдельно по каждому сервису — и для клинических консультаций, и для регулярной выдачи антиретровирусных препаратов, и для психологической поддержки.

Выдача многомесячного запаса — это единовременная выдача на руки антиретровирусных препаратов или других лекарственных средств с запасом на несколько месяцев. Выдача пациентам на руки многомесячного запаса препаратов часто предлагается в качестве одного из компонентов дифференцированного подхода в предоставлении услуг. Согласно рекомендациям ВОЗ, людям со стабильным статусом в программах антиретровирусной терапии следует давать возможность получать антиретровирусные препараты с запасом на 3–6 месяцев (желательно на 6 месяцев).

Критерии того, что человек имеет стабильный статус в программах антиретровирусной терапии, следующие:

- Стабильно принимает антиретровирусную терапию не менее 6 месяцев.
- Не имеет каких-либо заболеваний в активной стадии (не считая хронических заболеваний, если они должным образом контролируются).
- Хорошо понимает важность пожизненной приверженности и соблюдения предписанного режима лечения: получает адекватную консультационную поддержку по вопросам приверженности.
- Успешность лечения подтверждена: получен хотя бы один результат, подтверждающий подавление вирусной нагрузки до целевых показателей, за последние 6 месяцев (если исследования на вирусную нагрузку недоступны, то применяются критерии: показатель числа клеток CD4 >200 клеток/мм³ для взрослых или CD4 >350 клеток/мм³ для детей в возрасте 3–5 лет, или набор веса, и отсутствие симптомов и сопутствующих инфекций).

Определение «имеет стабильный статус в программах антиретровирусной терапии» применимо ко всем группам населения, включая людей, получающих лечение препаратами второго и третьего ряда; людей с контролируруемыми сопутствующими заболеваниями; детей; подростков; беременных и кормящих женщин; и представителей ключевых групп населения.

Частота измерения

Ежегодно.

Разбивка данных

- Гендер (мужчины, женщины, другие²).
 - Возраст (0–14 лет, ≥15 лет).
-

Запрашиваемая дополнительная информация

Просим включать в описательный отчет информацию о внесении в национальные рекомендации изменений долговременного характера, направленных на регулирование частоты выдачи препаратов в связи с COVID-19.

Преимущества и недостатки

Этот индикатор отслеживает тенденции в охвате дифференцированными (клиент-ориентированными) подходами в предоставлении лечения ВИЧ-инфекции — причем таким образом, чтобы получать стандартизированные и сопоставимые результаты по всем странам и за весь период времени. Он не измеряет качество услуг, оказываемое воздействие на исходы лечения (например, на удержание пациентов в программах или достижение вирусной супрессии) или на показатели эффективности программной деятельности (например, на сокращение количества посещений или рабочего времени персонала).

Точность определения числа людей, включенных в клиент-ориентированные модели предоставления антиретровирусной терапии, будет зависеть от качества исходных данных в системе отчетности и от возможностей этой системы правильно идентифицировать клиентов, включенных в модели дифференцированного предоставления услуг. Проблемы с качеством данных могут приводить как к занижению показателя (например, из-за отсутствия сведений или задержек в передаче сведений от учреждений в головные организации на национальном уровне), так и к его завышению (например, из-за дублирования данных, если сведения по одним и тем же клиентам передаются и учреждениями здравоохранения, и поставщиками услуг на уровне сообществ или частного сектора).

Проблемы с обеспечением привязки данных и потоков данных между учреждениями здравоохранения и сервисами на уровне сообществ могут приводить к задержкам в передаче данных и к занижению показателей. Странам следует адаптировать инструменты мониторинга (например, регистрационные журналы антиретровирусной терапии, электронные формы медицинского учета и т.п.) для выявления и мониторинга клиентов, получающих антиретровирусную терапию в пациент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, на уровне предоставления услуг и на национальном уровне.

² «Другие» включает трансгендерных людей и людей с другим гендером, которые выбирают гендерную идентичность, отличную от мужской или женской.

Дополнительная информация

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированным подходам в стратегически значимой информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055315> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в сфере ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

7.15 Подавление вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированным предоставлением услуг

Процент людей, живущих с ВИЧ, которые получали антиретровирусную терапию в программах с дифференцированными моделями предоставления услуг и при этом имели сниженную вирусную нагрузку в течение отчетного периода.

Что он измеряет

Подавление вирусной нагрузки у людей, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированными моделями предоставления услуг. Это является показателем эффективности антиретровирусной терапии и указывает, насколько высока приверженность к лечению и риск передачи ВИЧ.

Обоснование

Этот показатель обеспечивает мониторинг снижения вирусной нагрузки у людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в программах с дифференцированными (клиент-ориентированными) моделями предоставления услуг. Поскольку подавление вирусной нагрузки — один из ключевых исходов лечения, для контроля качества услуг необходимо отслеживать и оценивать, насколько показатели вирусной супрессии у людей, получающих антиретровирусную терапию в программах с дифференцированными (пациент-ориентированными) моделями предоставления услуг, лучше или сравнимы с аналогичными показателями подавления вирусной нагрузки у людей, получающих стандартное лечение. Подавление вирусной нагрузки — это также наилучший из всех имеющихся показателей приверженности к антиретровирусной терапии.

Числитель

Число людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в клиент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, и которые в течение отчетного периода хотя бы один раз проходили рутинное обследование на вирусную нагрузку, и у которых достигнуты показатели сниженной вирусной нагрузки (<1000 копий/мл).

Знаменатель

Число людей, живущих с ВИЧ, которые получают антиретровирусную терапию в клиент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, и у которых в карте пациента или в лабораторном журнале есть хотя бы один результат рутинного обследования на вирусную нагрузку за отчетный период.

Расчет

Числитель/Знаменатель

Метод измерения

Инструменты мониторинга пациентов (электронные или бумажные), такие как: регистрационные журналы антиретровирусной терапии или электронные формы медицинского учета.

Дифференцированное предоставление услуг (differentiated service delivery/DSD) — это клиент-ориентированный подход для упрощения и адаптации всего каскада услуг в сфере ВИЧ с учетом потребностей людей, живущих с ВИЧ, и для оптимизации имеющихся ресурсов системы здравоохранения. При дифференцированном предоставлении услуг по лечению ВИЧ-инфекции необходимо учитывать клинические показания и адаптировать услуги таким образом, чтобы сделать их доступными и для людей с прогрессирующей ВИЧ-инфекцией и высокой вирусной нагрузкой, и для людей из тех или иных групп населения, а также для людей в различных условиях, в зависимости от их местопребывания.

Дифференцированное (с учетом потребностей людей) предоставление услуг по лечению ВИЧ-инфекции основывается на четырех базовых параметрах: когда (частота получения), где (место получения), что (вид услуг/пакет) и кто (поставщик услуг). В каждой конкретной модели дифференцированного предоставления услуг, связанных с лечением ВИЧ-инфекции, требуется определить все эти фундаментальные параметры отдельно по каждому сервису — и для клинических консультаций, и для регулярной выдачи антиретровирусных препаратов, и для психологической поддержки. В отчетность по данному индикатору следует включать данные по любым моделям — как по интенсивным, так и по менее интенсивным. В общем и целом, эти модели можно разделить на четыре категории:

- **Групповые модели под руководством медицинских работников** — например: школы пациентов или клубы приверженности (в медучреждениях), клубы для подростков, пакеты помощи при продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции.
- **Групповые модели под руководством клиентов** — например: группы поддержки на уровне сообществ для повышения приверженности к антиретровирусной терапии; выдача антиретровирусной терапии клиентам на уровне сообществ.
- **Индивидуальные модели в учреждениях здравоохранения** — например: возможность регулярного получения на руки антиретровирусных препаратов с запасом на несколько месяцев; ускоренная выдача регулярно получаемых антиретровирусных препаратов.
- **Индивидуальные модели вне учреждений здравоохранения** — например: пункты выдачи антиретровирусной терапии на уровне сообществ; запирающиеся ячейки, откуда клиенты могут забирать доставленные для них антиретровирусные препараты; доставка антиретровирусных препаратов на дом; мобильные клиники.

Частота измерения

Ежегодно.

Разбивка данных

- Гендер (мужчины, женщины, другие¹).
 - Возраст (0–14 лет, ≥15 лет).
-

Преимущества и недостатки

При организации точного мониторинга снижения вирусной нагрузки у людей, получающих антиретровирусную терапию в пациент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, может возникнуть ряд проблем. Несмотря на все усилия, прилагаемые для расширения масштабов предоставления услуг, лабораторные возможности для мониторинга вирусной нагрузки в странах с низким уровнем доходов могут быть ограничены. В некоторых странах или районах анализы на вирусную нагрузку могут проводиться не всем, а выборочно — например, для подтверждения предполагаемой неэффективности лечения; либо в приоритетном порядке для представителей тех или иных групп населения. Результатом этого могут быть заниженные общие показатели вирусной супрессии у всех людей, получающих антиретровирусную терапию в программах с клиент-ориентированными подходами в предоставлении услуг.

Другие проблемы могут быть связаны с идентификацией клиентов, получающих антиретровирусную терапию в программах с дифференцированным предоставлением услуг (как их отличать от всех остальных пациентов в общей системе отчетности). Проблемы с качеством данных могут приводить как к занижению показателя (например, из-за отсутствия сведений или задержек в передаче сведений от учреждений в головные организации на национальном уровне), так и к завышению показателя (например, из-за дублирования данных, если сведения по одним и тем же клиентам передаются и учреждениями здравоохранения, и поставщиками услуг на уровне сообществ или частного сектора). Отсутствие взаимосвязанных потоков данных между учреждениями здравоохранения и сервисами поставщиков услуг на уровне сообществ может приводить к задержкам в передаче данных и к занижению показателей.

Странам следует адаптировать инструменты мониторинга (например, регистрационные журналы антиретровирусной терапии, электронные формы медицинского учета, и т.п.) для выявления и мониторинга клиентов, получающих антиретровирусную терапию в пациент-ориентированных программах с дифференцированными моделями предоставления услуг, и мониторинга результатов их лечения на уровне предоставления услуг и на национальном уровне.

Дополнительная информация

Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированным подходам в стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053115> (на англ. яз.).

Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в сфере ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

¹ «Другие» включает трансгендерных людей и людей с другим гендером, которые выбирают гендерную идентичность, отличную от мужской или женской.

8.1 Государственный бюджет в сфере противодействия ВИЧ

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

Что он измеряет

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

Необходимо представить данные об общем объеме целевых государственных ресурсов в сфере противодействия ВИЧ на национальном и субнациональном уровнях (выделение средств и исполнение).

Обоснование

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

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

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Валютные и денежные суммы (номинальная валюта), а также переменные по категориям, характеризующие масштабы изменения ассигнований, для составления краткосрочных прогнозов относительно собственных источников финансирования в будущем.

Расчет

Планируемые и исполненные бюджеты за каждый финансовый год.

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

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

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

Метод измерения

Бюджетный анализ

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

Частота измерения

Ежегодно за финансовый год

Разбивка данных

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

Преимущества и недостатки

Качество данных может быть очень высоким в тех странах, где выделяются целевые бюджетные ассигнования на программы противодействия ВИЧ. Если целевого бюджетного финансирования в сфере ВИЧ не предусмотрено, для формирования отчетности по этому индикатору, вероятно, потребуются слаженные усилия различных государственных ведомств, которые занимаются вопросами здравоохранения и социального обеспечения. Когда предоставление услуг интегрировано в работу различных учреждений, вычлнить такие расходы в соответствующих целевых бюджетах будет нелегко.

Дополнительная информация

Приложение 2

8.2 Антиретровирусные препараты и другие лекарственные схемы, связанные с ВИЧ: цены за единицу, объемы

Что он измеряет

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

Обоснование

Средние цены за единицу продукции и объемы закупок антиретровирусных препаратов позволяют отслеживать динамику рынка антиретровирусных препаратов; эти сведения необходимы и для триангуляции данных вместе с числом людей, включенных в отчетность как получающие антиретровирусную терапию.

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

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

Расчет

Не применяется

Метод измерения

Системы управления закупками и цепочками поставок

Инструменты сбора данных

Информационные системы организации материально-технического снабжения

Частота измерения

Ежегодно

Разбивка данных

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

Преимущества и недостатки

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

Дополнительная информация

Приложение 3.

8.3 Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования

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

Что он измеряет

Потоки финансирования и расходы на программы/услуги в сфере противодействия ВИЧ по источникам внутри страны, представленные стандартизированным и сопоставимым образом по взаимоисключающим категориям. Приводимые здесь расходы в сфере противодействия ВИЧ по программе или услуге должны соответствовать количеству людей, воспользовавшихся этими услугами (которые указаны в других показателях программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа).

Обоснование

Индикатор, по которому необходимо представить данные, показывает общие и промежуточные расходы в сфере противодействия ВИЧ по категориям услуг или программных мероприятий и по источникам финансирования. Странам необходимо представить данные об объемах расходов по восьми ключевым субиндикаторам (категориям услуг или программ). Все они перечислены в Приложении 3.

К концу 2021 года объем международных и национальных ресурсов, выделяемых для противодействия ВИЧ, в странах с низким и средним уровнем доходов достигал, по различным оценкам, 20,8 млрд. долл. США (по курсу 2019 г.). Для достижения целевых показателей, принятых на страновом и глобальном уровнях, необходимы более фокусные подходы и увеличение ресурсов, повышение эффективности и результативности программ для предоставления услуг по профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ, для сокращения заболеваемости и увеличения продолжительности жизни.

Для закрепления и развития достигнутых успехов крайне важно найти долгосрочные стабильные источники финансирования, в том числе за счет мобилизации собственных ресурсов стран. Без оценки имеющихся ресурсов и управления ими невозможно будет устранить дефицит финансирования и обеспечить эффективное распределение ресурсов.

Количественная оценка потоков финансирования и расходов помогает определить, кто получает пользу от проводимых программ в сфере противодействия ВИЧ, и как распределяются ресурсы между программами/услугами противодействия ВИЧ для ключевых групп населения или других групп на текущий момент.

Подавляющее большинство категорий расходов в связи со СПИДом (КРС, в соответствии с оценкой национальных расходов в связи со СПИДом [ОНРС]) или субиндикаторов основаны на показателях действующих систем отчетности и структурированы относительно обязательств, принятых в Политической декларации ООН по СПИДу (2021 г.). Исходя из потребностей в ресурсах для стран с низким и средним уровнем доходов, к 2025 году необходимо мобилизовать не менее 29 млрд. долл. США (в ценах и по курсу 2019 года).

Числитель

Не применяется

Знаменатель

Не применяется

Тип данных

Валютные и денежные суммы (номинальная валюта)

Расчет

Для получения данных о расходах применяются принципы взаимосвязи расходов с социальными аспектами и издержками. Правила, рамочные системы и принципы описываются в конкретных руководствах и справочниках (см. ссылки ниже).

Расчет по каждой услуге/программе или субиндикатору может иметь индивидуальные параметры для надлежащего учета всех компонентов (например, прямых или совместных расходов на предоставление услуги) и исключения двойного учета; эти расчеты могут варьироваться в зависимости от источника финансирования и способа предоставления услуги (или даже в зависимости от поставщика, предоставляющего услугу). Более подробные рекомендации приведены в соответствующих руководствах, перечисленных в конце данного раздела.

Количественная оценка ограничивается внутристрановыми расходами, использованием средств международной помощи в целях содействия развитию и средств из государственных или частных фондов, выраженных в долларах США или местной валюте по текущему курсу на указанный отчетный год.

Чтобы обеспечить надежность и точность индикаторов и получить достоверную отчетность, установлен ряд требований к сбору данных и их качеству.

Наиболее качественная оценка общих расходов в сфере ВИЧ в стране достигается с помощью согласования показателей методами «сверху-вниз» (от источников финансирования) и «снизу-вверх» (от расходов на предоставление услуг).

В качестве основы для сбора данных выступает финансовая и программная отчетность поставщиков услуг или организаций, занимающихся предоставлением услуг.

Задокументированы серьезные расхождения между суммами ассигнований, предусмотренными в бюджетах, и фактическими расходами. Поэтому не рекомендуется использовать данные анализа бюджетов в качестве единственного источника для определения совокупных расходов в сфере противодействия ВИЧ на страновом уровне.

Целесообразно проводить подтверждение (валидацию) данных о расходах за счет международных источников, национальных источников финансирования и от финансовых агентов, а также от всех соответствующих заинтересованных сторон.

Метод измерения

Основной:

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

Альтернативный:

- Бюджетный анализ.
- Система счетов здравоохранения 2011 (СС3-2011) с модулем ВИЧ.

Примечание:

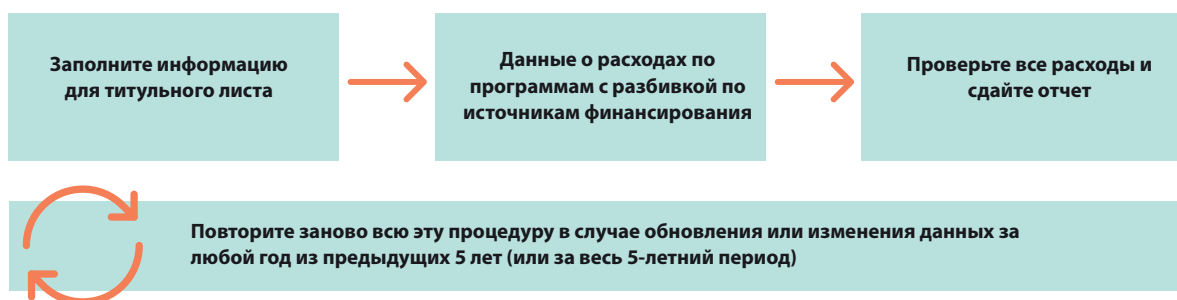
- При отсутствии данных ОНРС страны могут использовать результаты, получаемые централизованно через систему отчетности о расходах в рамках Чрезвычайного плана президента США для оказания помощи в связи со СПИДом (ПЕПФАР), а также запросить данные о расходах у Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд). Отчетность о расходах по программам, получающим финансирование от Глобального фонда, должна соответствовать установленным требованиям к отчетности (форма запроса на финансирование с отчетом о выполнении работ: Progress Update and Disbursement Request).¹
- Национальные счета здравоохранения, использующие в качестве инструмента Систему счетов здравоохранения-2011 с полной структурой заболеваемости, позволяют отразить совокупные программные категории верхнего уровня со статьями расходов. Однако в зависимости от целей, выбранных при выполнении анализа ресурсов, Система национальных счетов здравоохранения-2011 не всегда обеспечивает всю полноту требуемых данных с детализацией расходов в сфере ВИЧ (с разбивкой по программам), так что в случае необходимости следует проверить и скорректировать применяемые коды распределения. Для разбивки данных по расходам, связанным со СПИДом, возможно, потребуется в дополнение к страновым данным по счетам здравоохранения предоставить четкие принципы формирования расходов, чтобы можно было дезагрегировать и вычлнить ту часть расходов, которые связаны с ВИЧ, из совместных расходов, отраженных в системе.

Инструменты сбора данных

Страны составляют отчеты по расходам в сфере противодействия ВИЧ по основным категориям программ/услуг и источникам финансирования при помощи матрицы/таблицы национального финансирования. Полный спектр категорий программ противодействия ВИЧ представлен в Приложении 2. Если в стране есть полноценная и надлежащая ОНРС, для заполнения таблицы финансирования нужно лишь вывести шаблон с необходимыми итоговыми значениями.

Если в стране используются счета системы здравоохранения согласно инструменту СС3-2011, с помощью этих данных можно заполнить ячейки таблицы финансирования, в том числе по международным источникам, а в некоторых случаях и по внутреннему финансированию (из частных и государственных источников).

Процедура подготовки отчетности по данному индикатору



Можно представить скорректированные данные за предыдущие годы, если ранее эти данные не предоставлялись или если представленные ранее данные носили предварительный характер.

Частота измерения

Ежегодно за календарный или фискальный год. Поскольку получение окончательных результатов при составлении любой отчетности может занять больше времени, чем предписывается крайним сроком для подачи годовой отчетности, страны могут подавать предварительные результаты, которые будут заменены на окончательные по мере их готовности. В данном отчетном цикле странам предлагается подать любое количество годовых отчетов за последние 5 лет, указывая их статус (предварительный или финальный), а также то, заменяют ли они собой предыдущие отчеты. Не требуется повторно подавать данные, которые уже были включены в отчеты и остались без изменений. Если страна желает подать более актуальные, скорректированные (или финальные) отчеты о расходах до 2016 года, можно обратиться за помощью к специалистам ЮНЭЙДС.

Разбивка данных

- Источники финансирования.
- Категории программ противодействия ВИЧ/СПИДу.
- Что касается выбранных субиндикаторов, то странам рекомендуется представлять данные о расходах по самым существенным товарам для каждой из соответствующих программ, представленных в субиндикаторах, при наличии таких данных. Можно представить информацию об общих расходах по программам, если данных с разбивкой нет, но есть уверенность в том, что информация включает и товары, и затраты по предоставлению услуг.

¹ Инструкции по заполнению формы запроса на получение финансирования опубликованы Глобальным фондом: Progress update and disbursement request form instructions. Женева: Глобальный фонд, 2022 (URL: https://www.theglobalfund.org/media/11754/fundingmodel_pudr_instructions_en.pdf, на англ. языке).

Преимущества и недостатки

Страны, надлежащим образом и в полном объеме выполнившие Оценку национальных расходов в связи со СПИДом (ОНРС), могут заполнить форму с помощью данных, полученных на выходе в ОНРС. Итоговые страновые оценки должны быть согласованы со всеми ключевыми партнерами и заинтересованными сторонами и подвергнуты триангуляции для повышения надежности и достоверности.

Странам, которые выполняли ежегодную оценку по Системе счетов здравоохранения (ССЗ-2011), возможно, понадобится проверить коды распределения, используемые для оценки расходов в связи с ВИЧ в системе здравоохранения, и убедиться, что они актуальны и обеспечивают детализацию данных по внутренним источникам. Возможно, в этом процессе не будут использоваться сертифицированные данные, как того требуют некоторые принципы бухгалтерского учета. Страны, которые только начали процесс полного распределения ресурсов по счетам здравоохранения, должны обеспечить согласование (валидацию) результатов с другими имеющимися источниками и всеми заинтересованными сторонами для повышения надежности и точности оценок; особенно это касается общего уровня расходов, потенциального дублирования расходов и значительных неучтенных расходов. Странам, пользующимся системой счетов здравоохранения, необходимо добавить расходы, не связанные со здравоохранением, и обеспечить согласующиеся данные о расходовании средств в сфере противодействия ВИЧ, особенно по общим статьям расходов в системе здравоохранения. Реализация системы национальных счетов здравоохранения требует среднесрочного или долгосрочного планирования и привлечения серьезных ресурсов, а также зависит от координации между специалистами по финансам и учету в здравоохранении и руководителями программ.

Страны, применяющие методы бюджетного анализа, должны убедиться в том, что предусмотренные в бюджете средства израсходованы как запланировано; при необходимости следует дополнительно указать, каков оценочный объем неосуществленных расходов (относительно утвержденного бюджета, если есть), по каждому промежуточному показателю.

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

Перечень ключевых субиндикаторов и связанных статистических метаданных

Общий объем расходов в сфере противодействия ВИЧ	Источник финансирования, категория услуги/ программы	Не применяется	Совокупные расходы из всех источников в сфере ВИЧ/СПИДа на национальном уровне, как в системе здравоохранения, так и вне ее
Субиндикаторы	Разбивка данных	Целевая группа населения	Что измеряет
А. Расходы на тестирование на ВИЧ-инфекцию и консультирование (без целевых групп; товары отдельно)	Источник финансирования	Общее население по определенным критериям	Тестирование на ВИЧ и консультирование включает все услуги, предполагающие тестирование на ВИЧ с сопутствующим консультированием: <ul style="list-style-type: none">тестирование и консультирование по инициативе клиента;тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг;тестирование и консультирование в рамках специальных кампаний, аутрич-услуг или тестирование на дому/самотестирование. Прямые расходы на приобретение реагентов для лабораторных исследований и экспресс-тестов необходимо указывать отдельно от прочих расходов (при их наличии).
Б. Расходы на антиретровирусную терапию (взрослых и детей; специфические товары учитываются отдельно)	Источник финансирования: взрослые и дети (до 15 лет)	Лица, живущие с ВИЧ	Антиретровирусная терапия. Прямые расходы на приобретение антиретровирусных препаратов указываются отдельно от других расходов (при наличии). Цены за единицу и объемы закупленных/ поставленных товаров.
В. Расходы на лабораторные исследования в связи с ВИЧ (конкретные товары учитываются отдельно)	Источник финансирования	Люди, живущие с ВИЧ и получающие антиретровирусную терапию	Диагностические услуги, связанные с клиническим мониторингом ВИЧ. Прямые расходы на приобретение реагентов для лабораторных исследований, в т.ч. подсчета числа клеток CD4 и определения вирусной нагрузки, учитываются отдельно от расходов на другие товары и оказание услуг (при наличии).
Г. Расходы по туберкулезу и ВИЧ-инфекции (специфические товары учитываются отдельно)	Источник финансирования	Люди, живущие с ВИЧ, и люди с туберкулезом	Исследования, клинический мониторинг, сопутствующие лабораторные услуги, лечение и профилактика туберкулеза (включая изониазид и противотуберкулезные препараты для лечения активной формы туберкулеза), а также обследование пациентов туберкулезных диспансеров на ВИЧ и оказание им клинической помощи. Прямые расходы на приобретение лекарств для лечения и профилактики туберкулеза (включая изониазид и лекарства для лечения активной формы туберкулеза) учитываются отдельно от расходов на другие товары и оказание услуг (при наличии).

<p>Д. Расходы по пяти главным компонентам комбинированной профилактики (товары отдельно)</p>	<p>Источник финансирования, пять главных компонентов комбинированной профилактики:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ профилактика среди молодых женщин и девушек-подростков (в возрасте 10–24 лет, только в странах с высокой распространенностью); ▪ добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин (только в странах с высокой распространенностью); ▪ доконтактная профилактика (ДКП) с разбивкой по ключевым группам: мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа; молодые женщины и девушки; серодискордантные пары; ▪ распространение презервативов (без целевых групп); ▪ профилактика среди ключевых групп населения (мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами; секс-работники; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; и люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа). 	<p>Общее население, ключевые группы населения</p>	<p>Это подмножество профилактических услуг обозначается и определяется как «комбинированная профилактика». Все остальные услуги по профилактике ВИЧ-инфекции необходимо указывать в категориях таблицы национального финансирования как часть более общей системы услуг профилактики.</p> <p>Это подмножество включает услуги профилактики, специально разработанные и предоставляемые каждой из ключевых групп населения, а именно:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ услуги профилактики для молодых женщин и девушек-подростков (в возрасте 10–24 лет) в странах с высокой распространенностью; ▪ услуги для мужчин, практикующих секс с мужчинами; ▪ услуги для секс-работников и их клиентов; ▪ услуги для людей, употребляющих инъекционные наркотики; ▪ услуги по проведению добровольного медицинского мужского обрезания; ▪ ДКП с разбивкой по ключевым группам населения; ▪ активное распространение презервативов среди общего населения. <p>Прямые расходы на приобретение презервативов, игл, шприцев и препаратов для заместительной терапии указываются отдельно от прочих расходов (при наличии).</p>
<p>Е. Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ (товары отдельно)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Беременные женщины и новорожденные дети</p>	<p>Меры, направленные на устранение новых случаев ВИЧ-инфекции среди детей, включая:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ тестирование на ВИЧ беременных женщин; ▪ антиретровирусная терапия для беременных женщин, живущих с ВИЧ; ▪ антиретровирусные препараты для новорожденных; ▪ безопасные роды; ▪ консультирование и поддержка по вопросам питания матери и исключения грудного вскармливания во избежание передачи ВИЧ. <p>Примечание: если живущая с ВИЧ женщина получает антиретровирусную терапию в рамках курса лечения и узнает о своей беременности уже после того, как было начато лечение, расходы на АРВ-терапию следует включить в показатель «АРВ-терапия взрослых», а не в профилактику передачи от матери ребенку.</p>
<p>Ж. Расходы на системы социального обеспечения</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Не применяется</p>	<p>Activities to support the implementation of basic Меры по реализации базовых программ, согласно определению, данному в инвестиционной рамочной стратегии ЮНЭЙДС, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ укрепление политической приверженности и адвокативная деятельность; ▪ СМИ; ▪ законодательство, политика и правоприменительная практика; ▪ мобилизация сообществ; ▪ борьба со стигмой; ▪ правозащитные программы.
<p>З. Расходы на выплату денежных пособий для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, страны с высокой распространенностью ВИЧ)</p>	<p>Источник финансирования</p>	<p>Молодые женщины и девочки (в возрасте 10–24 лет)</p>	<p>Общие расходы на выплату денежных пособий для помощи молодым женщинам и девочкам (в возрасте 10–24 лет). Программа имеет комплексный синергетический эффект благодаря улучшению ситуации во многих областях, и в том числе профилактике ВИЧ-инфекции.</p>

Further information

Дополнительная информация

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

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

Евростат. HEDIC — база данных ЕС по расходам на здравоохранение по заболеваниям и патологиям (Health expenditures by diseases and conditions). Статистическая рабочая документация. Люксембург: Издательский отдел Европейского союза; 2016. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-working-papers/-/KS-TC-16-008>.

Руководство по заполнению промежуточного опросника в инструменте мониторинга национальных обязательств и политики в 2025 году

Введение

Мониторинг политики является одним из компонентов глобального мониторинга эпидемии СПИДа с 2003 года. Он выполняется раз в два года. В последний раз это делалось в 2024 году. Инструмент национальных обязательств и политики (НОПИ) — неотъемлемый компонент глобального мониторинга эпидемии СПИДа (ГМС), предназначенный для оценки прогресса в разработке и реализации политических мер, стратегий и законов в сфере противодействия ВИЧ и выполняющий следующие функции:

- Привлечение к активным консультациям и диалогу ключевых партнеров и заинтересованных сторон на национальном уровне, особенно представителей государственного сектора и гражданского общества, включая различные сообщества, чтобы их точки зрения по вопросам, связанным со СПИДом, были озвучены.
- Поддержка и помощь странам в проведении ими оценки своей эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и принимаемых ответных мер, в том числе для выявления имеющихся препятствий и пробелов, а также факторов, содействующих усилению ответных мер.
- Сбор данных о политике и правовой среде, связанных с противодействием СПИДу.

Ответы этого модуля служат непосредственно для мониторинга нескольких целевых показателей и обеспечивают контекст для анализа прогресса в достижении глобальных целей.

В рамках отчетов по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа данные по НОПИ необходимо собирать и предоставлять каждые два года. Такие сроки установлены исходя из того, что для изменения законов, политики, нормативных положений и регламентов требуется время, и проводить мониторинг чаще, вероятно, нет необходимости.

В промежуточные годы заполняется промежуточный опросник НОПИ по вопросам политики, который сдается в составе отчетов по глобальному мониторингу СПИДа. Промежуточный опросник включает в себя подмножество вопросов из Части А инструмента НОПИ, которые касаются элементов политики, наиболее подверженных изменениям.

По итогам обширных консультаций с экспертами, вопросник НОПИ был реструктурирован, а вопросы пересмотрены и доработаны в 2021 году с учетом глобальных обязательств, сформулированных в Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (2021), озаглавленной: «*Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году*». Формулировки многих вопросов уточнялись и дорабатывались с учетом опыта, полученного в предыдущих раундах отчетности, доступных технологий и в соответствии с рекомендациями по разработке политики.

Структура инструмента мониторинга национальных обязательств и политики

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

Вопросы в инструменте НОПИ структурированы вокруг обязательств, содержащихся в Политической декларации по СПИДу 2021 года¹.

Предлагаемые шаги для сбора и валидации данных

Описанный процесс заполнения инструмента НОПИ странам следует интегрировать в свои общие планы и рабочие графики в рамках глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Цель предлагаемой процедуры — обеспечить интегрированный процесс проверки и согласования собранных данных по НОПИ для всех участников и на всех этапах этого процесса, и помочь сделать анализ этой информации максимально объективным.

Хотя в промежуточный опрос по вопросам политики не входят вопросы из Части Б инструмента НОПИ (заполняемые представителями гражданского общества, групп и сообществ и другими партнерами из негосударственного сектора, работающими в сфере противодействия ВИЧ), странам рекомендуется шире вовлекать гражданское общество и сообщества на всех этапах процесса отчетности по программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

1. Создать рабочую группу, которая будет заниматься обеспечением отчетности по НОПИ. Эти функции может выполнять существующая межсекторная техническая рабочая группа по мониторингу и оценке.
2. Назначить ответственного координатора для заполнения вопросника НОПИ.
3. Рабочая группа НОПИ проводит картирование ключевых партнеров и заинтересованных сторон, чтобы обеспечить системный подход к выбору партнеров, участвующих в сборе данных.

Такое картирование помогает обеспечить сбор наиболее актуальных и точных данных для НОПИ за счет привлечения наиболее подходящих экспертов, и в процессе отчетности избежать потенциальных ошибок под влиянием односторонних подходов или предубеждений. Это также позволит представить самый широкий спектр мнений в рамках отчетности. Привлечение широкого круга ключевых партнеров и заинтересованных сторон может быть полезным и при интерпретации качественных данных или потенциально противоречивых, неоднозначных данных.

¹ Полный текст Политической декларации ООН по ВИЧ/СПИДу: «Искоренение неравенства и становление на путь, позволяющий искоренить СПИД к 2030 году» (2021 г.): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_ru.pdf.

Перечень всех лиц и учреждений, которые могут предоставить информацию или полезные идеи по вопросам, включенным в НОПИ, могут составить опытные члены рабочих групп; при этом они могут опираться на собственные знания и опыт, анализировать соответствующую документацию и обращаться за советом и помощью к другим специалистам в области противодействия ВИЧ в стране. Ключевых партнеров можно найти, в частности, в следующих секторах, учреждениях и группах:

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

Группа должна быть представительной — при составлении списка ключевых партнеров необходимо позаботиться о том, чтобы среди них были представители самых разных географических регионов.

По всем ключевым партнерам, которые будут включены в процесс подготовки отчетности в рамках НОПИ, нужно собрать следующую информацию:

- ФИО
- Контактная информация.
- Название организации, которую представляет.
- Должность данного лица в этой организации.
- К какому сектору относится ключевой партнер (например: министерство здравоохранения, другие министерства, частный сектор, гражданское общество, сообщества, международная неправительственная организация, двусторонняя организация, ЮНЭЙДС или другие организации ООН).

Эта информация будет полезной для документирования межсекторного характера процесса отчетности, а также при подготовке к следующим раундам отчетности с использованием НОПИ.

4. Собрать ответы на вопросы НОПИ. Чтобы обеспечить точность данных и равномерно распределить нагрузку между респондентами, никого не перегружая, рекомендуется вопросы по конкретным областям адресовать тем респондентам, которые наиболее компетентны именно в этих областях. Координаторы, ответственные за заполнение опросника, или консультанты, привлекаемые для помощи в этом процессе, обеспечивают взаимодействие с выбранными ключевыми партнерами, — например, в формате индивидуальных интервью по телефону или по электронной почте, — направляют им вопросы НОПИ по их сфере компетенции, а затем собирают ответы на эти вопросы.

По возможности, рекомендуется направлять один и тот же вопрос не одному, а нескольким ключевым партнерам, компетентным в соответствующей области. В случае расхождений в ответах респондентов, координатор по заполнению опросника НОПИ может обобщить полученную информацию по данному вопросу и направить ее различным ключевым партнерам, предоставившим эту информацию, для уточнения причины различий в ответах и, по возможности, выработки консенсуса. Во избежание возможных искажений необходимо обеспечивать максимальную анонимность респондентов в процессе проверки/верификации данных и последующих обсуждений.

Опросник в формате PDF можно скачать из онлайн-инструмента отчетности по глобальному мониторингу СПИДа — для этого нажмите на кликабельный заголовок (активный линк) «НОПИ» в списке индикаторов в онлайн-инструменте отчетности GAM Online Reporting Tool (<https://AIDSreportingtool.unaids.org>).

Рекомендуем пользоваться приводимым здесь глоссарием ключевых терминов (см. раздел «Определения» ниже), а также дополнительными рекомендациями и разъяснениями по заполнению вопросов о законодательстве в НОПИ (см. Приложение б).

5. Национальному координатору по глобальному мониторингу СПИДа ввести ответы в онлайн-инструмент отчетности.
6. Ключевым партнерам рассмотреть ответы и представить свои замечания/комментарии. Чтобы ключевые партнеры могли ознакомиться с предварительными ответами в НОПИ, им могут быть предоставлены права на просмотр данных в онлайн-инструменте отчетности по глобальному мониторингу СПИДа; либо заполненный опросник может быть выслан им в формате PDF. Документ в PDF можно скачать из онлайн-инструмента отчетности, нажав на опцию «**Print all NCPI to PDF**» («Сохранить весь НОПИ в формате PDF») на странице списка индикаторов.

7. Провести консультативное совещание для проверки/валидации данных:
 - o Рассмотреть ответы на выбранные вопросы НОПИ;
 - o Проанализировать данные по НОПИ вместе с данными по индикаторам для определения достигнутого прогресса, имеющихся пробелов, барьеров и содействующих факторов в сфере противодействия СПИДу.
 - o Определить ключевые пункты для описательных резюме по каждой области, в которой есть обязательства для отчетности.

Учитывая объемность опросника, не стоит пытаться рассмотреть все ответы на вопросы на консультативном совещании по проверке данных. Вместо этого рекомендуем сфокусироваться на а) конкретных ключевых вопросах, требующих особого обсуждения, которые были выявлены перед совещанием, в процессе сбора и анализа данных), а также б) более широко обсудить достигнутый прогресс и имеющиеся пробелы по каждой области, связанной с выполнением обязательств.

8. Доработать ответы на вопросы НОПИ, введенные в онлайн-инструмент отчетности о глобальном мониторинге СПИДа, с учетом комментариев, полученных в ходе подготовки и проведения консультативного совещания, и заполнить описательные резюме по каждой области, связанной с выполнением обязательств.
9. Представить ответы по модулю НОПИ вместе с остальными компонентами глобальной отчетности в срок до **31 марта 2025 года** включительно.
10. Ответить на запросы, полученные через онлайн-инструмент отчетности в процессе последующей проверки и валидации опубликованных данных.

Интеграция и практическое использование данных из инструмента мониторинга национальных обязательств и политики (НОПИ)

Собранные с помощью НОПИ данные дополняют те данные по индикаторам и расходам, которые также будут собраны и представлены в рамках глобального мониторинга СПИДа. Странам рекомендуется использовать данные НОПИ для анализа своей эпидемиологической ситуации и ответных мер, а также для стратегического планирования деятельности на страновом уровне.

Данные НОПИ также будут использоваться: а) непосредственно для мониторинга прогресса в выполнении нескольких из целевых показателей **10–10–10** в глобальном масштабе; б) для понимания контекста по количественным данным, собранным с помощью индикаторов глобального мониторинга СПИДа, при анализе прогресса в выполнении других глобальных обязательств, содержащихся в Политической декларации по СПИДу (2021); а также в) для получения необходимой информации для разработки глобальных стратегий и докладов. Ответы на вопросы НОПИ, полученные от каждой страны, будут использованы в агрегированном виде для вычисления региональных и глобальных показателей. Данные НОПИ по странам также будут доступны в инструменте AIDSInfo (<http://aidsinfo.unaids.org/>) и на веб-сайте с анализом законодательства и политики Laws and Policies Analytics (<http://lawsandpolicies.unaids.org/>).

Полезные рекомендации относительно того, как интерпретировать и как отвечать на вопросы НОПИ о наличии определенных законов, представлены в Приложении 6 данного руководства.

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

Страны, которые представили ответы на вопросы с помощью инструмента НОПИ в одном из предыдущих раундов, теперь могут загрузить эти ответы (если эта информация не изменилась со времени предыдущего отчетного раунда) в онлайн-инструмент отчетности программы глобального мониторинга СПИДа за 2025 год. Затем эти ответы можно скорректировать и обновить — либо представить в том же виде, если никаких изменений не произошло.

Определения

В этом разделе приведены определения ключевых терминов, которые содержатся в опроснике НОПИ (отмечены звездочкой [*]).

Этими определениями следует руководствоваться при заполнении НОПИ — согласованность в использовании определений всеми странами и за весь период наблюдения необходима, чтобы обеспечить сопоставимость данных и возможность анализа тенденций.

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

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

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

Рутинные исследования на вирусную нагрузку (Routine viral load testing).

Рутинный мониторинг вирусной нагрузки может проводиться через 6 месяцев, через 12 месяцев, а затем один раз в 12 месяцев для пациентов, стабильно принимающих антиретровирусную терапию².

Социальная защита (Social protection). К социальной защите относятся «все инициативы государственного и частного секторов, которые обеспечивают выделение средств в форме дохода или потребительских благ (товаров и услуг) для неимущего населения, защиту уязвимых групп населения в случае потери источников доходов, а также повышение социального статуса и защиту прав маргинализированных групп — в целях снижения экономической и социальной уязвимости неимущих, социально незащищенных и маргинализированных групп и слоев населения»³. Социальная защита соответствует нуждам и потребностям в сфере ВИЧ, если она предоставляется группам населения с высоким риском инфицирования ВИЧ или группам населения, которые могут быть особенно сильно затронуты последствиями эпидемии⁴.

² Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach («Объединенное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу ВИЧ: рекомендации для общественного здравоохранения»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

³ Devereux S, Sabates-Wheeler R. Transformative social protection («Трансформативные подходы в социальной защите»). IDS Working Paper 232. Brighton: Institute of Development Studies; 2004. URL: <https://www.ids.ac.uk/download.php?file=files/dmfile/Wp232.pdf> (на англ. яз.).

⁴ HIV and social protection guidance note («Руководство по ВИЧ и социальной защите»). Женева: ЮНЭЙДС, 2014. URL: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf (на англ. яз.).

Стабильность в приеме антиретровирусной терапии (Stable on antiretroviral therapy). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет пациентов, которых можно считать стабильными в программах антиретровирусной терапии, по следующим критериям: (а) человек находится в программе лечения не менее 6 месяцев; (б) не имеет заболеваний в активной стадии (хорошо контролируемые хронические заболевания не учитываются); (в) хорошо понимает важность пожизненной приверженности и соблюдения предписанного режима лечения; (г) получает консультирование по вопросам приверженности в достаточном объеме; и (д) успешность лечения подтверждена (получен хотя бы один результат, подтверждающий подавление вирусной нагрузки до целевых показателей, за последние 6 месяцев; если исследования на вирусную нагрузку не проводятся, то в качестве критерия допускается наличие хотя бы одного из указанных результатов: показатель числа клеток CD4 >200 клеток/мм³ [для детей в возрасте от 3 до 5 лет — показатель CD4 >350 клеток/мм³] или увеличение веса, отсутствие симптомов и сопутствующих инфекций)⁵.

Участие (Participation). Активное информированное участие в формулировании, внедрении, мониторинге и оценке всех решений, документов политики и принимаемых мер, от которых зависит здоровье человека, в целях соблюдения прав человека. Эта концепция также предусматривает, что системы здравоохранения и выполняемые ими мероприятия должны обладать следующими характеристиками: оперативность, эффективность, соответствие и целесообразность, и устойчивость. Участие является информированным, если люди имеют доступ к информации, необходимой для полноценного и эффективного участия. При необходимости для этого проводят программы и мероприятия по обучению и развитию человеческого потенциала⁶.

Эпидемиологический надзор за случаями ВИЧ-инфекции (HIV case surveillance). Эпиднадзор за случаями ВИЧ-инфекции предусматривает сбор и передачу данных о впервые выявленных случаях ВИЧ-инфекции и проведении определенных мероприятий дозорного эпиднадзора по каждому человеку, у которого диагностирована ВИЧ-инфекция. Данные передаются в государственный орган здравоохранения, в обязанности которого входит мониторинг и контроль за эпидемией. Система эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции строится на учете индивидуальных данных (по каждому случаю заболевания), получаемых за длительный период времени из нескольких источников, при этом данные связаны уникальными идентификационными кодами и хранятся в специальном хранилище данных на национальном уровне⁷.

⁵ Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> (на англ. яз.).

⁶ Sander G. HIV, HCV, TB and harm reduction in prisons: human rights, minimum standards and monitoring at the European and international levels («Программы противодействия ВИЧ, ВГС и ТБ и программы снижения вреда в тюрьмах: права человека, минимальные стандарты и мониторинг в Европейском регионе и на международном уровне»). Лондон: Harm Reduction International, 2016. URL: https://www.hri.global/files/2016/02/10/HRI_PrisonProjectReport_FINAL.pdf (на англ. яз.).

⁷ Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance («Объединенное руководство по человеко-ориентированным подходам организации мониторинга в сфере ВИЧ и национальной системы эпидемиологического надзора за случаями ВИЧ-инфекции»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2017. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-151263-3> (на англ. яз.).

Промежуточный опросник НОПИ

Аббревиатуры и сокращения

1HP	Рифапентин плюс изониазид ежедневно в течение 1 месяца
3HP	Рифапентин плюс изониазид еженедельно в течение 3 месяцев
3HR	Рифампицин плюс изониазид ежедневно в течение 3 месяцев
3TC	Ламивудин
4R	Рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев
6H	Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 6 месяцев
6Lfx	Монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев
9H	Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 9 месяцев
ABC	Абакавир
ATV/r	Атазанавир/ритонавир
AZT/A3T	Зидовудин
CAB-LA	Каботегравир инъекционный длительного действия
CPR	C-реактивный белок (СРБ)
CrAg	Криптококковый антиген
DPV-VR	Вагинальное кольцо с дапивирином
DRV/r	Дарунавир/Ритонавир
[DTG]	Долутегравир
DVR	Вагинальное кольцо с дапивирином
EFV	Эфавиренц
EWI	Индикатор раннего оповещения (early warning indicator)
FDC	Комбинированные антиретровирусные препараты в фиксированных дозах
FTC	Эмтрицитабин
IGRA	Анализ высвобождения гамма-интерферона (IGRA — interferon-gamma release assays)
LF-LAM	Анализ мочи с помощью липоарабиноманнанового теста бокового сдвига (LF-LAM)
LPV/r	Лопинавир + Ритонавир
PDR	Обследование на лекарственную устойчивость до начала лечения
RPR-анализ	Нетрепонемный тест на реактивные антитела в плазме крови (для экспресс-диагностики сифилиса)
TAF	Тенофовир
TDF	Тенофовира дизопроксил фумарат
VDRL	Лабораторный анализ для диагностики венерических заболеваний
ВГВ	Вирусный гепатит В
Глобальный фонд (ГФ)	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией
ЛУ ВИЧ	Лекарственная устойчивость ВИЧ к антиретровирусным препаратам
ОЗМП	Охрана здоровья матери и ребенка
НИЗ	Неинфекционные заболевания
НИИОТ	Ненуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы транскриптазы
НИОТ	Нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НОПИ	Инструмент мониторинга национальных обязательств и политики
ПКП	Постконтактная профилактика
ДКП	Доконтактная профилактика
ТБ	Туберкулез
ГАТП	Проба гемагглютинации на антитела к бледной трепонеме (ТРНА — <i>Treponema pallidum</i> hemagglutination assay)
АТП	Проба агглютинации искусственных частиц на антитела к бледной трепонеме (ТРПА — <i>Treponema pallidum</i> particle agglutination assay)
ЮНЭЙДС	Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу
ЮНФПА	Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения

Инструмент мониторинга национальных обязательств и политики: промежуточный опрос

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

1. Комбинированная профилактика для всех

- Сократить ежегодное число новых случаев ВИЧ-инфекции до уровня менее 370 000 к 2025 году.
- Обеспечить, чтобы 95 % людей, подверженных риску инфицирования ВИЧ — во всех эпидемиологически значимых группах, всех возрастных группах и географических регионах — имели доступ к соответствующим методам комбинированной профилактики, которые отвечают их потребностям, являются приоритетными, ориентированными на человека и эффективными, — и использовали их.
- Сократить число новых случаев ВИЧ-инфекции среди девочек-подростков и молодых женщин до уровня менее 50 000 к 2025 году.
- Обеспечить доступность доконтактной профилактики (ДКП) — для людей с высоким риском инфицирования ВИЧ, и постконтактной профилактики — для людей, подвергшихся риску контакта с ВИЧ, для 10 миллионов человек к 2025 году.
- Для 95 % людей, затронутых гуманитарными кризисами, подверженных риску инфицирования ВИЧ, обеспечить возможность использования методов комбинированной профилактики: отвечающих их потребностям, приоритетных, ориентированных на человека, и эффективных.

Доконтактная профилактика

1. Содержатся ли в ваших страновых национальных руководствах рекомендации для применения следующих режимов/продуктов для доконтактной профилактики (ДКП)? Отметьте все подходящие варианты:

- Пероральный прием препаратов ДКП, содержащих тенофовир (ТДФ)
- Вагинальное кольцо с дапивирином (DPV-VR или DVR)
- Инъекционный каботегравир длительного действия (КАБ-ДД)
- В национальных руководствах нет рекомендаций о применении каких-либо режимов/продуктов для ДКП

1.1 Для каких групп населения, в соответствии с национальными руководствами и рекомендациями, предусмотрено предоставление доконтактной профилактики (ДКП)? Отметьте все подходящие варианты

- Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами
- Секс-работники
- Люди, употребляющие инъекционные наркотики
- Трансгендерные люди
- Серодискордантные пары
- Молодые женщины (в возрасте 18–24 лет)
- Подростки (в возрасте <17 лет)
- Люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа
- Беременные и кормящие женщины
- Люди, которые обращаются за ДКП
- Иное (укажите) _____
- Национальные руководства по ДКП не разработаны

1.2 Кто имеет право предоставлять доконтактную профилактику (ДКП) в вашей стране? Отметьте все подходящие варианты.

- Врачи
- Клиницисты
- Средний медицинский персонал (например, акушерки, практикующие медсестры, фельдшеры и др.)
- Фармацевты
- Добровольные помощники (на уровне сообществ)
- Другие (укажите) _____
- Никто из поставщиков услуг не уполномочен предоставлять ДКП в стране

1.3 Можно ли в вашей стране получать доконтактную профилактику (ДКП) через кого-либо из следующих поставщиков? Отметьте все подходящие варианты:

- Государственные учреждения здравоохранения
 - Распространяется на уровне сообществ (в том числе через мобильные службы)
 - В аптеках (обособленных аптечных пунктах, в том числе онлайн)
 - У частных поставщиков медицинских услуг
 - Через Интернет (неофициальные каналы продаж)
 - В рамках исследовательских проектов
 - Иное (укажите) _____
-

Постконтактная профилактика

2. Содержатся ли в ваших государственных национальных руководствах рекомендации для применения постконтактной профилактики (ПКП) для следующих групп? Отметьте все подходящие варианты:

- Риск контакта при оказании медицинской помощи (риски, связанные с родом деятельности)
- Риск контакта связан с сексуальным или гендерным насилием
- Риск контакта по любым другим причинам

2.1 Кто имеет право предоставлять постконтактную профилактику (ПКП) в вашей стране? Отметьте все подходящие варианты.

- Врачи
- Клиницисты
- Средний медицинский персонал (например, акушерки, практикующие медсестры, фельдшеры и др.)
- Фармацевты
- Добровольные помощники (на уровне сообществ)
- Другие (укажите) _____

2.2 Можно ли в вашей стране получать постконтактную профилактику (ПКП) через кого-либо из следующих поставщиков? Отметьте все подходящие варианты:

- Государственные учреждения здравоохранения
- Распространяется на уровне сообществ (в том числе через мобильные службы)
- В аптеках (обособленных аптечных пунктах, в том числе онлайн)
- У частных поставщиков медицинских услуг
- Через Интернет (неофициальные каналы продаж)
- В рамках исследовательских проектов

Добровольное медицинское мужское обрезание

Следует иметь в виду, что ответы на эти вопросы требуются только от 15 стран с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, низкой распространенностью мужского обрезания и генерализованной эпидемией среди гетеросексуального населения. К этим странам относятся: Ботсвана, Замбия, Зимбабве, Кения, Лесото, Малави, Мозамбик, Намибия, Объединенная Республика Танзания, Руанда, Уганда, Эсватини, Эфиопия, Южно-Африканская Республика, Южный Судан.

3. Какие методы проведения медицинского мужского обрезания рекомендованы/утверждены национальной программой? Отметьте все подходящие варианты.

- Традиционные хирургические методы (метод дорсального разреза, метод с использованием зажима, метод циркулярной резекции)
- Метод с использованием одобренного к применению инструмента/устройства, прошедшего преквалификацию ВОЗ

Презервативы

4. Проводилась ли оценка потребностей в презервативах на страновом уровне?

- Да
- Нет

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

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

4.3 Если да, то какой метод применялся для оценки потребностей в презервативах? Отметьте все подходящие варианты:

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

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

5.a Перебои на национальном уровне:

- Да
 Нет

5.b Перебои на местном уровне:

- Да
 Нет
-

2. 95–95–95 в показателях тестирования и лечения ВИЧ-инфекции

- Снизить ежегодную смертность вследствие СПИДа до уровня менее 250 000 к 2025 году.
 - Обеспечить лечение ВИЧ-инфекции для 34 миллионов человек, живущих с ВИЧ, к 2025 году.
 - Достичь целевых показателей «95–95–95» в отношении тестирования, лечения и снижения вирусной нагрузки во всех географических регионах и демографических группах, включая детей и подростков, живущих с ВИЧ:
 - 95 % людей, живущих с ВИЧ, знают свой ВИЧ-статус.
 - 95 % людей, которые знают о своем ВИЧ-положительном статусе, имеют доступ к лечению.
 - 95 % людей, получающих лечение, имеют сниженную вирусную нагрузку.
 - Обеспечить профилактическое лечение туберкулеза (ТБ) для 90 % людей, живущих с ВИЧ, к 2025 году.
 - Снизить смертность от туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ, на 80 % к 2025 году (по сравнению с показателями 2010 года).
-

Тестирование на ВИЧ

6. Какие из перечисленных методов и подходов для тестирования на ВИЧ применяются в вашей стране? Отметьте все подходящие варианты.

- Тестирование и консультирование по инициативе клиента
- Тестирование и консультирование по инициативе поставщика услуг
- Тестирование на ВИЧ по показаниям (при наличии индикаторных состояний/заболеваний)
- Тестирование в рамках рутинной дородовой диагностики
- Двойные экспресс-тесты для быстрой диагностики ВИЧ-инфекции/сифилиса у беременных женщин в службах дородового наблюдения
- Тестирование на уровне сообществ
- Тестирование вспомогательным (непрофессиональным) персоналом
- Самостоятельное тестирование
- Тестирование на основе общих контактов из социального окружения (охват услугами партнеров, тестирование социального окружения, тестирование членов семьи и т.п.)
- Иное (укажите) _____
-

7. Включены ли рекомендации, приведенные в Сводном руководстве по предоставлению услуг тестирования на ВИЧ на основе дифференцированных пациент-ориентированных подходов ([Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services] ВОЗ, 2024), в национальные руководства по проведению тестирования в стране?

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

-
- 8. Включен ли в вашей стране метод самостоятельного тестирования в национальную политику или программу (рекомендуется ли его применение в рамках национальной политики/программы обследования либо в качестве самостоятельного метода для самотестирования)?**
- 8.a Самотестирование на ВИЧ**
- Да
- Нет
- 8.a.i Если да, то применяется ли самотестирование на ВИЧ в вашей стране в рутинном порядке?**
- Самотестирование на ВИЧ применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
- Самотестирование на ВИЧ применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
- Нет, нигде не применяется
- 8.a.ii Если на вопрос 8a ответ «да» (самотестирование включено в национальную политику или программу в вашей стране), то применяется ли самотестирование на ВИЧ для обоснования необходимости начинать или продолжать доконтактную профилактику/ДКП (либо в рамках национальной политики/программы по тестированию на ВИЧ, либо в качестве отдельного положения по применению самотестирования на ВИЧ)?**
- Да
- Нет
- 8.a.iii Если на предыдущий вопрос (8.a.ii) ответ «да», то применяется ли в стране самотестирование на ВИЧ для подтверждения необходимости ДКП в рутинном порядке?**
- Да, применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
- Да, применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
- Нет, только в пилотных проектах
- Нет, нигде не применяется
- 8.a.iv Если на вопрос 8a ответ «да» (самотестирование включено в национальную политику или программу в вашей стране), то применяется ли самотестирование на ВИЧ для обоснования необходимости начинать или продолжать постконтактную профилактику/ПКП (либо в рамках национальной политики/программы по тестированию на ВИЧ, либо в качестве отдельного положения по применению самотестирования на ВИЧ)?**
- Да
- Нет
- 8.a.v Если на предыдущий вопрос (8.a.iv) ответ «да», то применяется ли в стране самотестирование на ВИЧ для подтверждения необходимости ПКП в рутинном порядке?**
- Да, применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
- Да, применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
- Нет, только в пилотных проектах
- Нет, нигде не применяется
- 8.b Самотестирование на сифилис**
- Да
- Нет
- 8.b.i Если да, то применяется ли самотестирование на сифилис в вашей стране в рутинном порядке?**
- Самотестирование на сифилис применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
- Самотестирование на сифилис применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
- Нет, нигде не применяется
- 8.c Самотестирование на гепатит С**
- Да
- Нет
- 8.c.i Если да, то применяется ли самотестирование на гепатит С в вашей стране в рутинном порядке?**
- Самотестирование на гепатит С применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
- Самотестирование на гепатит С применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
- Нет, нигде не применяется
-

8.d **Самотестирование по другим заболеваниям (укажите)**

- Да
 Нет

8.d.i **Если да, то применяется ли самотестирование по другим заболеваниям в вашей стране в рутинном порядке?**

- Самотестирование для выявления других заболеваний применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
 Самотестирование для выявления других заболеваний применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
 Нет, нигде не применяется
-

9. **Включен ли в национальную политику вашей страны в какой-либо форме такой подход к организации тестирования, как приглашение на тестирование людей на основе их общих контактов из социального окружения (охват услугами тестирования партнеров, социального окружения, членов семьи)? Отметьте все подходящие варианты:**

- Да, охват услугами тестирования партнеров
 Да, тестирование социального окружения
 Да, тестирование членов семьи
 Нет, ничего из вышеперечисленного

9.1 **Если да, то какие из следующих подходов используются для организации тестирования людей на основе их общих контактов из социального окружения? Отметьте все подходящие варианты:**

- Сопровождаемое тестирование для партнеров (поставщик услуг здравоохранения сам связывается с партнерами и направляет на обследование)
 Пассивное предоставление тестирования для партнеров
 Тестирование социального окружения на основе общих контактов в ключевых группах населения
 Тестирование социального окружения на основе общих контактов у населения в целом
 Дополнительная раздача комплектов для самотестирования на ВИЧ партнерам или контактам из социального окружения
 Тестирование биологических детей людей, живущих с ВИЧ
-

10. **Приняты в вашей стране или включены ли в национальную политику (национальную программу) двойные экспресс-тесты для экстренной диагностики ВИЧ-инфекции/сифилиса для беременных женщин и/или ключевых групп населения?**

- Да, только для беременных
 Да, только для ключевых групп
 Да — и для беременных женщин, и для ключевых групп населения
 Нет

10.1 **Если да, то применяются ли в вашей стране двойные экспресс-тесты для быстрой диагностики ВИЧ-инфекции/сифилиса в рутинном порядке (на регулярной основе)?**

10.1.a **Для беременных женщин:**

- Да, применяется в рутинном порядке в национальном масштабе
 Да, применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
 Нет, только в пилотных проектах
 Нет, нигде не применяются

10.1.b **Для представителей ключевых групп населения:**

- Да, применяются в плановом порядке в национальном масштабе, в том числе на субнациональном уровне
 Да, применяется в рутинном порядке на субнациональном уровне или в отдельных районах
 Нет, только в пилотных проектах
 Нет, нигде не применяются
-

-
- 11. Применяется ли в вашей стране алгоритм 3 тестов (требуется три последовательных реактивных теста) для постановки ВИЧ-положительного диагноза?**
- Да
 Нет
- 11.1 Если да, то применяется ли в вашей стране стратегия/алгоритм 3 тестов повсеместно в рутинном порядке?**
- Да
 Нет
- 11.2 Если нет, планируется ли в вашей стране внедрение алгоритма 3-х тестов для подтверждения ВИЧ-положительного диагноза?**
- Да
 Нет
- 11.3 Если на предыдущий вопрос ответ «да» — укажите год, когда планируется внедрить алгоритм 3-х тестов для постановки ВИЧ-положительного диагноза.**
- Год не запланирован
 2025
 2026
 2027
 2028
- 11.4 Используются ли в вашей стране следующие методы анализов в рамках общепринятой национальной стратегии (рутинного алгоритма) тестирования? Отметьте все подходящие варианты:**
- Экспресс-диагностика (с помощью тестов на антитела)
 Экспресс-диагностика (с помощью тестов на антитела/антигены)
 Иммунологический анализ
 Вестерн-блоттинг (белковый иммуноблот)
 Тест на нуклеиновые кислоты
 Тесты для оценки давности инфицирования
-

Антиретровирусная терапия

- 12. Приняты ли в вашей стране рекомендации Всемирной организации здравоохранения о незамедлительном начале антиретровирусной терапии из «Сводного руководства по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению услуг и мониторингу в сфере ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения» (ВОЗ, 2021)?**
- Да, терапия начинается незамедлительно в течение 7 дней после постановки диагноза ВИЧ-инфекции
 Нет
 Иное (укажите) _____
- 12.1 Если в вашей стране принято положение (политика) о незамедлительном начале антиретровирусной терапии, то каков статус их реализации?**
- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Другое (укажите) _____
-
- 13. Предлагается ли в вашей стране возможность начать антиретровирусную терапию прямо в день постановки диагноза ВИЧ-инфекция, в соответствии с принятой политикой незамедлительного начала антиретровирусной терапии?**
- Да
 Нет
- 13.1 Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?**
- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____
-

14. Доступны ли исследования клеток CD4 для диагностики продвинутых стадий ВИЧ-инфекции?

- Да
 Нет

14.1 Если да, где проводятся такие исследования? Отметьте все подходящие варианты:

- Проводятся по месту обращения
 В лаборатории медучреждения
 В централизованной лаборатории
 Другое (укажите) _____

14.2 Если да, то в каком проценте учреждений (оценочное число) клиентам обеспечивается доступ к тестированию и возможность получения результатов?

- В некоторых учреждениях (<50 %)
 Во многих учреждениях (50–95%)
 Повсеместно по всей стране (>95 % учреждений)
 Не реализуется на практике
 Другое (укажите) _____

14.3 Если да, то каково среднее время (количество дней) получения результата исследований клеток CD4 для пациента?

- Пожалуйста, укажите: _____
 Не применяется
-

15. Допускается ли в вашей стране назначение антиретровирусной терапии по инициативе среднего медицинского персонала для какой-либо из следующих групп населения? Отметьте все подходящие варианты:

- Взрослые (кроме беременных женщин)
 Беременные женщины
 Подростки (10–19 лет)
 Дети в возрасте до 10 лет
 Ни одной из указанных групп
-

16. Имеется ли в вашей стране политика национального уровня, направленная на расширение предоставления антиретровирусной терапии на уровне сообществ (вне учреждений здравоохранения)?

- Да
 Нет

16.1 Если да, укажите, в каких масштабах предоставляется терапия на уровне сообществ:

- В национальном масштабе
 На региональном уровне
 В рамках пилотных проектов
 Иное (укажите) _____

16.2 Если да, то для каких групп населения антиретровирусная терапия предоставляется на уровне сообществ (вне стен лечебных учреждений) в вашей стране?

- Для всех людей, получающих антиретровирусную терапию, в том числе беременных и кормящих женщин и детей
 Для всех людей, получающих антиретровирусную терапию, но за исключением беременных, кормящих женщин, и детей
 Для всех людей, получающих антиретровирусную терапию, в том числе беременных и кормящих женщин, но за исключением детей
 Для всех людей, получающих антиретровирусную терапию, в том числе для детей, но за исключением беременных и кормящих женщин
 Для всех людей, стабильно принимающих антиретровирусную терапию*, в соответствии с национальными регламентирующими документами
 Другое (укажите) _____

16.3 Если да, то какие модели с дифференцированными подходами к предоставлению услуг применяются в вашей стране для выдачи антиретровирусных препаратов на руки? Отметьте все подходящие варианты.

- Групповые модели под руководством медицинских работников (например, школы пациентов или клубы приверженности (в медучреждениях), подростковые клубы)
 Групповые модели под руководством клиентов (например, организуемые в сообществах группы поддержки для повышения приверженности к лечению, выдача антиретровирусной терапии силами клиентов)
 Индивидуальные модели в учреждениях здравоохранения (например, выдача на руки антиретровирусных препаратов с запасом на несколько месяцев; ускоренные выдачи регулярно получаемых антиретровирусных препаратов)
 Индивидуальные модели вне учреждений здравоохранения (например, пункты выдачи лекарств на уровне сообществ; постаматы/ячейки для получения антиретровирусных препаратов; доставка антиретровирусных препаратов на дом; мобильные клиники)
-

17. Имеется ли в стране национальная политика, регулирующая частоту посещений врача для взрослых людей, которые считаются стабильными* в программах антиретровирусной терапии?

- Да
 Нет

17.1 Если да, укажите требуемую частоту посещений врача, согласно национальным регламентам:

- Один раз в месяц
 Один раз в 2 месяца
 Один раз в 3 месяца
 Один раз в 6 месяцев
 Один раз в 12 месяцев

17.2 Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____

18. Имеется ли в стране национальная политика, которая определяет, как часто люди, которые считаются стабильными* в программах антиретровирусной терапии, должны являться для получения антиретровирусных препаратов?

- Да
 Нет

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

- Один раз в месяц
 Один раз в 2 месяца
 Один раз в 3 месяца
 Один раз в 6 месяцев
 Один раз в 12 месяцев
 Иное (укажите) _____

18.2 Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____

19. Включают ли критерии/определения, принятые в национальных регламентирующих документах, на основании которых человек считается стабильным* в программах антиретровирусной терапии, следующие элементы из «Сводного руководства по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения» (ВОЗ, 2021)? Отметьте все подходящие варианты:

- Стабильно принимает антиретровирусную терапию не менее 6 месяцев.
 Не имеет никаких заболеваний в активной стадии (не считая хронических заболеваний, которые должным образом контролируются)
 Хорошо понимает важность пожизненной приверженности и соблюдения предписанного режима лечения
 Успешность лечения подтверждена (т.е. получен хотя бы один результат со сниженными показателями вирусной нагрузки за последние полгода)
 Другое (укажите) _____

20. Оказывается ли у вас в стране психологическая поддержка для подростков, живущих с ВИЧ?

- Да
 Нет

21. Принимаются ли в вашей стране меры для розыска людей, которые перестали обращаться за медицинскими услугами, и помогают ли им вернуться в систему медицинской помощи?

- Да
 Нет
-

22. Укажите национальные критерии (или принятое определение), на основании которых человек считается «потерянным для последующего наблюдения». Например, следуя определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), могут считаться потерянными для последующего наблюдения пациенты, не явившиеся за антиретровирусными препаратами свыше 28 дней после назначенной им даты явки¹.

23. Приняты ли в вашей стране рекомендации ВОЗ, содержащиеся в «Сводном руководстве по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения» (Всемирная организация здравоохранения, 2021), о предоставлении комплексного пакета вмешательств для всех пациентов, у которых ВИЧ-инфекция выявлена на продвинутой стадии заболевания (по определению ВОЗ, при показателях числа клеток CD4 <200)?

- Да, полностью приняты
- Да, частично приняты (только в отношении определенных интервенций и/или групп населения, например: детей, подростков или взрослых). Укажите: _____
- Нет

23.1 Если приняты, то насколько широко реализуются?

- Реализуются в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
- Реализуются во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
- Реализуются повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
- Не реализуются на практике
- Иное (укажите) _____

24. Какие из следующих компонентов пакета вмешательств против туберкулеза (ТБ), тяжелых бактериальных инфекций и криптококкового менингита на продвинутой стадии ВИЧ-инфекции, рекомендованные ВОЗ («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения», 2021), предусмотрены вашей национальной политикой предоставления антиретровирусной терапии для взрослых, подростков и детей? Отметьте все подходящие варианты.

- Тестирование для определения базового (исходного) числа клеток CD4 для диагностики продвинутой стадии ВИЧ-инфекции
- Молекулярные диагностические тесты для диагностики туберкулеза
- Анализ мочи с помощью LF-LAM теста (липоарабиноманнанового теста бокового сдвига) для диагностики туберкулеза
- Скрининг на криптококковый антиген (CrAg)
- Химиопрофилактика котримоксазолом
- Профилактическое лечение туберкулеза
- Эмпирическая профилактика флуконазолом
- Упреждающая терапия флуконазолом
- Незамедлительное начало антиретровирусной терапии
- Адаптированная поддержка для формирования приверженности и удержания пациентов в программах лечения
- Другое (укажите) _____
-

¹ Источник: Consolidated guidelines on person-centred HIV strategic information: strengthening routine data for impact («Сводное руководство по человеко-ориентированным подходам в стратегической информации о ВИЧ: усиление воздействия за счет данных, получаемых из систем рутинного сбора данных»). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. С. 127.

25. Какие из следующих опций и форматов услуг включены в национальную политику предоставления антиретровирусной терапии для взрослых, подростков и детей? Отметьте все подходящие варианты:

- Противотуберкулезные учреждения предоставляют антиретровирусную терапию в противотуберкулезных диспансерах в течение всего периода лечения туберкулеза
 - Поставщики услуг антиретровирусной терапии предоставляют противотуберкулезное лечение по месту получения антиретровирусной терапии на протяжении всего периода лечения туберкулеза
 - Поставщики услуг в сфере охраны здоровья матери и ребенка, в том числе новорожденных, предоставляют антиретровирусную терапию в учреждениях по охране здоровья матери и ребенка, натальной и пренатальной помощи
 - Поставщики услуг антиретровирусной терапии предоставляют антиретровирусные препараты беременным женщинам
 - Поставщики антиретровирусной терапии предоставляют антиретровирусные препараты для новорожденных, младенцев и детей
 - ВИЧ-положительные люди с признаками истощения (недостаточности питания) проходят осмотр и оценку состояния, получают консультирование и дополнительное питание
 - Антиретровирусная терапия выдается в учреждениях, предоставляющих поддерживающую терапию агонистами опиоидов
 - Учреждения общей лечебной сети предоставляют антиретровирусную терапию в рамках оказания первичной медицинской помощи взрослым и подросткам
 - Учреждения общей лечебной сети предоставляют антиретровирусную терапию в рамках оказания первичной медицинской помощи детям
 - Пациент-ориентированные методы психосоциальной помощи (группы поддержки; расширенное консультирование по вопросам, связанным с приверженностью к лечению; поддержка/сопровождение при раскрытии статуса или направление в другие сервисы для получения психологической, социально-экономической поддержки и т.д.) на базе учреждений здравоохранения
 - Пациент-ориентированное сопровождение и поддержка (консультирование, расширенное консультирование по вопросам, связанным с приверженностью к лечению; поддержка/сопровождение при раскрытии статуса или направление в другие службы для получения психологических, социально-экономических услуг, и т.д.) вне учреждений здравоохранения
 - Услуги с учетом нужд и потребностей ключевых групп населения
 - Медицинские услуги/службы для подростков, учитывающие особенности подросткового возраста
 - Антиретровирусная терапия предоставляется в сообществах в рамках моделей дифференцированного медицинского обслуживания
 - Поставщики, предоставляющие антиретровирусную терапию, выполняют скрининг на сердечно-сосудистые заболевания и ведут пациентов с этими заболеваниями
 - Поставщики, предоставляющие антиретровирусную терапию, выполняют скрининг на психические заболевания и предоставляют соответствующее лечение
 - Иное (укажите) _____
-

-
- 26. Надо ли пациентам оплачивать какие-либо стандартные сборы или платежи за услуги при посещении учреждений государственной системы здравоохранения?**
- Да
- Нет
- 26.1 Если да, существует ли какой-либо официально установленный или неофициальный сбор при получении следующих услуг?**
- 26.1.a. Тестирование на ВИЧ**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.b. Выдача доконтактной профилактики (ДКП)**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.c. Назначение к врачу в медицинское учреждение первичного звена**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.d. Оформление карты пациента**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.e. Диагностические услуги (включая исследование на вирусную нагрузку)**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.f. Выдача препаратов для лечения ВИЧ-инфекции**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.g. Выдача препаратов для профилактики и лечения коинфекций**
- Официально установленный
- Неофициальный
- 26.1.h. Выдача других сопутствующих лечебных препаратов (например, лекарств от неинфекционных заболеваний [НИЗ], для охраны сексуального и репродуктивного здоровья, препаратов для иммунизации)**
- Официально установленный
- Неофициальный
-

Режимы антиретровирусной терапии

Взрослые и подростки

27. Как предусмотрено рекомендациями ВОЗ (2021) («Сводное руководство по профилактике, тестированию, лечению, предоставлению и мониторингу услуг, связанных с ВИЧ: Рекомендации с позиций общественного здравоохранения»), является ли комбинация TDF + 3TC (или FTC) + DTG предпочтительной комбинацией антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения, в соответствии с национальными руководствами, для следующих групп населения:

27.a Взрослые и подростки

- Да
- Нет, комбинация TDF + 3TC (или FTC) + DTG предусмотрена в качестве альтернативного режима лечения препаратами первого ряда
- Нет

27.a.i. Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
- Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
- Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
- Не реализуется на практике
- Иное (укажите) _____

27.a.ii Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:

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

27.a.iii Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC (или FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2025 году?

- Да
- Нет

27.b Женщины детородного возраста

- Да
- Нет

27.b.i Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:

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

27.b.ii Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC или (FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2025 году?

- Да
- Нет

27.c. Беременные и/или кормящие женщины

- Да
- Нет

27.c.i Если нет, какой вариант или варианты являются предпочтительными:

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

27.c.ii. Если нет, планируется ли внедрение комбинации TDF + 3TC или (FTC) + DTG в качестве предпочтительной комбинации антиретровирусных препаратов первого ряда для начала лечения в 2025 году?

- Да
- Нет

28. Используются ли в стране комбинированные антиретровирусные препараты в фиксированных дозах в качестве предпочтительного варианта терапии первого ряда? Отметьте все подходящие варианты.

- Да, комбинация 3 препаратов с фиксированной дозой, принимаемая один раз в день
- Да, комбинация 2 препаратов с фиксированной дозой + еще 1 препарат, принимаемые один раз в день
- Нет
- Иное (укажите) _____

29. Режим на основе долутегравира (DTG) является одним из возможных вариантов при выборе комбинированных антиретровирусных препаратов второго ряда для взрослых и подростков с ВИЧ, согласно национальным рекомендациям?

- Да, это предпочтительный вариант
- Да, как альтернативный вариант
- Нет
- Иное (укажите) _____

30. Атазанавир/ритонавир (ATV/r) включен в национальные рекомендации в качестве возможного ингибитора протеазы при выборе комбинированных антиретровирусных препаратов второго ряда для взрослых и подростков с ВИЧ?

- Да, это предпочтительный вариант
- Да, как альтернативный вариант
- Да, как вариант препаратов третьего ряда
- Нет
- Иное (укажите) _____

31. Лопинавир/ритонавир (LPV/r) включен в национальные рекомендации в качестве возможного ингибитора протеазы при выборе комбинированных антиретровирусных препаратов второго ряда для взрослых и подростков с ВИЧ?

- Да, это предпочтительный вариант
- Да, как альтернативный вариант
- Да, как вариант препаратов третьего ряда
- Нет
- Иное (укажите) _____

32. Дарунавир/ритонавир (DRV/r) включен в национальные рекомендации в качестве возможного ингибитора протеазы при выборе комбинированных антиретровирусных препаратов второго ряда для взрослых и подростков с ВИЧ?

- Да, это предпочтительный вариант
 - Да, как альтернативный вариант
 - Да, как вариант препаратов третьего ряда
 - Нет
 - Иное (укажите) _____
-

33. Режимы терапии на основе долутегравира (DTG) являются предпочтительным вариантом для начала лечения у всех новорожденных и детей с ВИЧ, согласно национальным рекомендациям и руководствам?

- Да, для всех детей в возрасте старше 4 недель и с весом тела более 3 кг
- Да, но только для детей с весом тела более 20 кг
- Нет
- Иное (укажите) _____

33.1 Если DTG не является предпочтительным вариантом режима терапии для младенцев и детей в возрасте старше 4 недель и с весом тела более 3 кг, являются ли такими предпочтительными вариантами схемы на основе лопинавира/ритонавира (LPV/r)?

- Да, для всех
- Нет, но только для детей с весом тела менее 20 кг
- Нет

34. Укажите рекомендуемый базовый НИОТ для начала лечения у детей, в соответствии с национальными руководствами.

- TDF + ЗТС (или FTC)
- AZT + ЗТС (или FTC)
- ABC + ЗТС (или FTC)
- Иное (укажите) _____

35. Рекомендуются ли DTG в качестве предпочтительного варианта препарата второго ряда для детей, у которых неэффективны схемы на основе ННИОТ*?

- Да, для всех детей в возрасте старше 4 недель
- Да, для детей с весом тела более 20 кг
- Нет
- Иное (укажите) _____

36. Рекомендуются ли DTG в качестве предпочтительного варианта препаратов второго ряда для детей, у которых неэффективны режимы на основе ингибиторов протеазы?

- Да, для всех детей в возрасте старше 4 недель и с весом тела более 3 кг
- Да, но только для детей с весом тела более 20 кг
- Нет
- Иное (укажите) _____

37. Какой вариант терапии второго ряда является рекомендованным для детей, у которых неэффективны режимы на основе DTG?

- LPV/r
- ATV/r
- Иное (укажите) _____

38. Режим на основе дарунавира/ритонавира (DRV/r) является одним из возможных вариантов при выборе антиретровирусной терапии для детей с ВИЧ, согласно национальным рекомендациям?

- Да, это предпочтительный вариант препаратов второго ряда
- Да, как альтернативный вариант препаратов второго ряда
- Да, только как вариант препаратов третьего ряда
- Не рекомендуется
- Иное (укажите) _____

39. Интегрируются ли в программы по ВИЧ-инфекции какие-либо из перечисленных мероприятий по развитию детей младшего возраста? Выберите все подходящие варианты:

- Развивающий уход
- Содействие обучению в раннем возрасте
- Интеграция мероприятий по уходу и питанию
- Охрана психического здоровья для беременных и мам
- Ничто из указанного

Вирусная нагрузка

40. Укажите на основании национальных рекомендаций по лечению измеряемое пороговое значение вирусной нагрузки², при котором считается, что вирусная нагрузка у человека успешно снижена (достигнута вирусная супрессия):

- ≤1000 копий/мл
 - ≤400 копий/мл
 - ≤ 200 копий/мл
 - ≤ 50 копий/мл
 - Не определяется с помощью применяемого метода исследования или используемого вида образцов
 - Иное (укажите) _____
-

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

41.a Взрослые и подростки

- Да
- Нет

41.a.i Если да, то насколько полно эта рекомендация/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
- Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
- Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
- Не реализуется на практике
- Иное (укажите) _____

41.b. Для детей

- Да
- Нет

41.b.i Если да, то насколько полно эта рекомендация/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 - Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 - Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 - Не реализуется на практике
 - Иное (укажите) _____
-

42. Имеется ли в стране действующая национальная политика о проведении исследований на вирусную нагрузку по месту обращения, в любом медицинском учреждении?

- Да
- Нет

42.1 Если да, то насколько полно эта рекомендация/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 - Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 - Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 - Не реализуется на практике
 - Иное (укажите) _____
-

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

- Да
- Нет
- Иное (укажите) _____

43.1 Если да, то насколько широко это применяется?

- В полном объеме
 - Частично
 - Не применяется
-

² Пороговые показатели для подавления вирусной нагрузки могут отличаться от пороговых показателей для определения неэффективности лечения.

Мониторинг резистентности вируса ВИЧ и токсичности антиретровирусных препаратов

44. Имеется ли в стране национальная программа мониторинга резистентности вируса ВИЧ к антиретровирусным препаратам?

- Да
 Нет

44.1 Если да, укажите период действия этой программы (какие годы охватывает): _____

45. Проводились ли в стране за последние три года исследования резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам в соответствии с какими-либо из следующих протоколов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

45.a Обследования на лекарственную устойчивость возбудителя к препаратам (PDR) до начала лечения³

- Да
 Нет, но в этом году планируется проводить обследование на лекарственную устойчивость к препаратам до начала лечения
 Нет, и в этом году не планируется проводить обследований на лекарственную устойчивость к препаратам до начала лечения

45.a.i Если да, укажите год, когда было начато проведение самого последнего исследования на лекарственную устойчивость к препаратам до начала лечения: _____

45.b Исследование резистентности вируса ВИЧ к препаратам у лиц, подвергавшихся доконтактной профилактике (ДКП), у которых диагностирована ВИЧ-инфекция

- Да
 Нет, но в этом году планируется проводить такое исследование
 Нет, и в этом году проводить такое исследование не планируется

45.b.i Если да, укажите год, когда было начато самое последнее такое исследование: _____

45.c Обследования приобретенной резистентности возбудителя к лекарственным препаратам среди взрослого населения⁴

- Да
 Нет, но в этом году планируется проводить такое исследование
 Нет, и в этом году проводить такое исследование не планируется

45.c.i Если да, укажите год, когда было начато самое последнее такое исследование: _____

45.d Обследования приобретенной резистентности возбудителя к лекарственным препаратам у детей

- Да
 Нет, но в этом году планируется проводить такое исследование
 Нет, и в этом году проводить такое исследование не планируется

45.d.i Если да, укажите год начала самого последнего такого исследования: _____

45.e Исследования резистентности ВИЧ к препаратам у младенцев (в возрасте <18 месяцев) при использовании ранней диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев⁵

- Да
 Нет, но планируется провести такое обследование у младенцев в этом году
 Нет, и в этом году не планируется проводить такое обследование у младенцев

45.e.i Если да, укажите год начала самого последнего обследования у младенцев: _____

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

- Да
 Нет

45.f.i Если да, укажите:

- Год, когда в последний раз проводился такой мониторинг _____
 Количество вошедших в мониторинговое обследование клиник _____

45.g Индикаторы раннего оповещения о резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам были собраны с использованием следующих методов:

- Обследование по индикаторам раннего оповещения в некоторых клиниках
 Системы рутинного мониторинга пациентов
-

³ Более подробно см.: Surveillance of HIV drug resistance in adults initiating antiretroviral therapy («Эпиднадзор за лекарственной устойчивостью ВИЧ у взрослых, начинающих принимать антиретровирусную терапию»). Женева: ВОЗ, 2014. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507196> (на англ. яз.).

⁴ Более подробно см.: Surveillance of HIV drug resistance in adults receiving ART («Эпиднадзор за лекарственной устойчивостью ВИЧ у взрослых, принимающих АРВТ»). Женева: ВОЗ, 2014. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507073> (на англ. яз.).

⁵ Для получения более подробной информации см.: HIV drug resistance («Лекарственная устойчивость возбудителя ВИЧ»). Опубликовано на веб-сайте Всемирной организации здравоохранения, раздел «Global HIV Programme: Treatment & Care» («Глобальная программа по ВИЧ-инфекции: лечение и уход»). Женева: ВОЗ, 2018. URL: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/hiv-drug-resistance> (на англ. яз.).

46. Имеется ли в вашей стране политика национального уровня, предусматривающая необходимость обследования для определения резистентности вируса ВИЧ к лекарственным препаратам у отдельных пациентов, у которых антиретровирусная терапия оказывается неэффективной по причинам, связанным с клинической тактикой и ведением пациентов?

- Да
 Нет

46.1 Если да, то на какие из следующих групп населения распространяется данная политика? Отметьте все подходящие варианты:

- Взрослые, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии первого ряда на основе долутегравира (DTG)
 Дети, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии первого ряда на основе DTG
 Взрослые, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии второго ряда на основе DTG
 Дети, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии второго ряда на основе DTG
 Взрослые, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии второго ряда на основе ингибиторов протеазы
 Дети, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии второго ряда на основе ингибиторов протеазы
 Пациенты, у которых неэффективны схемы антиретровирусной терапии третьего ряда
 Иное (укажите) _____

47. Имеется ли в вашей стране политика национального уровня, предусматривающая необходимость обследования на лекарственную устойчивость вируса ВИЧ у отдельных пациентов перед началом антиретровирусной терапии?

- Да
 Нет

47.1 Если да, то на какие из следующих групп населения распространяется данная политика? Отметьте все подходящие варианты:

- Все взрослые, начинающие принимать антиретровирусную терапию препаратами первого ряда на основе DTG
 Люди, у которых ранее были эпизоды приема ДКП на основе тенофовира для профилактики ВИЧ-инфекции
 Люди, у которых ранее были эпизоды приема ДКП на основе каботегавира для профилактики ВИЧ-инфекции
 Младенцы и дети перед началом антиретровирусной терапии препаратами первого ряда
 Беременные женщины, начинающие антиретровирусную терапию препаратами первого ряда
 Иное (укажите) _____

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

- Да
 Нет

48.1 Если да, какие методы применяются? Отметьте все подходящие варианты:

- Рутинный мониторинг данных о токсичности в рамках национальной системы мониторинга и оценки
 Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у взрослых
 Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у подростков и детей
 Учетные/регистрационные формы беременных и контроль врожденных пороков развития

49. Внедрены ли методы мониторинга токсичности для отслеживания нежелательных явлений, связанных с применением долутегравира (DTG)?

- Да
 Нет

49.1 Если да, какие методы применяются? Отметьте все подходящие варианты:

- Рутинный мониторинг данных о токсичности в рамках национальной системы мониторинга и оценки
 Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у взрослых
 Активный мониторинг/эпидемиологический надзор за токсичностью в пределах когорт у подростков и детей
 Учетные/регистрационные формы беременных и контроль врожденных пороков развития

49.2 Если да, то проводилось ли обучение для подготовки медицинских работников к ведению, выявлению и регистрации неблагоприятных явлений, связанных с применением долутегравира?

- Да
 Нет

Приверженность и удержание пациентов в программах лечения

50. Имеется ли в стране национальная политика и/или стратегии поддержки приверженности к лечению у пациентов (на уровне сообществ и в учреждениях здравоохранения)?

- Да
 Нет
-

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

- Равные консультанты
 Рассылка текстовых сообщений
 Использование различных устройств для напоминания
 Реинтеграция пациентов: последующее наблюдение с телефонным обзвоном/посещениями на дому
 Расширенное консультирование по вопросам, связанным с сохранением приверженности к лечению
 Направление в службы для получения психологической/социально-экономической поддержки
 Когнитивно-поведенческая терапия
 Тренинги поведенческих навыков/тренинги приверженности для соблюдения режима приема препаратов
 Комбинированные препараты с фиксированной дозой и выбор режимов с приемом препаратов один раз в день
 Кейс-менеджмент
 Навигация и сопровождение с помощью равных консультантов
 Иное (укажите) _____
-

52. Имеется ли в стране национальная политика и/или стратегии для удержания пациентов в программах антиретровирусной терапии?

- Да
 Нет
-

53. Какие из перечисленных услуг для удержания пациентов в программах лечения предоставляются в вашей стране в настоящее время? Отметьте все подходящие пункты:

- Меры и вмешательства, проводимые на уровне сообществ
 Клубы пациентов для удержания в программах и поддержка по принципу «равный равному»
 Иное (укажите) _____
-

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

- Да
 Нет
-

Туберкулез/ВИЧ

- 55. Содержат ли национальные руководства по вопросам, связанным с туберкулезом и/или ВИЧ-инфекцией, рекомендации по использованию следующих инструментов скрининга у людей, живущих с ВИЧ? Отметьте все подходящие варианты:**
- Рекомендуемый ВОЗ скрининг четырех клинических симптомов туберкулеза для взрослых и подростков (>10 лет)
 - С-реактивный белок (СРБ), для скрининга у взрослых и подростков (>10 лет)
 - Рентгенограмма грудной клетки, для скрининга у взрослых и подростков (>10 лет)
 - Рекомендованные ВОЗ молекулярные быстрые диагностические тесты (МБДТ) для диагностики туберкулеза у взрослых и подростков (>10 лет)
 - Скрининг симптомов, включая: кашель, лихорадку, недостаточную прибавку в весе (потерю веса), или тесный контакт с больным туберкулезом — для детей в возрасте до 10 лет
 - Ничего из вышеперечисленного

- 56. Приняты ли в вашей стране обновленные положения из документа ВОЗ (2019 г.) о применении тестов мочи (липоарабиноманнозный тест бокового сдвига [LF-LAM]) для быстрой диагностики и скрининга на заболевание туберкулезом у людей, живущих с ВИЧ? Отметьте все подходящие варианты по возрастным группам.**
- Да, для взрослых и подростков (в возрасте от 10 лет и старше)
 - Да, для детей (в возрасте до 10 лет)
 - Нет

- 57. Какие из нижеперечисленных схем лечения рекомендованы для профилактического лечения туберкулеза, согласно национальным регламентирующим документам? Отметьте все подходящие варианты:**

57.a Для взрослых и подростков, живущих с ВИЧ (отметьте все подходящие варианты)

- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 6 месяцев (6Н)
- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 9 месяцев (9Н)
- Рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев (4R)
- Рифапентин плюс изониазид еженедельно в течение 3 месяцев (3НР)
- Рифампицин плюс изониазид ежедневно в течение 3 месяцев (3RH)
- Рифапентин плюс изониазид ежедневно в течение 1 месяца (1НР)
- Монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев (6Lfx)
- Иное (укажите) _____
- Ни одна из рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения схем профилактического лечения туберкулеза не входит в национальные рекомендации по ТБ у взрослых и подростков

57.a.i Если рекомендованных режимов лечения несколько, то какой из них является предпочтительным?

- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 6 месяцев (6Н)
- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 9 месяцев (9Н)
- Рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев (4R)
- Рифапентин плюс изониазид еженедельно в течение 3 месяцев (3НР)
- Рифампицин плюс изониазид ежедневно в течение 3 месяцев (3RH)
- Рифапентин плюс изониазид ежедневно в течение 1 месяца (1НР)
- Монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев (6Lfx)
- Другое (укажите) _____

57.b Для детей, живущих с ВИЧ (отметьте все подходящие варианты)

- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 6 месяцев (6Н)
- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 9 месяцев (9Н)
- Рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев (4R)
- Рифапентин плюс изониазид еженедельно в течение 3 месяцев (3НР)
- Рифампицин плюс изониазид ежедневно в течение 3 месяцев (3RH)
- Монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев (6Lfx)
- Другое (укажите) _____
- Профилактическое лечение туберкулеза не включено в национальные рекомендации для детей

57.b.i Если рекомендованных режимов лечения несколько, то какой из них является предпочтительным?

- Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 6 месяцев (6Н)
 - Монотерапия изониазидом ежедневно в течение 9 месяцев (9Н)
 - Рифампицин ежедневно в течение 4 месяцев (4R)
 - Рифапентин плюс изониазид еженедельно в течение 3 месяцев (3НР)
 - Рифампицин плюс изониазид ежедневно в течение 3 месяцев (3RH)
 - Монотерапия левофлоксацином ежедневно в течение 6 месяцев (6Lfx)
 - Другое (укажите) _____
-

58. Является ли обязательным, согласно национальным регламентирующим документам, выполнение следующих исследований до начала профилактического лечения туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ?

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

- Да, для всех
 Нет
 Только по возможности

58.b Рентгеновский снимок

- Да, для всех
 Нет
 Только по возможности

59. Отмечались ли перебои в поставках каких-либо из следующих препаратов в течение последнего отчетного периода?

59.a Изониазид

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

59.b Витамин B6

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

59.c Рифапентин (в том числе комбинированные препараты в фиксированных дозах с изониазидом)

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

60. Насколько полно интегрированы друг с другом следующие услуги в сфере противодействия ВИЧ и услуги в противотуберкулезной сфере?

60.a Рекомендуемые ВОЗ быстрые молекулярно-генетические тесты на основе ПЦР (например, GeneXpert MTB/Rif) предоставляются в тех же местах, где другие услуги:

- Проводятся лишь в некоторых (<50 %) медицинских учреждениях, выполняющих тестирование на ВИЧ и предоставляющих помощь в связи с ВИЧ-инфекцией
 Проводятся во многих (50–95 %) медицинских учреждениях, предоставляющих тестирование и помощь в связи с ВИЧ-инфекцией
 Проводятся повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений, предоставляющих тестирование и помощь в связи с ВИЧ-инфекцией)
 На практике эти услуги между собой не интегрированы
 Иное (укажите) _____

60.b Люди, живущие с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, получают антиретровирусные препараты в том же месте, где получают противотуберкулезное лечение

- Внедрено в некоторых (<50 %) медицинских учреждениях
 Внедрено во многих (50–95 %) медицинских учреждениях
 Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
 На практике эти услуги между собой не интегрированы
 Иное (укажите) _____

60.c Антиретровирусная терапия может быть инициирована тем же медработником, который проводит противотуберкулезное лечение для людей, живущих с ВИЧ, болеющих туберкулезом

- Внедрено в некоторых (<50 %) медицинских учреждениях
 Внедрено во многих (50–95 %) медицинских учреждениях
 Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
 На практике эти услуги между собой не интегрированы
 Иное (укажите) _____

60.d Антиретровирусная терапия и лечение туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ, у которых выявлен туберкулез, проводятся под контролем одного медицинского работника

- Внедрено в некоторых (<50 %) медицинских учреждениях
 Внедрено во многих (50–95 %) медицинских учреждениях
 Повсеместно по всей стране (>95 % медицинских учреждений)
 На практике эти услуги между собой не интегрированы
 Иное (укажите) _____
-

3. Ликвидировать вертикальную передачу ВИЧ и искоренить СПИД среди детей

- Обеспечить достижение сниженной вирусной нагрузки у 75 % всех детей, живущих с ВИЧ, к 2023 году и у 86 % — к 2025 году, в соответствии с целевыми показателями по лечению ВИЧ-инфекции «95–95–95».
- Обеспечить, чтобы к 2025 году 95 % беременных женщин имели доступ к тестированию на ВИЧ, сифилис, гепатит В и другие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП).
- Обеспечить, чтобы к 2025 году 95 % беременных и кормящих женщин, проживающих в местах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией, имели возможность пройти повторное тестирование на поздних сроках беременности и в послеродовой период.
- Обеспечить, чтобы к 2025 году все беременные и кормящие женщины, живущие с ВИЧ, получали пожизненную антиретровирусную терапию, при этом у 95 % из них снижение вирусной нагрузки достигалось и поддерживалось до родов и в период грудного вскармливания.
- Обеспечить, чтобы к 2025 году все ВИЧ-отрицательные беременные и кормящие женщины, проживающие в местах с высокой заболеваемостью ВИЧ-инфекцией или имеющие партнеров-мужчин с высоким риском инфицирования ВИЧ (независимо от условий и мест проживания), имели доступ к комбинированной профилактике, в том числе доконтактной профилактики, и чтобы 90 % их партнеров-мужчин, живущих с ВИЧ, постоянно получали антиретровирусную терапию.
- Обеспечить, чтобы 95 % детей с перинатальным контактом с ВИЧ проходили обследование на ВИЧ к двухмесячному возрасту и после прекращения грудного вскармливания.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ

61. Есть ли в стране политика повторного тестирования ВИЧ-отрицательных женщин во время беременности, родов и/или в послеродовой период/в период грудного вскармливания?

- Да
 Нет

61.1 Если да, когда проводится повторное тестирование? Укажите:

61.1.a Во время беременности

- Да
 Нет

61.1.a.i Если да, то на каком месяце беременности: _____

61.1.b Во время родов

- Да
 Нет

61.1.c В послеродовой период/в период грудного вскармливания

- Да
 Нет

61.1.c.i Если да, то как скоро после родов (через сколько месяцев): _____

62. Имеется ли в стране национальная программа, направленная на полное искоренение вертикальной передачи ВИЧ?

- Да
 Нет

62.1 Если да, укажите:

62.1.a Целевой показатель (показатели) частоты случаев вертикальной передачи (%) _____

62.1.b Год: _____

62.1.c Целевой показатель (показатели) по искоренению вертикальной передачи (например, число случаев на 100 тысяч населения): _____

62.1.d Год: _____

63. В вашей стране действует политика ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ВСЕХ в отношении беременных и кормящих женщин, живущих с ВИЧ?

- Да
 Нет
-

64. Укажите рекомендуемую в настоящее время на национальном уровне схему лечения для профилактики вертикальной передачи ВИЧ у младенцев, подвергшихся риску перинатального контакта с ВИЧ?

- Укажите схему профилактики для младенцев _____
- Рекомендуемая продолжительность этой схемы: _____

64.a Существуют ли другие схемы, рекомендуемые для младенцев/новорожденных с высоким риском инфицирования?

- Да
- Нет

64.a.i Если да, укажите эти схемы: _____

64.a.ii Какие критерии применяются в национальных регламентирующих документах для определения «младенец с высоким риском инфицирования»? Отметьте все подходящие варианты.

- Родившиеся у женщин с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», которые на момент родов получали антиретровирусную терапию в течение менее 4 недель
- Родившиеся у женщин с установленным диагнозом «ВИЧ-инфекция», у которых за 4 недели до родов была вирусная нагрузка >1000 копий/мл (при наличии исследований на вирусную нагрузку)
- Родившиеся у женщин, у которых ВИЧ-инфекция была впервые выявлена в период беременности или грудного вскармливания
- Родившиеся у женщин, впервые выявленных в послеродовом периоде, имевших отрицательный пренатальный тест на ВИЧ или без такового
- Другое (укажите) _____

65. Имеются ли в стране рекомендации национального уровня по вскармливанию младенцев и детей раннего возраста, подвергшихся риску перинатального контакта с ВИЧ?

- Да, грудное вскармливание
- Да, альтернативное вскармливание
- Да, рекомендуются оба вида, на усмотрение родителей или в зависимости от различных условий
- Нет

65.1 Если грудное вскармливание рекомендуется для ВИЧ-позитивных женщин и младенцев с перинатальным контактом с ВИЧ, имеются ли рекомендации по его продолжительности?

- Да (укажите продолжительность в месяцах): _____
- Нет

66. Входит ли помощь продуктами и дополнительным питанием в программы профилактики вертикальной передачи в вашей стране?

- Это реализуется в некоторых (<50%) учреждениях, работающих в сфере охраны здоровья матери и ребенка
- Это реализуется во многих (50–95 %) учреждениях, работающих в сфере охраны здоровья матери и ребенка
- Это реализуется по всей стране (>95 % учреждений в сфере охраны здоровья матери и ребенка)
- Не реализуется на практике
- Иное (укажите) _____

67. Имеется ли в стране национальная стратегия, определяющая, какие вмешательства должны быть проведены во время родов у ВИЧ-положительных женщин, ранее не обследованных на ВИЧ?

- Да, полностью реализована
- Да, частично реализуется
- Да, но она не реализуется
- Нет

68. Имеется ли в вашей стране политика (директивный документ) национального уровня, предписывающие проведение исследований на вирусную нагрузку у женщин во время беременности, родов и/или в послеродовой период/ в период грудного вскармливания?

- Да
- Нет

68.1 Если да, укажите, когда проводятся исследования на вирусную нагрузку?

68.1.a Во время беременности

- Да
- Нет

68.1.a.i Если да, то на каком месяце беременности: _____

68.1.b Во время родов

- Да
- Нет
-

68.1.c В послеродовой период/в период грудного вскармливания

- Да
 Нет

68.1.c.i Если да, то как скоро после родов (через сколько месяцев): _____

Искоренение вертикальной передачи сифилиса

69. Имеется ли в стране национальная программа, направленная на искоренение вертикальной передачи сифилиса?

- Да, интегрирована с программами по искоренению передачи ВИЧ (или другими подобными программами)
 Да, отдельная программа (не интегрирована с программами по искоренению передачи ВИЧ или другими подобными инициативами)
 Национальная программа отсутствует

69.1 Если да, когда в последний раз эта национальная программа дорабатывалась и принималась?

- В 2020 году или ранее
 2021
 2022
 2023
 2024
-

70. Имеется ли в стране национальная политика по проведению скрининга на сифилис у беременных женщин в рутинном/плановом порядке?

- Да
 Нет

70.1 Если да, то каков принятый в стране алгоритм тестирования при проведении рутинного/планового скрининга беременных женщин на сифилис?

- Только быстрый трепонемный тест (или только на сифилис, или двойной на ВИЧ/сифилис)
 Только лабораторный трепонемный тест (например: TRNA — проба гемагглютинации трепонемы паллидум; TPPA — тест агглютинации искусственных частиц на антитела к бледной трепонеме; либо иммуноферментный анализ)
 Только нетрепонемный тест (например: VDRL — лабораторный анализ для диагностики венерических заболеваний; или RPR — экспресс-тест на реактивные антитела в плазме крови)
 Экспресс-тестирование с помощью быстрого трепонемного теста, с последующим нетрепонемным тестом
 Лабораторный трепонемный тест с последующим нетрепонемным тестом
 Нетрепонемный тест с последующим трепонемным тестом
 Иное (укажите) _____
-

71. Имеются ли в вашей стране национальные рекомендации по лечению сифилиса у беременных женщин?

- Да
 Нет
-

72. Предусмотрено ли национальной политикой (регламентирующими документами) дальнейшее клиническое наблюдение младенцев, родившихся у матерей с положительным результатом на сифилис?

- Да
 Нет
-

73. Является ли врожденный сифилис заболеванием, подлежащим учету, сведения о котором должны предоставляться в обязательном порядке?

- Да
 Нет
-

74. Рождение мертвого плода входит в принятое в стране определение врожденного сифилиса?

- Да
 Нет
-

Профилактика вертикальной передачи вирусного гепатита В

75. Имеется ли в стране национальная программа, направленная на искоренение вертикальной передачи вирусного гепатита В?

- Да
 Нет
-

76. Есть ли в стране регламентирующие документы о тестировании женщин на вирусный гепатит В во время беременности?

- Да
 Нет
-

76.1 Если да, то насколько полно этот регламент выполняется?

- Выполняется в некоторых женских консультациях и клиниках дородового наблюдения (< 50 %)
 Выполняется во многих (50–95 %) женских консультациях и клиниках дородового наблюдения
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % женских консультаций и клиник дородового наблюдения)
 Не реализуется на практике
 Другое (укажите) _____
-

76.2 Если да, то все ли беременные женщины с положительным результатом на HBsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В) имеют доступ к тестированию на HBeAg (HBe-антиген ВГВ) или ДНК вируса гепатита В (HBV DNA)?

- Да
 Нет
-

77. Имеются ли в стране рекомендации национального уровня по тестированию на гепатит В у младенцев, подвергшихся риску контакта с вирусом ВГВ?

- Да
 Нет
-

77.1 Если да, укажите возраст (в месяцах), в котором проводится тестирование на ВГВ у младенцев, подвергшихся риску контакта с вирусом ВГВ: _____

78. Действует ли в вашей стране регламент/политика в отношении всеобщей ранней вакцинации против гепатита В при рождении для всех новорожденных (в течение 24 часов после рождения)?

- Да
 Нет
-

78.1 Если нет, то действует ли в вашей стране регламент/политика ранней вакцинации против гепатита В при рождении по показаниям — для всех новорожденных, подвергшихся риску контакта с вирусом ВГВ (в течение 24 часов после рождения)?

- Да
 Нет
-

Диагностика новорожденных

79. Содержатся ли в ваших национальных руководствах рекомендации обследовать на ВИЧ-инфекцию младенцев, подвергшихся риску перинатального контакта с ВИЧ, каким-либо из перечисленных методов? Отметьте все подходящие варианты:

- Тестирование при рождении с помощью тестов на нуклеиновые кислоты
 Тестирование в возрасте 6 недель с помощью тестов на нуклеиновые кислоты
 Тестирование в возрасте 9 месяцев с помощью тестов на нуклеиновые кислоты
 Тест на антитела к ВИЧ по достижении возраста 18 месяцев
 Тест на антитела к ВИЧ через 3 месяца после прекращения грудного вскармливания
 Иное (укажите) _____
-

80. Помимо учреждений, занимающихся профилактикой вертикальной передачи ВИЧ, выполняется ли в стране тестирование на ВИЧ у детей в каких-либо из следующих учреждений? Отметьте все подходящие варианты:

- Педиатрические стационары/отделения
 Центры питания
 Центры/клиники иммунизации
 Амбулаторные поликлиники
 Противотуберкулезные клиники (диспансеры)
 Иное (укажите) _____
-

81. Имеется ли в стране регламент/политика или рекомендации по проведению обследований по месту нахождения (по месту обращения за медицинской помощью) в целях ранней диагностики у младенцев?

- Да
 Нет

81.1 Если да, то где эти рекомендации применяются?

- Применяются в небольшом количестве учреждений (<50 %)
 Применяются в большом количестве учреждений (от 50 % до 95 %)
 Применяются повсеместно в стране (>95 % учреждений)
 Это не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____

Антиретровирусная терапия у детей

82. Имеется ли в стране национальный регламент/политика, регулирующие частоту посещений врача для детей, которые считаются стабильными* в программах антиретровирусной терапии?

- Да
 Нет

82.1 Если да, укажите требуемую частоту посещений врача, согласно национальным регламентам:

- Один раз в месяц
 Один раз в 2 месяца
 Один раз в 3 месяца
 Один раз в 6 месяцев
 Один раз в 12 месяцев
 Иное (укажите) _____

82.2 Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____

83. Имеется ли в стране национальный регламент/политика, которые определяют, как часто детям, которые считаются стабильными* в программах антиретровирусной терапии, необходимо являться для получения антиретровирусных препаратов?

- Да
 Нет

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

- Один раз в месяц
 Один раз в 2 месяца
 Один раз в 3 месяца
 Один раз в 6 месяцев
 Один раз в 12 месяцев
 Иное (укажите) _____

83.2 Если да, то насколько полно этот регламент/политика выполняется?

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 Не реализуется на практике
 Иное (укажите) _____

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

- Да
 Нет
-

85. В каком случае ребенок, начавший принимать антиретровирусную терапию, считается выбывшим из наблюдения (потерянным для последующего наблюдения) в вашей стране?

- Ребенок не являлся в течение 1 месяца ни в медицинское учреждение в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов
- Ребенок не являлся в течение 2 месяцев ни в медицинское учреждение в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов
- Ребенок не являлся в течение 3 месяцев ни в медицинское учреждение в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов
- Ребенок не являлся в течение 6 месяцев ни в медицинское учреждение в системе оказания помощи при ВИЧ-инфекции, ни в аптеку для получения АРВ-препаратов

86. Имеется ли в стране стратегия или программа, которая обеспечивает сохранение в системе наблюдения всех подростков, рожденных с ВИЧ, при их выбытии из детских учреждений по достижении возраста и передаче на учет в медицинские учреждения для взрослого населения?

- Да
- Нет

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

- Реализуется в некоторых лечебных учреждениях (<50 %)
 - Реализуется во многих лечебных учреждениях (50-95 %)
 - Реализуется повсеместно по всей стране (>95 % лечебных учреждений)
 - Не реализуется на практике
 - Иное (укажите) _____
-

4. Гендерное равенство, расширение прав и возможностей женщин и девочек

- Сократить число случаев гендерного неравенства и сексуального и гендерного насилия, с которыми сталкиваются женщины, девочки и люди, живущие с ВИЧ, входящие в группу риска по ВИЧ и затронутые ВИЧ, до уровня не более 10 % (к 2025 году).
- Обеспечить, чтобы к 2025 году 95 % женщин и девушек репродуктивного возраста имели возможность получать услуги для удовлетворения своих потребностей в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и охраны сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги дородового и материнского ухода, информацию и консультирование.

Насилие

88. Есть ли в вашей стране хоть один пункт оказания услуг, где люди, пережившие изнасилование, могут получить какие-либо компоненты комплексной помощи, определенные в рекомендациях ВОЗ? Полный пакет рекомендованных мер включает следующие компоненты: 1) оказание первой помощи, экстренной психологической помощи и психосоциальная поддержка; 2) экстренная контрацепция; 3) профилактика или лечение инфекций, передаваемых половым путем (ИППП); 4) постконтактная профилактика (ПКП) ВИЧ-инфекции; и 5) безопасное прерывание беременности (если женщина забеременела в результате изнасилования), в соответствии с действующим законодательством.

- Да, предоставляются все 5 компонентов
- Да, предоставляются 4 из 5 компонентов
- Да, предоставляются 1–3 компонента
- Ни в одном пункте не предоставляется ни один из этих компонентов

88.1 Если да, то какой процент учреждений здравоохранения предоставляет услуги по каждому из перечисленных компонентов комплексной помощи для людей, переживших изнасилование (в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения):

88.1.a Оказание первой помощи, экстренной психологической помощи и психосоциальная поддержка

- <50 % учреждений здравоохранения
- 50–80 % учреждений здравоохранения
- >80 % учреждений здравоохранения
- Не предоставляется ни в одном учреждении здравоохранения
- Не знаю

88.1.b Экстренная контрацепция

- <50 % учреждений здравоохранения
- 50–80 % учреждений здравоохранения
- >80 % учреждений здравоохранения
- Не предоставляется ни в одном учреждении здравоохранения
- Не знаю

88.1.c Лечение или профилактика инфекций, передаваемых половым путем

- <50 % учреждений здравоохранения
- 50–80 % учреждений здравоохранения
- >80 % учреждений здравоохранения
- Не предоставляется ни в одном учреждении здравоохранения
- Не знаю

88.1.d Постконтактная профилактика (ПКП) ВИЧ-инфекции

- <50 % учреждений здравоохранения
- 50–80 % учреждений здравоохранения
- >80 % учреждений здравоохранения
- Не предоставляется ни в одном учреждении здравоохранения
- Не знаю

88.1.e Безопасное прерывание беременности, в соответствии с действующим законодательством

- <50 % учреждений здравоохранения
 - 50–80 % учреждений здравоохранения
 - >80 % учреждений здравоохранения
 - Не предоставляется ни в одном учреждении здравоохранения
 - Не знаю
-

5. Лидерство сообществ

- Довести объем услуг, предоставляемых организациями сообществ, к 2025 году до 30 % всех услуг по тестированию и лечению, прежде всего: услуг по тестированию на ВИЧ, направление в программы лечения после постановки диагноза, поддержку для повышения приверженности и удержания пациентов в программах лечения, а также информирование и повышение грамотности пациентов в вопросах лечения.
- Обеспечить, чтобы к 2025 году организации сообществ предоставляли 80 % услуг по профилактике ВИЧ-инфекции среди групп населения с высоким риском инфицирования, в том числе среди женщин из этих групп.
- Обеспечить, чтобы к 2025 году организации сообществ предоставляли 60 % услуг в рамках программ, направленных на создание благоприятной социальной среды.

89. Делается ли в вашей стране различие между организациями сообществ и другими видами организаций гражданского общества в рамках национальной стратегии / программы по ВИЧ-инфекции, стратегий общественного здравоохранения или других основополагающих документов в сфере противодействия ВИЧ?

- Да
 Нет

89.1 Если да, то сформулировано ли в этих документах, в чем именно заключается конкретная роль организаций, создаваемых и действующих под управлением сообществ?

- Да
 Нет

90. Существуют ли в вашей стране какие-либо законодательные, нормативно-правовые механизмы или политика, которые обеспечивают возможность регистрации организаций сообществ? Отметьте все подходящие варианты.

- Можно зарегистрировать организации, деятельность которых осуществляется людьми, живущими с ВИЧ
 Можно зарегистрировать организации, деятельность которых осуществляется секс-работниками
 Можно зарегистрировать организации, деятельность которых осуществляется мужчинами-геями и другими мужчинами, практикующими секс с мужчинами
 Можно зарегистрировать организации, деятельность которых осуществляется трансгендерными людьми
 Можно зарегистрировать организации, деятельность которых осуществляется людьми, употребляющими инъекционные наркотики
 В стране нет законодательных, нормативно-правовых механизмов или политики, обеспечивающих деятельность организаций сообществ
 Другое (укажите) _____

91. Есть ли в стране законы, политика или нормативные положения, обеспечивающие организациям сообществ доступ к финансированию? Отметьте все подходящие варианты

- Системы социального заказа, позволяющие финансировать предоставление сообществами услуг за счет национального финансирования
 За счет международных доноров
 Требуется определенный процент государственного финансирования, чтобы организациям сообществ было позволено вести деятельность
 Нет законодательных механизмов, обеспечивающих доступ к финансированию, но организации сообществ могут получать финансирование на общих основаниях, что предусмотрено общим законодательством, действующей политикой или нормативными положениями
 В стране нет законодательных, нормативно-правовых механизмов или политики, обеспечивающих организациям сообществ доступ к финансированию
 Иное (укажите) _____

92. Входят ли представители организаций сообществ в национальный координирующий механизм по ВИЧ или эквивалентную структуру?

- В стране нет национального координирующего механизма по ВИЧ (или его эквивалента)
 В стране есть национальный координирующий механизм по ВИЧ или эквивалентная структура, но представители организаций сообществ в него не входят
 В стране есть национальный координирующий механизм по ВИЧ или эквивалентная структура, и в него входят представители организаций сообществ

92.1 Если да, укажите, представители каких из нижеперечисленных организаций сообществ входят в эту структуру:

- Представители организаций, деятельность которых осуществляется людьми, живущими с ВИЧ
 Представители организаций, деятельность которых осуществляется секс-работниками
 Представители организаций, деятельность которых осуществляется мужчинами-геями и другими мужчинами, практикующими секс с мужчинами
 Представители организаций, деятельность которых осуществляется трансгендерными людьми
 Представители организаций, деятельность которых осуществляется людьми, употребляющими инъекционные наркотики
 Представители женских организаций
 Представители молодежных организаций
-

93. Могут ли организации сообществ на законных основаниях предоставлять какие-либо из следующих услуг? Отметьте все подходящие варианты:

- Направление людей для включения в систему лечения ВИЧ-инфекции
- Поддержка для формирования приверженности и удержания пациентов в программах лечения
- Информирование и повышение грамотности пациентов в вопросах лечения
- Выдача антиретровирусных препаратов
- Выдача презервативов и лубрикантов
- Тестирование на ВИЧ
- Выдача игл и шприцев
- Выдача налоксона
- Повышение грамотности в правовых вопросах
- Юридические, правовые услуги
- Информирование и обучение жизненным навыкам в вопросах профилактики ВИЧ и полового воспитания*
- Профилактика сексуального и гендерного насилия, психосоциальная и медицинская поддержка и направление к специалистам
- Информирование по вопросам сексуального и репродуктивного здоровья
- Тренинги для медицинских работников

Участие

94. Принимают ли участие* люди, живущие с ВИЧ*, в разработке национальной политики, рекомендаций и/или стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

95. Принимают ли участие* женщины, живущие с ВИЧ*, в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с профилактикой вертикальной передачи ВИЧ?

- Да
- Нет

96. Принимают ли участие* мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами, в разработке национальной политики, рекомендаций и/или стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

97. Принимают ли участие* секс-работники в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

98. Принимают ли участие* люди, употребляющие инъекционные наркотики, в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

99. Принимают ли участие* трансгендерные люди в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

100. Принимают ли участие* люди, находящиеся или ранее находившиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа, в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

101. Принимают ли участие* молодые люди (в возрасте 15–24 лет) в разработке национальной политики, рекомендаций и стратегий, связанных с охраной их здоровья, в вашей стране?

- Да
- Нет

101.1 Если да, принимают ли участие* молодые люди в вашей стране в работе какого-либо из перечисленных органов (механизмов) принятия решений национального уровня в сфере реализации национальных мер противодействия ВИЧ (при наличии таковых)?

Орган, принимающий решения	Существует ли такой орган/механизм?	Участвует ли молодежь в работе этого органа/механизма?
Технические группы по разработке, пересмотру и обновлению национальных стратегий и программ противодействия СПИДу	Да/Нет	Да/Нет
Технические группы по разработке или пересмотру программ, связанных с обеспечением доступа молодежи к услугам по тестированию, лечению, уходу и поддержке в сфере ВИЧ	Да/Нет	Да/Нет
Национальный координирующий орган по СПИДу или его эквивалент с широкими межсекторными полномочиями	Да/Нет	Да/Нет
Страновой координационный механизм (СКМ), в рамках проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (Глобальный фонд)	Да/Нет	Да/Нет
Общественный консультативный орган, работающий с больницами, клиниками и/или исследовательскими проектами	Да/Нет	Да/Нет
Другие (укажите) _____	Да/Нет	Да/Нет

6. Реализация прав человека и искоренение стигматизации и дискриминации

- Обеспечить, чтобы к 2025 году менее 10 % стран имели ограничительные правовые и политические рамки, которые усиливают стигму и дискриминацию или несправедливое неравноправное отношение к людям, живущим с ВИЧ, подверженным риску инфицирования и затронутым ВИЧ. К таким ограничительным рамкам относятся, например: нормы, связанные с определением возраста добровольного согласия (вступления в брак); привлечение к ответственности за передачу ВИЧ, несообщение ВИЧ-положительного статуса или создание опасности инфицирования для другого лица; а также запреты и ограничения на поездки на основании ВИЧ-статуса, введение обязательного тестирования и другие законы, которые приводят к отказу от услуг или ограничению доступа к услугам, необходимым до 2025 года.
- Инвестировать 3,1 млрд. долл. США до 2025 года в создание благоприятной социальной среды — включая, в частности, защиту прав человека, сокращение стигматизации и дискриминации, реформирование законодательства для устранения соответствующих проблем — в странах с низким и средним уровнем доходов.
- Обеспечить, чтобы к 2025 году число людей, подвергающихся стигматизации и дискриминации, снизилось до уровня менее 10 % среди людей, живущих с ВИЧ, подверженных высокому риску инфицирования и затронутых ВИЧ.

Предусмотренные законом меры наказания

102. Если установлена уголовная ответственность за несообщение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности инфицирования для другого лица или передачу ВИЧ, то предпринимались ли (начаты, в процессе) какие-либо юридические действия для их декриминализации в течение последних двух лет? Отметьте все подходящие варианты.

- Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке
- Внесено предложение в парламент
- Иное (укажите) _____
- В стране нет законов (ни национального, ни субнационального уровня), которые бы предусматривали уголовную ответственность за неразглашение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности инфицирования для другого лица или передачу ВИЧ

103. Если трансгендерные люди подвергаются уголовному преследованию, то предпринимались ли (были инициированы, находятся в процессе) какие-либо юридические действия для декриминализации транс-людей за последние два года? Отметьте все подходящие варианты.

- Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке
- Внесено предложение в парламент
- Иное (укажите) _____
- В стране нет законов (ни национального, ни субнационального уровня), которые бы предусматривали уголовную ответственность для трансгендерных людей.

104. Если за секс-работу предусмотрена уголовная ответственность, то предпринимались ли (инициированы, находятся в процессе) какие-либо юридические действия для декриминализации секс-работы за последние два года? Отметьте все подходящие варианты.

- Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке
- Внесено предложение в парламент
- Иное (укажите) _____
- В стране нет законов национального или субнационального уровня, которые бы предусматривали уголовную ответственность за секс-работу.

105. Если однополые сексуальные отношения по обоюдному согласию подлежат уголовному преследованию, то предпринимались ли (были инициированы, находятся в процессе) какие-либо юридические действия для декриминализации однополых сексуальных отношений за последние два года? Отметьте все подходящие варианты.

- Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке
- Внесено предложение в парламент
- Иное (укажите) _____
- На национальном или субнациональном уровне нет законов, предусматривающих уголовную ответственность за однополые сексуальные отношения в частной жизни.

106. Если установлена уголовная ответственность за употребление и/или хранение наркотиков для личного употребления, то инициировались (проводились) ли какие-либо юридические действия для декриминализации употребления наркотиков или их хранения для личного употребления за последние два года? Отметьте все подходящие варианты.

- Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке
 - Внесено предложение в парламент
 - Иное (укажите) _____
 - На национальном или субнациональном уровне нет законов, предусматривающих уголовную ответственность за употребление и/или хранение наркотиков для личного употребления.
-

7. Всеобщий охват услугами здравоохранения и интеграция

- Инвестировать в создание к 2025 году надежных, устойчивых, справедливых и обеспеченных государственным финансированием систем здравоохранения и социальной защиты, которые обеспечат 90 % людей, живущих с ВИЧ, подверженных высокому риску инфицирования или затронутых эпидемией, комплексными и интегрированными, клиент-ориентированными услугами с учетом конкретных нужд и потребностей, включая: услуги по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и других инфекционных и неинфекционных заболеваний; по охране сексуального и репродуктивного здоровья; по борьбе с гендерным насилием, по охране психического здоровья, по паллиативной помощи, по лечению алкогольной зависимости, услуги юридической помощи в вопросах, связанных с употреблением наркотиков, и другие услуги, необходимые для охраны здоровья и благополучия. Обеспечить, чтобы к 2025 году 45 % людей, живущих с ВИЧ и СПИДом, затронутых ими или входящих в группу риска, имели доступ к социальным пособиям.
- Обеспечить, чтобы 90 % людей, затронутых гуманитарными кризисами, имели доступ к интегрированным комплексным услугам, связанным с ВИЧ.
- Обеспечить системное включение комплекса реагирования на ВИЧ в инфраструктуру и механизмы реагирования на пандемии, а также учитывать национальные стратегические планы противодействия ВИЧ при разработке ключевых элементов планов готовности к пандемиям, чтобы обеспечить защиту во время пандемий, в том числе пандемии COVID-19, для 95 % людей, живущих с ВИЧ, входящих в группу риска и затронутых ВИЧ.

Рак шейки матки

107. Приняты ли в вашей стране рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2021) по скринингу на предраковые поражения шейки матки в целях профилактики рака шейки матки у женщин, живущих с ВИЧ, и включены ли эти рекомендации в ваши национальные регламентирующие документы?

- Да
 Нет

107.1 Если да, укажите, какие приняты рекомендации ВОЗ в отношении женщин, живущих с ВИЧ (отметьте все подходящие варианты):

- Возраст: регулярный скрининг на рак шейки матки проводится начиная с 25 лет
- Анализ на ДНК вирусов папилломы человека используется в качестве первичного скринингового теста в рамках подхода «скрининг и лечение»
- Визуальный осмотр и тест с уксусной кислотой (VIA) используется в качестве первичного скринингового теста в рамках подхода «скрининг — медицинская сортировка (триаж-тесты при первичном обследовании) — лечение»
- Цитология используется в качестве первичного скринингового теста как один из компонентов подхода «скрининг — лечение»
- Цитология используется в качестве первичного скринингового теста в рамках подхода «скрининг — медицинская сортировка (триаж-тесты при первичном обследовании) — лечение»
- Рекомендуемый интервал скрининга для цитологии/VIA — один раз в 3 года
- Рекомендуемый интервал скрининга по ДНК ВПЧ — один раз в 35 лет
- Иное (укажите) _____

108. Приняты ли в национальных руководствах вашей страны рекомендации о повторном обследовании женщин, живущих с ВИЧ, после проведения им лечения предраковых поражений шейки матки? Отметьте все подходящие варианты:

- Да, через 12 месяцев
- Да, через 24 месяца
- Да, с анализом на ДНК вирусов папилломы человека (ДНК ВПЧ)
- Да, с применением метода VIA (визуальный осмотр и тест с уксусной кислотой)
- Да, с применением цитологии

Инфекции, передающиеся половым путем

109. Имеются ли в стране национальная стратегия или программа по профилактике и контролю инфекций, передаваемых половым путем?

- Да
 Нет

109.1 Если да, то в каком году они в последний раз обновлялись?

- До 2021 года
- 2021
- 2022
- 2023
- 2024

110. Имеются ли в вашей стране национальные руководства (рекомендации) по ведению пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем?

- Да
 Нет

110.1 Если да, то в каком году они в последний раз обновлялись?

- До 2021 года
 2021
 2022
 2023
 2024

111. Каковы рекомендованные схемы лечения первого ряда при неосложненной аногенитальной инфекции *Neisseria gonorrhoeae* у взрослых, согласно самым последним национальным руководствам по лечению? Отметьте все подходящие варианты:

- Цефиксим 400 мг перорально
 Цефиксим 400 мг перорально ПЛЮС азитромицин 1 г перорально
 Цефиксим 800 мг перорально ПЛЮС азитромицин 1 г перорально
 Цефиксим 800 мг перорально ПЛЮС азитромицин 2 г перорально
 Цефтриаксон 250 мг внутримышечно
 Цефтриаксон 1 г внутримышечно
 Цефтриаксон 250 мг внутримышечно ПЛЮС азитромицин 1 г перорально
 Иное (укажите) _____

111.1 В каком году в последний раз обновлялись национальные руководства (рекомендации) по лечению инфекции, вызываемой *Neisseria gonorrhoeae*?

- До 2022 года
 2022
 2023
 2024
 Обновляются в настоящее время
 Нет руководств / рекомендаций по лечению

112. Проводятся ли в стране исследования для определения резистентности возбудителей гонококковой инфекции к противомикробным препаратам?

- Да, в клинических случаях (то есть исследование проводится в случае неэффективности лечения)
 Да, в рамках ежегодного эпиднадзора для контроля за развитием лекарственной устойчивости
 Да, в клинических случаях и в рамках ежегодного эпиднадзора для контроля за развитием лекарственной устойчивости
 Нет
-

Социальная защита

- 113. Имеется ли в стране утвержденная стратегия, политика или рамочная программа социальной защиты*?**
- Да, и она реализуется
- Да, но она не реализуется
- Нет
- 113.1 Если да:**
- 113.1.a Затрагивает ли она сферу ВИЧ?**
- Да
- Нет
- 113.1.b Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров люди, живущие с ВИЧ?**
- Да
- Нет
- 113.1.b.i Если нет, опишите, при каких условиях люди, живущие с ВИЧ, могут получить доступ к пособиям по программе социальной защиты: _____**
- 113.1.c Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров какие-либо из ключевых групп (секс-работники; геи и другие мужчины, практикующих секс с мужчинами; люди, употребляющие инъекционные наркотики; трансгендерные люди; или люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа)?**
- Да
- Нет
- 113.1.c.i Если да, то какие ключевые группы входят в число основных бенефициаров? Отметьте все подходящие варианты.**
- Секс-работники
- Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами
- Трансгендерные люди
- Люди, употребляющие инъекционные наркотики
- Люди, находящиеся в тюрьмах и других учреждениях закрытого типа
- 113.1.c.ii Если нет, опишите, при каких условиях ключевые группы населения могут получить доступ к пособиям по программе социальной защиты: _____**
- 113.1.d Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров девочки-подростки и молодые женщины?**
- Да
- Нет
- 113.1.e Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров дети, затронутые ВИЧ?**
- Да
- Нет
- 113.1.f Признаются ли в ней в качестве основных бенефициаров семьи, затронутые ВИЧ?**
- Да
- Нет
- 113.1.g Затрагивается ли в ней проблема неоплачиваемой работы по обеспечению ухода в контексте ВИЧ?**
- Да
- Нет
-
- 114. Включены ли представители Национальной программы по СПИДу или ее эквивалента в какой-либо из механизмов или платформ, обеспечивающих координацию в сфере социальной защиты*?**
- Нет координационного механизма или платформы в сфере социальной защиты
- Есть координационный механизм или платформа в сфере социальной защиты, однако представители национальной программы по СПИДу (или ее эквивалента) в них не входят
- Есть координационный механизм или платформа в сфере социальной защиты, и в них входят представители национальной программы по СПИДу (или ее эквивалента)
-
- 115. Реализуются ли в стране какие-либо программы по выплате денежных пособий* для молодых женщин и девушек в возрасте 15–24 лет?**
- Да
- Нет
-

Информационная система

116. Доступны ли в информационной системе здравоохранения в рутинном порядке данные с детализацией до уровня пациентов?

- Да, полностью в электронном виде
- Да, частично в электронном виде
- Да, только в бумажном формате
- Нет действующей информационной системы здравоохранения

116.1 Если информационная система здравоохранения оперирует данными с детализацией до уровня пациентов, входят ли в неё данные по каскаду тестирования и лечения в учреждениях дородовой помощи вплоть до районного уровня? Отметьте все подходящие варианты:

- Данные о беременных женщинах, прошедших тестирование на дородовом этапе, с результатами тестов
- Данные о женщинах, которые уже получали антиретровирусную терапию на момент своего первого визита в клинику дородового наблюдения
- Данные о числе людей, прошедших тестирование на ВИЧ
- Данные о числе людей с положительными результатами теста на ВИЧ
- Данные о числе людей, у которых впервые диагностирована ВИЧ-инфекция, получающих антиретровирусную терапию
- Данные о числе людей, получающих антиретровирусную терапию, имеющих сниженную вирусную нагрузку

117. Интегрируются ли данные об услугах, предоставляемых организациями сообществ, в национальную информационную систему здравоохранения (или ее эквивалент)?

- Да, организации сообществ включены в качестве поставщиков услуг и используются при разбивке данных по существующим индикаторам
- Да, включены конкретные индикаторы предоставления услуг организациями сообществ
- Нет
- Организации сообществ не могут предоставлять услуги

Эпидемиологический надзор

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

- Да
- Нет

119. Действует ли в стране национальная система эпидемиологического надзора* за случаями ВИЧ-инфекции?

- Да
- Нет

119.1 Если да, то включает ли национальная система эпиднадзора за случаями ВИЧ-инфекции следующие компоненты? Отметьте все подходящие варианты:

- Данные индивидуального учета по каждому человеку с диагнозом ВИЧ-инфекция
- Сведения, собираемые из различных источников (лабораторий, регистрационных журналов и записей о проведении тестирования и лечения), для обеспечения полноты данных о каждом случае ВИЧ-инфекции
- Привязка к данным индивидуального учета для устранения дублирующихся записей
- Показатели числа клеток CD4 при постановке диагноза ВИЧ-инфекции
- Начало антиретровирусной терапии
- Результаты первого и последующего тестов на вирусную нагрузку
- Беременность у женщин, живущих с ВИЧ
- Смерть

Системы мониторинга пациентов

120. Обновлялись ли используемые в стране индикаторы и инструменты тестирования и лечения ВИЧ-инфекции для приведения их в соответствие со сводным руководством ВОЗ (2022) по человеко-ориентированным подходам в обработке стратегической информации о ВИЧ: WHO Consolidated guidelines on person-centered HIV strategic information (Всемирная организация здравоохранения, 2022)?

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

121. **Применяются ли в вашей стране какие-либо методы для обнаружения и удаления дублирующейся медицинской информации, во избежание ввода сведений об одних и тех же пациентах повторно или из нескольких учреждений сразу (например, уникальные идентификационные коды для связывания данных из разных учетных форм, и/или персональные идентифицируемые данные, в т.ч. биометрические) — для следующих видов услуг?**

	Методы для обнаружения и удаления дублирующейся медицинской информации	Если да, укажите, при помощи чего связываются данные
По услугам лечения	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
По услугам тестирования	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
По лабораторным службам	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
По услугам профилактики ВИЧ-инфекции, предназначенным для каких-либо ключевых групп населения, чтобы отслеживать охват комбинированной профилактикой		
Мужчины-геи и другие мужчины, практикующие секс с мужчинами	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
Секс-работники	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____

Трансгендерные люди	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
Люди, употребляющие инъекционные наркотики	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
Другие (укажите) _____	<input type="checkbox"/> Да, гармонизация данных на национальном уровне <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных регионах <input type="checkbox"/> Да, но по-разному в разных программах <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> При помощи национального уникального, персонального идентификационного кода или номера <input type="checkbox"/> При помощи уникального идентификационного номера, присваиваемого человеку в системе данных по ВИЧ <input type="checkbox"/> При помощи комбинации персональной идентифицирующей информации, собираемой в стандартном режиме (ФИО, дата рождения и т.д.) <input type="checkbox"/> При помощи биометрических данных (напр., отпечатков пальцев) <input type="checkbox"/> Другое (укажите) _____
121.1	<p>Если по любой из вышеуказанных групп ответ «да» — то предусматривает ли порядок применения уникальных идентификационных кодов (номеров) также и механизмы защиты конфиденциальности данных, сбор которых является обязательным по закону?</p> <p>Да Нет</p>	

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

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

122.1 Если анализ качества данных проводился в прошлом году, его результаты были использованы для корректировки данных по числу лиц, получающих на лечение, представленных по индикатору 2.3?

- Да
- Нет

123. Когда в последний раз проводился анализ качества данных для проверки точности числа людей, зарегистрированных как имеющие сниженную вирусную нагрузку?

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

123.1 Если анализ качества данных проводился в прошлом году, его результаты были использованы для корректировки данных по числу людей со сниженной вирусной нагрузкой, представленных по индикатору 2.3?

- Да
- Нет

Использование данных

124. Проводятся ли обзоры/пересмотры данных по каскаду лечения ВИЧ-инфекции?

- Да
- Нет

124.1 Если да, укажите, с какой частотой проводятся обзоры данных по каскаду лечения ВИЧ-инфекции:

- Раз в квартал
- Один раз в 6 месяцев
- Ежегодно
- Другое (укажите) _____

124.2 Если да, на каком уровне проводятся обзоры данных? Отметьте все подходящие варианты:

- На национальном уровне
- На окружном/районном уровне
- На уровне учреждений

Обследование ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике в сфере противодействия СПИДу (*WHO/AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey*): опрос по применению антиретровирусных препаратов и лабораторных технологий, и выполнению соответствующих рекомендаций ВОЗ

Опрос для документирования ситуации по данным за 2024 год

Отдел ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике СПИДа (*AIDS Medicine and Diagnostics Services*) Департамента глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем (*Department of Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes*), проводит девятнадцатое ежегодное обследование по режимам антиретровирусной терапии, применяемым в странах с низким и средним уровнем доходов. В 2025 году вопросник включает пункты по применению антиретровирусных препаратов у взрослых и детей для антиретровирусной терапии (АРВТ) и профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР); по использованию лабораторных тестов для подготовки к началу антиретровирусной терапии и для мониторинга АРВТ; по данным о закупках за 2024 год; и по страновым прогнозам о применении различных режимов на последующие 3 года (2025–2027 гг.).

Для заполнения вопросника запросите, пожалуйста, данные у координаторов соответствующих программ, отвечающих за антиретровирусную терапию (АРВТ), профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), национальные лабораторные службы и программы закупок, чтобы собрать необходимую информацию за период с 1 января по 31 декабря 2024 года. Специалисты, которые будут представлять собранные данные, должны проверить полноту, качество, точность и достоверность информации в заполненном опроснике.

Результаты данного опроса будут использованы для анализа региональных и глобальных тенденций в применении антиретровирусных препаратов, а также для прогнозирования спроса на антиретровирусные препараты в глобальном масштабе. Полученная аналитика и прогнозы будут обсуждаться с донорами и с производителями лекарственных и диагностических средств, чтобы предотвратить перебои в их поставках в целом.

ВОЗ проанализирует полученные от каждой страны ответы для составления страновых резюме, в которых содержится ключевая информация по закупкам и поставкам в стране и предоставляется обратная связь, для оказания поддержки руководителям национальных программ в разработке экономически эффективных мер.

По всем вопросам, связанным с данным обследованием, обращайтесь, пожалуйста, к г-ну Бонифасу Донгмо Нгуимфаку (Mr Boniface Dongmo Nguimfack) в Департамент глобальных программ по ВИЧ, гепатиту и инфекциям, передаваемым половым путем (*Department of Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes*), ВОЗ (Женева), по электронной почте: dongmonguimfackb@who.int.

Раздел 1А. Общие данные о лечении антиретровирусными препаратами

Вопрос 1. Общее число взрослых и детей, получающих антиретровирусную терапию (АРВТ), на конец 2024 года: _____

Раздел 1В. Лечение взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, включая беременных женщин

Вопрос 2. Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ и получающих АРВТ, с разбивкой по режимам лечения препаратами разного ряда, на конец 2024 года:

Режимы терапии препаратами разного ряда	Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, — с разбивкой по получаемым режимам лечения, на конец 2024 года
Схемы на основе долутегравира (DTG)	
Схемы на основе ингибиторов протеазы (ИП)	
Другие схемы лечения	
Всего	

Вопрос 3. Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, включая беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают схемы АРВТ на основе долутегравира (DTG), по состоянию на конец 2024 года (начиная со схем с наиболее высокими показателями):

Схемы на основе долутегравира (DTG)	Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают данную схему АРВТ, на конец 2024 года (перечислите в порядке от схем с наиболее высокими показателями до схем с наименьшими показателями):
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Всего	

Вопрос 4. Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, включая беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают схемы АРВТ на основе ингибиторов протеазы (ИП), по состоянию на конец 2024 года (перечислите в порядке от схем с наиболее высокими показателями до схем с наименьшими показателями):

Схемы на основе ингибиторов протеазы (ИП)

Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают данную схему АРВТ, на конец 2024 года (начиная со схем с наиболее высокими показателями):

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

Всего

Вопрос 5. Число взрослых и подростков (в возрасте 10 лет и старше), живущих с ВИЧ, включая беременных женщин, живущих с ВИЧ, которые получают другие схемы АРВТ, по состоянию на конец 2024 года (перечислите в порядке от схем с наиболее высокими показателями до схем с наименьшими показателями):

Другие схемы лечения	Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают данную схему АРВТ, на конец 2024 года (начиная со схем с наиболее высокими показателями):
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
Всего	

Раздел 2. Лечение детей, живущих с ВИЧ (в возрасте до 10 лет)

Вопрос 6. Число детей (в возрасте до 10 лет), живущих с ВИЧ, с разбивкой по получаемым режимам лечения, на конец 2024 года:

Режимы терапии препаратами разного ряда	Общее количество детей (в возрасте < 10 лет), живущих с ВИЧ, с разбивкой по получаемым режимам лечения, на конец 2024 года
Схемы на основе долутегравира (DTG)	
Схемы на основе ингибиторов протеазы (ИП)	
Другие схемы лечения	
Всего	

Вопрос 7. Число младенцев и детей (в возрасте <10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают схемы лечения на основе долутегравира (DTG), на конец 2024 года (начиная со схем с наиболее высокими показателями)

Схемы на основе долутегравира (DTG)	Число младенцев и детей (в возрасте <10 лет), которые получают лечение по данному режиму, на конец 2024 года		
	<3 лет (А)	от ≥3 до <10 лет (В)	Все дети в возрасте <10 лет (А) + (В)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
Всего			

Вопрос 8. Число детей (в возрасте <10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают схемы лечения на основе ингибиторов протеазы (ИП), на конец 2024 года (перечислите в порядке от схем с наиболее высокими показателями до схем с наименьшими показателями)

Схемы на основе ингибиторов протеазы (ИП)	Число детей (в возрасте <10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают лечение по данной схеме, на конец 2024 года
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
Всего	

Вопрос 9. Число детей (в возрасте <10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают другие схемы лечения, по состоянию на конец 2024 года (перечислите в порядке от схем с наиболее высокими показателями до схем с наименьшими показателями)

Другие схемы лечения	Число детей (в возрасте <10 лет), живущих с ВИЧ, которые получают лечение по данной схеме, на конец 2024 года
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
Всего	

Вопрос 28. Общее количество лабораторий или пунктов с разбивкой по выполняемым видам тестов / исследований в вашей стране в 2024 году:

Виды исследований	Количество лабораторий или пунктов, собирающих пробы материалов (пункты с тестированием и без тестирования)	Количество лабораторий или пунктов, где выполняются тесты/ исследования	Количество лабораторий или пунктов, которые выполняют исследования и участвуют в системе внешней оценки качества (ВОК) лабораторных исследований	Количество лабораторий или пунктов, которым, по результатам последней проверки ВОК, необходимо принять меры для улучшения качества их работы	Основные мероприятия, необходимые для улучшения качества работы
Серологические исследования на антитела к ВИЧ, включая экспресс-тесты и ИФА-тесты					
Диагностика новорожденных					
Исследования клеток CD4					
Исследования на вирусную нагрузку					
Генотипические тесты для выявления лекарственной устойчивости ВИЧ					
GeneXpert (тест на туберкулез)					
Обследования на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции: тесты на криптококковый антиген (CrAg)					
Обследования на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции: тесты для определения LAM-антигена для диагностики туберкулеза у людей, живущих с ВИЧ					
Тестирование на инфекции, передающиеся половым путем					
ПЦР-диагностика вирусного гепатита С					
ПЦР-диагностика вирусного гепатита В					

Раздел 5. Целевые показатели по странам

Вопрос 29. Национальные целевые показатели по антиретровирусной терапии (АРВТ), профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и лабораторным исследованиям на ближайшие 5 лет:

Целевой показатель	До конца 2025	До конца 2026	До конца 2027	До конца 2028	До конца 2029
1. Количество взрослых и детей, получающих АРВТ					
1.1 Число взрослых и подростков (в возрасте ≥ 10 лет), получающих АРВТ					
1.2 Число детей (в возрасте < 10 лет), получающих АРВТ					
1.2.1 Число детей (в возрасте < 3 лет), получающих АРВТ					
1.2.2 Число детей (в возрасте от ≥ 3 до < 10 лет), получающих АРВТ					
2. Число беременных женщин, получающих АРВТ					
3. Число людей, прошедших тестирование на ВИЧ					
4. Количество людей, сделавших анализ для исследования клеток CD4					
5. Количество людей, сделавших анализ для определения вирусной нагрузки					
6. Число детей, родившихся у ВИЧ-положительных женщин, которым делался какой-либо диагностический тест для младенцев					
7. Количество серологических тестов на ВИЧ					
8. Количество тестов для исследования клеток CD4					
9. Количество тестов на вирусную нагрузку					
10. Количество тестов для ранней диагностики у младенцев					
11. Количество тестов на криптококковый антиген (CrAg) для диагностики на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции					
12. Количество тестов для определения LAM-антигена для диагностики туберкулеза на продвинутых стадиях ВИЧ-инфекции					
13. Количество тестов на инфекции, передающиеся половым путем					

Вопрос 30. Национальные прогнозы на 3-летний период по различным режимам применения антиретровирусных препаратов у взрослых:

Схемы антиретровирусной терапии препаратами 1-го ряда	Количество людей на данном режиме			Схемы антиретровирусной терапии препаратами 2-го ряда	Количество людей на данном режиме			Схемы антиретровирусной терапии препаратами 3-го ряда	Количество людей на данном режиме		
	2025	2026	2027		2025	2026	2027		2025	2026	2027
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
И т д											
Подытог											

Вопрос 31. Национальные прогнозы на 3-летний период по различным режимам применения антиретровирусных препаратов у детей:

Схемы антиретровирусной терапии препаратами 1-го ряда	Количество людей на данном режиме			Схемы антиретровирусной терапии препаратами 2-го ряда	Количество людей на данном режиме			Схемы антиретровирусной терапии препаратами 3-го ряда	Количество людей на данном режиме		
	2025	2026	2027		2025	2026	2027		2025	2026	2027
1.											
2.											
3.											
4.											
И т д											
Подытог											

Вопрос 32. Национальные прогнозы на 3-летний период по тестированию на ВИЧ, исследованиям клеток CD4, тестам на вирусную нагрузку и диагностическим тестам для детей раннего возраста:

Виды исследований	Количество тест-систем, закупленных в 2024 году и предусмотренных планами на ближайшие три года		
	Закуплено на 2024 год	Запланировано на 2025 год	Запланировано на 2027 год
Тесты для диагностики ВИЧ-инфекции (экспресс-тесты для экстренной диагностики, тесты для самотестирования)			
Тесты для исследования клеток CD4			
Тест-системы для измерения вирусной нагрузки			
Тесты для ранней диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев			

Приложение 1.

Выборочная библиография

1. 12 components monitoring and evaluation system assessment: guidelines to support preparation, implementation and follow-up activities. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
2. 12 components monitoring and evaluation system strengthening tool. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
3. Glossary: monitoring and evaluation terms. Geneva: UNAIDS; 2011 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
4. Guidance on capacity building for HIV monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
5. Indicator standards: operational guidelines for selecting indicators for the HIV response. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
6. A national evaluation agenda for HIV. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
7. An introduction to triangulation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
8. An introduction to indicators. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
9. Basic terminology and frameworks for monitoring and evaluation. Geneva: UNAIDS; 2010 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
10. Organizing framework for a functional national HIV monitoring and evaluation system. Geneva: UNAIDS; 2008 (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/monitoringandevaluationguidance>).
11. Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030. Geneva 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_en.pdf)
12. The Global AIDS Strategy 2021–2026: End Inequalities, End AIDS. Geneva 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf)
13. Confronting inequalities. Geneva: UNAIDS; 2021 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf).
14. Strategic guidance for evaluating HIV prevention programmes. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/12_7_MERG_Guidance_Evaluating%20HIV_PreventionProgrammes.pdf).
15. Consolidated HIV strategic information guidelines: Driving impact through programme monitoring and management. Geneva: World Health Organization, 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331697/9789240000735-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>)
16. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>).
17. Consolidated guidelines on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/consolidated-guideline-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-living-hiv-2017-full-report.pdf>).
18. The state of the world's children 2021. New York: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>).
19. Segone M, ed. Country-led monitoring and evaluation systems: better evidence, better policies, better development results. New York: UNICEF; 2009 (mics.unicef.org/files).
20. Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325892/WHO-CDS-HIV-19.15-eng.pdf?ua=1>).

Приложение 2.

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

Форма заполняется следующим образом:

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

Приложение 3. Объемы и цены за единицу закупленных и распределенных антиретровирусных препаратов и других лекарственных схем, связанных с лечением ВИЧ-инфекции

По индикатору 8.2 в обязательном порядке заполняется информация об объемах и ценах (за единицу) закупленных и распространенных антиретровирусных препаратов и других препаратов, используемых в схемах лечения в связи с ВИЧ.

Антиретровирусная схема/рецептура	Дозировки	Количество таблеток или минимальных доз в упаковке	Общее число упаковок, закупленных в отчетном финансовом году	Средняя цена за упаковку (в долларах США) (без учета транспортных и других административных расходов)	Общее кол-во упаковок, выданных на руки получателям в отчетном финансовом году
Тенофовир + эмтрицитабин + эфавиренц [TDF + FTC + EFV]	300 мг + 200 мг + 600 мг				
Тенофовир + ламивудин + эфавиренц [TDF + 3TC + EFV]	300 мг + 300 мг + 600 мг				
Тенофовир + ламивудин + невирапин [TDF + 3TC] + NVP	300 мг + 300 мг + 200 мг				
Зидовудин + ламивудин + эфавиренц [ZVD + 3TC] + EFV	300 мг + 150 мг + 200 мг				
Абакавир + ламивудин + зидовудин [ABC + 3TC + ZDV]	300 мг + 150 мг + 300 мг				
Зидовудин + ламивудин + невирапин [ZVD + 3TC + NVP]	300 мг + 150 мг + 200 мг				
Зидовудин + ламивудин + невирапин [ZVD + 3TC + NVP]	60 мг + 30 мг + 50 мг				
Тенофовир + эмтрицитабин [TDF + FTC]	300 мг + 200 мг				
Зидовудин + ламивудин [ZDV + 3TC]	300 мг + 150 мг				
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	200 мг + 50 мг				
Лопинавир + ритонавир [LPV + RTV]	80 мг + 20 мг/мл				
Абакавир + ламивудин [ABC + 3TC]	860 мг + 30 мг				
Тенофовир + ламивудин [TDF + 3TC]	300 мг + 300 мг				
Дарунавир [DRV]	300 мг				
Долутегравир [DTG]	50 мг				
Другое (укажите): _____					

Антиретровирусная схема/рецептура	Дозировки	Количество таблеток или минимальных доз в упаковке	Общее число упаковок, закупленных в отчетном финансовом году	Средняя цена за упаковку (в долларах США) (без учета транспортных и других административных расходов)	Общее кол-во упаковок, выданных на руки получателям в отчетном финансовом году
Схемы/лекарственные препараты, применяемые при лечении ВИЧ-инфекции на продвинутой стадии	Дозировки	Количество таблеток или минимальных доз в упаковке	Общее число упаковок, закупленных в отчетном финансовом году	Средняя цена за упаковку (в долларах США) (без учета транспортных и других административных расходов)	Общее кол-во упаковок, выданных на руки получателям в отчетном финансовом году
Амбизом (амфотерицин В липосомальный в высоких дозах) для инъекций	50 мг/флакон	1 флакон			
Амфотерицин липосомальный обычный	50 мг/мл				
Амфотерицин В дезоксихолат для инъекций	5 мг/мл	1 флакон			
Флуцитозин в таблетках (5FC)	500 мг				
Флуцитозин для инъекций	10 мг/мл	5 флаконов			
Флуконазол капсулы	50 мг				
Флуконазол капсулы	200 мг	100			
Флуконазол раствор для парентеральных инъекций	2 мг/мл	Флакон полиэтиленовый 100 мл			
Итраконазол капсулы	200 мг				
Котримоксазол (Сульфаметоксазол и Триметоприм) таблетки	800 мг/160 мг				
Изониазид/котримоксазол/витамин В6 таблетки	300/960/25 мг	30			

Примечания:

1. Укажите объемы (число закупленных упаковок) и цены за единицу товаров (в местных денежных единицах или в долларах США по текущему курсу) за отчетный год.
2. Данные о числе упаковок, взятых получателями, соотносятся со схемами лечения/рецептурами; предоставлять данные с разбивкой по каждому процессу закупок не требуется.
2. Если в приведенном здесь стандартном перечне нет информации о каком-либо режиме/схеме, вы можете выбрать вариант «Другое» и привести свои данные о используемых комбинациях режимов и дозировок.
4. Информация о пациентах на каждом режиме войдет в обследование ВОЗ по лекарственным средствам и диагностике в сфере противостратегии СПИДу (WHO/AIDS Medicines and Diagnostics Service Survey), в котором изучается применение антиретровирусных препаратов и лабораторных технологий; кроме того, эти данные будут использоваться при выполнении соответствующих рекомендаций ВОЗ, размещенных в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа.

Приложение 4.

Матрица национального финансирования для индикатора 8.3: «Расходы в сфере противодействия ВИЧ по источникам финансирования»

Как и в предыдущих раундах отчетности, матрица национального финансирования, которую предлагается использовать в раунде программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа в 2025 году, содержит набор важнейших основных программ и услуг с разбивкой по источникам финансирования.

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

- Комбинированную профилактику, в том числе: распространение презервативов, доконтактную профилактику (ДКП), добровольное медицинское обрезание у мужчин, услуги по снижению вреда, расширение прав и возможностей для молодых женщин и девочек, и предоставление пакетов жизненно важных услуг для ключевых групп населения.
- Профилактику вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Тестирование на ВИЧ и консультирование.
- Связанный с ВИЧ лабораторный мониторинг.
- Антиретровирусную терапию.
- ВИЧ-ассоциированный туберкулез.
- Создание благоприятной социальной среды, в том числе сокращение стигмы и дискриминации.
- Создание программ по защите прав человека.

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

В таблице ниже (таблица 1) приводится полный набор программ или услуг (вместе с остаточной категорией), охватывающий весь спектр возможного использования ресурсов в странах, с указанием источников финансирования. Странам необходимо предоставить соответствующую информацию по действующим программам или услугам (то есть страны должны отчитываться не по всем, а только по соответствующим строкам таблицы). То же касается и источников финансирования — необходимо заполнить таблицу только по тем источникам, которые есть в каждой из стран. Важно различать случаи, когда расходы отсутствуют (то есть значение равно «0»), данные недоступны или неприменимы.

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

Более подробные инструкции о том, как заполнить формы отчетности и представить в ЮНЭЙДС показатели о расходовании средств, приводятся в онлайн-инструменте отчетности программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа. Общий объем ресурсов должен включать всю совокупность финансовых потоков и расходов по всем программам или услугам и по всем источникам. Субиндикаторы отражают только подмножество от общей совокупности, соответствующее определенным компонентам в рамках выполнения конкретных обязательств. Представленные в отчете суммы будут сопоставляться с количеством людей, получающих те же услуги в рамках программы глобального мониторинга эпидемии СПИДа или других систем отчетности.

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

Таблица 1.

Перечень программ или услуг в сфере противодействия ВИЧ для таблицы национального финансирования¹

Коды в таблице национального финансирования по программе глобального мониторинга СПИДа	Категории программ глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2023 года: полный спектр мероприятий	Категории программ глобального мониторинга эпидемии СПИДа 2023 года: ключевые субиндикаторы
1 Лечение, уход и поддержка (промежуточный итог)		
1.1	Тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ	Расходы на тестирование на ВИЧ и консультирование (без целевых групп), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2	Антиретровирусная терапия (промежуточный итог)	Расходы на антиретровирусную терапию (для взрослых и детей)
1.2.1.	Антиретровирусная терапия для взрослых	Расходы на антиретровирусную терапию взрослых с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2.2.	Антиретровирусная терапия детей	Расходы на антиретровирусную терапию детей с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.2.3.	Антиретровирусная терапия без разбивки по возрасту либо схемам лечения	Расходы на антиретровирусную терапию без разбивки по возрасту либо схемам лечения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.3	Лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ (CD4-лимфоциты, вирусная нагрузка)	Расходы на лабораторный мониторинг в связи с ВИЧ (определение числа клеток CD4, вирусной нагрузки и другие лабораторные исследования/тесты), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
1.4	Профилактика и лечение оппортунистических инфекций (ОИ), кроме лечения и профилактики туберкулеза, у людей, живущих с ВИЧ.	
1.5	Паллиативная помощь	
1.6	Поддержка приверженности к лечению	
1.98	Программные мероприятия по лечению, уходу и поддержке без разбивки по их видам	

¹ Следует отметить, что согласованная нумерация кодов, приводимая в этой таблице для матрицы национального финансирования, остается неизменной с 2021 года; и эта нумерация напрямую не соответствует нумерации индикаторов в программе глобального мониторинга эпидемии СПИДа (ГАМ/ГМС) в 2023 году. Это объясняется тем, что программные категории устанавливались совместно с рядом других ключевых партнеров, и необходимо, чтобы они оставались одинаковыми и согласованными у всех.

2 Профилактика вертикальной передачи ВИЧ (промежуточный итог)

2.1	Тестирование и консультирование по вопросам ВИЧ для беременных женщин	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.2	Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.3	Антиретровирусная терапия для предотвращения вертикальной передачи ВИЧ	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
2.4	Другие компоненты профилактики вертикальной передачи ВИЧ, не связанные с применением антиретровирусных препаратов	Расходы на профилактику вертикальной передачи ВИЧ, помимо расходов на антиретровирусную терапию, предоставляемую беременным женщинам в случае если они получают один из режимов лечения, предусмотренных для взрослых людей, живущих с ВИЧ.
2.98	Профилактика вертикальной передачи ВИЧ, без разбивки	

3 Профилактика (промежуточный итог)

3.1	Программы коммуникации для социальных и поведенческих изменений	Без целевых групп.
3.2	Распространение презервативов	Распространение презервативов (без целевых групп), с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.3	Доконтактная профилактика (ДКП), с разбивкой по ключевым группам населения (промежуточный итог)	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.1.	ДКП для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ)	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.2.	ДКП для секс-работников	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.3.	ДКП для людей, употребляющих инъекционные наркотики	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.4.	ДКП для трансгендерных людей	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.5.	ДКП для ключевых групп населения	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.6.	ДКП для молодых женщин и девочек-подростков в странах с высокой распространенностью ВИЧ	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.7	ДКП для серодискордантных пар	ДКП с разделением по ключевым группам населения.
3.3.98	Доконтактная профилактика (ДКП) без разбивки по группам населения	
3.4	Добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин в странах с высокой распространенностью ВИЧ	Добровольная медицинская процедура обрезания у мужчин.
3.5	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для мужчин-геев и других мужчин, практикующих секс с мужчинами	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.

3.6	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для секс-работников и их клиентов	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.7	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к программам медицинского обслуживания для людей, употребляющих инъекционные наркотики (промежуточный итог)	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.7.1.	Программы игл и шприцев, профилактики, тестирования на ВИЧ и консультирования, предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для людей, употребляющих инъекционные наркотики	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.7.2.	Заместительная терапия	Профилактика среди ключевых групп населения, с разбивкой по товарам и другим прямым/косвенным расходам.
3.8	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для трансгендерных людей	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.9	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для лиц, находящихся в местах лишения свободы	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.10	Профилактика, пропаганда тестирования и предоставление доступа к медицинскому обслуживанию для молодых женщин и девочек-подростков (в странах с высокой распространенностью ВИЧ)	Профилактика среди ключевых групп населения.
3.11	Выплата денежных пособий для девочек (в странах с высокой распространенностью ВИЧ)	Расходы на денежные пособия для молодых женщин и девочек (в возрасте 10–24 лет, в странах с высокой распространенностью ВИЧ) из бюджетов целевого финансирования, выделенного для противодействия ВИЧ.
3.12	Программы профилактики для уязвимых и доступных групп населения	
3.13	Постконтактная профилактика (ПКП)	
3.14	Профилактические программы на рабочих местах	
3.15	Меры в секторе здравоохранения для всего населения (стандартные меры предосторожности, обеспечение инфекционной безопасности донорской крови и ее компонентов, и т.п.)	
3.16	Меры профилактики передачи ВИЧ, направленные на профилактику среди людей, живущих с ВИЧ (без разбивки)	
3.99	Профилактика передачи ВИЧ, без разбивки	Не включайте в этот код другие меры, если они не включены четко в перечень. При наличии дополнительных мероприятий, перечислите их по отдельности по взаимоисключающим категориям (чтобы избежать дублирования данных); избегайте пользоваться категориями, которые уже есть в вышеуказанном перечне.

4 Гендерные программы

5 Программы для детей и подростков

6 Социальная защита

7 Мобилизация сообществ

Расходы на укрепление потенциала организаций сообществ посредством обучения, технической подготовки и предоставления поддержки для работников. Включают: мобилизацию ресурсов, мероприятия по обеспечению финансовой устойчивости, набор и удержание волонтеров, а также мониторинг при ведущем участии сообществ для обеспечения эффективного предоставления услуг и роста в долгосрочной перспективе.

8 Управление программами и устойчивое развитие (промежуточный итог)

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

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

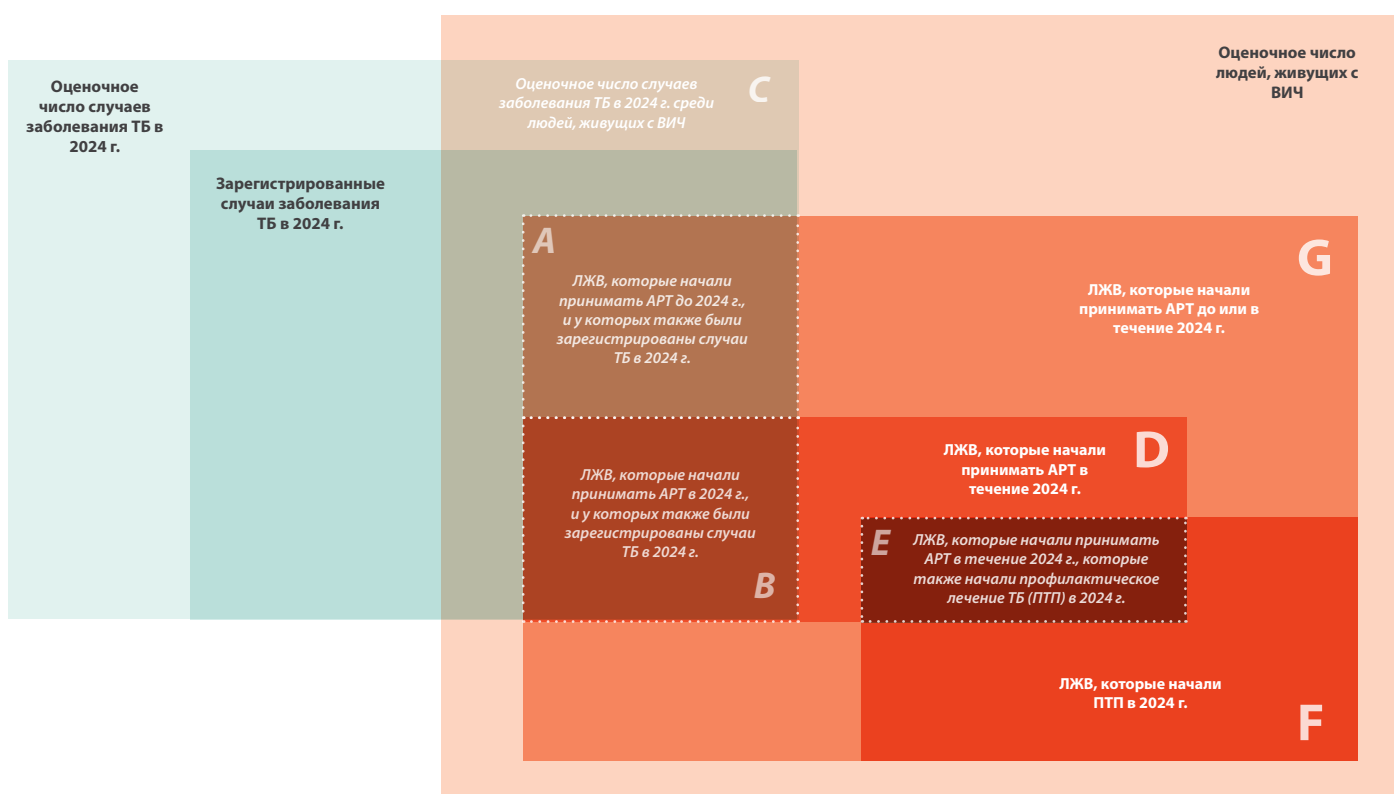
9.1	Политический диалог
9.2	Ключевые программы по правам человека
9.3	Институциональное развитие в области ВИЧ/СПИДа
9.98	Социальные факторы, определяющие формирование благоприятной среды — без разбивки

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

10.1	Скрининг и диагностика туберкулеза среди людей, живущих с ВИЧ	Расходы по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.
10.2	Профилактика и лечение туберкулеза для людей, живущих с ВИЧ	Расходы по ВИЧ-инфекции и туберкулезу.
10.98	Коинфекция ВИЧ/туберкулез, диагностика и лечение — без разбивки	
11.99	Прочие значимые программы за рамками предлагаемой структуры ключевых программ противодействия ВИЧ/СПИДу (перечислите и детализируйте ниже)	<p>Все остальные расходы в сфере противодействия ВИЧ, не отнесенные к какой-либо из вышеперечисленных категорий (коды от 1 до 10).</p> <p>Убедитесь, что ни одно из перечисляемых здесь программ или мероприятий не дублируется в какой-либо из вышеуказанных категорий.</p> <p>Ни одна из перечисленных здесь программ или услуг не должна иметь никаких других кодов из перечисленных выше (коды от 1 до 10). Все эти коды являются взаимоисключающими.</p>

Приложение 5.

Дополнительные рекомендации по составлению индикаторов по ВИЧ-инфекции и туберкулезу для глобального мониторинга СПИДа 7.6–7.6



Индикатор 7.6 = (A+B)/C

Примечание: Числитель в индикаторе 7.6 должен быть равен числу случаев впервые выявленного и рецидивного заболевания ТБ у ВИЧ-положительных людей, которые начали принимать антиретровирусную терапию, согласно данным национальной программы противодействия туберкулезу. Пожалуйста, согласуйте данные с национальной программой противодействия туберкулезу

Индикатор 7.7 = B/D

Примечание: Числитель в индикаторе 7.6 будет больше, чем в индикаторе 7.7. В числителе зарегистрированные случаи ТБ должны включать впервые выявленный ТБ, рецидивные случаи ТБ и случаи повторного лечения ТБ.

Индикатор 7.8 (среди людей, впервые начинающих получать АРТ) = E/D

Индикатор 7.8 (среди людей, получающих АРТ на текущий момент) = F/G

Примечание: рекомендации по индикатору 7.9 представлены в описании индикатора на странице 140 данного руководства

Приложение 6.

Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа (Global AIDS Monitoring)

Промежуточные данные по инструменту национальных обязательств и политики (НОПИ)

Рекомендации по заполнению вопросов, связанных с законодательством, в 2025 году

В НОПИ есть ряд вопросов, касающихся законов и нормативно-правовой базы, связанных с ВИЧ, а также ключевыми и уязвимыми группами населения. Разные страны и даже разные регионы внутри отдельных стран очень сильно различаются между собой в подходах к регулированию различных аспектов общественной и частной жизни или в применении уголовной ответственности (криминализации). В данном документе приведены пояснения и рекомендации с конкретными примерами, которые должны помочь странам при заполнении этих вопросов НОПИ. Примеры служат исключительно для иллюстрации: их не следует считать всеобъемлющими и исчерпывающими, и они могут не соответствовать ситуации в вашей стране.

В этих рекомендациях содержатся пояснения к следующим вопросам из промежуточного опросника НОПИ:

- 90
- 102
- 103
- 104
- 105
- 106

Пояснения по вопросам НОПИ, связанным с законодательством

Раздел 5.

90

Существуют ли в вашей стране какие-либо законы, нормативно-правовые механизмы или политика, которые обеспечивают возможность регистрации организаций сообществ? Отметьте все подходящие варианты.

Организации сообществ — это организации, в которых руководство, персонал, спикеры, публично выступающие от имени организации, ее члены и волонтеры в большинстве своем представляют интересы и опыт и выражают мнения своих сообществ, при этом у организаций имеются прозрачные механизмы подотчетности перед своими сообществами. Законы и нормативно-правовые акты могут влиять на то, смогут ли различные группы создавать и официально регистрировать свои ассоциации и другие юридически зарегистрированные субъекты (юридические лица), и насколько легко этим юридическим субъектам будет работать, предоставлять услуги в сфере здравоохранения, выполнять установленные требования по отчетности и т.д. В ответах на этот вопрос приводятся варианты того, какие виды субъектов могут, в соответствии с существующими законодательными механизмами и установленными правилами, зарегистрировать организацию. В законах и нормативно-правовых актах организации сообществ могут прямо не упоминаться, но при соответствующем толковании применимые правовые положения можно найти, например, в законодательстве о некоммерческих организациях.

Раздел 6

102, 103, 104, 105, 106

Предпринимались ли какие-либо юридические действия для их декриминализации?

Хотя для правовой реформы может требоваться много времени, первыми шагами на пути к ней может стать ряд конкретных действий. Этот вопрос направлен на то, чтобы выяснить, предпринимаются ли конкретные значимые действия, которые ведут или могут привести к декриминализации (отмене уголовной ответственности). Рассмотрение стратегически значимых дел в судебном порядке и внесение предложений для рассмотрения в законодательных органах (парламенте) — две основных формы такой работы. Но, возможно, у вас в стране предпринимаются и другие действия — например, проведены национальные консультации по предлагаемому законопроекту, обсуждается проект указа, внесено предложение о проведении референдума. Речь идет о действиях правового характера — то есть действие должно включать парламентские, правительственные или судебные процедуры/процессы. Здесь не рассматриваются практические действия, которые, хотя и очень важны, не являются юридическим шагом на пути к переменам. Например, в этом вопросе не учитываются такие виды действий, как разъяснительная работа и информирование, или обучение и тренинги.

Если нет законов, предусматривающих уголовную ответственность за несообщение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности инфицирования ВИЧ для другого лица или передачу ВИЧ (вопрос 102); трансгендерность (вопрос 103), секс-работу (вопрос 104), однополые сексуальные отношения (вопрос 105), употребление или хранение наркотиков для личного употребления (вопрос 106), то при ответе на этот вопрос выбирайте соответствующий вариант ответа, в котором говорится об отсутствии криминализирующих законов.

Ниже приведены рекомендации из руководства по глобальному мониторингу эпидемии СПИДа 2024 года с примерами того, в каких случаях можно считать, что в стране есть криминализирующее законодательство.

- Уголовная ответственность за несообщение ВИЧ-положительного статуса, создание опасности инфицирования для другого лица или за передачу ВИЧ — в каких случаях можно считать, что в стране есть законодательство, предусматривающее такую уголовную ответственность:
 - Если в стране есть законы (положения), прямо предусматривающие уголовную ответственность за несообщение о ВИЧ-положительном статусе, создание опасности инфицирования для другого лица или передачу ВИЧ. Такие положения могут быть установлены в уголовном кодексе или законе, а также в законодательстве по охране общественного здоровья или противодействию ВИЧ.
 - Если в стране есть законы (положения), прямо предусматривающие уголовную ответственность за распространение инфекционных заболеваний или инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ прямо упоминается в тексте этого закона.
 - Если в стране есть закон, прямо предусматривающий уголовную ответственность за распространение инфекционных заболеваний или инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ, хотя ВИЧ-инфекция прямо не прописана в тексте этого закона.
- Криминализация трансгендерных людей — считается, что в стране есть законодательство, криминализирующее транс-людей, если в стране есть законы, действие которых направлено на людей по признаку их гендерной идентичности или выражения гендерной принадлежности. Хотя законы, прямо криминализирующие трансгендерность, встречаются редко, тем не менее, есть законы, которые криминализируют самовыражение трансгендерных людей и людей с отличающейся гендерной идентичностью. В первую очередь к ним относятся законы, запрещающие имперсонацию противоположного пола или кроссдрессинг. Соответствующие положения можно найти в законодательстве, регулирующем вопросы личности или религиозно-культурные вопросы. В этом вопросе не учитываются законы более общей направленности — например, законы о морали (или религиозных нормах) или о бродяжничестве, — которые также могут применяться в отношении трансгендерных людей, подвергая их дискриминации.

- Криминализация секс-работы — считается, что в стране действуют законы, криминализирующие секс-работу, в следующих случаях:
 - Если в стране есть законы, прямо устанавливающие уголовную ответственность за предоставление сексуальных услуг, при этом криминализируются те, кто лично предоставляет такие услуги (секс-работники) — то есть уголовную ответственность несет секс-работник.
 - Если в стране есть законы, устанавливающие уголовную ответственность за приобретение услуг секс-работника, — то есть уголовную ответственность несет сам клиент. (Следует отметить, что это отличается от покупки услуг для третьих лиц — в этих случаях речь может идти об «извлечении прибыли».)
 - Если в стране есть законы, устанавливающие уголовную ответственность за сопутствующую деятельность, связанную с продажей секс-услуг. Законы могут включать положения о рекламе секс-работы и связанных услуг, или о навязывании услуг (то есть о солиситации в плане предложения сексуальных услуг). По этим же законам можно привлечь, например, секс-работников, собирающихся в одном месте; секс-работников, живущих друг с другом или работающих слишком близко, например, к школе или к церкви.
 - Если в стране есть законы, предусматривающие уголовную ответственность за сопутствующую деятельность, связанную с покупкой сексуальных услуг. Примерами наказуемой деятельности может быть домогательство (солиситация, в данном случае понимаемая как предложение денег или склонение/принуждение к оказанию секс-услуг) или «съём на улицах» (curb crawling на автомобиле — повод для привлечения автомобилистов к ответственности в некоторых странах).
 - Если в стране действуют законы, предусматривающие уголовную ответственность за извлечение прибыли от организации и/или управления деятельностью, связанной с сексуальными услугами (получение прибыли третьими лицами от доходов с секс-работы).
- Криминализация однополых сексуальных отношений — как правило, криминализирующие положения, предусматривающие уголовную ответственность за однополые сексуальные отношения (по обоюдному согласию, в приватной обстановке), содержатся в уголовном и уголовно-процессуальном кодексах. Также они могут содержаться в своде военных законов или кодексе военнослужащего, даже если в общем национальном законодательстве таких положений нет. Названия преступлений могут содержать, например, слова: содомия, педерастия или сексуальные действия «противоестественного характера», или в законе может говориться просто, что сексуальные действия между двумя взрослыми людьми одного пола являются противозаконными. В тех случаях, когда законом предусмотрено конкретное наказание или указаны сроки лишения свободы, они варьируются от штрафа или нескольких месяцев тюрьмы — и вплоть до пожизненного заключения или даже смертной казни. В других случаях закон может не устанавливать конкретных мер наказания, а оставлять это на усмотрение суда.

- Криминализация употребления наркотиков или хранения наркотиков для личного употребления — считается, что в стране действуют законы, криминализирующие употребление наркотиков или хранение наркотиков для личного употребления, если за употребление или хранение для личного употребления любых нелегальных наркотических веществ установлена уголовная ответственность. Также ответ на этот вопрос будет положительным, если в стране декриминализованы или даже легализованы некоторые наркотики (например, марихуана), но не все. Считается, что в стране декриминализовано употребление или хранение наркотиков для личного употребления, если за хранение любого наркотика в небольшом количестве не предусмотрено уголовного наказания. Уголовное наказание может быть заменено административными мерами воздействия — штрафами, направлением на лечение и консультации в добровольном порядке и т.п., либо наказания может не быть вовсе.

Считается, что в стране есть криминализирующие законы, если в её законодательстве на национальном или субнациональном уровне есть какие-либо из описанных выше положений.

© Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2024 г.

Некоторые права защищены. Эта работа доступна по лицензии Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

В соответствии с условиями настоящей лицензии вы можете копировать, распространять и адаптировать работу для некоммерческих целей при условии надлежащего цитирования работ, как указано ниже. Ни при каких обстоятельствах не следует допускать возникновения предположений о том, что ЮНЭЙДС выражает поддержку каким-либо конкретным организациям, продукции или услугам. Использование логотипа ЮНЭЙДС запрещено. Если вы адаптируете работу, вам необходимо получить на нее такую же или эквивалентную лицензию Creative Commons. Если вы переводите эту работу на другой язык, вы должны добавить следующее заявление об отказе от ответственности вместе с рекомендуемой цитатой: «Этот перевод не был создан ЮНЭЙДС. ЮНЭЙДС не несет ответственности за содержание или точность данного перевода. Оригинальная версия на английском языке является юридически обязывающей и оригинальной».

Любое посредничество, связанное со спорами, возникающими в связи с лицензией, должно осуществляться в соответствии с правилами посредничества Всемирной организации интеллектуальной собственности (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Рекомендуемая цитата. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа 2025: Показатели и вопросы для мониторинга достигнутого прогресса в реализации Политической декларации по ВИЧ/СПИДу (2021). Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу; 2024 год. Лицензия: **CC BY-NC-SA 3.0 IGO**.

Материалы третьих лиц. Если вы хотите повторно использовать материалы, связанные с этой работой и ассоциированные с третьими лицами, например таблицы, рисунки или фотографии, вы несете ответственность за определение необходимости получения разрешения на такое повторное использование, а также за получение разрешения от владельца авторского права. Риск претензий, возникающих в результате нарушения авторских прав на компоненты, принадлежащие третьим лицам, в полной мере несет пользователь.

Используемые обозначения и презентация материалов в данной публикации не подразумевают никакого мнения со стороны ЮНЭЙДС относительно юридического статуса любой страны, территории, города или области, равно как и их властей, а также относительно определения их границ. Пунктирные линии на картах представляют примерные границы, для которых еще не достигнуто полное соглашение.

Упоминание компаний или отдельных товаров производителей не подразумевает, что они одобрены или рекомендованы ЮНЭЙДС в отличие от других неупомянутых компаний такого же типа. Исправленные ошибки и упущения, а также названия фирменных товаров выделяются начальными заглавными буквами.

ЮНЭЙДС приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в данной публикации. Однако опубликованный материал распространяется без каких-либо гарантий, явных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах ЮНЭЙДС не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

ЮНЭЙДС/С3133R



ЮНЭЙДС
Объединенная Программа ООН
по ВИЧ/СПИДу

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

+41 22 791 3666

unaids.org