

Ключевые показатели для национальных программ по СПИДу

Руководство по использованию и характеристика дополнительных рекомендуемых показателей

Дополнение к:

ССГАООН. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Руководящие принципы разработки ключевых показателей. Отчётность за 2008 год.

Женева: ЮНЭЙДС, апрель 2007 г.

Апрель 2008 г.



UNAIDS/08.26R (перевод на русский язык, февраль 2010)
Оригинал: на английском языке, UNAIDS/08.26E/JC 1768E:
Core Indicators for National AIDS Programmes. Guidance and Specifications
for Additional Recommended Indicators.
Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2008 г.

Все права защищены. Публикации ЮНЭЙДС можно получить, обратившись в Информационный центр ЮНЭЙДС. Запросы на получение разрешения для воспроизведения или перевода изданий ЮНЭЙДС – с целью продажи или некоммерческого использования – также направлять в Информационный центр ЮНЭЙДС по указанному ниже адресу, или по факсу +41 22 791 4187, либо по электронной почте: publicationpermissions@unaids.org.

Употребляемые обозначения и изложение материалов в настоящем издании не означают, что ЮНЭЙДС выражает какое-либо мнение относительно правового статуса той или

иной страны, территории, города, района или их органов власти или относительно начертания их границ.

Упоминание конкретных компаний или товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок или пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

ЮНЭЙДС не гарантирует полноту и достоверность информации, содержащейся в настоящей публикации, и не несёт ответственности за ущерб, возникший в результате её использования.

Библиотека ВОЗ: каталогизация публикаций

«ЮНЭЙДС/08.26E».

Ключевые показатели для национальных программ по СПИДу. Руководство и характеристика дополнительных рекомендуемых показателей.

1. ВИЧ-инфекции – статистика. 2. Синдром приобретенного иммунодефицита – статистика. 3. Сбор данных – методы. 4. Показатели состояния здоровья. 5. Показатели качества, здравоохранение. 6. Национальные программы здравоохранения. I. Организация Объединенных Наций. Генеральная Ассамблея. Специальная сессия по ВИЧ/СПИДу. II. ЮНЭЙДС.

ISBN 978 92 9 173716 1

(классификация NLM: WC 503.2)

Ключевые показатели для национальных программ по СПИДу

Руководство по использованию и характеристика дополнительных рекомендуемых показателей

Дополнение к:

ССГАООН. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Руководящие принципы разработки ключевых показателей. Отчётность за 2008 год.

Женева: ЮНЭЙДС, апрель 2007 г.

Апрель 2008 г.

Женева, Швейцария

Содержание

Выражение благодарности	4
Список сокращений	5
Введение	6
Цель	7
Ключевые национальные показатели	8
Общий обзор: показатели ССГАООН и дополнительные рекомендуемые показатели	8
Использование показателей ССГАОН и дополнительных рекомендуемых показателей	11
Характеристика дополнительных рекомендуемых показателей	11
Дополнительный рекомендуемый показатель №1	
Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по постконтактной профилактике [с разбивкой по типу контактов (связанный с профессиональной деятельностью, не связанный с профессиональной деятельностью) и секторам (государственный, частный)]	12
Дополнительный рекомендуемый показатель №2	
Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ (т.е. назначение и/или последующее клиническое наблюдение) [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	14
Дополнительный рекомендуемый показатель №3	
Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	16
Дополнительный рекомендуемый показатель №4	
Процент учреждений, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направления [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	18
Дополнительный рекомендуемый показатель №5	
Процент ведущих половую жизнь молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	20
Дополнительный рекомендуемый показатель №6	
Процент больных ТБ, чьи результаты тестирования на ВИЧ были занесены в регистр больных туберкулёзом [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (0-4, 5-14, 15 и старше) и ВИЧ-статусу (положительный, отрицательный)]	22
Дополнительный рекомендуемый показатель №7	
Процент беременных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают свои результаты [с разбивкой по типу услуг (дородовый уход, роды и родоразрешение и послеродовый уход)]	24
Дополнительный рекомендуемый показатель №8	
Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев [с разбивкой по типу/времени тестирования (вирусологическое тестирование до 2 месяцев, вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев или тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев)]	26
Дополнительный рекомендуемый показатель №9	
Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, начавших профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения	28

Дополнительный рекомендуемый показатель №10	
Общее количество мужских и женских презервативов, имевшихся для распределения на национальном уровне за последние 12 месяцев, на человека в возрасте 15-49 лет [с разбивкой по типу презервативов (женский, мужской)]	30
Дополнительный рекомендуемый показатель №11	
Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которых указали, что могут самостоятельно получить презервативы [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	32
Дополнительный рекомендуемый показатель №12	
Процент не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые не имели половых связей [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	34
Дополнительный рекомендуемый показатель №13	
Процент мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев и которые использовали презерватив во время последнего платного полового контакта [с разбивкой по возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и группам населения (работники-мигранты, военнослужащие, водители грузовиков и др.)]	36
Дополнительный рекомендуемый показатель №14	
Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и уровню образования (без образования, начальное, среднее или высшее)]	38
Дополнительный рекомендуемый показатель №15	
Процент детей-сирот младше 18 лет [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (младше 5 лет, 5-9, 10-14, 15-17) и типу сиротства (нет матери, нет отца, полный сирота)]	40
Библиография	42

Выражение благодарности

Выбор дополнительных рекомендуемых показателей и разработка настоящего документа стали возможными благодаря усилиям и помощи, оказанным различными учреждениями, организациями и людьми. Мы бы хотели выразить особую благодарность членам Технической рабочей группы ЮНЭЙДС по гармонизации показателей, в том числе членам группы, работающим в Национальных программах по СПИДу в Ботсване, Бразилии и Лесото, Международному альянсу по ВИЧ/СПИДу, Глобальному фонду для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией, Объединённой программе Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), проекту «МООИР ОДЗ», проекту «МООИР Оценка», Детскому фонду Организации Объединённых Наций (ЮНИСЕФ), Правительству США (в том числе Управлению Глобального координатора по СПИДу, Центрам по контролю и профилактике заболеваний США и Агентству международного развития США), Всемирному банку и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Также нам хотелось бы поблагодарить членов Референс-группы ЮНЭЙДС по мониторингу и оценке.

Список сокращений

АО	амбулаторное отделение
АРВ	антиретровирусный
АРТ	антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЖК	дородовая женская консультация
ЗМР	здоровье матери и ребёнка
ИСУЛ	информационная система управления логистикой
КДУ	картирование доступных услуг
КОНП	кластерное обследование по нескольким показателям
ЛЖВ	люди, живущие с ВИЧ
МиО	мониторинг и оценка
МСМ	мужчины, имеющие половые отношения с мужчинами
н/п	не применяется
ОДЗ	обследования в области демографии и здравоохранения
ООН	Организация Объединённых Наций
ОПС	обследование для показателей по СПИДу
ОПУ	оценка предоставления услуг
ПИН	потребитель инъекционных наркотиков
ПКП	постконтактная профилактика
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку
ПЦП	пневмоцистная пневмония, вызываемая <i>Pneumocystis jiroveci</i>
РГМО	Референс-группа по мониторингу и оценке
РО	родильное отделение
РСБ	работники секс-бизнеса
СПИД	синдром приобретённого иммунодефицита
ССГАООН	специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН по ВИЧ/СПИДу
ТБ	туберкулёз
ТРГ	техническая рабочая группа
ЮНЭЙДС	Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу
СТХ	котримоксазол

Введение

Мониторинг ВИЧ, осуществляемый странами на национальном уровне, позволяет им отслеживать тенденции развития эпидемии ВИЧ и национальные ответные меры. Использование стандартизированных показателей даёт возможность оценивать прогресс в динамике, а также проводить межнациональные сравнения. На протяжении последних 15 лет сообщество по глобальному мониторингу и оценке (МиО) принимало активное участие в поддержке процесса разработки стандартизированных показателей для мониторинга ВИЧ на национальном уровне. Были опубликованы руководящие указания по мониторингу ключевых программных областей, а также руководства по предоставлению отчётности донорам и международным организациям. Наравне с увеличением финансирования МиО и усилением мер по реализации эти руководства в последние годы значительно усилили меры по мониторингу.

Тем не менее многие страны испытывают трудности в создании регулярных механизмов сбора данных. К числу таких трудностей относятся:

- выбор наиболее подходящего показателя из широкого ряда показателей, касающихся ВИЧ, которые были разработаны на протяжении нескольких лет;
- сбор данных для показателей с достаточной регулярностью;
- обеспечение качества данных;
- недопущение сосредоточения внимания исключительно на мониторинге в ущерб комплексному подходу к МиО.

Многие страны стремятся собрать большое количество показателей, касающихся ВИЧ, для своих административных целей и для предоставления отчётности различным международным учреждениям и донорам, предъявляющим разные требования к отчётности. Зачастую это влекло за собой сбор чрезмерно больших объёмов данных и высокую нагрузку в связи с представлением отчётности на национальном уровне. Это привело к осознанию необходимости придания приоритетного значения ряду показателей, дающих наиболее важные сведения, необходимые для управления национальными мерами в ответ на ВИЧ, и позволяющих в большей мере сосредоточить усилия на обеспечении качества собираемых данных.

В 2006 году ЮНЭЙДС, действуя через Референс-группу по мониторингу и оценке (РГМО), создала Техническую рабочую группу (ТРГ) по гармонизации показателей и ТРГ по разработке реестра показателей для достижения двух целей:

- 1) разработка онлайн-реестра показателей для упрощения доступа к информации о существующих показателях, касающихся ВИЧ; и
- 2) предоставление руководства по ключевым показателям для мониторинга ВИЧ на национальном уровне.

Реестр показателей

За 2007 год ТРГ по разработке реестра показателей разработала онлайн-реестр стандартизированных определений и иных важных характеристик для более 400 существующих показателей в области ВИЧ. Общедоступная версия Реестра показателей будет выпущена в 2008 году для упрощения доступа к этим стандартным показателям.

Выбор и гармонизация показателей

ТРГ по гармонизации показателей согласовала 40 ключевых национальных показателей, предоставляющих необходимый минимум информации для мониторинга эпидемии ВИЧ и ответных мер на национальном уровне: 25 показателей ССГАООН, необходимых для мониторинга выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, и 15 дополнительных рекомендуемых показателей. Такой набор ключевых показателей помогает сосредоточить внимание на ключевых компонентах профилактики, лечения и ухода в рамках национальных мер в ответ на ВИЧ, а также на ключевых результатах национальных программ по СПИДу. Показатели, включённые в список 40 ключевых национальных показателей, уже должны были регулярно использоваться или, по крайней мере, пройти рабочие испытания для определения применимости, надёжности и обоснованности методов сбора данных. Рекомендуемые разбивки данных для показателей помогут в планировании и разработке программ.

Ключевые показатели охватывают многие области, но они не включают в себя всю информацию, которая может понадобиться национальным программам по СПИДу, отдельным проектам и донорским организациям. Тем не менее эти показатели предоставляют важные сведения для оценки общих ответных мер и особенно полезны для стран:

- впервые выбирающих стандартизированные национальные показатели;

- нуждающихся в ограничении количества национальных показателей для сокращения бремени сбора данных и/или издержек; и/или
- пересматривающих свои национальные показатели для соответствия мировым стандартам.

Пирамида глобальных показателей МиО: уровни показателей



Потребности в данных на уровне проекта, страны или мира варьируются. Как правило, на уровне проекта для управления программами необходимо большее число показателей, чем на национальном или мировом уровнях. Некоторые показатели дают ценную информацию для использования на всех уровнях, а сведения, собранные на уровне поставщиков услуг/проектов, переносятся на национальный, региональный и мировой уровни. Все 40 ключевых показателей направлены на удовлетворение потребностей в данных как на национальном, так и на глобальном уровне, а многие из них могут быть применены и на уровне проектов.

Указания на будущее

Предполагается, что этот список из 40 ключевых показателей останется неизменным на протяжении нескольких лет с тем, чтобы дать время на сбор данных и оценку тенденций в динамике. Однако в перспективе может возникнуть необходимость в новых показателях и отпасть необходимость в старых показателях, учитывая изменения в динамике развития эпидемии ВИЧ и соответствующих ответных мер. Некоторые области, для которых могут быть введены дополнительные показатели, включают: кадровый потенциал, усиление системы МиО, услуги, оказываемые людям, живущим с ВИЧ, на уровне общин, обрезание мужчин. ТРГ по разработке и пересмотру показателей, работая в рамках РГМО, окажет содействие в разработке и полевых испытаниях новых или пересмотренных показателей в данных областях на основе доказанных фактов и консенсуса и с учётом национальных особенностей. При пересмотре перечня 40 ключевых показателей будет тщательно рассмотрен вопрос о том, какие данные будут использоваться в действительности, а также как свести к минимуму бремя сбора данных и издержки.

Цель

Целью настоящего документа является представление 40 ключевых национальных показателей, дающий необходимый минимум информации для мониторинга на национальном уровне эпидемии ВИЧ и ответных мер, а также представление подробных характеристик и руководящих указаний по 15 рекомендуемым показателям в дополнение к 25 показателям ССГАООН.

Эти 40 ключевых национальных показателей вводятся вместо набора показателей, опубликованных ЮНЭЙДС и её партнёрскими учреждениями в документе «Национальные программы по СПИДу. Руководство по мониторингу и оценке» (ЮНЭЙДС, 2000 г.).

Ключевые национальные показатели

Общий обзор: показатели ССГАООН и дополнительные рекомендуемые показатели

В представленной ниже таблице приводятся все 40 показателей, включённых в набор ключевых национальных показателей: 25 показателей ССГАООН и 15 дополнительных рекомендуемых показателей. Показатели подразделяются на три категории:

- 1) Приверженность и действия на национальном уровне;
- 2) Знания и поведение на национальном уровне; и
- 3) Воздействие программ на национальном уровне.

В правой колонке указывается, входит ли показатель в число 25 показателей ССГАООН (со ссылкой на номер согласно Руководящим принципам ССГАООН (ЮНЭЙДС, 2007 г.)) или в число 15 дополнительных рекомендуемых показателей.

НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ		
I. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
1	Внутренние и международные расходы в связи со СПИДом с разбивкой по категориям и источникам финансирования	ССГАООН №1
2	Национальный комбинированный индекс политики [Прогресс в разработке и применении политики и стратегий в связи с ВИЧ и СПИДом на национальном уровне. Охватывает следующие сферы: стратегический план, политическая поддержка, профилактика, лечение, уход и поддержка, права человека, стигма и дискриминация, участие гражданского общества, гендер, группы населения с наиболее высоким риском заражения, мониторинг и оценка]	ССГАООН №2
ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
3	Процент единиц донорской крови, проверенной на ВИЧ с обеспечением качества	ССГАООН №3
4	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по постконтактной профилактике [с разбивкой по типу контактов (связанный с профессиональной деятельностью, не связанный с профессиональной деятельностью) и секторам (государственный, частный)]	Дополнительный №1
5	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ (т.е. назначение и/или последующее клиническое наблюдение) [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	Дополнительный №2
6	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	Дополнительный №3
7	Процент учреждений, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направлений [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]	Дополнительный №4
8	Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 15 лет, 15 лет и старше)]	ССГАООН №4
9	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребёнку	ССГАООН №5

ДЕЙСТВИЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
10	Процент оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных ТБ, получавших лечение в связи с ТБ и ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской)]	ССГАООН №6
11	Процент женщин и мужчин в возрасте 15–49 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24, 25-49 лет)]	ССГАООН №7
12	Процент ведущих половую жизнь молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	Дополнительный №5
13	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск (ПИН, МСМ, РСБ), которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №8
14	Процент больных ТБ, чьи результаты тестирования на ВИЧ были занесены в регистр больных туберкулёзом [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (0-4, 5-14, 15 и старше) и ВИЧ-статусу (положительный, отрицательный)]	Дополнительный №6
15	Процент беременных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают свои результаты [с разбивкой по типу услуг (дородовый уход, роды и родоразрешение и послеродовый уход)]	Дополнительный №7
16	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев [с разбивкой по типу/времени тестирования (вирусологическое тестирование до 2 месяцев, вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев или тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев)]	Дополнительный №8
17	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, которым начали профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения	Дополнительный №9
18	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск (ПИН, МСМ, РСБ), охваченных программами профилактики ВИЧ [с разбивкой по группам населения с наиболее высоким риском заражения (ПИН, МСМ, РСБ), по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №9
19	Процент школ, которые проводили просвещение по вопросам ВИЧ на основе жизненных навыков в течение последнего учебного года [с разбивкой по уровню образования (начальное образование, среднее образование)]	ССГАООН №11
20	Текущее посещение школы детьми-сиротами и детьми, имеющими родителей, в возрасте 10–14 лет [с разбивкой по полу (женский, мужской)]	ССГАООН №12
21	Процент сирот и уязвимых детей в возрасте 0-17 лет, чьи домохозяйства получали бесплатную базовую внешнюю помощь по уходу за ребенком	ССГАООН №10
22	Общее количество мужских и женских презервативов, имевшихся для распределения на национальном уровне за последние 12 месяцев, на человека в возрасте 15-19 лет [с разбивкой по типу презервативов (женский, мужской)]	Дополнительный №10

II. ЗНАНИЯ И ПОВЕДЕНИЕ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
23	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15–24 лет, которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	ССГАООН №13
24	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск (ПИН, МСМ, РСБ), которые правильно указывают способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергают основные неверные представления о передаче ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №14
25	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые указали, что могут самостоятельно получить презервативы [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	Дополнительный №11
26	Процент не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые никогда не имели половых связей [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	Дополнительный №12
27	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, у которых были половые контакты в возрасте до 15 лет [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]	ССГАООН №15
28	Процент мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24, 25-49)]	ССГАООН №16
29	Процент мужчин и женщин в возрасте 15–49 лет, у которых были половые контакты более чем с одним партнером за последние 12 месяцев и которые указали на использование презерватива во время последнего полового контакта [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24, 25-49)]	ССГАООН №17
30	Процент женщин и мужчин среди работников секс-бизнеса, указавших на использование презерватива во время контактов с последним клиентом [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №18
31	Процент мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев и которые использовали презерватив во время последнего платного полового контакта [с разбивкой по возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и группам населения (работники-мигранты, военнослужащие, водители грузовиков и др.)]	Дополнительный №13
32	Процент мужчин, указавших на использование презерватива во время последнего анального секса с партнёром-мужчиной [с разбивкой по возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №19
33	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на использование презерватива во время последнего полового акта [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №20
34	Процент потребителей инъекционных наркотиков, указавших на пользование стерильным инъекционным инструментарием во время последнего употребления инъекционных наркотиков [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №21
35	Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и уровню образования (без образования, начальное, среднее или высшее)]	Дополнительный №14

III. ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРОГРАММ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ		
36	Процент детей-сирот младше 18 лет [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (младше 5 лет, 5-9, 10-14, 15-17) и типу сиротства (нет матери, нет отца, полный сирота)]	Дополнительный №15
37	Процент молодых людей в возрасте 15–24 лет, инфицированных ВИЧ [с разбивкой по возрасту (15-19, 20-24)]	ССГАООН №22
38	Процент групп населения, которым грозит самый высокий риск (ПИН, МСМ, РСБ) и которые инфицированы ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 25 лет, 25 лет и старше)]	ССГАООН №23
39	Процент инфицированных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	ССГАООН №25
40	Процент выживших ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, которые, по имеющейся информации, продолжают получать антиретровирусное лечение спустя 12 месяцев после его начала [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (младше 15 лет, 15 лет и старше)]	ССГАООН №24

Использование показателей ССГАОН и дополнительных рекомендуемых показателей

На национальном уровне набор ключевых показателей может использоваться в нескольких целях: отслеживание тенденций, определение проблемных областей, адвокация в целях получения ресурсов и выделение ресурсов. Этот набор показателей также поможет в проведении оценок эффективности национальных мер в ответ на ВИЧ.

Целью показателей ССГАООН является измерение прогресса на пути выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, принятой 189 странами-членами ООН в 2001 году. Эта декларация представляла собой обновлённое обязательство по достижению цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия – к 2015 году остановить и положить начало тенденции к сокращению эпидемии ВИЧ. ЮНЭЙДС настоятельно рекомендует использовать показатели ССГАООН в качестве основы для национальных систем МиО в области ВИЧ. Согласно условиям Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом государства-члены обязались предоставлять отчёты по показателям ССГАООН раз в два года (2003, 2005, 2007 гг.), а окончательный отчёт – в 2010 году (ЮНЭЙДС, 2006 г.; ВОЗ, 2007 г.).

Цель дополнительных рекомендуемых показателей заключается в том, чтобы предоставлять ключевые сведения о национальных мерах в ответ на ВИЧ, не включенных в 25 показателей ССГАООН. Требования к отчётности на мировом уровне по дополнительным рекомендуемым показателям не существует за исключением случаев, когда такие требования входят в набор требований по отчётности конкретной донорской организации.

Если это отвечает потребностям страны, Национальные программы по СПИДу могут использовать набор ключевых национальных показателей для обеспечения стандартизации информации в их развитии во времени и между странами.

Международные учреждения и донорские организации утвердили эти 40 ключевых национальных показателей и приняли обязательство по увеличению поддержки странам для обеспечения регулярного сбора данных с высоким уровнем качества. Кроме того, учреждения дали обязательство прилагать усилия для согласования своих требований к отчётности с этим набором ключевых национальных показателей. Предполагается, что учреждения, требующие дополнительных данных, должны предоставить дополнительные ресурсы (кадровые и/или финансовые) для поддержки дополнительных усилий по сбору данных.

Характеристика дополнительных рекомендуемых показателей

В оставшейся части настоящего документа приводятся подробная характеристика каждого из 15 дополнительных рекомендуемых показателей, перечисленных в общей таблице а страницах 8-11.

Примечание: Подробная характеристика 25 показателей ССГАООН приводятся в документе «Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы разработки ключевых показателей. Отчётность за 2008 год (ЮНЭЙДС, 2007 г.).»

Дополнительный рекомендуемый показатель №1

Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по постконтактной профилактике [с разбивкой по типу контактов (связанный с профессиональной деятельностью, не связанный с профессиональной деятельностью) и секторам (государственный, частный)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения наличия постконтактной профилактики (ПКП) в учреждениях здравоохранения.</p> <p>ПКП снижает вероятность заражения ВИЧ после контакта с потенциально ВИЧ-инфицированной кровью или жидкостями организма. Для обеспечения максимальной эффективности ПКП должна быть проведена в течение двух часов после контакта. ПКП может проводиться после контакта, связанного с профессиональной деятельностью (например, в учреждении здравоохранения) или не связанного с профессиональной деятельностью (например, после изнасилования).</p> <p>В секторе здравоохранения ПКП должна проводиться в рамках комплексных стандартных мер предосторожности, уменьшающих вероятность контакта персонала и пациента с источниками инфекционной опасности в учреждениях здравоохранения. ПКП для контактов, не связанных с профессиональной деятельностью, должна предоставляться жертвам сексуального насилия, особенно в странах с высоким уровнем инфицированности ВИЧ.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Страны с генерализованными эпидемиями.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Раз в год для программных документов; раз в 2-3 года для инспектирования/обследования учреждения.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Программные документы; инспектирование/обследование учреждения здравоохранения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Для инспектирования или обследования учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты, как оценка предоставления услуг (ОПУ) или картирование доступных услуг (КДУ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по постконтактной профилактике (ПКП) лицам, которым грозит риск заражения через контакт с ВИЧ, связанный и/или не связанный с их профессиональной деятельностью. В число учреждений здравоохранения входят государственные и частные учреждения, медицинские центры и клиники (включая центры ТБ), а также учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении профессиональных или общественных организаций.
Числитель:	Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих ПКП лицам, которым грозит риск заражения через контакт с ВИЧ, связанный и/или не связанный с их профессиональной деятельностью.
Знаменатель:	Общее количество учреждений здравоохранения.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих ПКП}}{\text{Общее количество учреждений здравоохранения}} \times 100$

Способ измерения: **Числитель** рассчитывается путём суммирования количества учреждений, указавших на наличие у них услуг по ПКП. Информация о наличии конкретных услуг, как правило, хранится на национальном или субнациональном уровнях. Национальные программы по СПИДу должны вести учёт всех учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по ПКП. Инспектирование или обследование учреждения здравоохранения также может дать такие сведения наряду с более углублённой информацией о доступных услугах при условии, что данные получают для репрезентативной выборки учреждений здравоохранения страны. Возможным ограничением в использовании инспектирования или обследования учреждения является то, что они, как правило, проводятся раз в несколько лет. Страны должны регулярно обновлять свои программные данные о наличии услуг по ПКП в учреждениях здравоохранения и каждые несколько лет дополнять эти данные сведениями, полученными в результате инспектирования или обследования учреждения здравоохранения.

Знаменатель рассчитывается путём суммирования общего количества учреждений здравоохранения, включённых в выборку. Информация для построения знаменателя может быть получена из программных документов, перечня учреждений и/или национальной стратегии или документов по планированию.

Разбивка: **Контакт:** связанный с профессиональной деятельностью, не связанный с профессиональной деятельностью.
Сектор: государственный, частный.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Данный показатель даёт ценные сведения о наличии постконтактной профилактики (ПКП) в учреждениях здравоохранения, однако он не охватывает тип и качество предоставляемых услуг по ПКП. Полный спектр услуг по ПКП включает в себя оказание первой помощи, консультирование, тестирование на ВИЧ, предоставление АРВ-препаратов, врачебное наблюдение за пациентом и поддержку. Простой мониторинг наличия ПКП с помощью программных документов не обеспечивает должного оказания всех услуг по ПКП нуждающимся в них лицам. Тем не менее важно знать, какой процент учреждений здравоохранения предоставляет услуги по ПКП с тем, чтобы планировать по мере необходимости расширение услуг.

Дополнительный рекомендуемый показатель №2
Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ
(т.е. назначение и/или последующее клиническое наблюдение)
[с разбивкой по секторам (государственный, частный)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения потенциала учреждений здравоохранения в плане предоставления антиретровирусной терапии (АРТ).</p> <p>Антиретровирусная терапия является краеугольным камнем эффективного лечения в связи с ВИЧ, а измерение процента учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ, даёт ценные сведения о наличии АРТ. Одной из стратегий расширения услуг по АРТ может являться увеличение числа учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ. Это может быть достигнуто главным образом путём децентрализации услуг по АРТ из учреждений третичного уровня (например, больниц) в учреждения здравоохранения первичного или вторичного уровня.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Раз в год для программных документов; раз в 2-3 года для инспектирования/обследования учреждения.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Программные документы; инспектирование/обследование учреждения здравоохранения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Для инспектирования или обследования учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты, как оценка предоставления услуг (ОПУ) или картирование доступных услуг (КДУ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ (т.е. назначение и/или последующее клиническое наблюдение). В число учреждений здравоохранения входят государственные и частные учреждения, медицинские центры и клиники (включая центры ТБ), а также учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении профессиональных или общественных организаций.
Числитель:	Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ (т.е. назначение и/или последующее клиническое наблюдение).
Знаменатель:	Общее количество учреждений здравоохранения за исключением специализированных учреждений, к которым услуги по АРТ не имеют/никогда не будут иметь отношения.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ}}{\text{Общее количество учреждений здравоохранения за вычетом специализированных учреждений, к которым услуги по АРТ не имеют/никогда не будут иметь отношения}} \times 100$

Способ измерения: **Числитель** рассчитывается путём суммирования количества учреждений, указавших на наличие услуг по АРТ. Информация о наличии конкретных услуг, как правило, хранится на национальном или субнациональном уровне. Национальные программы по СПИДу должны вести учёт всех учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ. Инспектирование или обследование учреждения здравоохранения также может дать такие сведения наряду с более углублённой информацией о доступных услугах при условии, что данные берутся у репрезентативной выборки учреждений здравоохранения страны. При обследовании учреждения (например, оценка предоставления услуг, картирование доступных услуг) проводится опрос наиболее компетентного лица, ответственного за клиентское обслуживание, с помощью модуля для амбулаторного отделения (АО) для пациентов со СПИДом. Ответы на ряд вопросов позволят установить, предоставляют ли поставщики услуг в данном учреждении услуги по АРТ непосредственно (т.е. назначают АРТ и/или проводят последующее клиническое наблюдение за пациентами, получающими АРТ) или направляют пациентов в другие учреждения здравоохранения для получения этих услуг. Кроме того, необходимо ознакомиться с документами учреждения о текущем состоянии предоставления услуг. Возможным ограничением в использовании инспектирования или обследования учреждения является то, что они, как правило, проводятся раз в несколько лет. Страны должны регулярно обновлять свои программные документы об учреждениях здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ, и каждые несколько лет дополнять эти данные сведениями, полученными в результате инспектирования или обследования учреждения здравоохранения.

Знаменатель рассчитывается путём суммирования общего количества учреждений здравоохранения, включённых в выборку. Информация для определения знаменателя может быть получена из программных документов, перечня учреждений и/или национальной стратегии или документов по планированию.

Разбивка: **Сектор:** государственный, частный.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Данный показатель даёт ценные сведения о наличии услуг по АРТ в учреждениях здравоохранения, однако он не включает информацию о качестве предоставляемых услуг. Антиретровирусная терапия сама по себе является сложным процессом и должна предоставляться в рамках пакета мер по уходу, включая предоставление услуг по профилактике котримоксазолом, лечение при оппортунистических инфекциях и сопутствующих заболеваниях, продовольственную помощь и паллиативный уход. Простой мониторинг наличия АРТ не обеспечивает должного оказания всех услуг по АРТ нуждающимся в них лицам. Тем не менее важно знать, какой процент учреждений здравоохранения предоставляет услуги по АРТ с тем, чтобы планировать по мере необходимости расширение услуг для достижения целей всеобщего доступа.

Дополнительный рекомендуемый показатель №3

Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения ключевого аспекта управления поставками антиретровирусных (АРВ) препаратов: сталкивались ли учреждения здравоохранения, предоставляющие АРВ-препараты с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев.</p> <p>По мере расширения странами услуг по АРТ важно обеспечить доступность АРВ-препаратов для тех, кто в них нуждается. АРТ – это стратегия долгосрочного лечения для людей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, и перерывы в лечении могут привести к устойчивости к препаратам от ВИЧ. Для предотвращения дефицита требуемых АРВ-препаратов необходимо эффективное управление поставками.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Раз в год для программных документов; раз в 2-3 года для инспектирования/обследования учреждения.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Программные документы, информационная система управления логистикой (ИСУЛ), обследование учреждения здравоохранения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Для инспектирования или обследования учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты, как оценка предоставления услуг (ОПУ) или картирование доступных услуг (КДУ) при условии, что в них будут включены вопросы о дефиците АРВ-препаратов.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые один или более раз столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев. Дефицит определяется как полное отсутствие требуемого АРВ-препарата в пункте предоставления услуг на протяжении как минимум одного дня. В число учреждений здравоохранения входят государственные и частные учреждения, медицинские центры и клиники (включая центры ТБ), а также учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении профессиональных или общественных организаций.
Числитель:	Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые один или более раз столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев.
Знаменатель:	Общее количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты.
Расчёт:	<p><i>Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, которые один или более раз столкнулись с дефицитом по меньшей мере одного требуемого АРВ-препарата за последние 12 месяцев</i></p> <hr/> <p><i>Общее количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты</i></p> <p style="text-align: right;"><i>x 100</i></p>

Способ измерения: При наличии единой национальной информационной системы управления логистикой, включающей данные о наличии АРВ-препаратов на уровне учреждения здравоохранения, информация для определения данного показателя должна извлекаться из этой системы. В противном случае сбор информации, вероятно, необходимо будет осуществлять путём специального обследования или посещения учреждения. При наличии в стране ограниченного числа учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, необходимо обследовать или посетить все учреждения здравоохранения, предоставляющие АРВ. При наличии большого количества учреждений здравоохранения, предоставляющих АРВ-препараты, возможно, понадобится определить репрезентативную выборку из всех учреждений здравоохранений, предоставляющих АРВ-препараты (полный перечень должен быть доступен на национальном уровне). При определении выборки важно, чтобы эта выборка включала в себя учреждения различных уровней (например, центральный, районный и периферийный уровни). В странах, где АРВ-препараты предоставляются в аптеках или иных учреждениях, не являющихся учреждениями здравоохранения, в таких учреждениях необходимо проводить контроль за наличием препаратов; выполнимость этой задачи будет зависеть от охвата информационной системы управления логистикой.

Разбивка: **Сектор:** государственный, частный.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Данный показатель охватывает важный компонент программы АРТ: является ли поставка АРВ-препаратов на уровне учреждения здравоохранения постоянной и бесперебойной. Тем не менее этот показатель не даёт сведений о причинах возникновения дефицита, о том, какой или какие АРВ-препараты являются дефицитными, или о времени отсутствия отдельного АРВ-препарата. Также он не даёт информации о качестве хранения, поставки и распределения АРВ-препаратов.

Простой мониторинг наличия или отсутствия препаратов может ввести в заблуждение, так как учреждение может иметь резервный запас, но при этом политика учреждения не позволяет выдавать резервные запасы. При использовании этого определения такие ситуации не должны рассматриваться как отсутствие препаратов, хотя с точки зрения пациента, требуемый АРВ-препарат не будет в наличии для проведения лечения. В случаях, когда при дефиците АРВ-препарата не осуществляется выдача резервного запаса, предпочтительнее собирать информацию о функциональном дефиците (т.е. невозможности получить доступ к препарату или использовать требуемый АРВ-препарат).

Дополнительный рекомендуемый показатель №4

Процент учреждений, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направления [с разбивкой по секторам (государственный, частный)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения процента учреждений, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4. Несмотря на то что отсутствие контроля за клетками CD4 не должно являться препятствием для предоставления АРТ, ВОЗ рекомендует проводить мониторинг клеток CD4 для принятия оптимального и более точного клинического решения. Этот показатель также может использоваться в качестве вспомогательного средства измерения качества услуг по АРТ, предоставляемых в стране.</p> <p>Текущие руководящие принципы ВОЗ рекомендуют начинать АРТ пациентам с продвинутой стадией ВИЧ или с ярко выраженными симптомами ВИЧ-инфекции независимо от количества клеток CD4. Несмотря на то что оптимальное время начала АРТ чётко установлено не было, известно, что АРТ необходимо начинать до ухудшения здоровья пациентов или появления ВИЧ-ассоциированных оппортунистических заболеваний. В тех случаях, когда это возможно, иммунологический мониторинг (т.е. тестирование для определения числа клеток CD4) является лучшим подходом для принятия решения о начале АРТ для пациентов, не имеющих симптомов заболевания, и осуществления мониторинга ответной реакции на АРТ у пациентов, получающих АРВ-лечение.</p> <p>В условиях ограниченных ресурсов при расширении услуг по АРТ решения о начале АРТ зачастую принимаются на основании клинической оценки. По мере расширения услуг по АРТ должна по возможности усиливаться инфраструктура системы здравоохранения с тем, чтобы сделать тестирование для определения числа клеток CD4 более доступным. Обеспечение большей доступности тестирования для определения числа клеток CD4 позволяет лицам, не проявляющим симптомов заболевания, но имеющим ослабленную иммунную систему, раньше начать АРТ и улучшает качество ухода за пациентами с ВИЧ благодаря более качественному мониторингу лечения. Кроме того, тестирование для определения числа клеток CD4 также способствует расширению доступа к профилактике котримоксазолом у ВИЧ-инфицированных пациентов в рамках пакета по уходу до получения АРТ.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Раз в год для программных документов; раз в 2-3 года для инспектирования/обследования учреждения.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Программные документы, документы лабораторных сетей, обследование учреждения здравоохранения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Для инспектирования или обследования учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты, как оценка предоставления услуг (ОПУ) или картирование доступных услуг (КДУ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент учреждений, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направления с разбивкой по секторам (государственный, частный). В число учреждений здравоохранения входят государственные и частные учреждения, медицинские центры и клиники (включая центры ТБ), а также учреждения здравоохранения, находящиеся в ведении конфессиональных или общественных организаций.
Числитель:	Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направления.

Знаменатель:	Общее количество всех учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ.
Расчёт:	<p><i>Количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ с мониторингом количества клеток CD4 согласно национальным руководящим принципам или политике на месте либо посредством направления</i></p> <hr/> <p><i>Общее количество учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ</i> x 100</p>
Способ измерения:	<p>Национальные программы по АРТ должны вести учёт всех учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по тестированию для определения числа клеток CD4 на месте или посредством направления. Это национальный список или перечень объектов, проводящих тесты для определения числа клеток CD4, или сетей референс-лабораторий со списком учреждений, поручающих проведение тестов для определения числа клеток CD4 этим лабораториям.</p> <p>Инспектирование или обследование учреждения здравоохранения также может дать такие сведения наряду с более углублённой информацией о доступных услугах при условии, что данные берутся для репрезентативной выборки учреждений здравоохранения страны. При обследовании учреждения (например, оценка предоставления услуг, картирование доступных услуг) проводится опрос наиболее компетентного лица, ответственного за клиентское обслуживание, с помощью модуля для амбулаторного отделения (АО) для пациентов со СПИДом. Ответы на ряд вопросов позволят установить, проводит ли учреждение мониторинг количества клеток CD4 на месте или посредством направления. Кроме того, необходимо ознакомиться с данными учреждения о текущем состоянии предоставления услуг. Возможным ограничением в использовании инспектирования или обследования учреждения является то, что они, как правило, проводятся раз в несколько лет. Страны должны регулярно обновлять свои программные документы об учреждениях здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ, и каждые несколько лет дополнять эти документы сведениями, полученными в результате инспектирования или обследования учреждения здравоохранения.</p>
Разбивка:	Сектор: государственный, частный.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель служит для измерения доступности мониторинга количества клеток CD4 в учреждениях здравоохранения, предоставляющих АРТ, и может быстро дать представление об улучшении в отношении более раннего начала АРТ и качества услуг по АРТ на национальном уровне. Показатель не даёт подробных сведений о качестве услуг по АРТ или улучшении результатов лечения.

Дополнительный рекомендуемый показатель №5

Процент ведущих половую жизнь молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения прогресса в реализации услуг по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ среди молодых людей, ведущих половую жизнь.</p> <p>Для того чтобы защитить от ВИЧ самих себя и предупредить заражение других, молодые люди, ведущие половую жизнь, должны знать свой ВИЧ-статус. Этот показатель позволяет измерить эффективность мер по содействию тестированию и консультированию в связи с ВИЧ среди молодых людей. Это важно знать по той причине, что молодые люди могут считать, что они столкнутся с препятствиями при получении доступа к услугам, касающимся таких деликатных областей, как сексуальное здоровье.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Проведение обследований среди населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент ведущих половую жизнь молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты, с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24).
Числитель:	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.
Знаменатель:	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые имели половые контакты за последние 12 месяцев.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты}}{\text{Количество респондентов в возрасте 15-24 лет, которые имели половые контакты за последние 12 месяцев}} \times 100$
Способ измерения:	<p>При проведении обследований среди населения респондентам сначала задаётся вопрос, были ли у них половые контакты за последние 12 месяцев. Затем респондентов, давших положительный ответ, спрашивают, проходили ли они тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев, и при утвердительном ответе – знают ли они свои результаты тестирования на ВИЧ. Респонденты, ответившие положительно на эти три вопроса, включаются в числитель.</p> <p>На достоверность данных может повлиять появление систематической ошибки при опросе, поскольку некоторые респонденты могут не сознаться в том, что им известно об их ВИЧ-статусе, опасаясь, что их заставят сообщить этот статус. На эту систематическую ошибку могут повлиять условия проведения опроса. Например, респонденты будут более сдержанны, если сбор данных будет осуществляться в присутствии других людей, а не в условиях строгой конфиденциальности.</p>

Разбивка: **Возрастная группа:** 15-19 лет, 20-24 года.
Пол: женский, мужской.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Факторы, которые могут оказать влияние на то, получит ли молодой человек доступ к услугам по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ, включают: местонахождение услуг, доступность и стоимость транспорта для поездки к месту получения услуг, восприятие конфиденциальности процесса и результатов тестирования и воспринимаемое респондентом отношение персонала к молодым людям. Изменения в данных для показателей, происходящие с течением времени, могут быть связаны с некоторыми или всеми названными факторами. Сам по себе этот показатель не даёт сведений о том, связано ли ограниченное количество людей, прошедших тестирование на ВИЧ, с доступностью услуг по тестированию или с недостаточным использованием услуг по тестированию, и о том, чем это обуславливается. Это важная информация для разработки программы, и лицам, принимающим стратегические решения в области программ, потребуется больше данных.

В регионах с высоким уровнем стигмы в связи со СПИДом респонденты могут не признаться в том, что они проходили тестирование на ВИЧ; это может рассматриваться как признание того, что они сами практиковали поведение, которое могло подвергнуть их риску заражения. С другой стороны, в странах, где прохождение тестирования на ВИЧ активно позиционируется как разумный поступок, некоторые люди могут заявить, что они проходили тестирование, хотя на самом деле это не так. Несмотря на такие возможные систематические ошибки, этот показатель даёт представление о проценте молодых людей, которые, вероятнее всего, знают о своём ВИЧ-статусе.

В странах с эпидемией низкого уровня и с концентрированной эпидемией этот показатель может оказаться очень низким, если проводить измерения среди населения в целом. В таких случаях этот показатель может оказаться более полезным применительно к измерению тестирования на ВИЧ и осведомлённости о своём ВИЧ-статусе среди конкретных подгрупп населения с более высоким риском заражения. Иначе более полезным показателем может являться процент ведущих половую жизнь молодых людей, когда-либо проходивших тестирование на ВИЧ.

Этот показатель касается тестов на ВИЧ, пройденных за последние 12 месяцев, что даёт возможность руководителям программ оценить изменения в динамике.

Дополнительный рекомендуемый показатель №6

Процент больных ТБ, чьи результаты тестирования на ВИЧ были занесены в регистр больных туберкулёзом [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (0-4, 5-14, 15 и старше) и ВИЧ-статусу (положительный, отрицательный)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения охвата тестированием на ВИЧ больных туберкулёзом (ТБ).</p> <p>ТБ является основной причиной заболеваемости и смертности среди людей, живущих с ВИЧ, во многих странах. Кроме того, среди больных ТБ, живущих в условиях с высоким уровнем распространённости ВИЧ, наблюдается высокая частота заражения ВИЧ. В таких ситуациях обеспечение больных ТБ услугами по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ должно иметь первоочередное значение. Знание своего ВИЧ-статуса позволяет ВИЧ-инфицированным больным ТБ получать доступ к наиболее подходящим услугам по профилактике, лечению, уходу и поддержке в связи с ВИЧ. Тенденции во времени покажут прогресс на пути достижения национальных и международных целевых показателей.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Страны с генерализованными эпидемиями.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Ежегодно.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Программные документы.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Формы, используемые для учета и отчетности и регистры, рекомендуемые ВОЗ (http://www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html); Квартальный отчёт о регистрации случаев ТБ для базового административного подразделения.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент больных ТБ, чьи результаты тестирования на ВИЧ были занесены в регистр больных туберкулёзом в определённый период времени с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (0-4, 5-14, 15 и старше) и ВИЧ-статусу (положительный, отрицательный).
Числитель:	Количество больных ТБ, зарегистрированных в определённый период времени, чьи результаты тестирования на ВИЧ занесены в регистр больных ТБ.
Знаменатель:	Общее количество больных ТБ, зарегистрированных в течение того же периода времени.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество больных ТБ, зарегистрированных в определённый период времени, чьи результаты тестирования на ВИЧ занесены в регистр больных ТБ}}{\text{Общее количество больных ТБ, зарегистрированных в течение того же периода времени}} \times 100$
Способ измерения:	Данные для этого показателя могут собираться с использованием данных национальных программ, агрегированных из регистров учреждений, либо из регистра больных ТБ или из отдельного регистра по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ. По возможности данные следует брать из систем мониторинга выполнения национальных программ по контролю за ТБ и включать в них сведения об услугах в связи с ТБ, предоставляемых в государственных и частных учреждениях здравоохранения и тюрьмах, а также об услугах в связи с ТБ, оказываемых конфессиональными и общественными организациями. Разбивка данных по возрасту и полу позволит провести оценку равноправного получения доступа к услугам по консультированию и тестированию в связи с ВИЧ. Данные также следует разбить по результатам тестирования на ВИЧ.

Разбивка

Возрастная группа: 0-4, 5-14, 15 лет и старше.

ВИЧ-статус: ВИЧ-положительный, ВИЧ-отрицательный.

Пол: женский, мужской.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Этот показатель взят из стандартизированной системы МиО ВОЗ, рекомендованной для национальных программ по ТБ. Эти данные помогут национальным программам по контролю за ТБ спланировать национальные потребности в тестировании на ВИЧ и в сопутствующих товарах, а также национальные потребности в подготовке кадров. Ежегодное отслеживание этого показателя даст информацию о том, ставится ли целью предоставление тестирования и консультирования в связи с ВИЧ по инициативе поставщика и предоставляется ли оно должным образом больным ТБ с тем, чтобы ВИЧ-инфицированные больные ТБ имели доступ к надлежащим услугам в связи с ВИЧ. Недостатком этого показателя является то, что поставщики медицинских услуг могут лечить больных ТБ без их регистрации в национальной программе по контролю за ТБ, что означает, что эти лица не будут учтены в данном показателе.

Дополнительный рекомендуемый показатель №7

Процент беременных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают свои результаты [с разбивкой по типу услуг (дородовый уход, роды и родоразрешение и послеродовый уход)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения процента беременных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты.</p> <p>Передача ВИЧ-инфекции от матери ребёнку (ПМР) может произойти во время беременности, при родах и родоразрешении или во время грудного вскармливания. Риск передачи инфекции от матери ребёнку можно снизить путём ряда вмешательств, включая назначение антиретровирусной профилактики женщинам во время беременности и родов и младенцу в течение первых недель жизни; акушерские вмешательства, включая родоразрешение путём выборочного кесарева сечения; и полный отказ от грудного вскармливания.</p> <p>Максимально раннее получение услуг по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ во время беременности позволяет ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в полной мере извлечь пользу из услуг в связи с ВИЧ и получить доступ к мерам по снижению риска передачи ВИЧ своим детям.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Числитель: непрерывно; знаменатель: ежегодно.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Числитель: документы программ/учреждений. Знаменатель: оценка численности населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Числитель: регистры ДЖК и родильных отделений, регистры тестирования и консультирования в связи с ВИЧ, формы отчётности по ВИЧ. Знаменатель: опубликованные оценки, например, оценки Отдела народонаселения при Секретариате ООН.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент беременных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают свои результаты с разбивкой по типу услуг (дородовый уход, роды и родоразрешение и послеродовый уход)
Числитель:	Количество женщин, посетивших дородовую женскую консультацию, родильное отделение и послеродовое отделение, которые прошли тестирование на ВИЧ и знают свои результаты, плюс женщины с уже известным положительным ВИЧ-статусом, посетившие дородовую консультацию во время новой беременности, за последние 12 месяцев.
Знаменатель:	Оценочное количество беременных женщин за последние 12 месяцев.
Расчёт:	$\frac{[\text{Беременные женщины, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат в дородовой женской консультации}] + [\text{Беременные женщины с неизвестным ВИЧ-статусом в родильном отделении, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат в родильном отделении}] + [\text{Беременные женщины с неизвестным ВИЧ-статусом, получающие послеродовые услуги в течение 72 часов с момента родоразрешения, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат}] + [\text{Беременные женщины с уже известным положительным ВИЧ-статусом, посещающие дородовую консультацию во время новой беременности}]}{\text{Оценочное количество беременных женщин за последние 12 месяцев}} \times 100$
Способ измерения:	<p>Числитель является суммой категорий a-d:</p> <ol style="list-style-type: none"> беременные женщины, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат в дородовой женской консультации; беременные женщины с неизвестным ВИЧ-статусом в родильном отделении, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат в родильном отделении; Беременные женщины с неизвестным ВИЧ-статусом, получающие послеродовые услуги в течение 72 часов с момента родоразрешения, которые прошли тестирование на ВИЧ и узнали свой результат;

d) Беременные женщины с уже известным положительным ВИЧ-статусом, посещающие дородовую консультацию во время новой беременности.

Женщины во время беременности (и после родов) с неизвестным статусом – это женщины, которые не проходили тестирование в дородовой женской консультации или родильном отделении во время данной беременности или не имеют документального подтверждения прохождения теста в дородовой женской консультации или родильном отделении во время данной беременности.

Беременные женщины с уже известным положительным ВИЧ-статусом – это женщины, которые прошли тестирование и чей положительный ВИЧ-статус был подтверждён в какой-либо момент времени до наступления текущей беременности, посещающие дородовую консультацию во время новой беременности. Для беременных женщин с уже известным положительным ВИЧ-статусом, посещающих дородовую консультацию во время новой беременности, не требуется повторное прохождение тестирования, однако требуется последующее оказание услуг по ППМР¹; эти женщины включаются в числитель.

Данные для построения знаменателя должны браться из документов национальных программ, агрегированных из регистров учреждений ДЖК, родильных и послеродовых отделений. Регистры учреждений здравоохранения должны содержать данные об известных случаях ВИЧ-инфекции среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин, пользующихся услугами дородовой консультации во время новой беременности, с тем чтобы впоследствии оказать им услуги по ППМР. Следует включить всех поставщиков услуг: государственных, частных, находящихся в ведении профессиональных или общественных организаций.

Не все категории применяются или имеют значение в различных учреждениях (например, женщины с неизвестным статусом, прошедшие тестирование в течение 72 часов после родоразрешения). Странам, возможно, потребуется установить приоритетность инвестирования ресурсов для измерения категорий, наилучшим образом соответствующих национальному контексту.

Знаменатель образуется из оценочного количества беременных женщин, родивших за последние 12 месяцев, которое можно получить исходя из оценочных данных о рождаемости Национального бюро статистики или оценочных данных Отдела народонаселения при Секретариате ООН.

В странах с эпидемией низкого уровня и с концентрированной эпидемией, где нормы, требующие установления ВИЧ-статуса всех беременных женщин, отсутствуют, знаменатель должен быть адаптирован к целевой группе населения беременных женщин, чей ВИЧ-статус следует установить.

Разбивка:

Тип услуг: дородовый уход, роды и родоразрешение и послеродовый уход.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель позволяет стране осуществлять мониторинг тенденций в тестировании на ВИЧ среди беременных женщин и женщин, получающих послеродовые услуги, которым, возможно, понадобятся АРВ-препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку. Этот показатель является хорошим средством для измерения эффективности услуг по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ, оказываемых во время беременности и в послеродовой период. Тем не менее этот показатель не отражает, в какой момент произошел отказ от услуг во время тестирования и консультирования, причины отказа, количество женщин, получивших дотестовое консультирование, или качество услуг по тестированию и консультированию в связи с ВИЧ.

Существует риск двойного учета женщин в числителе ввиду того, что беременные женщины могут более одного раза пройти тестирование в ДЖК, родильном или послеродовом отделении. Особенно это относится к случаям, когда женщины проходят повторное тестирование в различных учреждениях или когда они поступают в родильное отделение без документации об их результате тестирования на ВИЧ. Несмотря на то что полностью избежать двойного учета практически невозможно, страны должны принять меры по минимизации двойного учета, например, путём использования выдаваемой на руки пациенту карты, подтверждающей помимо прочих услуг прохождение теста на ВИЧ.

¹ Документация о ВИЧ-инфекции (карта ухода и лечения, карта роженицы по предыдущей беременности и иная достоверная письменная документация о ВИЧ-статусе), как правило, требуется в большинстве учреждений. Без подтверждения наличия ВИЧ-инфекции женщины обычно рассматриваются как имеющие «неизвестный статус» и поэтому проходят повторное тестирование.

Дополнительный рекомендуемый показатель №8

Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев [с разбивкой по типу/времени тестирования (вирусологическое тестирование до 2 месяцев, вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев или тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения тестирования на ВИЧ младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, в течение первых 12 месяцев жизни.</p> <p>Определение ВИЧ-статуса детей, имевших контакт с ВИЧ во время беременности, родов и грудного вскармливания, является важной частью последующих услуг, включённых в программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку (ППМР). Младенцы, инфицированные ВИЧ во время беременности, родов или сразу после родоразрешения, зачастую умирают до выявления у них ВИЧ-инфекции. Таким образом, тестирование и консультирование в связи с ВИЧ должно проводиться для всех младенцев, имевших контакт с ВИЧ, или младенцев рождённых от ВИЧ-инфицированной женщины, в качестве стандартного компонента последующего наблюдения. ВОЗ рекомендует национальным программам создать необходимые возможности для раннего вирусологического тестирования на ВИЧ младенцев в возрасте 6 недель или незамедлительно после этого периода с тем, чтобы обеспечить принятие клинического решения на максимально раннем этапе. При невозможности проведения вирусологического тестирования рекомендуется проведение тестирования на антитела в возрасте 9-12 месяцев².</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Числитель: постоянно; знаменатель: ежегодно.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Числитель: документы программ/учреждений. Знаменатель: эпиднадзор в ДЖК, прогнозная модель, оценки численности населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	<p>Числитель: документы учреждения, например, комплексные регистры состояния здоровья матери и ребёнка, журналы последующего наблюдения за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, или журналы ведения пациента до получения АРТ.</p> <p>Знаменатель: эпиднадзор в ДЖК, «Спектр», опубликованные оценки, например, оценки Отдела народонаселения при Секретариате ООН.</p>
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, которые прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев с разбивкой по типу/времени тестирования (вирусологическое тестирование до 2 месяцев, вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев или тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев)
Числитель:	<p>Количество младенцев за последние 12 месяцев, которые прошли тестирование на ВИЧ в течение 12 месяцев со дня своего рождения, с разбивкой на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) младенцев, прошедших вирусологическое тестирование в первые 2 месяца, и 2) младенцев, прошедших вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев либо тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев.
Знаменатель:	Оценочное количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших за последнее 12 месяцев. Это косвенный показатель для измерения количества младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин.

² Раннее выявление ВИЧ-инфекции у младенцев и детей. Пояснительная записка по вопросу выбора технологии ранней диагностики ВИЧ у младенцев и детей, ВОЗ, 2007 г.

Расчёт:
$$\frac{\text{Количество младенцев за последние 12 месяцев, которые прошли тестирование на ВИЧ в течение 12 месяцев со дня своего рождения}}{\text{Оценочное количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших за последнее 12 месяцев}} \times 100$$

Способ измерения: Данные для **числителя** должны агрегироваться из соответствующих регистров учреждений, которые могут включать в себя комплексный регистр состояния здоровья матери и ребёнка, журналы последующего наблюдения за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, или журналы ведения пациента до получения АРТ. Используемый регистр может варьироваться в зависимости от национального контекста. Например, в странах, где последующее наблюдение за младенцем, имевшим контакт с ВИЧ, осуществляется в учреждении, оказывающем уход и лечение в связи с ВИЧ, информация может агрегироваться из журнала ведения пациента до получения АРТ, адаптированного к клиническому наблюдению за младенцем, имевшим контакт с ВИЧ, или в отдельном журнале ведения младенца, имевшего контакт с ВИЧ.

Там, где это возможно, младенцы, рождённые от матерей с *заранее известным* положительным ВИЧ-статусом (ВИЧ-инфицированность которых была выявлена в рамках программ по ППМР), должны включаться в числитель. Учитывать необходимо количество *младенцев*, которые прошли тестирование, а не количество выполненных тестов на ВИЧ, поскольку многие младенцы могут проходить тестирование несколько раз.

В числитель следует включить всех поставщиков услуг: государственных, частных, находящихся в ведении конфессиональных или общественных организаций.

Знаменатель рассчитывается путём определения количества ВИЧ-инфицированных женщин, имевших беременность за последние 12 месяцев. Расчёт основывается на данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в родовых клиниках, при этом оценочные данные могут быть получены с помощью:

- 1) прогнозной модели, например «Спектр», или
- 2) умножения.

$$\frac{\text{Общее количество женщин, родивших за последние 12 месяцев}}{\times \text{Последняя национальная оценка уровня ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин}}$$

Общее количество женщин, родивших за последние 12 месяцев, можно получить исходя из оценочных данных о рождаемости Национального бюро статистики или оценочных данных Отдела народонаселения при Секретариате ООН. Последнюю национальную оценку уровня ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин можно получить исходя из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ, собранных в ДЖК.

Разбивка: **Тип/время тестирования:** вирусологическое тестирование до 2 месяцев, вирусологическое тестирование в период от 2 до 12 месяцев или тестирование на антитела в период от 9 до 12 месяцев.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель позволяет странам использовать мониторинг прогресса на пути охвата ранним тестированием младенцев, имевших контакт с ВИЧ, в качестве важного инструмента обеспечения надлежащего последующего наблюдения и лечения. В то время как в идеальном случае показатель должен охватывать младенцев, рождённых от женщин с ранее известным положительным ВИЧ-статусом, в некоторых ситуациях будет невозможно исключить младенцев, прошедших тест на ВИЧ с помощью вирусологического тестирования или тестирования на антитела по инициативе поставщика, например, в детских палатах, центрах для детей, страдающих от недоедания, и других учреждениях, где может быть выявлен контакт младенца с ВИЧ или инфицирование.

Этот показатель не охватывает детей с окончательным диагнозом (т.е. подтверждающим или исключающим ВИЧ-инфекцию) и не позволяет установить, оказываются ли надлежащие услуги по последующему наблюдению за ребёнком на основании интерпретации результатов теста. Показатель не измеряет качество тестирования или системы, используемой для тестирования. Тем не менее низкое значение показателя может свидетельствовать о наличии возможных проблем в системе, включая неэффективное управление поставками тест-систем в стране, неэффективный сбор данных и/или неправильное использование результатов тестирования.

Дополнительный рекомендуемый показатель №9

Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, начавших профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения предоставления и охвата услугами по профилактике котримоксазолом (СТХ) младенцев, имевших контакт с ВИЧ, согласно национальным руководящим принципам.</p> <p>Профилактика котримоксазолом – это простое и экономически эффективное вмешательство, направленное на профилактику пневмоцистной пневмонии (ПЦП) среди инфицированных младенцев и младенцев, имевших контакт с ВИЧ. ПЦП является основной причиной серьёзного респираторного заболевания у ВИЧ-инфицированных младенцев в странах с ограниченными ресурсами и, как правило, возникает до момента, когда ВИЧ-инфекцию можно диагностировать. Из-за трудностей в диагностировании ВИЧ-инфекции у младенцев все младенцы, рождённые от ВИЧ-инфицированных женщин, должны получать профилактику котримоксазолом начиная с 4-6 недель после рождения и продолжать профилактику, пока ВИЧ-инфекция не будет исключена и когда младенцу уже не будет грозить риск заражения ВИЧ через грудное вскармливание.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Числитель: постоянно; знаменатель: ежегодно.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Числитель: документы программ/учреждений. Знаменатель: эпиднадзор в ДЖК, прогнозная модель, оценки численности населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	<p>Числитель: документы учреждения, например, комплексные регистры состояния здоровья матери и ребёнка, журналы последующего наблюдения за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, или журналы ведения пациента до получения АРТ.</p> <p>Знаменатель: эпиднадзор в ДЖК, «Спектр», опубликованные оценки, например, оценки Отдела народонаселения при Секретариате ООН.</p>
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин, начавших профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения.
Числитель:	Количество младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин за последние 12 месяцев, начавших профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения.
Знаменатель:	Оценочное количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших за последние 12 месяцев.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество младенцев, рождённых от ВИЧ-инфицированных женщин за последние 12 месяцев, начавших профилактику котримоксазолом в течение двух месяцев со дня рождения}}{\text{Оценочное количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших за последние 12 месяцев}} \times 100$
Способ измерения:	Данные для числителя должны агрегироваться из соответствующих регистров учреждений, которые могут включать в себя комплексный регистр состояния здоровья матери и ребёнка, журналы последующего наблюдения за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, или журналы ведения пациента до получения АРТ. Используемый регистр может варьироваться в зависимости от национального контекста. Например, в странах, где последующее наблюдение за младенцем, имевшим контакт с ВИЧ, осуществляется в учреждении, оказывающем уход и лечение в связи с ВИЧ, информация может агрегироваться из журнала ведения пациента до получения АРТ, адаптированного к клиническому наблюдению за младенцем, имевшим контакт с ВИЧ, или в отдельном журнале ведения младенца, имевшего контакт с ВИЧ.

Знаменатель рассчитывается путём определения количества ВИЧ-инфицированных женщин, имевших беременность за последние 12 месяцев. Расчёт основывается на данных эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в дородовых клиниках, при этом оценочные данные могут быть получены с помощью:

- 1) прогнозной модели, например «Спектр», или
- 2) умножения.

Общее количество женщин, родивших за последние 12 месяцев × *Последняя национальная оценка уровня ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин*

Общее количество женщин, родивших за последние 12 месяцев, можно получить исходя из оценочных данных о рождаемости Национального бюро статистики или оценочных данных Отдела народонаселения при Секретариате ООН. Последнюю национальную оценку уровня ВИЧ-инфицированности среди беременных женщин можно получить исходя из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ, собранных в ДЖК.

Разбивка:

н/п

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель позволяет странам осуществлять мониторинг прогресса в области обеспечения раннего последующего наблюдения за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, путём измерения предоставления котримоксазола согласно национальным руководящим принципам. Он также может использоваться в качестве вспомогательного показателя для ранних последующих контрольных посещений младенцев, имевших контакт с ВИЧ, на протяжении рекомендуемых первых 4-6 недель жизни. Показатель охватывает только тех младенцев, которые получают услуги по последующему наблюдению за младенцами, имевшими контакт с ВИЧ, в течение двух месяцев со дня рождения. Он не измеряет фактический охват профилактикой котримоксазолом младенцев, имевших контакт с ВИЧ, поскольку некоторые младенцы могли начать лечение после двух месяцев. Низкое значение показателя может свидетельствовать о наличии возможных проблем в системе, включая неэффективное управление поставками котримоксазола в стране, неэффективный сбор данных и неудовлетворительные системы распределения.

Дополнительный рекомендуемый показатель №10

Общее количество мужских и женских презервативов, имевшихся для распределения на национальном уровне за последние 12 месяцев, на человека в возрасте 15-49 лет [с разбивкой по типу презервативов (женский, мужской)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения количества презервативов, имевшихся в распоряжении возрастных групп, ведущих наиболее активную половую жизнь. В странах, где прилагаются активные усилия по расширению доступности женских презервативов, этот показатель должен включать как женские, так и мужские презервативы, хотя сам показатель должен быть разбит по типу презервативов.</p> <p>Первой задачей для национальных программ по пропаганде использования презерватива является обеспечение достаточного их количества в стране для удовлетворения спроса. Этот показатель может использоваться наряду с показателями сексуального поведения для отображения эффективности мер по предоставлению презервативов.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Ежегодно.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Интервью с ключевыми информантами, программные документы или инвентарные журналы.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	н/п.
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Общее количество мужских и женских презервативов, имевшихся для распределения на национальном уровне за последние 12 месяцев, на человека в возрасте 15-49 лет с разбивкой по типу презервативов (женский, мужской).
Числитель:	Количество мужских и женских презервативов, имевшихся для распределения на национальном уровне за последние 12 месяцев.
Знаменатель:	Общая численность населения в возрасте 15-49 лет.
Расчёт:	$\frac{[\text{Общий запас презервативов на национальном уровне на начало 12-месячного периода} + \text{количество презервативов, произведённых в стране за этот период}] - \text{количество презервативов, вывезенных из страны за этот 12-месячный период}}{\text{Общая численность населения в возрасте 15-49 лет}} \times 100$
Способ измерения:	Числитель рассчитывается с помощью информации, полученной из интервью ключевых информантов, программных документов и/или инвентарных журналов. Во время интервью ключевых информантов производится опрос лиц, компетентных в области поставок презервативов в стране, для выявления всех возможных источников производства, импорта, распределения и хранения презервативов в стране. Затем данные о запасах презервативов, количестве импортированных презервативов, количестве презервативов, произведённых в стране, и количестве экспортированных презервативов собираются по всем группам, приобретающим и распределяющим презервативы (т.е. производители и крупные коммерческие импортёры/дистрибьюторы презервативов, складские помещения для хранения презервативов, правительство, неправительственные организации, крупные донорские организации).

Расчёт количества импортированных презервативов может быть сложным, учитывая число задействованных организаций. Многие страны отменили регулирование импорта презервативов с тем, чтобы максимально увеличить доступность презервативов. Это означает, что презервативы могут импортироваться широким рядом компаний, НПО и донорских организаций и государственных учреждений. Сбор информации о количестве импортируемых презервативов может осуществляться не централизованным или систематизированным образом.

Там, где это возможно, данные следует представлять по программам. Традиционно проводится различие между презервативами, распределяемыми через программы планирования семьи, и презервативами, распределяемыми для сокращения уровня инфекций, передаваемых половым путём. Как правило, презервативы, распределяемые через программы планирования семьи, предназначены для использования во время половых контактов постоянных моногамных пар, связанных с низким риском передачи ВИЧ, в то время как презервативы, распределяемые через программы по СПИДу, главным образом предназначены для использования во время половых контактов, сопряжённых с относительно высоким риском заражения ВИЧ.

Разбивка:

Тип презервативов: женские презервативы, мужские презервативы.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Количество презервативов, доступных на центральном уровне, помогает оценить удовлетворительность общего наличия презервативов. Тем не менее важно отметить, что «наличие» не означает «доступность». Доступность зависит от таких факторов, как цена и месторасположение точек торговли/распространения презервативов. Зачастую не все имеющиеся в наличии презервативы распределяются или доходят до лиц, в них нуждающихся. Этот показатель сам по себе не даёт представления о том, сколько «имеющихся в наличии» презервативов в действительности распределяется или используется. Тем не менее он является очень дешёвым источником информации о наличии презервативов, что помогает при планировании и оценке программ, особенно национальных программ по стимулированию использования презервативов.

Дополнительный рекомендуемый показатель №11

Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которых указали, что могут самостоятельно получить презервативы [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения процента молодых людей, которые могут назвать по меньшей мере одного формального поставщика презервативов и утверждают, что при желании могут получить презерватив у этого поставщика.</p> <p>Исследования показали, что среди подростков, знающих хотя бы одного поставщика презервативов, вероятность их использования значительно выше, чем у других подростков.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Обследования среди населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, знающих, где можно получить презервативы, и указавших, что при желании они могут самостоятельно получить презервативы, с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24).
Числитель:	Количество молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, знающих, где можно получить презервативы, и указавших, что при желании они могут самостоятельно получить презервативы.
Знаменатель:	Количество респондентов в возрасте 15-24 лет.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, знающих, где можно получить презервативы, и указавших, что при желании они могут самостоятельно получить презервативы}}{\text{Количество респондентов в возрасте 15-24 лет}} \times 100$
Способ измерения:	<p>Для определения числителя респондента просят назвать по меньшей мере один приемлемый источник презервативов. Затем у них спрашивается, могут ли они при желании получить презерватив из этого источника. Определение приемлемых источников должно вырабатываться в каждой стране отдельно. Если респондентам известно о приемлемом источнике презервативов и они указали, что при желании могут получить презерватив из этого источника, их включают в числитель.</p> <p>Знаменатель включает в себя всех респондентов в возрасте 15-24 лет.</p>
Разбивка:	<p>Возрастная группа: 15-19 лет, 20-24 года.</p> <p>Пол: женский, мужской.</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этим показателем измеряется способность молодых людей при желании получить презерватив самостоятельно. Различные факторы могут препятствовать молодым людям в получении доступа к презервативам, включая стоимость презервативов и уровень стигмы, связанной с их приобретением. Этот показатель может указать на то, сталкиваются ли молодые люди с препятствиями при получении доступа к презервативам, несмотря на их осведомлённость о том, где их можно получить.

Дополнительный рекомендуемый показатель №12

Процент не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые не имели половых связей [с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения процента не вступавших в брак опрошенных молодых людей, указавших, что у них никогда не было половых контактов (т.е. указанный самими респондентами уровень девственности среди молодых людей).</p> <p>Воздержание и отсрочка вступления в половую жизнь могут помочь молодым людям защитить себя от инфекций, передаваемых половым путём, включая ВИЧ.</p> <p>Анализ уровня девственности в пределах узких возрастных диапазонов (15-16, 17-18, 19-20, 21-22 и 23-24 либо по каждому году) в динамике позволяет руководителям программ определить, меняется ли возраст вступления в половую жизнь.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Обследования среди населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые никогда не имели половых связей, с разбивкой по полу (женский, мужской) и возрасту (15-19, 20-24).
Числитель:	Количество не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые никогда не имели половых связей.
Знаменатель:	Количество не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, которые никогда не имели половых связей}}{\text{Количество не вступавших в брак молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет}} \times 100$
Способ измерения:	<p>Числитель определяется путём обращения к респондентам в возрасте 15-24 лет, никогда не вступавшим в брак, с вопросом, были ли у них ранее половые контакты. При отрицательном ответе они включаются в числитель.</p> <p>Знаменатель включает всех респондентов мужского и женского пола в возрасте 15-24 лет, никогда не вступавших в брак, включая сожительствоующие пары.</p>
Разбивка:	<p>Возрастная группа: 15-19 лет, 20-24 года.</p> <p>Пол: женский, мужской.</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель указывает процент молодых женщин и мужчин, сохраняющих девственность, и даёт представление о том, когда молодые люди вступают в половую жизнь. В некоторых странах доля не вступавших в брак молодых людей в возрасте 20-24 лет будет очень низкой, по крайней мере среди женщин, поэтому введение этого показателя для данной возрастной группы в этой стране может быть неуместным.

Дополнительный рекомендуемый показатель №13

Процент мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев и которые использовали презерватив во время последнего платного полового контакта [с разбивкой по возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и группам населения (работники-мигранты, военнослужащие, водители грузовиков и др.)]

ЦЕЛЬ:	Этот показатель используется для измерения указанного самими респондентами уровня использования презервативов мужчинами-клиентами работников секс-бизнеса.
ПРИМЕНЕНИЕ:	Страны с эпидемиями низкого уровня и концентрированными эпидемиями, включая страны с концентрированными субэпидемиями в рамках генерализированных эпидемий.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Обследования среди населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев и которые использовали презерватив во время последнего платного полового контакта, с разбивкой по возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и группам населения (работники-мигранты, военнослужащие, водители грузовиков и др.).
Числитель:	Количество мужчин в возрасте 15-49 лет, использовавших презерватив во время последнего полового контакта с работником секс-бизнеса.
Знаменатель:	Количество мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса (лицом, получившим плату за сексуальные услуги) за последние 12 месяцев.
Расчёт:	$\frac{\text{Количество мужчин в возрасте 15-49 лет, использовавших презерватив во время последнего полового контакта с работником секс-бизнеса}}{\text{Количество мужчин в возрасте 15-49 лет, у которых были половые контакты с работником секс-бизнеса за последние 12 месяцев}} \times 100$
Способ измерения:	<p>Числитель определяется как количество мужчин в возрасте 15-49 лет, использовавших презерватив во время последнего полового контакта с работником секс-бизнеса. Эти данные могут быть получены из обследований среди населения или специальных обследований, направленных на потенциальных клиентов работников секс-бизнеса.</p> <p>Знаменатель определяется как количество мужчин, которые получили сексуальные услуги в обмен на плату (т.е. имели половой контакт с работником секс-бизнеса) за последние 12 месяцев. Респонденты, давшие утвердительный ответ, включаются в знаменатель.</p>
Разбивка:	<p>Возрастная группа: 15-19 лет, 20-24 года, 25-49 лет.</p> <p>Группа населения: рабочие-мигранты, военнослужащие, водители грузовиков, прочие.</p>

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Чтобы обеспечить наибольшую полезность данного показателя, страны должны выработать согласованное определение того, что является секс-бизнесом (т.е. предоставление сексуальных услуг в обмен на плату). Как только в стране будет выработано согласованное определение секс-бизнеса, оно вряд ли будет значительным образом меняться с течением времени, то есть этот показатель может использоваться для отслеживания ресурсов программ по стимулированию использования презервативов работниками секс-бизнеса и их клиентами.

Этот показатель даёт простое и ясное представление об уровне использования презерватива во время последних платных половых контактов с работником секс-бизнеса, но он не даёт сведений о регулярности использования презерватива во время платных половых контактов. Руководители программ также могут проанализировать данные обследований на предмет того, используют ли во время половых контактов клиенты работников секс-бизнеса презервативы постоянно, иногда или не используют их вообще, так как это представляет собой важную информацию для разработки стратегий по увеличению использования презервативов.

Этот показатель также не даёт подробных сведений о том, с каким типом работника секс-бизнеса клиент имел платные половые контакты за последние 12 месяцев. В местах, где существует несколько чётко выраженных групп работников секс-бизнеса (например, работающих в публичных домах, на улице или предоставляющие эскортные услуги) с различными воспринимаемыми поведенческими рисками, сбор данных, возможно, необходимо будет осуществлять отдельно для каждой категории секс-бизнеса с тем, чтобы предоставить подробные сведения для профилактических программ. Например, мужчины могут указать на высокий уровень использования презервативов в публичных домах и на значительно более низкий уровень при контактах с работниками секс-бизнеса, работающими на улице.

Дополнительный рекомендуемый показатель №14

Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и уровню образования (без образования, начальное, среднее или высшее)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения степени принятия женщинами и мужчинами в возрасте 15-49 лет людей, живущих с ВИЧ.</p> <p>К стигме в связи с ВИЧ относятся неблагоприятные отношения, убеждения и политика, направленные на людей, живущих с ВИЧ, и членов их семей, близких людей и сообществ. Стигма в связи с ВИЧ может снизить эффективность программ и услуг, предназначенных для людей, живущих с ВИЧ, и для тех, кто был затронут этим заболеванием. Например, исследования показали, что некоторые семьи с детьми-сиротами предпочли отказаться от помощи с тем, чтобы избежать стигмы, связанной с этими льготами. Другие исследования обнаружили, что некоторые семьи полностью отдаляются от сетей социальной поддержки задолго до наступления в семье смерти, вызванной СПИДом, для того чтобы избежать стигмы в связи с ВИЧ.</p> <p>Программы повышения информированности о ВИЧ предназначены для увеличения уровня принятия людей, живущих с ВИЧ, или людей, предположительно живущих с ВИЧ. Этот показатель показывает эффективность программ повышения информированности о ВИЧ и может указать на необходимость дополнительных мер по борьбе со стигмой в связи с ВИЧ.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Все страны.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Обследование среди населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ, с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (15-19, 20-24, 25-49) и уровню образования (без образования, начальное, среднее или высшее).
Числитель:	Количество женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ.
Знаменатель:	Все респонденты в возрасте 15-49 лет, слышавшие о ВИЧ.
Расчёт:	<p><i>Количество женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, выразивших принятие людей, живущих с ВИЧ</i></p> <hr/> <p><i>Все респонденты в возрасте 15-49 лет, слышавшие о ВИЧ</i></p> <p style="text-align: right;">x 100</p>

Способ измерения: Для расчёта **числителя** сначала респондентам задаётся вопрос, слышали ли они о ВИЧ. При утвердительном ответе им задают ряд вопросов о людях, живущих с ВИЧ, в том числе:

- 1) Если член вашей семьи заболел ВИЧ, готовы ли будете оказывать ему или ей уход на дому?
- 2) Если вам станет известно, что у владельца местного магазина или продавца продуктов питания ВИЧ, будете ли вы покупать у него/неё свежие овощи?
- 3) Если у учительницы ВИЧ-инфекция, но она не больна, можно ли ей продолжать работать в школе? и
- 4) Если член вашей семьи заразился ВИЧ, захотели бы вы сохранить это в тайне?

Только респонденты, проявившие принятие и поддержку во всех четырёх вопросах, включаются в числитель. Принятием для соответствующих вопросов считаются следующие ответы: (1) да, (2) да, (3) да и (4) нет.

Знаменатель включает в себя всех респондентов опроса, слышавших о ВИЧ.

Разбивка:

Возрастная группа: 15-19 лет, 20-24 года, 25-49 лет.

Образование: без образования, начальное, среднее или высшее.

Пол: женский, мужской.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Этот показатель используется для измерения процента населения, принимающего людей, живущих с ВИЧ, и даёт оценку стигме в связи с ВИЧ. Тем не менее оценка уровня стигмы в связи с ВИЧ не является идеальной. В то время как низкий показатель указывает на высокий уровень стигмы в связи с ВИЧ, высокий показатель может интерпретироваться по-разному: низкий уровень стигмы в связи с ВИЧ, или людям известно о недопустимости дискриминации и поэтому они выражают принятие. Высокие показатели также могут отображать ограниченность личного опыта респондента в области ВИЧ.

Ещё одним недостатком этого показателя является тот факт, что отношение и поведение часто напрямую не связаны между собой. То, как ведут себя люди, столкнувшись с ВИЧ, может отличаться от их слов о том, как бы они себя повели. Некоторые исследования показали, например, что люди, выражающие весьма негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ, на самом деле, оказывают поддерживающий уход за ВИЧ-инфицированным родственником у себя дома. С другой стороны, некоторые люди, отрицающие своё негативное отношение к людям, живущим с ВИЧ, могут активно дискриминировать их в определённых ситуациях, например, в плане предоставления медицинских услуг.

Дополнительный рекомендуемый показатель №15

Процент детей-сирот младше 18 лет [с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (младше 5 лет, 5-9, 10-14, 15-17) и типу сиротства (нет матери, нет отца, полный сирота)]

ЦЕЛЬ:	<p>Этот показатель используется для измерения уровня сиротства в стране.</p> <p>Определение сиротства может различаться в зависимости от страны. В некоторых странах юридическое определение охватывает всех детей младше 18 лет, потерявших одного или обоих родителей. В других странах оно охватывает всех детей младше 15 лет, потерявших мать. Этот показатель обеспечивает всестороннее и стандартизированное средство измерения, позволяющее проводить сравнения между странами.</p> <p>ВИЧ-инфекция изменяет ситуацию со смертностью взрослого населения во многих общинах, убивая мужчин и женщин именно в том возрасте, когда они, как правило, заводят семью и воспитывают детей. После смерти они оставляют после себя сирот, которые требуют ухода, как правило, со стороны других членов общины. Социальное и экономическое влияние растущего сиротства может оказаться значительным, и странам следует отслеживать уровни сиротства для планирования необходимых услуг.</p>
ПРИМЕНЕНИЕ:	Страны с генерализованными эпидемиями.
ЧАСТОТА СБОРА ДАННЫХ:	Предпочтительно: раз в 2 года; минимум: раз в 4-5 лет.
МЕТОДОЛОГИЯ ИЗМЕРЕНИЯ:	Обследования среди населения или перепись населения.
ИНСТРУМЕНТЫ ИЗМЕРЕНИЯ:	Могут использоваться обследования среди населения, например, обследование для показателей по СПИДу (ОПС) или обследование в области демографии и здравоохранения (ОДЗ), кластерные обследования по нескольким показателям (КОНП).
МЕТОД ИЗМЕРЕНИЯ:	
Определение:	Процент детей младше 18 лет, чьи мать или отец или оба родителя умерли, с разбивкой по полу (женский, мужской), возрасту (младше 5 лет, 5-9, 10-14, 15-17) и типу сиротства (нет матери, нет отца, полный сирота).
Числитель:	Количество детей младше 18 лет, чьи мать или отец или оба родителя умерли, по словам самих респондентов.
Знаменатель:	Все дети младше 18 лет, по словам самих респондентов.
Расчёт:	<p><i>Количество детей младше 18 лет, чьи мать или отец или оба родителя умерли, по словам самих респондентов</i></p> <hr/> <p><i>Все дети младше 18 лет, по словам самих респондентов</i> x 100</p>

Способ измерения: Во время обследования или переписи населения у респондентов спрашивают возраст всех детей в домохозяйстве, а также живы ли мать и отец этих детей. Дети младше 18 лет, чьи мать или отец или оба родители умерли, включаются в **числитель**.

В знаменатель включают всех детей младше 18 лет, по словам респондентов во время обследования или переписи.

Если значительное количество детей живёт вне домохозяйств (т.е. более 5 процентов детей младше 18 лет), необходимо провести два дополнительных обследования для определения: 1) количества детей-сирот, живущих на улице, и 2) количества детей-сирот, живущих в специальных учреждениях.

Разбивка: **Возрастная группа:** младше 5 лет, 5-9 лет, 10-14 лет, 15-17 лет.
Пол: женский, мужской.
Тип сиротства: нет матери, нет отца, полное.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:

Данные об увеличении уровня сиротства могут стать ярким указанием на воздействие эпидемии СПИДа. Помимо отслеживания воздействия смертей, вызванных СПИДом, на общины, этот показатель также может служить целям адвокатирувания.

Одним недостатком этого показателя является тот факт, что он не проводит различия между сиротством в связи со СПИДом и сиротством, обусловленным иными причинами. Поскольку на протяжении нескольких лет до возникновения ВИЧ смертность среди молодого взрослого населения в большинстве стран была стабильной или сокращалась, то разумно будет предположить, что любое увеличение уровня сиротства по сравнению с исходным уровнем обуславливается ВИЧ (при условии отсутствия иных веских причин, например, вооружённого конфликта, для увеличения уровня смертности среди молодого взрослого населения).

Ещё одним недостатком этого показателя является тот факт, что число сирот может быть заниженным. Дети-сироты, как правило, более мобильны, чем другие дети, что затрудняет их выявление при проведении обследования. Наиболее нуждающиеся в уходе дети могут жить в домохозяйствах, возглавляемых детьми, и такие домохозяйства не всегда отвечают критериям включения в обследование домохозяйств. Зачастую домохозяйства полностью распадаются после смерти главы семейства от СПИДа, а дети, как правило, передаются на воспитание родственникам. Статус выживания родителей может быть неизвестным, если ребёнок был разлучён с родителем долгое время. По этой причине необходимо также привести процент респондентов, дающий ответ «не знаю».

Библиография

ЮНЭЙДС (2000). Национальные программы по СПИДу. Руководство по мониторингу и оценке. Женева: ЮНЭЙДС, июнь 2000 г.

ЮНЭЙДС (2006). Установка национальных целевых показателей для продвижения по пути к обеспечению всеобщего доступа. Оперативные руководящие указания. Женева: ЮНЭЙДС, октябрь 2006 г.

ЮНЭЙДС (2007). Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу. Мониторинг выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Руководящие принципы разработки ключевых показателей. Отчётность за 2008 год. Женева: ЮНЭЙДС, апрель 2007 г.

WHO (2007). Monitoring and reporting on the health sector's response towards universal access to HIV/AIDS treatment, prevention, care and support 2007-2010. WHO framework for global monitoring and reporting. Geneva: WHO, November 2007.

Для заметок

Для заметок



ЮНЭЙДС
ОБЪЕДИНЕННАЯ ПРОГРАММА ООН ПО ВИЧ/СПИДУ

УВКБ ООН
ЮНИСЕФ
ВПП
ПРООН
ЮНФПА
ЮНОДК
МОТ
ЮНЕСКО
ВОЗ
ВСЕМИРНЫЙ БАНК

Целью настоящего документа является представление 40 ключевых национальных показателей, дающих необходимый минимум информации для мониторинга на национальном уровне эпидемии ВИЧ и ответных мер, а также представление подробных характеристик и руководящих указаний по 15 рекомендуемым показателям в дополнение к 25 показателям ССГАООН.

Эти 40 ключевых национальных показателей вводятся вместо набора показателей, опубликованных ЮНЭЙДС и её партнёрскими учреждениями в документе «*Национальные программы по СПИДу. Руководство по мониторингу и оценке*» (ЮНЭЙДС, 2000 г.).

UNAIDS
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVA 27
SWITZERLAND

Тел.: (+41) 22 791 36 66
Факс: (+41) 22 791 48 35
Электронная почта: unaids@unaids.org

www.unaids.org

Объединим мир против СПИДа