

**Руководство по индикаторам.
Ответные действия сектора здравоохранения
на ВИЧ/СПИД: мониторинг и отчетность**

Декабрь 2009 г.



**World Health
Organization**



UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK

Сокращения

АКДС	Вакцина против коклюша, дифтерии и столбняка
АРТ	Антиретровирусная терапия
АРВ-препараты	Антиретровирусные препараты
ВААРТ	Высокоактивная антиретровирусная терапия
ВГВ	Вирус гепатита В
ВГС	Вирус гепатита С
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГНР	Группы наибольшего риска
ДКиТ	Добровольное консультирование и тестирование
ДРП	Дородовая помощь
ЗТО	Заместительная терапия опиоидами
ИППП	Инфекции, передаваемые половым путем
ТиКИП	Тестирование на ВИЧ и консультирование по инициативе провайдера
КТЗ	Котримоксазол
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
МСМ	Мужчины, практикующие секс с мужчинами
НПО	Неправительственные организации
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
ПМР	Передача ВИЧ от матери ребенку
ПОИШ	Программа обмена игл и шприцев
ППМР	Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РКС	Работники коммерческого секса
ССГА ООН	Специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
ТБ	Туберкулез
ТиК	Тестирование на ВИЧ и консультирование
УНПООН	Управление ООН по наркотикам и преступности
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
HBsAg	Поверхностный антиген вируса гепатита В

Оглавление

I. Введение	4
Мониторинг достигнутого сектором здравоохранения прогресса на пути к всеобщему доступу к профилактике, помощи и лечению при ВИЧ/СПИДе	5
Описания индикаторов в этом руководстве	7
Целевые аудитории	8
Планирование глобальной отчетности и применение на уровне стран	8
II. Описание индикаторов	11
Список индикаторов	11
A. Тестирование и консультирование	11
B. Профилактика в учреждениях здравоохранения	11
C. Профилактика передачи ВИЧ при половых контактах и при потреблении инъекционных наркотиков	11
D. Помощь	12
E. ВИЧ/ТБ	12
F. Инфекции, передаваемые половым путем	12
G. Антиретровирусная терапия	13
H. Системы здравоохранения	13
I. Женщины и дети	14
J. ВИЧ-инфекция/гепатит	15

I. Введение

По мере расширения странами масштаба национальных программ по ВИЧ/СПИДу на пути продвижения к всеобщему доступу к профилактике, лечению, уходу и поддержке¹ все большую важность приобретает улучшение качества стратегической информации об эпидемии и ответным действиям стран. Это необходимо для информированной разработки стратегий и программ, улучшения эффективности вмешательств и стимулирования подотчетности.

На международном уровне, начиная с 59-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, прошедшей в 2006 г., ВОЗ рассматривает как одну из приоритетных задач ежегодное проведение мониторинга и предоставление отчетности по глобальному прогрессу в области ответных действий, которые предпринимаются секторами здравоохранения стран и направлены на достижение всеобщего доступа в профилактике, лечению, уходу и помощи при ВИЧ-инфекции². Совместно с ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС ВОЗ проводит мониторинг *ответных действий сектора здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИДа на пути продвижения к всеобщему доступу*. Прогресс, достигнутый сектором здравоохранения, - это основной критерий дальнейшего продвижения к всеобщему доступу, а также достижения более широких Целей развития тысячелетия (ЦРТ).

В 2009 г. был разработан «Совместный инструмент для мониторинга и отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД», который включал индикаторы, используемые в процессе мониторинга ответных действий сектора здравоохранения, а также в «Отчетных документах по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) и предоставлению помощи и лечения детям при ВИЧ-инфекции». Данные были собраны в процессе совместной работы, а их достоверность проверена на региональном и глобальном уровнях. В сентябре 2009 г. был опубликован доклад «На пути к всеобщему доступу: наращивание масштабов проведения приоритетных мероприятий в области ВИЧ/СПИДа в секторе здравоохранения. Доклад о ходе работы – 2009 г.». В 2010 г. страны должны представить отчеты по внедрению принятой на Специальной Сессии Генеральной Ассамблеи ООН (ССГА ООН). «Декларации о приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом». Для снижения нагрузки по отчетности и повышения гармонизации сбора, проверки достоверности и анализа данных процесс отчетности по ССГА ООН и отчетности секторов здравоохранения координируется ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС. Было принято согласованное решение о том, что в 2010 г. в дополнение к индикаторам ССГА ООН будет собрано сокращенное число индикаторов для сектора здравоохранения (18 вместо 36, собиравшихся в 2009 г.). Для этого будет использоваться Инструмент для составления годового отчета в отношении ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД³. Эти индикаторы дополняют сбор данных по индикаторам ССГА ООН, уделяя особое внимание сектору здравоохранения с целью совершенствования анализа тенденций, наблюдающихся в особо важных областях.

В этом инструктивно-методическом документе предоставлены описания индикаторов из «Инструмента отчетности», который используется для сбора странами данных, необходимых для проведения

¹ Генеральная Ассамблея ООН. *Политическая декларация по ВИЧ/СПИДу*. Нью-Йорк, ООН, 2006 г.

² ВИЧ/СПИД. *Вклад ВОЗ в обеспечение всеобщего доступа к профилактике, лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе. Доклад Секретариата*. Женева, ВОЗ, 2006 г.

³ Процесс отчетности по индикаторам ССГА ООН и индикаторам для сектора здравоохранения будет осуществляться с использованием единого механизма. После завершения составления отчетов страны должны представить Отчет по ССГА ООН и Инструмент отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения, загрузив их на сайт ССГА ООН (<http://ungass2010.unaids.org>). Отчеты должны быть представлены до 31 марта 2010 г. Для получения дополнительной информации можно ознакомиться с онлайн презентацией: <http://grd.unaids.org/etraining/index.htm>. «Совместный инструмент для мониторинга и отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на ВИЧ/СПИД» представлен на сайте <http://www.who.int/hiv/data/tool2010>. Оба материала имеются на английском, французском, русском и испанском языках.

отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на пути продвижения к всеобщему доступу. Его, наряду с другой информацией, также можно использовать для мониторинга ответных действий сектора здравоохранения на национальном уровне с целью обзора достигнутого прогресса.

- **Глобальная отчетность:** Настоящее руководство используется для того, чтобы поддержать и облегчить сбор данных, осуществляемый с помощью «Инструмента для составления годового отчета. Ответные действия сектора здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИДа: мониторинг и отчетность». Эта форма для сбора данных, полученная всеми странами, является основным инструментом, который позволяет вести ежегодную глобальную отчетность по достигнутому сектором здравоохранения прогрессу на пути достижения всеобщего доступа к профилактике, уходу и лечению при ВИЧ-инфекции, публикуя ежегодно документ «На пути к всеобщему доступу: наращивание масштабов проведения приоритетных мероприятий в области ВИЧ/СПИДа в секторе здравоохранения».
- **Мониторинг на национальном уровне:** Это руководство может также использоваться для мониторинга ответных действий сектора здравоохранения в отношении ВИЧ/СПИДа на национальном уровне. Его можно адаптировать к эпидемиологической ситуации в каждой стране. Например, страны должны выбирать те индикаторы, которые помогли бы проводить мониторинг их собственных, установленных на национальном уровне целей.

Мониторинг достигнутого сектором здравоохранения прогресса на пути к всеобщему доступу к профилактике, помощи и лечению при ВИЧ/СПИДе

Инструмент мониторинга и отчетности для сектора здравоохранения в отношении достижения всеобщего доступа включает в себя следующие ключевые направления вмешательств: **Тестирование и консультирование; Профилактика в учреждениях здравоохранения; Половая передача и ПИН; Помощь, ВИЧ/ТБ, ИППП; АРТ; Системы здравоохранения; Женщины и дети; ВИЧ/гепатит.**

Для мониторинга расширения масштаба приоритетных вмешательств по каждому из этих направлений предлагается использовать индикаторы, отражающие такие параметры, как **наличие и доступность, охват и воздействие**, а также основную **программную** информацию.

Выбранные индикаторы приведены в максимально возможное **соответствие с индикаторами, рекомендованными на международном уровне** (например, ССГА ООН или другими международными руководствами по мониторингу и оценке, разработанными ВОЗ и ее партнерами).

Система мониторинга достигнутого сектором здравоохранения прогресса на пути к всеобщему доступу

Индикаторы

Направления вмешательств	Наличие и доступность	Охват	Воздействие
Тестирование и консультирование в секторе здравоохранения	Физическое наличие и доступность вмешательств	Доля населения, нуждающегося в данных вмешательствах и получающего их	Воздействие, связанное с ключевыми направлениями вмешательств
Профилактика в учреждениях здравоохранения			
Половая передача и ПИН			
Помощь, ВИЧ/ТБ, ИППП			
АРТ			
Системы здравоохранения			
Женщины и дети – ППМР, педиатрическая помощь			

*Полные определения наличия и доступности, охвата и воздействия даются в сноске⁴

Программная информация

Данные по национальной политике и программным ответным действиям также важны при проведении мониторинга расширения масштаба вмешательств в странах, особенно в отношении новых или изменяющихся направлений деятельности. Ряд стратегических и программных вопросов включен в инструмент отчетности, но в этом руководстве они не обсуждаются.

Другие компоненты

Индикаторы и программная информация сами по себе не смогут отразить многих аспектов, наличие которых необходимо для достижения всеобщего доступа. Например, только физический доступ к вмешательству не обязательно приведет к расширению доступа. Расширение доступа может зависеть от финансовой и физической доступности, а также приемлемости вмешательств для тех, кто в них нуждается. Аналогичным образом, сами по себе индикаторы не дадут соответствующего представления о различных параметрах качества вмешательств. Оптимальное воздействие вмешательств может быть достигнуто путем проведения структурных изменений на уровне местных и национальных систем здравоохранения, что может не быть очевидным при использовании предложенных индикаторов и программных вопросов. Поэтому важно собирать информацию, выходящую за рамки национальных индикаторов, и проводить оперативный анализ, оценку и специальные исследования, в том числе и анализ качественных данных.

- ⁴ **Наличие и доступность** определяется как «достижимость» (физический доступ), финансовая доступность (экономический доступ) и приемлемость (социально-культурный доступ) услуг, которые соответствуют минимальному стандарту качества. Сделать услуги достижимыми, финансово доступными и приемлемыми – важнейшая предпосылка обеспечения всеобщего доступа.
- **Охват** определяется как доля населения, на которую распространяются вмешательства, среди тех, кто в них нуждается. На охват влияет обеспечение (предоставление услуг) и спрос со стороны тех, кто нуждается в услугах.
- **Результат/воздействие** определяется показателями изменения поведения, снижением частоты новых случаев инфекции или улучшением показателей выживаемости; это является результатом охвата услугами, на который влияет как эффективность вмешательств, так и изменения, произошедшие в отношении других важных факторов.

Цели в отношении воздействия были установлены в контексте ЦРТ и Декларации ССГА ООН по ВИЧ/СПИДу. Хотя они и отражают конечную цель вмешательств, сами по себе индикаторы воздействия не обеспечивают мониторинг программ, необходимый для информационного обеспечения расширения масштабов доступа. Поэтому систематический мониторинг прогресса, достигнутого на пути к всеобщему доступу, должен одновременно включать как индикаторы наличия и доступности, так и индикаторы охвата.

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

Номер индикатора – это его номер в инструменте отчетности по достижению всеобщего доступа

№. НАЗВАНИЕ ИНДИКАТОРА	
Обоснование	Почему важен этот индикатор
Что он измеряет	Что изменяет этот индикатор
Числитель	Определение числителя
Знаменатель	Определение знаменателя
Как измерять и инструменты измерения	Что включено в числитель и знаменатель Метод(ы) измерения Инструменты, использованные для измерения
Разбивка данных	Рекомендованная разбивка данных. Те индикаторы, которые выделены <i>курсивом</i> , в Инструменте отчетности в классификацию не включены, но их, когда это уместно, рекомендуется собирать для проведения национального мониторинга и отчетности.
Преимущества и недостатки	Описание преимуществ и недостатков индикатора
Дополнительные соображения	Другие моменты, которые должны учитывать страны
Использование данных	Как может использоваться индикатор и некоторые связанные с его значением выводы Что может означать его величина.
Контроль качества данных и примечания для инструмента отчетности	Дополнительная информация по вопросам, которые нужно учитывать при заполнении инструмента отчетности. Включает следующие элементы: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Дублирование сообщенных данных:</i> На что нужно обращать внимание при анализе возможного дублирования при сообщении данных. • <i>Национальная репрезентативность:</i> На что нужно обращать внимание для определения национальной репрезентативности полученного значения индикатора. • <i>Вопросы, относящиеся к знаменателю:</i> На какие вопросы, относящиеся к знаменателю, следует обращать внимание. • <i>Возможности триангуляции:</i> Другие источники данных, обзор которых можно провести для проверки достоверности значения индикатора
Другие источники	Источники, имеющие отношение к индикаторам: «Стратегия ВОЗ для сектора здравоохранения по мониторингу всеобщего доступа»: соответствующий номер индикатора в «Стратегии ВОЗ для сектора здравоохранения по мониторингу всеобщего доступа» ССГА ООН (UNGASS): индикатор ССГА ООН для отчетности по ССГА ООН за 2009 г. ППМР: индикатор в обновленном Руководстве по мониторингу и оценке ППМР (2009 г.) ВИЧ/ТБ: Индикатор из обновленного Руководства по мониторингу и оценке ТБ/ВИЧ (2009 г.) ПИН: Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (2009 г.)

Целевые аудитории

Это руководство может использоваться в качестве справочного материала руководителями национальных программ и сотрудниками ООН, которые заносят данные в Форму годовой отчетности для глобального мониторинга и отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на пути продвижения к всеобщему доступу; или любым человеком, работающим в области мониторинга и оценки, связанных с ВИЧ-инфекцией, сектором здравоохранения или в связи с более широкими целями в области развития. Оно может служить справочником индикаторов для ключевых вмешательств в отношении ВИЧ-инфекции, проводимых в секторе здравоохранения.

Планирование глобальной отчетности и применение на уровне стран

В этом руководстве дано исчерпывающее описание выбранных индикаторов для сектора здравоохранения на 2010 г., включая определение числителей и знаменателей, методы и инструменты измерения и оценки, требования по разбивке данных, сильные и слабые стороны индикаторов, а также дополнительные соображения по сопоставлению и сообщению данных, а также по отчетности и интерпретации данных.

Сбор данных и процесс проверки их достоверности на уровне стран

В соответствии с приверженностью «Триединым принципам», мы настоятельно рекомендуем страновым бюро ВОЗ, ЮНИСЕФ и секретариату ЮНЭЙДС совместно оказывать поддержку партнерам и партнерским организациям на национальном уровне для получения достоверных и сопоставимых данных при ведении отчетности по ССГА ООН и сектору здравоохранения. Это также необходимо для достижения консенсуса при осуществлении совместного консультационного процесса. Подобное сотрудничество позволит обеспечить предоставление более полных и однородных данных, улучшить качество их анализа и применения на местном уровне, что, в конечном счете, позволит провести более качественный глобальный анализ.

Страновые бюро должны вести совместную работу по определению наиболее подходящих процедур и разделения обязанностей по сбору, проверке достоверности и сообщению данных. В качестве первого шага мы предлагаем страновым бюро трех агентств организовать совместную встречу с представителями национальных руководящих органов, определить координационные центры и договориться о разделении обязанностей по взаимодействию с национальными партнерами при обеспечении сбора данных для различных разделов инструмента отчетности. Затем мы рекомендуем организовать встречи на уровне стран, чтобы достигнуть консенсуса по перекрестной проверке достоверности данных перед их представлением в региональные бюро и в штаб-квартиру для проведения глобального анализа. Проверка достоверности и оценка данных на уровне стран при участии партнеров и заинтересованных кругов, то есть на том уровне, где люди наилучшим образом разбираются в этих данных, имеет важнейшее значение. Мы призываем страны к организации ежегодного процесса по обзору, анализу и проверке достоверности собранных ими данных.

Процесс сбора данных и проверки их достоверности на региональном и глобальном уровнях

На региональном уровне региональные бюро будут поддерживать связь со страновыми бюро, отвечать на все запросы, предоставлять другую необходимую поддержку, а также запрашивать необходимые разъяснения. В идеале, необходима договоренность между ВОЗ, ЮНИСЕФ и ЮНЭЙДС о технической организации процесса отчетности, которая включала бы обеспечение согласованности запросов, поступающих в страновые бюро из региональных; выбор координационных центров в

странах для сбора данных; процедуру обзора и проверки достоверности данных и принятия решений; выбор координационных центров в странах для управления базой данных и ее обновления; организацию процесса обмена данными.

На глобальном уровне агентства будут вести совместную работу по проверке достоверности данных, используя, где возможно, другие источники и опираясь на информацию о системах мониторинга в странах; а также будут запрашивать у стран нужные разъяснения. Необходимо обсудить обязанности, процедуры и временные рамки для достижения общей цели – совместного предоставления единого набора данных по ответным действиям сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ-инфекции. Подобное сотрудничество трех агентств в рамках совместного процесса отчетности должно свести к минимуму возможность расхождений в отчетности по одному и тому же индикатору (или обеспечить, чтобы одно и то же значение индикатора сообщалось во все агентства и использовалось ими).

Использование данных на национальном, региональном и глобальном уровнях

Процесс проведения мониторинга и отчетности в отношении ответных действий сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ-инфекции на уровне стран должен активизировать анализ и использование наборов данных для программных целей и для разработки политики. Он должен облегчить проведение ситуационного анализа ответных действий сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ-инфекции и оказывать поддержку в процессе стратегического планирования (например, при ежегодном пересмотре операционных задач и контрольных значений). Более того, этот процесс должен стать основой для обсуждения вопросов, связанных с нехваткой данных, и слабых сторон систем мониторинга и оценки в странах; он также является хорошей возможностью для проведения дискуссии с партнерами о том, как укрепить систему мониторинга и оценки, чтобы сделать ее функциональной на национальном уровне.

Данные также могут храниться, подвергаться критическому обзору и анализироваться на региональном уровне в целях совершенствования ситуационного анализа ответных действий сектора здравоохранения на эпидемию ВИЧ-инфекции в регионе и обсуждения со странами вопроса о том, в какой поддержке нуждаются системы мониторинга и оценки. Кроме того, данные будут представляться на региональных совещаниях.

На глобальном уровне, собранные данные будут проанализированы и освещены в ежегодном глобальном докладе «На пути к всеобщему доступу: наращивание масштабов проведения приоритетных вмешательств в области ВИЧ/СПИДа в секторе здравоохранения», а также в других региональных и глобальных докладах. Данные по некоторым индикаторам, если это целесообразно, будут объединены или проанализированы на глобальном или региональном уровне, тогда как другие будут использованы для описания примеров, касающихся отдельных стран, или как часть национального ситуационного анализа.

Техническая поддержка и обратная связь

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

Пожалуйста, свяжитесь с нами по электронной почте hivstrategicinfo@who.int, если у вас возникнут какие-либо вопросы, или если вы захотите сделать запрос.

Направляйте любые комментарии и пожелания по улучшению этого инструктивно-методического документа по адресу hayashic@who.int.

Выражение признательности

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

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

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

II. Описание индикаторов

Список индикаторов

В приведенный ниже список индикаторов включены все индикаторы, приоритетные для сектора здравоохранения. Отчетность по сектору здравоохранения за 2010 г. не включает *индикаторы ССГА ООН* (напечатаны курсивом в представленном ниже списке). Предлагается использовать ограниченный список индикаторов, не относящихся к ССГА ООН: в 2010 г. должны сообщаться только индикаторы, отмеченные **полужирным шрифтом** в списке ниже.

Индикаторы ССГА ООН представлены в справочнике индикаторов

Страница

А Тестирование и консультирование

#A1	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию	16
#A2	Число лиц в возрасте 15 лет и старше, прошедших тестирование на ВИЧ и консультирование и знающих свои результаты	18
#A3	<i>Процент женщин и мужчин в возрасте 15-49 лет, прошедших тестирование на ВИЧ в последние 12 месяцев и знающих свои результаты</i>	
#A4	<i>Процент сексуально активных молодых женщин и мужчин в возрасте 15-24 лет, прошедших тестирование на ВИЧ в последние 12 месяцев и знающих свои результаты</i>	
#A5	<i>Процент лиц из групп населения наибольшего риска (ГНР), прошедших тестирование на ВИЧ в последние 12 месяцев и знающих свои результаты</i>	
#A6	<i>Процент лиц в возрасте 15-49 лет, знающих свой ВИЧ-статус</i>	

В Профилактика в учреждениях здравоохранения

#B1	Процент учреждений здравоохранения, в которых все лечебные инъекции производятся новым одноразовым инъекционным оборудованием	
#B2	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по постконтактной профилактике (ПКП) непосредственно на месте	

С Профилактика передачи ВИЧ при половых контактах и при потреблении инъекционных наркотиков

#C1	Число пунктов, участвующих в программе обмена игл и шприцев (ПОИШ), на 1000 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	20
#C2	Число пунктов предоставления заместительной терапии опиоидами (ЗТО) на 1000 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	22
#C3	Число предоставленных шприцев/игл на одного потребителя инъекционных наркотиков за год действия ПОИШ	24
#EUR 1	Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих заместительную терапию опиоидами (ЗТО)	26
#C4a	<i>Процент потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), охваченных программами профилактики ВИЧ-инфекции за последние 12 месяцев</i>	
#C4b	<i>Процент работников коммерческого секса (РКС), охваченных программами профилактики ВИЧ-инфекции за последние 12 месяцев</i>	

#C4c	<i>Процент мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), охваченных программами профилактики ВИЧ-инфекции за последние 12 месяцев</i>
#C5a	<i>Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании стерильного инъекционного оборудования при последней инъекции</i>
#C5b	<i>Процент потребителей инъекционных наркотиков, сообщивших об использовании презерватива при последнем половом контакте</i>
#C5c	<i>Процент работников коммерческого секса (женщин и мужчин), сообщивших об использовании презерватива с их последним клиентом</i>
#C5d	<i>Процент мужчин, сообщивших об использовании презерватива при последнем анальном половом контакте с партнером-мужчиной</i>
#C6a	<i>Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)</i>
#C6b	<i>Процент ВИЧ-инфицированных работников коммерческого секса (РКС)</i>
#C6c	<i>Процент ВИЧ-инфицированных мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ)</i>

D Помощь

#EUR 2	Число ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции	28
#D1	Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и удовлетворяющих критериям профилактики котримоксазолом (КТЗ) в соответствии с национальными рекомендациями и получающих в настоящее время КТЗ профилактически	

E ВИЧ/ТБ

#E1	<i>Расчетный процент ВИЧ-инфицированных пациентов с ТБ, получающих лечение ВИЧ-инфекции и ТБ</i>
#E2	Процент взрослых и детей, впервые включенных в программу оказания помощи при ВИЧ-инфекции, получающих профилактическое лечение по поводу латентного ТБ (профилактика изониазидом)
#E3	Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, у которых статус в отношении ТБ оценивался и был зарегистрирован во время их последнего визита в учреждение

F Инфекции, передаваемые половым путем

#F1	Число специальных служб для работников коммерческого секса (РКС), в которых предоставляются услуги по профилактике, диагностике и лечению ИППП, на 1000 РКС	30
#F2	Процент женщин, обратившихся за услугами по дородовой помощи (ДРП), которые прошли тестирование на сифилис в последние 12 месяцев	
#F3	Распространенность сифилиса среди работников коммерческого секса	
#F4	Распространенность сифилиса среди мужчин, практикующих секс с мужчинами	
#F5	Распространенность сифилиса среди лиц, обращающихся в учреждения, предоставляющие услуги по дородовой помощи	32

G Антиретровирусная терапия

#G1	Процент учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по АРТ	34
#G2	<i>Процент взрослых и детей с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, получающих антиретровирусную терапию</i>	
#G3a	Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 12 месяцев после ее начала	37
#G3b	Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 24 месяца после ее начала	37
#G3c	Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 36 месяцев после ее начала	37
#G3d	Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 48 месяцев после ее начала	37
#G3e	Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать антиретровирусную терапию через 60 месяцев после ее начала	37
#EUR 3	Причины прекращения антиретровирусной терапии у взрослых и детей, не получающих лечение через 12 месяцев после ее начала	39
#G4	Процент пациентов, начавших антиретровирусную терапию в данном учреждении в течение определенного периода времени и продолжающих получать соответствующую схему АРТ первого ряда через 12 месяцев	
#EUR 4a	Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через 12 месяцев	40
#EUR 4b	Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через 24 месяца	40
#EUR 4c	Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через 36 месяцев	40
#EUR 4d	Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через 48 месяцев	40
#EUR 4e	Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через 60 месяцев после ее начала	40
#EUR 5	Причины прекращения лечения среди потребителей инъекционных наркотиков, не получающих больше антиретровирусную терапию через 12 месяцев после ее начала	43
#EUR 6	Процент потребителей инъекционных наркотиков, начавших антиретровирусную терапию в данном учреждении в течение выбранного периода времени, которые получают соответствующую схему первого ряда спустя 12 месяцев	

H Системы здравоохранения

#H1	Процент учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты для АРТ, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов в последние 12 месяцев	45
#H2	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ, проводящих мониторинг CD4 на месте или по направлениям в соответствии с национальными рекомендациями/политикой	

#EUR 7 Процент учреждений, предоставляющих АРТ, использующих ПЦР для мониторинга на месте или через систему направлений в соответствии с национальными рекомендациями/политикой

I Женщины и дети

#I1	Число обратившихся за услугами по дородовой помощи (ДРП)	
#I2	Число учреждений, предоставляющих услуги по ДРП	
#I3	Число учреждений, предоставляющих услуги по ДРП, которые также проводят у ВИЧ-инфицированных беременных женщин исследование CD4 непосредственно на месте или имеют систему сбора и передачи образцов крови для исследования CD4	
#I4	Число учреждений, предоставляющих услуги по ДРП, которые также предоставляют беременным женщинам услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию	
#I5	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по ДРП, которые предлагают на месте как тестирование на ВИЧ, так и антиретровирусные препараты (АРВ-препараты) для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)	
#I6	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ для детей (т.е. назначение лечения и/или проведение клинического наблюдения)	
#I7	Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по вирусологическому тестированию (напр., ПЦР) для диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев непосредственно на месте или путем получения образцов сухой капли крови (СКК)	
#I8	Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ во время беременности, во время родов или в послеродовой период (<72 часов) и знающих о результатах, включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом	47
#I9	Процент мужчин - партнеров беременных женщин, обратившихся в учреждения, предоставляющие услуги по ДРП, которые знают свой ВИЧ-статус	
#I10	<i>Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших антиретровирусные препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР)</i>	
#I11	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо по результатам исследования CD4	51
#I12	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получавших АРТ для поддержания собственного здоровья	
#I13	Процент <u>младенцев</u>, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (младенцы, контактировавшие с ВИЧ), получающих какие-либо АРВ-препараты для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)	54
#I14	Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых начата профилактика котримоксазолом (КТЗ) в первые два месяца после рождения	57
#I15	Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которым проведено тестирование на ВИЧ (вирусологическое или на антитела) в течение 12 месяцев после рождения	60
#I16	Распределение способов вскармливания через 3 месяца после рождения (исключительно грудное вскармливание, искусственное вскармливание, смешанное вскармливание/другое) у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (определяется во время визита для получения третьей дозы АКДС)	63
#I17	<i>Процент ВИЧ-инфицированных детей в возрасте 0-14 лет, получающих в настоящее время АРТ</i>	

#EUR 8	Процент ВИЧ-инфицированных женщин, прервавших беременность	66
#EUR 9	Процент ВИЧ-инфицированных беременных родивших женщин, которым сделано плановое кесарево сечение	67
#EUR 10	Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, от которых отказались в течение первого года их жизни	
#EUR 11	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	68
#EUR 12	Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ЗТО во время беременности	69
#EUR 13	Процент ВИЧ-инфицированных беременных родивших женщин-ПИН, получавших АРВ-препараты для снижения риска передачи вируса от матери ребенку во время беременности	
#EUR 14	Процент пунктов предоставления заместительной терапии опиоидами (ЗТО) беременным женщинам, страдающим опиоидной зависимостью	

J ВИЧ-инфекция/гепатит

#EUR 15	Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит В	70
#EUR 16	Процент ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом В, удовлетворяющих критериям назначения лечения гепатита В и получавших такое лечение	71
#EUR 17	Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит С	72
#EUR 18	Процент ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом С, удовлетворяющих критериям назначения лечения гепатита С и получавших такое лечение	

Примечание к общей информации по стране 73

Часто задается вопрос о том, что считать «учреждением здравоохранения». Для данного процесса отчетности мы исключаем учреждения здравоохранения, которые предоставляют специализированную помощь, и которые никогда не будут предоставлять никаких услуг, связанных с ВИЧ-инфекцией (например, офтальмологические клиники). Если вы сталкиваетесь с трудностями, пытаясь определить, что относится к учреждениям здравоохранения в этом проекте, пожалуйста, напишите об этом в графе «Комментарии» или направьте нам сообщение по электронной почте.

А Тестирование и консультирование

A1 Процент учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию	
Обоснование	Знание ВИЧ-статуса имеет решающее значение для расширения доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Доступность услуг по тестированию и консультированию (Тик) – обязательное условие для расширения охвата Тик, позволяющему большему числу людей узнать свой ВИЧ-статус. Охват Тик может быть расширен благодаря добровольному консультированию и тестированию (ДКиТ) и тестированию и консультированию по инициативе провайдеров медицинских услуг.
Что он измеряет	Наличие и доступность услуг по Тик в учреждениях здравоохранения.
Числитель	Число учреждений здравоохранения, которые предоставляют услуги по тестированию на ВИЧ и консультированию
Знаменатель	Общее число учреждений здравоохранения <i>(Необходимо приложить усилия, чтобы включить в подсчет все государственные, частные и относящиеся к НПО учреждения здравоохранения).</i>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель: 1. Центральный реестр всех учреждений, предлагающих Тик; 2. Центральный реестр данных о закупках тест-наборов для определения числа учреждений, запрашивающих их. <i>Пожалуйста, включите данные по частным учреждениям и другим пунктам предоставления подобных услуг в стране. Уточните источники и, если возможно, проведите разбивку данных (см. «Разбивка данных»)</i></p> <p>Знаменатель: 1. Центральный реестр учреждений здравоохранения; 2. Обследования учреждений здравоохранения, таких, как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) и картирование доступности услуг (SAM) и т.д. <i>(Необходимо приложить усилия, чтобы включить в подсчет все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения)</i></p> <p>Информация о наличии и доступности определенных услуг обычно суммируется на национальном и субнациональном уровнях. Национальные программы по Тик должны иметь реестр учреждений, которые предоставляют услуги по Тик. Необходимо приложить усилия по включению учреждений, предоставляющих услуги в частном секторе и секторе НПО, особенно там, где они занимают важное место среди учреждений, предоставляющих услуги по Тик. Эту информацию, а также более детальную информацию о доступности услуг, можно получить, используя новейшие данные переписи учреждений здравоохранения.</p> <p>Необходимо включить в подсчет все учреждения, где предлагаются услуги по Тик. Поэтому необходимо также учитывать учреждения, где предлагаются услуги по тестированию, но которые направляют образцы в стороннюю лабораторию и сообщают результаты клиенту.</p> <p>Все учреждения, где предлагаются услуги по добровольному КиТ (ДКиТ), будут включены как в числитель, так и в знаменатель.</p>

Разбивка данных	<p>Если возможно:</p> <p>1. По типу учреждения здравоохранения (например, государственные, НПО, учреждения на базе сообществ, больницы, принадлежащие религиозным организациям, и частные учреждения здравоохранения)</p> <p>2. По типу предлагаемых услуг (например, специализированные учреждения, предоставляющие услуги по ТБ, ИППП и т.д.)</p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор предназначен для мониторинга наличия и доступности услуг по ТИК, поскольку страны продолжают расширять масштаб ТИК. Он не рассчитан на определение качества предоставляемых услуг по ТИК.</p>
Использование данных	<p>Охват: отслеживать увеличение доли учреждений здравоохранения, которые предоставляют ТИК. Важно анализировать данные по географическому местоположению и по типу учреждений здравоохранения. Кроме того, триангуляция их с данными по народонаселению может дать информацию о том, где существует необходимость в расширении наличия и доступности услуг по ТИК.</p>
Дополнительные соображения	<p>Рекомендуется, чтобы в условиях генерализованной эпидемии каждое учреждение здравоохранения обладало потенциалом для предоставления услуг по ТИК⁵. При низком и ограниченном уровне эпидемии наличие услуг по ТИК во всех учреждениях, возможно, не является целью, поэтому знаменатель можно скорректировать, чтобы он представлял собой выбранные в зависимости от условий страны учреждения.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p><i>Национальная репрезентативность:</i> Необходимо приложить усилия, чтобы включить в подсчет все государственные, частные и относящиеся к НПО учреждения.</p> <p>Вопросы, касающиеся знаменателя: Возможно, в некоторых странах трудно определить общее число учреждений здравоохранения, а при низком и ограниченном уровне эпидемии это может не иметь особого значения.</p> <p>Числитель является ключевым компонентом индикатора и позволяет сравнить тенденции в наличии и доступности услуг, проявляющиеся со временем.</p>

⁵ Руководство по тестированию и консультированию по инициативе провайдера в медицинских учреждениях, ВОЗ/ЮНЭЙДС, 2007 г.

A2 Число лиц в возрасте 15 лет и старше, прошедших тестирование на ВИЧ и консультирование и знающих свои результаты	
Обоснование	Знание ВИЧ-статуса имеет решающее значение для обеспечения доступа к профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции. Существуют различные модели предоставления услуг по ТИК, например ДКиТ и ТиКИП. При этом важнейшими элементами ТИК являются предоставление тем, кто проходит тестирование, соответствующих услуг по консультированию и сообщение им результатов тестирования.
Что он измеряет	Прогресс в осуществлении программ по ТИК. Отслеживание, сколько человек прошли ТИК и знают свой ВИЧ-статус, указывает на уровень использования услуг по ТИК в стране.
Числитель	Число лиц в возрасте 15 лет и старше, прошедших тестирование на ВИЧ и консультирование в течение последних 12 месяцев и знающих свои результаты.
Знаменатель	Не применимо. <i>Хотя для этого индикатора знаменатель не требуется, он может быть рассчитан на основе численности всего населения (как знаменатель при генерализованной эпидемии) и численности групп наибольшего риска (ГНР) и других групп (при низком уровне эпидемии и ограниченной эпидемии).</i>
Как измерять и инструменты измерения	Статистические данные служб, участвующих в программе, полученные из текущей отчетности о числе протестированных и знающих свои результаты лиц всех учреждений, предоставляющих услуги , включая пункты ДКиТ, поликлиники, больницы, пункты, предоставляющие аутрич-услуги, организованные НПО, и т.д. Для сообщения данных по этому индикатору обследования населения не используются (см. следующий индикатор).
Разбивка данных	По полу: мужчины, женщины По серостатусу: ВИЧ-положительный (ВИЧ+), ВИЧ-отрицательный (ВИЧ-) <i>Если возможно:</i> По возрасту: 15-19, 20-24, 25+ По очередности теста: Впервые проведенный тест, Повторный тест
Преимущества и недостатки	Этот индикатор позволяет сравнить тенденции в количестве предоставленных услуг по ТИК и степень расширения масштаба услуг по ТИК с течением времени. Этот индикатор будет обеспечивать информацией по числу проведенных тестов, но не обязательно по числу лиц , которые получили услуги по ТИК, за исключением тех случаев, когда в странах существуют механизмы, позволяющие избежать двойного подсчета лиц, проходящих повторное тестирование. Этот индикатор не дает информации о том, получили ли те, кто прошел тестирование, надлежащее направление для последующего наблюдения, и получили ли они услуги по последующему наблюдению, что позволило бы им извлечь пользу из знания своего ВИЧ-статуса.

	<p>При низком уровне эпидемии и ограниченной эпидемии этот индикатор может быть неэффективным. Необходимо особо указывать те страны, в которых существуют законы, согласно которым лица 18 лет и моложе не имеют доступа к ТИК. Часто затруднен сбор следующих данных:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Возраст - При анонимном тестировании – большинство тех, кто проходит анонимное тестирование, не указывают возраст или пол
Использование данных	<p>Позволяет узнать, сколько тестов было проведено в стране. Можно провести сравнение с предыдущими годами, чтобы определить тенденции, учитывая при этом процент населения, возможно, уже протестированного недавно. Этот индикатор может быть полезным для исследования каких-либо тенденций при проведении тестирования, например, было ли больше тестов проведено в тот сезон или месяц, когда проводились кампании (если они проводились), или намного ли больше лиц протестировано в определенном учреждении здравоохранения или в определенных сообществах.</p>
Дополнительные соображения в отношении стран	<p>В некоторых странах значительная доля услуг по ТИК предоставляется организациями на базе сообществ или незарегистрированными организациями, которые часто могут не включаться в национальную статистику. Этим организациям рекомендуется зарегистрироваться в национальных органах власти, чтобы все данные по ТИК были отражены в национальной статистике.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Двойной подсчет данных: Странам необходимо оценивать распространенность повторного тестирования для определения истинного числа лиц, протестированных за определенный период. Если в странах имеется механизм, позволяющий сделать эту важную оценку (например, регистрация числа лиц, прошедших повторное тестирование), пожалуйста, проведите ее и отметьте, как она была проведена. В противном случае, просто сообщайте об общем числе проведенных тестов. • Национальная репрезентативность: Старайтесь сделать так, чтобы информации из неправительственных и частных учреждений была доступна также и на центральном уровне. Если важная информация отсутствует, укажите это в разделе «Комментарии». • Вопросы, касающиеся знаменателя: <i>Хотя знаменатель и не требуется для целей этого индикатора, правильность числителя может быть рассчитана путем сравнения численности всего населения (в качестве знаменателя при генерализованной эпидемии) и численности ГНР и других групп (при низком уровне эпидемии и ограниченной эпидемии).</i> • Варианты триангуляции: При генерализованной эпидемии данные, полученные при обследованиях населения, требующих указания числа (и расчета процента) лиц, прошедших тестирование, могут сравниваться со значением этого индикатора для оценки и обсуждения любых имеющихся серьезных различий. • Результаты тестов: В разделе «Комментарии», если возможно, укажите данные с разбивкой по серостатусу (число ВИЧ+, ВИЧ-).

В Профилактика в учреждениях здравоохранения

(для этого цикла отчетности индикаторы данного раздела не используются)

С Профилактика передачи ВИЧ при половых контактах и при потреблении инъекционных наркотиков

С1 Число пунктов, участвующих в программе обмена игл и шприцев (ПОИШ), на 1000 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	
Обоснование	Программы предоставления игл и шприцев (ПОИШ) являются одними из наиболее эффективных вмешательств по предупреждению передачи ВИЧ среди ПИН. Этот индикатор оценивает наличие соответствующего доступа к стерильным иглам и шприцам для ПИН.
Что он измеряет	Наличие пунктов, где ПИН могут получить стерильные шприцы и иглы.
Числитель	Число пунктов ПОИШ (включая аптеки, где можно получить бесплатные иглы и шприцы)
Знаменатель	(Число ПИН)/1000
Как измерять и инструменты измерения	Числитель: Данные национальных программ Знаменатель: Численность ПИН (по оценкам ЮНЭЙДС)
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц: Городские, сельские</i>
Преимущества и недостатки	Многие пункты ПОИШ являются «неофициальными» и поэтому могут не учитываться в данных национальных программ. Пункты ПОИШ могут быть распространены неравномерно. На национальном уровне будет полезно провести разбивку по административным единицам, чтобы оценить наличие и доступность этих программ.
Дополнительные соображения	<p>Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) – это любые программы, которые обеспечивают доступ к стерильному оборудованию и его безопасной утилизации через стационарные или мобильные программы обмена и/или через аптеки, где такое оборудование можно получить бесплатно. Во многих странах продажа инъекционного оборудования в аптеках является важным, а иногда и самым значительным источником стерильных шприцев и игл, доступным для потребителей наркотиков. Однако аптеки, которые продают иглы и шприцы, обычно не учитываются как часть программ общественного здравоохранения или программ по снижению вреда в базах данных для пользователей. Если аптеки предоставляют подобные услуги, они должны быть по возможности учтены и дополнительно выделены. Аптеки, которые предоставляют бесплатные иглы и шприцы, как правило, ведут регистрацию выданных игл и шприцев в рамках программы и должны быть включены расчеты.</p> <p>Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обратитесь к Техническому руководству ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).</p>
Использование данных	Получить представление о наличии и доступности пунктов ПОИШ по отношению к размеру популяции ПИН в стране. Также попытаться проанализировать данные на основе географического распределения

	<p>пунктов ПОИШ и плотности популяции ПИН в стране. Попытаться определить, имеется ли достаточное число ПОИШ по отношению к размеру и распределению популяции ПИН в стране.</p>
<p>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Национальная репрезентативность: Многие пункты ПОИШ являются «неофициальными»; они могут находиться в ведении НПО, и информации по ним может не быть у правительства. Пожалуйста, попытайтесь оценить национальную репрезентативность данных, которые вы сообщаете. • Вопросы, касающиеся знаменателя: Число ПИН в стране определить сложно. Однако для разработки национальных программ важно иметь расчетные данные о размере и географическом распределении популяции ПИН. <p><i>Пожалуйста, дайте краткое пояснение, какими методами вы пользовались для получения расчетного значения знаменателя. Для использования в качестве знаменателя, пожалуйста, не забудьте разделить расчетное число ПИН на 1000.</i></p>
<p>Другие источники</p>	<p>Техническое руководство ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди ПИН (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html)</p>

С2 Число пунктов предоставления заместительной терапии опиоидами (ЗТО) на 1000 ПИН	
Обоснование	Использование заместительной терапии опиоидами (ЗТО) отражает приверженность предоставлению лечения потребителям опиатов и снижению частоты инъекций, желательно до нуля. ЗТО – единственный и наиболее эффективный инструмент, который использует общественное здравоохранение для снижения потребления инъекционных наркотиков.
Что он измеряет	Национальную приверженность и прогресс, достигнутый в лечении потребителей опиатов, а также снижение вероятности передачи ВИЧ среди ПИН.
Числитель	Число пунктов, предоставляющих ЗТО
Знаменатель	(Число ПИН)/1000 (Если имеются оценки численности ПИН, употребляющих опиаты, используйте это число).
Как измерять и инструменты измерения	Числитель: Данные программ Знаменатель: Расчетное число потребителей опиатов (инъекционных и не инъекционных) или число ПИН (по оценкам ЮНЭЙДС)
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц: Городские, сельские</i>
Преимущества и недостатки	Пункты ЗТО должны быть легкодоступными и официально зарегистрированными, поэтому им, как правило, необходимо получить лицензию от соответствующих органов. Однако число пунктов не указывает на число имеющихся <i>свободных мест</i> для получения ЗТО. Возможно, будет трудно оценить размеры подгрупп в популяции ПИН, и это может приводить к еще большей неопределенности.
Дополнительные соображения	Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обратитесь к Техническому руководству ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html). Лучший знаменатель для этого индикатора - число пунктов ЗТО на 1000 потребителей инъекционных опиоидных наркотиков. В этом описании индикатора мы использовали для знаменателя число ПИН в качестве косвенного показателя для соответствия описанию, которое дается в инструменте отчетности.
Использование данных	Получить представление о наличии и доступности пунктов ЗТО относительно размера популяции пользователей инъекционных опиатов в стране. Кроме того, попытаться провести анализ данных на основе географического расположения и распределения пунктов ЗТО и плотности популяции потребителей инъекционных опиатов в стране. Если возможно, попытаться интерпретировать этот индикатор с учетом информации по числу имеющихся мест для проведения ЗТО в различных пунктах. Попытаться оценить, существует ли достаточное количество пунктов ЗТО по отношению к числу и географическому распределению потребителей инъекционных опиоидов в стране.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Вопросы, касающиеся знаменателя: Определить число потребителей опиоидов в стране еще труднее, чем определить общее число ПИН. Однако оценка размера и географического распределения популяции потребителей опиоидных наркотиков важна для разработки национальных программ. При отсутствии специфических данных по подгруппе

	<p>потребителей опиатов число ПИН является приемлемым косвенным показателем, если предположить, что число потребителей неинъекционных опиоидных наркотиков соответствует числу потребителей инъекционных неопиоидных наркотиков. <i>Если известно общее число клиентов ЗТО за последние 12 месяцев, пожалуйста, укажите его в графе «Комментарии».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Варианты триангуляции: Качество знаменателя можно улучшить, если для триангуляции имеются различные источники данных по потребителям наркотиков. В некоторых странах проводятся обследования среди всех потребителей наркотиков, хотя в большинстве стран в первую очередь проводятся обследования среди ПИН. <p><i>Пожалуйста, дайте краткое пояснение, какими методами вы пользовались для получения расчетного значения знаменателя. Сошлитесь на предыдущий индикатор, если вы используете такой же знаменатель, или сообщите дополнительную информацию, если имеются оценки численности ПИН, использующих опиоидные наркотики.</i></p> <p>Для использования в качестве знаменателя, пожалуйста, не забудьте разделить расчетное число ПИН на 1000.</p>
Другие источники	<p>Техническое руководство ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html)</p>

С3 Число предоставленных шприцев/игл на одного потребителя инъекционных наркотиков (ПИН) за год действия ПОИШ	
Обоснование	Профилактика передачи ВИЧ среди ПИН требует наличия достаточного количества стерильных игл и шприцев для предупреждения их повторного или совместного использования. Следовательно, охват программой должен предусматривать достаточное количество подобного оборудования, чтобы потребители нелегальных наркотиков могли использовать его при каждой инъекции.
Что он измеряет	Косвенный показатель охвата ПОИШ каждой производимой ПИН инъекции
Числитель	Количество шприцев, предоставленных в рамках всех ПОИШ за последние 12 месяцев (включая аптеки, предоставляющие бесплатные иглы и шприцы)
Знаменатель	Расчетное число ПИН
Как измерять и инструменты измерения	Числитель: Данные о закупках товаров или данные ПОИШ об отпуске шприцев, если они имеются. (Для объяснения, что такое ПОИШ, см. графу «Дополнительные соображения») Знаменатель: Численность ПИН (по оценкам ЮНЭЙДС)
Разбивка данных	<i>По типам административных единиц: Городские/сельские</i>
Преимущества и недостатки	Этот индикатор учитывает только шприцы, отпущенные в рамках официальных программ. Шприцы, купленные в аптеках, полученные путем вторичного обмена или через неофициальные программы обмена игл этот индикатор не учитывает.
Дополнительные соображения	Программы обмена игл и шприцев (ПОИШ) – это любые программы, которые обеспечивают доступ к стерильному оборудованию и его безопасной утилизации через стационарные или мобильные программы обмена и/или через аптеки, где такое оборудование можно получить бесплатно. Во многих странах продажа инъекционного оборудования в аптеках является важным, а иногда и самым значительным источником стерильных шприцев и игл, доступным для потребителей наркотиков. Однако продажа игл и шприцев в аптеках обычно не учитывается как часть программ общественного здравоохранения или программ по снижению вреда в базах данных, доступных для пользователей. Если такие данные имеются, они могут быть собраны. Аптеки, которые предоставляют бесплатные иглы и шприцы, как правило, ведут регистрацию выданных игл в рамках программы и должны быть включены в расчеты. Для ознакомления с полным набором индикаторов, относящихся к ПИН, пожалуйста, обратитесь к Техническому руководству ВОЗ/УНП ООН/ЮНЭЙДС для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html). Также рекомендуется использовать индикатор охвата лечением при наркозависимости (процент потребителей инъекционных опиоидных наркотиков, охваченных ЗТО).
Использование данных	Индикатор дает общее представление об охвате ПОИШ. Опираясь на результаты ситуационного анализа и используя дезагрегированные данные, попытайтесь определить, существует ли несправедливость в предоставлении шприцев и где значение этого индикатора может опускаться ниже его значения в целом по стране.

Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности

- **Двойной подсчет данных:** Необходимо стараться избегать двойного подсчета выданных шприцев. В частности, НПО с множественными пунктами раздачи, но использующие механизм централизованных закупок могут одновременно предоставлять отчетность по нескольким пунктам раздачи игл и шприцев и по централизованной закупке.
 - **Национальная репрезентативность:** Если доступность данных отличается в разных частях страны (что, однако, не связано с распределением пунктов ПОИШ), их репрезентативность должна вызывать сомнения.
 - **Вопросы, касающиеся знаменателя:** Число ПИН в стране определить сложно. Однако для разработки национальных программ важно оценить размер и географическое распределение популяции ПИН.
- Пожалуйста, дайте краткое пояснение, какими методами вы пользовались для получения расчетного значения знаменателя. Если у вас имеются данные с разбивкой по административным единицам (например, по районам, областям), пожалуйста, включите их в графу «Комментарии».***

EUR 1 Процент лиц с опиоидной зависимостью, получающих заместительную терапию опиоидами (ЗТО)	
Обоснование	Заместительная терапия опиоидами (ЗТО) обладает высокой эффективностью для изменения инъекционного поведения, которое подвергает ПИН риску заражения ВИЧ-инфекцией. Кроме того, ЗТО способствовала как улучшению доступа к АРТ, так и повышению приверженности лечению и снижению смертности.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет объем предоставления ЗТО целевой группе, которая в ней нуждается (ПИН/страдающие опиоидной зависимостью), и дает информацию об охвате вмешательствами по предоставлению ЗТО и их эффективности. Он оценивает национальную приверженность и прогресс в области лечения потребителей опиатов и в снижении вероятности передачи ВИЧ среди ПИН.
Числитель	Число лиц, получающих заместительную терапию опиоидами (ЗТО) к концу отчетного периода.
Знаменатель	Расчетное число ПИН. Если доступно расчетное число потребителей инъекционных неопиоидных наркотиков (например, амфетаминов, кокаина и бензодиазепинов), знаменатель должен быть скорректирован. Если доступно расчетное число потребителей опиатов (инъекционных и неинъекционных), следует сообщать это число.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается на основании отчетов программ. Знаменатель рассчитывается на основании оценки размера популяции ПИН (или потребителей опиатов).
Разбивка данных	Не требуется. Однако женщины-ПИН часто сталкиваются с дополнительными препятствиями при получении доступа к услугам по профилактике и помощи при ВИЧ-инфекции. Поэтому может быть полезным собирать данные с разбивкой по полу и использовать их наряду с гендер-специфическими расчетами знаменателя для оценки и мониторинга этого неравенства.
Преимущества и недостатки	<p>Данные о числе лиц, получающих ЗТО, должны быть реальными, и их легко извлечь из отчетов программ, так как обычно пункты предоставления ЗТО имеют лицензию соответствующих национальных органов власти. Знаменатель требует особого рассмотрения. Если имеющиеся оценки числа ПИН (или потребителей опиатов) не включают лиц, получающих ЗТО в настоящее время, это повлияет на определение, какой процент ПИН охвачен ЗТО (завышенная оценка охвата).</p> <p>Не все ПИН являются потребителями опиоидов. В странах, где число потребителей неопиоидных инъекционных наркотиков (например, амфетаминов, кокаина и бензодиазепинов) значительно, необходима коррекция знаменателя.</p>
Дополнительные соображения	ЗТО осуществляется по-разному, чаще всего используется метадон и/или бупренорфин. В странах, где используются широкий спектр заместительных препаратов, все они должны быть включены в этот индикатор. Также необходимо рассмотреть ЗТО для лиц с зависимостью от неинъекционных опиоидов; они должны быть включены, так как переход на инъекционное потребление в этой группе не является редкостью. Следовательно, лечение опиоидной зависимости снижает вероятность перехода на инъекционное потребление и может рассматриваться как стратегия профилактики ВИЧ-

	инфекции. В странах, где число потребителей неопиоидных наркотиков (например, амфетаминов, кокаина и бензодиазепинов) значительно, необходимо рассмотреть другие варианты лечения наркозависимости.
Использование данных	Иметь представление о том, кто получает ЗТО, относительно размера популяции ПИН/потребителей опиоидов в стране. Если возможно, проанализировать географическое распределение тех, кто охвачен услугами по ЗТО, и распределение и плотность популяции ПИН в стране. Интерпретировать данные с учетом информации о географическом расположении пунктов предоставления ЗТО.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Дублирование сообщений: Существует риск двойного подсчета, если программы регистрируют число контактов с клиентами, а не число клиентов, охваченных ЗТО. См. также описание индикатора C2.
Другие ссылки	ВОЗ/УНПООН/ЮНЭЙДС Техническое руководство для стран по разработке целей в рамках концепции обеспечения универсального доступа к профилактике, лечению и уходу в связи с ВИЧ-инфекцией среди потребителей инъекционных наркотиков (http://www.who.int/hiv/topics/idu/en/index.html).

D Помощь

EUR 2 Число ВИЧ-инфицированных взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции	
Обоснование	Помощь при ВИЧ-инфекции предоставляется пожизненно и помогает определить, когда начинать АРТ, отслеживать эффективность лечения и удовлетворять другие потребности пациентов, касающиеся их здоровья, способствуя тем самым уменьшению смертности среди ЛЖВ.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции и имеет отношение к своевременному началу и мониторингу АРТ у взрослых и детей, а также у других групп населения.
Числитель	Число взрослых и детей с ВИЧ/СПИДом, которые были на приеме в медицинском учреждении, предоставляющем услуги при ВИЧ-инфекции, <u>хотя бы один раз</u> (один раз или больше) в течение отчетного года.
Знаменатель	Не применимо. Хотя для этого индикатора знаменатель не требуется, он может быть рассчитан, используя совокупное число тех, кому был поставлен диагноз ВИЧ-инфекции и зарегистрированных в регистре по эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом, и кто еще жив (если такие данные доступны) к концу отчетного периода.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается на основании отчетов национальных программ, данные для которых получены из регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	По полу, возрасту (<15, 15+), пути передачи (потребление инъекционных наркотиков или другой/неизвестно), статусу в отношении потребления инъекционных наркотиков (в настоящее время, в прошлом, не-ПИН), статусу получающего заместительную терапию опиоидами, статусу заключенного и результатам лабораторного исследования (в зависимости от имеющихся данных).
Преимущества и недостатки	Своевременное включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции (как можно раньше после инфицирования) позволяет вовремя начать АРТ и осуществлять последующее наблюдение, лечить сопутствующие заболевания и состояния, которые влияют на показатели смертности среди ЛЖВ, в частности, наркозависимость, ТБ, вирусные гепатиты В и С. Таким образом, включение в программу помощи при ВИЧ-инфекции является одной из важных мер борьбы против ВИЧ-инфекции, которая должна по возможности распространяться на все группы населения, нуждающиеся в такой помощи для достижения цели обеспечения всеобщего доступа. Кроме того, этот индикатор может служить знаменателем для других индикаторов, например как число тех, кто получает АРТ и нуждается в ней, или число лиц с коинфекцией ТБ или вирусного гепатита, которые нуждаются в скрининге, лечении и других видах помощи при этих заболеваниях.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Хотя разбивка данных для этого индикатора не требуется данные с разбивкой по географическим областям страны (если доступны) полезны для национального анализа включения зарегистрированных ЛЖВ в программу помощи при ВИЧ-инфекции.
Контроль качества данных и примечания для указания в	Дублирование сообщений. Существует риск двойного подсчета, если в учреждении регистрируется число визитов, а не посетителей, или если в течение отчетного периода ЛЖВ получают помощь в нескольких

инструменте отчетности	учреждениях. Погрешность может быть сведена к минимуму, если в учреждениях, где происходит включение ЛЖВ в программу помощи при ВИЧ-инфекции, им будут заданы вопросы о ранее предоставленной помощи и учреждении, где она была предоставлена, и эта информация зафиксирована.
------------------------	---

Е ВИЧ/ТБ

(для этого цикла отчетности индикаторы данного раздела не используются)

Ф Инфекции, передаваемые половым путем

F1 Число специальных служб для работников коммерческого секса (РКС), в которых предоставляются услуги по ИППП, на 1000 РКС	
Обоснование	Доступ к услугам по контролю ИППП крайне важен для РКС, так как они относятся к группе повышенного риска заражения и передачи ВИЧ. Доступ к услугам по контролю ИППП предоставляет возможности для раннего лечения ИППП и консультирования по изменению поведения, доступ к тестированию на ВИЧ в популяциях, подверженных риску острой ВИЧ-инфекции, а также является точкой входа в программы по оказанию помощи людям, живущим с ВИЧ (ЛЖВ).
Что он измеряет	Достигнутый прогресс в предоставлении услуг по профилактике, диагностике и лечению ИППП для РКС и, в конечном итоге, для их клиентов.
Числитель	Число специальных служб для РКС, где предлагаются услуги в связи с ИППП.
Знаменатель	Расчетное число РКС/1000
Как измерять и инструменты измерения	Данные программ, относящихся к пунктам предоставления услуг по ИППП Знаменатель: Численность популяции РКС (оценки ЮНЭЙДС)
Разбивка данных	<i>Предлагается разбивка данных по:</i> - Городским, сельским районам - Административным единицам
Преимущества и недостатки	Пункты, предоставляющие услуги по ИППП, как правило, не ограничиваются обслуживанием только определенной группы риска, однако в рамках национальных программ часто предпринимаются попытки сделать некоторые из них более благоприятными для обслуживания РКС, используя гибкий график работы и привлекая чуткий персонал. Хотя этот индикатор лишь частично свидетельствует о существовании программ, направленных на РКС; это легко проверяется и указывает на определенную степень приверженности разработке подобных программ.
Дополнительные соображения	Отсутствуют
Использование данных	Этот индикатор позволяет определить, существует ли в стране достаточное число служб, предоставляющих услуги по ИППП и доступных для РКС. Он позволяет провести обзор данных и изучить другую информацию по использованию услуг, предоставляемых подобными службами, и отношению клиентов к ним.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none">• Вопросы, касающиеся числителя: Пожалуйста, прокомментируйте, как было принято решение указать именно это число специализированных пунктов по предоставлению услуг РКС. Сообщите, предоставляют ли эти службы услуги только РКС или также и другим группам населения.• Вопросы, касающиеся знаменателя: Для улучшения интерпретации данных, пожалуйста, включите дополнительную информацию об использованных методах, проведенному анализу и тому, как была получена оценка числа РКС. Некоторые вопросы, которые следует принять во внимание: охваченные регионы страны; размер выборки; допущения

при экстраполяции данных; какие-либо недостающие важные данные; область неопределенности там, где она имеется.
Для знаменателя, пожалуйста, не забудьте *разделить* полученное число РКС на 1000.

F5 Распространенность сифилиса среди лиц, обращающихся в учреждения, предоставляющие услуги по дородовой помощи (ДРП)	
Обоснование	Выявление сифилиса у лиц, обращающихся в учреждения, которые предоставляют услуги по ДРП – это маркер эффективности программ профилактики ИППП. Он является ранним признаком, оповещающим о возможных изменениях в передаче ВИЧ среди населения в целом.
Что он измеряет	Положительные результаты тестирования на сифилис у лиц, обращающихся в учреждения, предоставляющие услуги по ДРП (возраст - 15-19, 20-24, 25+)
Числитель	Число лиц, обратившихся в учреждения, предоставляющие услуги по ДРП, с положительными результатами тестирования на сифилис.
Знаменатель	Число лиц, обратившихся в учреждения, предоставляющие услуги по ДРП, которые прошли тестирование на сифилис
Как измерять и инструменты измерения	<p>Как измерять: Данные могут быть получены из отчетности национальных программ мониторинга, из результатов обследований серораспространенности, медико-демографических обследований населения и других специализированных исследований. Учитывая, что в большинстве случаев системы регистрации данных в странах не используют уникальные идентификаторы пациентов, а женщины в течение беременности могут быть протестированы более одного раза, эти данные могут отражать положительные результаты тестирования на сифилис, но не реальную распространенность заболевания. Однако в большинстве стран распространенность серопозитивности в отношении сифилиса существенно не отличается от реальной распространенности этого заболевания среди лиц, обращающихся в службы ДРП.</p> <p>Инструменты оценки: Положительные результаты тестирования на сифилис могут быть получены либо с использованием нетрепонемных (например, RPR или VDRL) или трепонемных тестов (например, РПГА, РА, ИФА или различные экспресс-тесты), или сочетания тестов обоих видов. Положительные результаты, полученные в нетрепонемных тестах, указывают на наличие острой инфекции, а в трепонемных - на имевшуюся ранее инфекцию, даже если она была успешно пролечена. В идеале, для облегчения и повышения качества интерпретации результатов следует использовать комбинацию этих тестов, хотя в большинстве учреждений, предоставляющих услуги по ДРП, проведение тестирования с использованием обоих тестов на регулярной основе невозможно. Если невозможно проведение обоих тестов, то в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП, предпочтительнее использовать нетрепонемные тесты, так как они скорее позволят определить наличие острого заболевания. Однако использование трепонемных экспресс-тестов позволило проводить тестирование на сифилис в учреждениях, не имеющих лабораторных мощностей, что значительно увеличило число женщин, которые могут пройти тестирование на сифилис и получить лечение во время беременности.</p>
Разбивка данных	По возрасту (15-19, 20-24, 25+)
Преимущества и недостатки	<p>Преимущества:</p> <ul style="list-style-type: none"> Учитывая, что в большинстве стран данные будут получены при использовании тестов разных типов, анализ данных, относящихся к возрастной группе женщин от 15 до 24 лет повышает вероятность того, что положительные результаты трепонемного теста указывают на недавнее инфицирование.

	<p>Недостатки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Так как со временем страны переходят на использование других тестов, изменения в показателях позитивности могут быть отражением как изменений в технологии проведения тестирования, так и действительных изменений бремени болезни.
Дополнительные соображения	Если у конкретной пациентки имеются результаты как трепонемного, так и нетрепонемного теста, то серопозитивность по сифилису должна устанавливаться по положительным результатам обоих тестов.
Использование данных	Индикатор позволяет рассмотреть тенденции во времени и провести оценку тенденций в отношении заболеваемости и эффективности программ профилактики ИППП. Знание того, какие методы тестирования используются в стране, необходимо использовать как дополнение при интерпретации тенденций в отношении заболеваемости. Индикатор позволяет сравнить данные по тенденциям в отношении сифилиса и ВИЧ-инфекции.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Для оказания помощи в интерпретации тенденций страны должны сообщать расчетную долю нетрепонемных тестов на сифилис. • Важно включать в подсчет только ОДИН тест из всех проведенных у одной и той же пациентки во время одной и той же беременности.

G Антиретровирусная терапия

G1 Процент учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по АРТ	
Обоснование	Антиретровирусная терапия (АРТ) - основа эффективного лечения ВИЧ-инфекции, и определение процента учреждений здравоохранения, предоставляющих АРТ, дает ценную информацию о ее доступности.
Что он измеряет	Доступность услуг по АРТ, выраженную как процент учреждений здравоохранения, предлагающих услуги по АРТ (то есть назначение лечения и/или проведение последующего клинического наблюдения). Учреждения здравоохранения включают государственные и частные учреждения, медицинские центры и больницы (в том числе по лечению ТБ), а также учреждения здравоохранения, которые находятся в ведении религиозных организаций или НПО.
Числитель	Число учреждений здравоохранения, которые предлагают АРТ (то есть назначают лечение и/или проводят последующее клиническое наблюдение).
Знаменатель	Общее число учреждений здравоохранения, исключая специализированные, где услуги по АРТ не предлагаются и никогда не будут предлагаться (например, учреждения, специализирующиеся только на офтальмологической помощи)
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается путем сложения числа учреждений, сообщающих о предоставлении по АРТ. Информация о наличии и доступности конкретных услуг обычно имеется на национальном или субнациональном уровне. Национальные программы по СПИДу должны иметь реестры по всем учреждениям здравоохранения, предлагающим услуги по АРТ (и аккуратно ведущим реестр услуг). Источником такой информации может также служить статистическая отчетность или данные обследований учреждений здравоохранения; кроме того, из данных обследований можно получить более подробную информацию об имеющихся услугах при условии, что она получена на репрезентативной выборке учреждений здравоохранения страны. Ответы на ряд вопросов позволяют установить, предоставляют ли работники АРТ непосредственно в этом учреждении (то есть назначают АРТ и/или проводят последующее клиническое наблюдение за пациентами, получающими АРТ) или направляют пациентов для получения этих услуг в другие учреждения здравоохранения. Кроме того, необходимо использовать регистрационные журналы учреждений, в которых отражено текущее состояние предоставления услуг. Одним из потенциальных ограничений обследований учреждений или переписей является то, что обычно они проводятся только один раз в несколько лет. Страны должны регулярно обновлять данные национальных программ, относящиеся к учреждениям здравоохранения, которые предлагают услуги по АРТ, и дополнять их данными, полученными при проведении обследований учреждений здравоохранения или переписей каждые несколько лет. Для обследований учреждений здравоохранения или переписей учреждений здравоохранения могут использоваться такие инструменты как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) или картирование доступности услуг (SAM).</p> <p>Знаменатель рассчитывается путем сложения всех учреждений здравоохранения, включенных в выборку. Информацию для включения в знаменатель можно получить из данных национальных программ, реестров учреждений здравоохранения и/или из документов, в которых отражены</p>

	<p>национальные стратегии или планирование. Необходимо исключить специализированные учреждения, в которых услуги по АРТ не предлагаются и никогда не будут предлагаться (например, учреждения, специализирующиеся на услугах по офтальмологической помощи, где АРТ никогда предоставляться не будет).</p>
Разбивка данных	<p>По секторам: <i>государственный, частный</i></p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор предоставляет ценную информацию о доступности услуг по АРТ в учреждениях здравоохранения, но он не включает информацию о качестве предоставляемых услуг. Сама по себе АРТ является комплексным вмешательством и должна предоставляться как часть пакета вмешательств по оказанию помощи, включающего профилактику котримоксазолом, ведение оппортунистических инфекций и сопутствующих заболеваний, поддержку в отношении питания и паллиативную помощь. Просто проведение мониторинга наличия и доступности услуг по АРТ не гарантирует, что все связанные с АРТ услуги предоставляются тем, кто в них нуждается, надлежащим образом. Тем не менее, для того, чтобы планировать расширение услуг, необходимое для достижения целей по всеобщему охвату, важно знать, какой процент учреждений здравоохранения предоставляют услуги по АРТ.</p>
Дополнительные соображения	<ul style="list-style-type: none"> • Одна из стратегий по расширению масштаба услуг по АРТ – сделать АРТ доступной в большем количестве учреждений здравоохранения. Этого можно достигнуть путем децентрализации услуг по АРТ, то есть обеспечить их предоставление не только в высокоспециализированных медицинских учреждениях (например, в больницах), но и в учреждениях, предоставляющих первичную и вторичную медицинскую помощь. Расширение доступности услуг по АРТ имеет важнейшее значение для достижения цели по обеспечению всеобщего доступа к лечению ВИЧ-инфекции к 2010 г. • В зависимости от типа эпидемии в стране, знаменатель может не играть особой роли в тех случаях, если одной из стратегических целей программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией является обеспечение предоставления услуг по АРТ в ограниченном числе пунктов. Кроме того, знаменатель может быть недостаточно точным, чтобы обеспечить достоверность пропорции. Однако тенденции, в отношении числителя, наблюдающиеся с течением времени (или увеличение числа учреждений здравоохранения, которые предлагают АРТ), сами по себе являются важной информацией для регистрации «ритма» расширения масштаба услуг.
Использование данных	<p>Этот индикатор позволяет определить степень прогресса, достигнутого в увеличении числа и доли учреждений здравоохранения, предоставляющих услуги по АРТ. Анализ данных по географическому расположению учреждений и по типу учреждения с разбивкой на учреждения, расположенные в городских и сельских районах, а также триангуляция данных с оценками «плотности» случаев ВИЧ-инфекции, могут дать представление о том, существует ли необходимость в повышении доступности услуг по АРТ.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Пожалуйста, укажите, откуда взяты отчетные данные: из национального реестра учреждений здравоохранения, из данных переписи или данных обследования учреждений здравоохранения. Если информация по частному или другим секторам отсутствует, пожалуйста, укажите это в графе «Комментарии».

Если вы можете легко получить и предоставить какую-либо дополнительную информацию по географическому распределению учреждений, предоставляющих услуги по АРТ (например, городские/сельские, процент учреждений, предоставляющих АРТ, в районах с высокой концентрацией людей, живущих с ВИЧ), пожалуйста, сообщите дополнительные данные.

- Числитель – это ключевой компонент индикатора; он позволяет сравнивать тенденции во времени.
- Вопросы, касающиеся знаменателя: данные для знаменателя не всегда имеются в частном секторе.

G3a, b, c, d, e Процент взрослых и детей с ВИЧ-инфекцией, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 36 месяцев, d) 48 месяцев, е) 60 месяцев после ее начала	
Обоснование	АРТ - это лечение, продолжающееся всю жизнь, повышающее выживаемость и снижающее вероятность передачи вируса.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет показатель «удержания» пациентов на АРТ, что обусловлено повышением выживаемости и желанием продолжать АРТ. Он должен оцениваться через 12 месяцев после начала АРТ, а затем ежегодно. Он дополняет показатель охвата программой путем оценки эффективности.
Числитель	Число взрослых и детей, которые еще живы и получают АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 36 месяцев, d) 48 месяцев, е) 60 месяцев после ее начала.
Знаменатель	Общее число взрослых и детей, начавших АРТ, в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев за отчетный период, включая тех, кто умер после начала АРТ, тех, кто прекратил АРТ, и тех, кто был зарегистрирован как потерянные для последующего наблюдения через 12 месяцев. Аналогично для б) - е), в отношении которых ожидалось результаты через б) 24 месяца, с) 36 месяцев, d) 48 месяцев, или е) 60 месяцев за отчетный период (по соответствующим индикаторам).
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель и знаменатель: инструменты мониторинга программ; регистрационные данные по АРТ и регистрационные формы когортного анализа.</p> <p>Выбор знаменателя Для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2009 г. страны должны рассчитать эти индикаторы учитывая пациентов следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Для результатов через 12 месяцев: все пациенты, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2008 г., путем проверки результатов лечения через 12 месяцев в течение 2009 г., ▪ Для результатов через 24 месяца: все пациенты, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2007 г., путем проверки результатов лечения через 24 месяца в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 36 месяцев: все пациенты, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2006 г., путем проверки результатов лечения через 36 месяцев в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 48 месяцев: все пациенты, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2005 г., путем проверки их результатов через 48 месяцев в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 60 месяцев (5 лет): все пациенты, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2004 г., путем проверки результатов лечения через 60 месяцев в течение 2009 г. <p>Пояснение для числителя Для индикатора за 12 месяцев: для числителя требуется, чтобы пациенты (как взрослые, так и дети) были живы и продолжали получать АРТ через 12 месяцев после начала лечения. Для числителя не требуется, чтобы пациенты получали АРТ без перерывов за период 12 месяцев. Пациенты, которые пропустили одно или два назначенных посещения в рамках наблюдения или получения лекарств, и временно прекратили лечение в течение 12 месяцев с момента его начала, но зарегистрированы как все еще</p>

	<p>продолжающие получать АРТ через 12 месяцев включаются в числитель. Напротив, пациенты, которые умерли, прекратили лечение или были зарегистрированы как потерянные для последующего наблюдения через 12 месяцев после начала лечения, не включаются в числитель. Возьмем для примера пациентов, которые начали АРТ в мае 2008 г. Если в любой момент времени в период с мая 2008 г. по май 2009 г. эти пациенты умерли, были потеряны для последующего наблюдения (и не вернулись для его продолжения) или прекратили лечение (и не начали его вновь), тогда через 12 месяцев (в мае 2009 г.) они не получают АРТ и не включаются в числитель. И наоборот, пациент, который начал АРТ в мае 2008 г. и пропустил визит к врачу в июне 2008 г., но зарегистрирован как получающий АРТ в мае 2009 г. (через 12 месяцев) считается получающим АРТ и включается в числитель. Важно то, что пациент, который начал АРТ в мае 2008 г. зарегистрирован как живой и продолжающий получать АРТ после 12 месяцев, независимо от того, что произошло в период с мая 2008 г. по май 2009 г. (период от 0 до 12 месяцев после начала лечения).</p> <p><i>Подобных принципов следуют придерживаться при расчете индикаторов для 24, 36, 48 и 60 месяцев.</i></p>
Разбивка данных	<p>Насколько возможно, данные для этого индикатора должны даваться с разбивкой по полу, возрасту (<15, 15+), по схеме первого и второго ряда для периода в 12 месяцев.</p>
Преимущества и недостатки	<p>Продолжение АРТ в основном связано с выживаемостью (но также с желанием продолжать терапию). Выживаемость может отражать то, какие предлагаются услуги, но также может зависеть от исходных характеристик пациентов, которые начали получать АРТ. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая стадии являются независимыми прогностическими факторами выживаемости пациентов, получающих АРТ. Исходные характеристики когорты пациентов должны помочь при интерпретации результатов, и особенно при сравнении пунктов предоставления АРТ.</p>
Дополнительные соображения	<p>В странах, где отчетность по этому индикатору обеспечивается не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, данные должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности.</p>
Использование данных	<p>Этот индикатор позволяет отметить некоторые особенности ситуации, в частности, низкий охват, и оценить лежащие в основе этого причины. Старайтесь получить данные по группам не получающих АРТ: умершие, прекратившие АРТ или потерянные для последующего наблюдения. Если такие данные имеются, попытайтесь провести анализ группы пациентов, потерянных для последующего наблюдения, чтобы понять вероятность того, что они умерли, прекратили АРТ или были переведены в другие учреждения. Проведите сравнение когорт.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора предоставляются только подгруппой учреждений, необходимо добавить комментарий в отношении источника информации, размера выборки и является ли информация репрезентативной для всех пунктов предоставления АРТ.</p>

EUR 3 Причины прекращения антиретровирусной терапии у взрослых и детей, не получающих лечение через 12 месяцев после ее начала	
Обоснование	АРТ – это пожизненное лечение, позволяющее сохранить жизнь. Прекращение АРТ повышает риск прогрессирования ВИЧ/СПИДа и развития у ЛЖВ устойчивости ВИЧ к АРВ-препаратам. Для улучшения показателей удержания пациентов на АРТ важно понять причины прекращения лечения.
Что он измеряет	Этот индикатор оценивает основные причины прекращения АРТ с целью улучшения клинического ведения пациентов, повышения приверженности и совершенствования ответных действий системы здравоохранения.
Числитель	Число взрослых и детей, не получающих больше АРТ через 12 месяцев после ее начала, с разбивкой по основным причинам прекращения лечения: решение врача (например, недостаточная приверженность, потребление нелегальных наркотиков); решение пациента (например, нежелание продолжать АРТ); проблемы, связанные с системой здравоохранения (например, недоступность необходимых АРВ-препаратов или других важных лекарственных средств); потеря пациентов для последующего наблюдения; смерть; другие или неизвестные причины.
Знаменатель	Не применимо. Хотя для этого индикатора знаменатель не требуется, он может быть рассчитан с использованием числа взрослых и детей, не получающих больше АРТ через 12 месяцев после начала лечения, но в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев в течение отчетного периода (лица, которые прекратили АРТ в течение 12 месяцев после ее начала).
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	По причинам прекращения АРТ: по решению врача; по решению пациента; связанные с системой здравоохранения; потеря пациента для последующего наблюдения; смерть; другие или неизвестные причины.
Преимущества и недостатки	Мониторинг причин прекращения АРТ указывает на качество ведения пациентов и наблюдения за ними. В частности, это может отражать качество консультирования до начала АРТ, а также готовность и способность пациентов получать лечение; приверженность лечению в течение первого года АРТ; выбор и доступность эффективных и переносимых АРВ-препаратов для соответствующих схем АРТ, а также качество лечебных мероприятий при токсичности АРВ-препаратов; перебои в снабжении АРВ-препаратами и последующее наблюдения за пациентами, касающееся посещений медицинского учреждения для получения полного комплекса услуг и АРТ. Существует риск двойного подсчета причин прекращения АРТ. Рекомендуется выбрать для каждого пациента основную, наиболее подходящую причину.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени и сравнить различия в причинах прекращения АРТ, а также оценить прогресс в преодолении этого явления. Полезная информация для клинического применения.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Пожалуйста, прокомментируйте, сколько учреждений из тех, которые предлагают услуги по АРТ, предоставляют информацию о частоте прекращения АРТ.

EUR 4a, b, c, d, e Процент ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков, о которых известно, что они продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 36 месяцев, д) 48 месяцев, е) 60 месяцев после ее начала	
Обоснование	АРТ - это пожизненное лечение, повышающее выживаемость и снижающее вероятность передачи вируса. В Европейском регионе ВОЗ, где потребители инъекционных наркотиков (ПИН) в наибольшей степени затронуты эпидемией ВИЧ/СПИДа, доступ к АРТ и удержание на АРТ – ключевые вмешательства, осуществляемые сектором здравоохранения в ответ на эпидемию.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет удержание пациентов на АРТ, обусловленное повышением выживаемости и желанием продолжать АРТ. Он должен оцениваться через 12 месяцев после начала АРТ, а затем ежегодно. Он дополняет показатели охвата программой путем оценки эффективности.
Числитель	Число ПИН, которые еще живы и продолжают получать АРТ через а) 12 месяцев, б) 24 месяца, с) 36 месяцев, д) 48 месяцев, е) 60 месяцев после начала лечения.
Знаменатель	Общее число ПИН, начавших АРТ, в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев в течение отчетного периода, включая тех, кто умер после начала АРТ, тех, кто прекратил АРТ, и тех, кто был зарегистрирован как потерянные для последующего наблюдения через 12 месяцев. Аналогично для б) - е), в отношении которых ожидалось результаты через б) 24 месяца, с) 36 месяцев, д) 48 месяцев, или е) 60 месяцев, за отчетный период (по соответствующим индикаторам).
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель и знаменатель: инструменты мониторинга программ; регистрационные данные по АРТ и регистрационные формы для когортного анализа.</p> <p>Выбор знаменателя</p> <p>Для отчетного периода с 1 января по 31 декабря 2009 г. страны должны рассчитывать эти индикаторы, учитывая ПИН следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Для результатов через 12 месяцев: все ПИН, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2008 г., путем проверки результатов лечения через 12 месяцев в течение 2009 г., ▪ Для результатов через 24 месяца: все ПИН, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2007 г., путем проверки результатов лечения через 24 месяца в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 36 месяцев: все ПИН, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2006 г., путем проверки результатов лечения через 36 месяцев в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 48 месяцев: все ПИН, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2005 г., путем проверки их результатов через 48 месяцев в течение 2009 г. ▪ Для результатов через 60 месяцев (5 лет): все ПИН, которые начали АРТ в период с 1 января по 31 декабря 2004 г., путем проверки результатов лечения через 60 месяцев в течение 2009 г.

	<p>Пояснение для числителя</p> <p><i>Для индикатора за 12 месяцев:</i> для числителя требуется, чтобы пациенты-ПИН были живы и продолжали получать АРТ через 12 месяцев после начала лечения. Для числителя не требуется, чтобы в период 12 месяцев пациенты получали АРТ без перерывов. ПИН, которые пропустили одно или два назначенных посещения в рамках наблюдения или получения лекарств, и временно прекратили лечение в течение 12 месяцев с момента его начала, но зарегистрированы как все еще продолжающие получать АРТ через 12 месяцев, включаются в числитель. Напротив, ПИН, которые умерли, прекратили лечение или были зарегистрированы как потерянные для последующего наблюдения через 12 месяцев после начала лечения, не включаются в числитель. Возьмем для примера пациентов-ПИН, которые начали АРТ в мае 2008 г. Если в любой момент времени в период с мая 2008 г. по май 2009 г. эти пациенты умерли, были потеряны для последующего наблюдения (и не вернулись для его продолжения) или прекратили лечение (и не начали его вновь), тогда через 12 месяцев (в мае 2009 г.) они не получают АРТ и не включаются в числитель. И наоборот, пациент-ПИН, который начал АРТ в мае 2008 г. и пропустил визит к врачу в июне 2008 г., но зарегистрирован как получающий АРТ в мае 2009 г. (через 12 месяцев) считается получающим АРТ и включается в числитель. Важно то, что ПИН, который начал АРТ в мае 2008 г., зарегистрирован как живой и продолжающий получать АРТ через 12 месяцев, независимо от того, что произошло в период с мая 2008 г. по май 2009 г. (период от 0 до 12 месяцев после начала лечения).</p> <p><i>Подобных принципов следуют придерживаться при расчете индикаторов для 24, 36, 48 и 60 месяцев.</i></p>
7Разбивка данных	Максимально возможная разбивка данных для этого индикатора: по полу, возрасту (<15, 15+), схемам 1-го и 2-го ряда для периода 12 месяцев.
Преимущества и недостатки	Продолжение АРТ, как правило, обусловлено выживаемостью (но также желанием продолжать терапию). Выживаемость может отражать предоставление услуг, но также может зависеть от исходных характеристик пациентов-ПИН, которые начали получать АРТ. Клиническая, иммунологическая и вирусологическая стадии являются независимыми прогностическими факторами выживаемости пациентов, получающих АРТ. Имеющиеся у ПИН различные проблемы со здоровьем могут оказывать дополнительное влияние на показатели выживаемости. Исходные характеристики когорты пациентов должны помочь при интерпретации результатов и особенно при сравнении пунктов предоставления АРТ.
Дополнительные соображения	В странах, где данные для этого индикатора имеются не во всех, а только в некоторых учреждениях, предоставляющих АРТ, они должны интерпретироваться с учетом их репрезентативности
Использование данных	Этот индикатор позволяет отметить некоторые особенности ситуации (например, низкий охват), и использовать данные для оценки лежащих в основе этого причин. Старайтесь получить данные по группам не получающих АРТ: умершие, прекратившие АРТ, потерянные для последующего наблюдения. Если такие данные имеются, попытайтесь

	<p>провести анализ группы потерянных для последующего наблюдения, чтобы понять вероятность того, что они умерли, прекратили АРТ или были переведены в другие учреждения. Проведите сравнение когорт. См. также индикаторы EUR 3 и EUR 5.</p>
<p>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</p>	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, в которых предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.</p>

EUR 5 Причины прекращения лечения среди потребителей инъекционных наркотиков, не получающих больше антиретровирусную терапию через 12 месяцев после ее начала	
Обоснование	АРТ – это пожизненное лечение, позволяющее сохранить жизнь. Прекращение АРТ повышает риск прогрессирования ВИЧ/СПИДа и развития у ЛЖВ устойчивости ВИЧ к АРВ-препаратам. В Европейском регионе ВОЗ, где потребители инъекционных наркотиков (ПИН) в наибольшей степени поражены эпидемией, крайне важно удержание их на АРТ и изучение причин ее прекращения.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет основные причины прекращения АРТ с целью улучшения клинического ведения пациентов-ПИН, повышения приверженности и совершенствования ответных действий системы здравоохранения.
Числитель	Число ПИН, которые больше не получают АРТ через 12 месяцев после ее начала с разбивкой по основным причинам прекращения лечения: решение врача (например, недостаточная приверженность, потребление нелегальных наркотиков); решение пациента (например, нежелание продолжать АРТ); проблемы, связанные с системой здравоохранения (например, недоступность необходимых АРВ-препаратов или других важных лекарственных средств); потеря пациентов для последующего наблюдения; смерть; другие или неизвестные причины.
Знаменатель	Не применимо. Хотя для этого индикатора знаменатель не требуется, он может быть рассчитан с использованием числа ПИН, которые больше не получают АРТ через 12 месяцев после ее начала, но в отношении которых ожидалось результаты через 12 месяцев в течение отчетного периода (лица, которые прекратили АРТ в течение 12 месяцев после ее начала).
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	По причинам прекращения лечения: по решению врача; по решению пациента; связанные с системой здравоохранения; потеря пациента для последующего наблюдения; смерть; другие или неизвестные причины.
Преимущества и недостатки	Мониторинг причин прекращения АРТ указывает на качество ведения пациентов-ПИН и наблюдения за ними. В частности, это может отражать качество консультирования до начала АРТ, а также готовность и способность пациентов получать лечение; приверженность лечению в течение первого года АРТ; выбор и доступность эффективных и переносимых АРВ-препаратов для соответствующих схем АРТ, а также качество лечебных мероприятий при токсичности АРВ-препаратов; перебои в снабжении АРВ-препаратами и последующее наблюдения за пациентами, касающееся посещения медицинского учреждения для получения полного комплекса услуг и АРТ. Существует риск двойного подсчета причин прекращения АРТ. Рекомендуется выбрать для каждого пациента основную, наиболее подходящую причину.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени и сравнить различия в причинах прекращения АРТ, а также оценить прогресс в преодолении этого явления. Полезная информация для клинического применения

Контроль качества
данных и примечания
для указания в
инструменте
отчетности

Пожалуйста, прокомментируйте, сколько учреждений из тех, которые предлагают услуги по АРТ, предоставляют информацию о частоте прекращения АРТ среди ПИН.

Н Системы здравоохранения

Н1 Процент учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты для АРТ, которые испытывали дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов в последние 12 месяцев	
Обоснование	По мере того, как страны расширяют масштаб услуг по АРТ, важно обеспечить доступность АРВ-препаратов для тех, кто в них нуждается. АРТ – это долговременная стратегия лечения для людей, с продвинутой стадией ВИЧ-инфекции, и перерывы в лечении могут привести к его неэффективности, а также к развитию устойчивости к ВИЧ-препаратам. Для бесперебойного снабжения необходимыми АРВ-препаратами требуется эффективная организация поставок.
Что он измеряет	Этот индикатор оценивает ключевой аспект организации снабжения АРВ-препаратами: испытывали ли учреждения здравоохранения дефицит хотя бы одного из необходимых АРВ-препаратов за последние 12 месяцев.
Числитель	Число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты, которые один или более раз испытывали дефицит необходимого АРВ-препарата за последние 12 месяцев.
Знаменатель	Общее число учреждений здравоохранения отпускающих АРВ-препараты.
Как измерять и инструменты измерения	Могут использоваться данные отчетов информационных систем управления материально-техническим снабжением или обследований учреждений здравоохранения, таких, как оценка поставщиков медицинских услуг (SPA) или картирование доступности услуг (SAM) (если они включают вопросы, связанные с дефицитом АРВ-препаратов). Если существует единая национальная информационная система организации материально-технического снабжения, которая содержит данные о наличии АРВ-препаратов на уровне учреждений здравоохранения, информацию для этого индикатора следует извлечь из этой системы. С другой стороны, может возникнуть необходимость в сборе информации путем проведения специальных обследований или визитов на места. Если в стране существует ограниченное число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты, обследование или визиты на места должны охватывать все подобные учреждения. Если в стране имеется большое число учреждений здравоохранения, отпускающих АРВ-препараты, то, возможно, потребуется репрезентативная выборка из общего числа таких учреждений (полный список должен иметься на национальном уровне). При проведении выборки важно обеспечить, чтобы она включала учреждения разных уровней (центрального, районного и периферийного), а также городские и сельские учреждения. В странах, где АРВ-препараты отпускаются в аптеках и в других пунктах, не являющихся учреждениями здравоохранения, их дефицит должен отслеживаться и в этих учреждениях; насколько это выполнимо, будет зависеть от охвата учреждений информационной системой управления материально-техническим снабжением).
Разбивка данных	По секторам: государственный, частный
Преимущества и недостатки	Этот индикатор фиксирует важнейший компонент программы АРТ: наличие постоянного и непрерывного снабжения АРВ-препаратами на уровне учреждения здравоохранения. Однако этот индикатор не дает информацию о том, что является причиной дефицита; дефицит какого (каких) АРВ-

	<p>препарата(ов) наблюдается или наблюдался; или сколько времени наблюдался дефицит конкретного АРВ-препарата. Он также не дает информации по качеству хранения, доставки и распределения АРВ-препаратов.</p>
<p>Дополнительные соображения</p>	<p>В определенных ситуациях простой мониторинг дефицита препаратов может вводить в заблуждение, так как учреждение может иметь резервный запас АРВ-препаратов, но проводить политику, запрещающую его использовать. В соответствии с определением этого индикатора подобные учреждения не будут учтены как испытывающие дефицит, даже если пациенты не получают АРВ-препарат, необходимый им для лечения. В учреждениях, где при нехватке АРВ-препараты они из резервных запасов не выдаются, предпочтительнее собирать информацию о случаях функционального дефицита (т.е. невозможности физического доступа или использования необходимого АРВ-препарата).</p>
<p>Использование данных</p>	<p>Если существует дефицит препаратов, оцените, что является его причиной: проблемы, связанные с функционированием национальной системы распределения, или это местная проблема. Индикатор позволяет определить, чем обусловлен дефицит препаратов: планированием объема заказа на снабжение лекарственными средствами, системой распределения или любыми другими проблемами. Используйте этот индикатор как возможность определить, функционирует ли информационная система управления материально-техническим снабжением.</p>
<p>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</p>	<p>Укажите, на чем основана предоставленная информация: на национальных данных или на данных обследования выборки учреждений. Пожалуйста, дайте любые другие комментарии, которые могут помочь в интерпретации данных (например, если были включены данные только из государственного или только из частного сектора или существует вероятность завышения или занижения данных).</p>

I Женщины и дети

18 Процент беременных женщин, прошедших тестирование на ВИЧ во время беременности, во время родов или в послеродовой период (<72 часов) и знающих о результатах, включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом	
Обоснование	<p>Определение серологического ВИЧ-статуса беременной является отправной точкой для предоставления других услуг, например, услуг по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР), а также необходимо для того, чтобы сделать услуги по профилактике, лечению и помощи при ВИЧ-инфекции соответствующими нуждам беременной женщины.</p>
Что он измеряет	<p>Оценивает усилия, направленные на определение серологического статуса беременных, которые предпринимались в последние 12 месяцев. Указывает, какой процент беременных прошли тестирование на ВИЧ и получили результаты тестирования во время беременности, родов и послеродовой период (<72 часов), включая женщин с ранее известным ВИЧ-статусом. При предоставлении данных для этого индикатора необходимо стараться свести к минимуму вероятность двойного подсчета.</p>
Числитель	<p>Число беременных женщин с неизвестным ВИЧ-статусом</p> <p>Числитель складывается из числа женщин с неизвестным ВИЧ-статусом, которые обращаются за услугами по ДРП, родовспоможению и послеродовой помощи, протестированных на ВИЧ и знающих свои результаты, и женщин с уже известным ВИЧ-положительным статусом, которые обратились за услугами по ДРП в связи с новой беременностью в последние 12 месяцев.</p> <p>Числитель – это сумма категорий от а до d, указанных ниже:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) беременные, протестированные на ВИЧ и получившие результаты тестирования при получении услуг по ДРП; b) беременные с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которым предоставлялись услуги по родовспоможению, прошедшие тестирование и получившие результаты; c) женщины с неизвестным серологическим ВИЧ-статусом, которые получали послеродовую помощь в течение 72 часов после родов, прошли тестирование и получили результаты; d) беременные с известным положительным ВИЧ-статусом, обратившиеся за услугами по ДРП при новой беременности. <p>Беременные (и только родившие) женщины с неизвестным серологическим статусом – это женщины, которые не проходили тестирование в период дородового наблюдения в связи с данной беременностью или во время родов, или у которых нет документального подтверждения, что они прошли тестирование во время данной беременности.</p> <p>Беременные с известным положительным ВИЧ-статусом: женщины, которые прошли тестирование, а их положительный ВИЧ-статус был подтвержден в какое-либо время до этой беременности, и получающие услуги по ДРП в связи с этой беременностью. В соответствии с национальными методическими рекомендациями по тестированию беременных женщин, эти женщины не должны проходить повторное тестирование, если существует документальное подтверждение их положительного ВИЧ-статуса. Однако</p>

	<p>эти женщины нуждаются в услугах по ППМР и учитываются в числителе.</p> <p>Разбивка данных:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) женщины с уже известным (положительным) ВИЧ-статусом, получающие ДРП, (b) женщины, чей положительный ВИЧ-статус был определен недавно, (c) женщины с отрицательным ВИЧ-статусом.
Знаменатель	<p>Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые родили в последние 12 месяцев. Это косвенный показатель числа новорожденных, которые родились у ВИЧ-инфицированных женщин.</p>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается по данным национальных программ на основе совокупных данных, которые регистрируются в учреждениях предоставляющих ДРП, услуги по родовспоможению и послеродовой помощи.</p> <p>В странах с высокой частотой обращений в медицинские учреждения за услугами по родовспоможению для получения данных, возможно, будет достаточно использовать регистрационные журналы родов, так как, изучив только эти документы, уже можно получить результаты тестирования на ВИЧ для большинства беременных.</p> <p>В регистрационных журналах учреждений здравоохранения должен фиксироваться известный положительный ВИЧ-статус беременных, обращающихся за ДРП в связи с новой беременностью. Это необходимо для получения ими услуг по ППМР.</p> <p>Должны быть включены все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют ТИК беременным.</p> <p>Значение знаменателя получают из расчетного числа беременных женщин, родивших в последние 12 месяцев. Для этого могут использоваться оценки числа рождений из центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или из системы регистрации беременных, содержащей полные данные.</p>
Разбивка данных	<p>По стадиям беременности: дородовой период, роды, послеродовой период</p> <p>Серологический ВИЧ-статус: число ВИЧ+</p>
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет проводить мониторинг тенденций в проведении тестирования на ВИЧ у женщин, обращающихся за услугами по ДРП.</p> <p>Этот индикатор не позволяет установить число случаев отказа от помощи при проведении ТИК, а также причины, по которым это происходит. Он не определяет ни качество тестирования или консультирования, ни число женщин, которые получили услуги по консультированию до или после тестирования.</p> <p>В отношении этого индикатора существует риск двойного подсчета, так как беременные могут быть протестированы более одного раза до родов, во время родов и после родов, особенно, когда они заново проходят тестирование в другом учреждении; обращаются в учреждения до родов, в период родов или после родов, не предоставляя документов о результатах предыдущих тестов; или когда они проходят повторное тестирование после отрицательного результата теста, полученного ранее во время</p>

	беременности. Хотя невозможно полностью избежать двойного подсчета, страны должны так организовывать сбор данных и систему отчетности, чтобы свести его к минимуму.
Дополнительные соображения для стран	<p>Не все категории будут применимы или иметь значение для всех учреждений, например, категория «женщины с неизвестным ВИЧ-статусом, протестированные в течение 72 часов после родов». Возможно, страны захотят пересмотреть свои методы и использовать время и ресурсы для получения данных по тем категориям, которые имеют значение в их условиях.</p> <p>Возможно, для дополнительного анализа тенденций в использовании услуг по ТИК страны захотят провести разбивку данных по периодам (до родов, роды и после родов), а также по уровню учреждения здравоохранения, чтобы узнать число женщин, чей ВИЧ-статус был определен на каждом этапе предоставления услуг, например, процент женщин с известным ВИЧ-статусом, обратившихся за ДРП, или рожавших в условиях медицинского учреждения.</p> <p>Менеджеры программ могут использовать дополнительные субнациональные индикаторы и индикаторы на уровне учреждений для оценки тенденций и достигнутого прогресса в ТИК, например, показатели использования услуг по ТИК и получения результатов.</p> <p>Достоверность значения этого индикатора можно проверить, используя данные обследований населения, например, медико-демографических обследований или кластерных обследований по нескольким индикаторам, которые обычно проводятся каждые 3-5 лет, или данных популяционных обследований по выявлению признаков СПИДа, которые могут проводиться чаще.</p>
Использование данных	Индикатор позволяет проследить тенденции во времени. Если имеются данные с разбивкой по регионам, можно определить возможность выявления тех географических областей, в которых результаты по этому индикатору более низкие. Можно провести обзор (при наличии таких данных), какой % женщин, обращающихся за услугами по ДРП, знает свой ВИЧ-статус (включая тех, чей ВИЧ-статус был подтвержден ранее, и тех, кто прошел тестирование) и какой % женщин, рожавших в учреждениях здравоохранения, знает свой ВИЧ-статус.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Двойной подсчет данных: Для этого индикатора существует риск двойного подсчета, так как беременные женщины могут проходить тестирование несколько раз во время ДРП, родов и в послеродовой период. Это особенно касается тех случаев, когда женщины проходят повторное тестирование, обращаясь в другое учреждение, или когда они приходят рожать без документов о проведенном тестировании. Хотя невозможно полностью избежать двойного подсчета, страны должны так организовывать сбор данных и систему отчетности, чтобы свести его к минимуму, например, использовать карты пациенток и журналы регистрации по ДРП, в которых зафиксирован факт прохождения тестирования. • Не суммируйте все данные о числе женщин протестированных при получении ДРП и во время родов, чтобы получить <i>общее</i> число прошедших тестирование женщин. Нам интересно знать число протестированных женщин, а не общее число проведенных тестов

(например, если женщина прошла тестирование при получении ДРП, потом повторно во время родов, мы пытаемся учитывать ее только один раз). Важно включать в числитель тех, о которых уже было известно, что они инфицированы ВИЧ, даже если они не прошли тестирование на ВИЧ. Данные о наличии у них ВИЧ-инфекции используются для дальнейших вмешательств по ППМР.

- **Число протестированных, а также протестированных и получивших результаты:** Если такие данные имеются, пожалуйста, сообщите, сколько беременных протестировано, а также, сколько протестированных беременных получили результаты (второе значение не должно быть больше первого).
- Если ваша система сбора данных в настоящее время не позволяет разделить данные по известному и неизвестному ВИЧ-статусу, и вы не можете предоставить специфические дезагрегированные данные, пожалуйста, проведите обзор имеющихся данных и извлеките самые точные данные по числу *беременных женщин, чей ВИЧ-статус был определен* во время беременности, родов или в течение 72 часов после родов.
- Пожалуйста, сообщите дополнительную информацию, которая могла бы помочь нам в интерпретации данных, в разделе «Комментарии».
- Пожалуйста, сообщите об источнике данных, указанных вами в знаменателе.

I11 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо по результатам исследования CD4	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, которые соответствуют клиническим (когда имеются) и иммунологическим критериям назначения АРТ, должны получать лечение. АРТ способствует выживаемости беременных женщин, позволяет им оставаться здоровыми, а также снижает риск ПМР. Учреждения, предлагающие услуги по ППМР должны проводить подобную оценку. Женщины, которые пока не соответствуют критериям назначения АРТ, должны получать АРВ-препараты для ППМР в соответствии с национальными методическими рекомендациями.
Что он измеряет	Индикатор показывает охват ВИЧ-инфицированных беременных оценкой соответствия критериям назначения АРТ на основе либо клинических (используя критерии ВОЗ по определению клинической стадии), либо иммунологических признаков (исследование CD4). Подобные оценки могут проводиться на месте или по направлению.
Числитель	<p>Число ВИЧ-инфицированных беременных, получавших услуги по ППМР в последние 12 месяцев, у которых оценивалось соответствие критериям назначения АРТ либо по клинической стадии, либо путем исследования CD4 на месте или по направлению.</p> <p>«На месте» означает, что услуги предлагаются в структуре медицинского учреждения или на его территории. Например, тестирование на ВИЧ может проводиться в отделении дородовой помощи, а АРВ-препараты для ППМР имеются в аптеке отделения АРТ того же медицинского учреждения. Считается, что оба вида этих услуг предоставляются на месте.</p> <p>Пациентки могут быть направлены для получения услуг в другие отделения того же учреждения или в другие учреждения.</p> <p>Предоставление услуг «по направлению» определяется как направление пациентки в другое отделение, к другому провайдеру услуг или в другое медицинское учреждение. Часто, пациентки возвращаются в направившее их учреждение, отделение или к провайдеру услуг, а результаты услуг, полученных по направлению, сообщаются в направившее учреждение, где пациентка продолжает получать услуги по последующему наблюдению. Учреждения, в которые направляются пациентки, должны регистрировать, какие услуги были предоставлены, и их результаты.</p> <p>Данные по этому индикатору должны предоставляться с разбивкой по типу оценки (определение клинической стадии или исследование CD4). Женщины, у которых оценка проводилась как по клинической стадии, так и с помощью исследования CD4, должны включаться в подсчет только один раз, в графу прошедших тестирование CD4.</p>
Знаменатель	Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных женщин за последние 12 месяцев
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается на основе данных национальных программ, которые представляют собой совокупные данные, полученные из регистрационных документов учреждений.</p> <p>Оценка может проводиться в клиниках ДРП, в отделениях по оказанию помощи и предоставлению лечения при ВИЧ-инфекции, на месте или по</p>

	<p>направлению. Необходимо использовать совокупные данные из соответствующих журналов регистрации, учитывая при этом то, в какие именно регистрационные журналы заносятся данные, где в реальности проводилась оценка, возможный двойной или неполный подсчет и необходимость иметь точные данные на национальном уровне.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые проводят оценку соответствия критериям назначения АРТ у беременных, либо на месте, либо по направлению, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для подсчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или (b) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).
Разбивка данных	Разбивка по методам оценки соответствия критериям назначения АРТ: исследование CD4 или определение клинической стадии.
Достоинства и недостатки	<p>Сильной стороной этого индикатора является то, что он позволяет странам проводить мониторинг охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин вмешательством, которое имеет определяющее значение для обеспечения доступа к АРТ с целью поддержания их собственного здоровья.</p> <p>Этот индикатор не показывает, получили ли в действительности АРТ ВИЧ-инфицированные беременные, которые соответствовали критериям ее назначения.</p> <p>Хотя эти категории оценки являются взаимоисключающими, существует риск двойного подсчета, когда у ВИЧ-инфицированных беременных оценка проводится как клинически, так и иммунологически, или она проводится в разных отделениях или учреждениях. Необходимо, чтобы в странах была обеспечена организация таких систем, которые свели бы к минимуму риск двойного подсчета.</p> <p>Этот индикатор не учитывает женщин, которые были определены как ВИЧ+ время родов, на основании чего в отношении них была проведена оценка соответствия критериям назначения АРТ.</p> <p>Значение этого индикатора может быть занижено в случаях, когда женщины направляются в другие учреждения, а данные по ним не объединяются.</p>
Дополнительные соображения	Рекомендуется, чтобы страны проводили разбивку числителя по соответствию критериям, чтобы иметь возможность предоставить дополнительную информацию по национальным тенденциям в отношении процента беременных, которые соответствуют критериям назначения АРТ (доля соответствующих критериям назначения АРТ среди ВИЧ-инфицированных беременных, получавших услуги по ППМР в течение

	<p>последних 12 месяцев, которые прошли оценку на соответствие критериям назначения АРТ). Также предлагается проводить разбивку данных, относящихся к беременным, поступившим в медицинское учреждение до и после начала родов для использования при составлении программ.</p> <p>Когда ВИЧ-инфицированные беременные женщины направляются в другое учреждение здравоохранения или в другое отделение того же учреждения, медицинские работники должны регистрировать эти направления и предоставленные женщинам услуги в регистрационных журналах ДРП и в медицинских картах беременных; это позволит проводить более качественный учет и мониторинг пациенток.</p>
Использование данных	<p>Целью является обеспечение 100%-ного охвата; как только такой уровень охвата будет достигаться в обычном порядке, возможно, этот индикатор будет не нужен. Индикатор позволяет провести дальнейшее изучение информации по дезагрегированным данным о том, оценивалось ли соответствие критериям назначения АРТ при помощи исследования CD4 или путем определения клинической стадии, а также по любым имеющимся данным о том, сколько времени проходит в различных учреждениях от тестирования CD4 до получения результатов.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Пожалуйста, дайте любые комментарии, которые могли бы помочь нам в интерпретации данных.</p>

I13 Процент <u>младенцев</u> , рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (младенцы, контактировавшие с ВИЧ), получающих какие-либо АРВ-препараты для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку	
Обоснование	Риск передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) может быть значительно снижен благодаря использованию дополняющих друг друга подходов предоставления АРВ-препаратов матери (для лечения или профилактики) и младенцу (для профилактики), а также безопасных практик родовспоможения и вскармливания.
Что он измеряет	Прогресс, достигнутый в области ППМР путем проведения профилактики АРВ-препаратами у младенцев, контактировавших с ВИЧ.
Числитель	Число младенцев, контактировавших с ВИЧ, за последние 12 месяцев, которым начата профилактика АРВ-препаратами в течение 72 часов после родов для снижения вероятности ПМР. Числитель состоит из двух групп: (a) те, кто получал один АРВ-препарат и (b) те, кто получал комбинацию из двух и более АРВ-препаратов.
Знаменатель	Расчетное число живорождений у беременных ВИЧ-инфицированных женщин за последние 12 месяцев
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается на основе данных национальных программ, которые представляют собой совокупные данные, полученные из регистрационных документов учреждений.</p> <p>Младенцы, контактировавшие с ВИЧ, могут получать АРВ-препараты вскоре после рождения в учреждениях, предоставляющих услуги по родовспоможению, если эти младенцы родились там; в поликлиниках, предоставляющих услуги по послеродовой помощи, или в детских больницах, если они родились в домашних условиях, и их принесли в эти учреждения в течение 72 часов после родов; или в учреждениях, предоставляющих помощь и лечение при ВИЧ-инфекции или в других учреждениях (в зависимости от условий страны).</p> <p>Для расчета числителя может применяться три метода:</p> <p>Подсчет в местах отпуска АРВ-препаратов: в регионах с низкой долей родов, проходящих в медицинских учреждениях, данные для числителя следует собирать в пунктах, где АРВ-препараты отпускаются и где ведется регистрация данных. Существует риск двойного подсчета, когда АРВ-препараты предоставляются во время более чем одного визита или в разных учреждениях здравоохранения. Страны должны так организовывать сбор данных и систему отчетности, чтобы свести к минимуму двойной подсчет.</p> <p>Подсчет во время родов: там, где доля женщин, рожаящих в учреждениях здравоохранения велика, страны могут получить значение числителя, используя только журнал регистрации родов и подсчитав число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, которые получили АРВ-препараты по определенной схеме перед выпиской из роддома или родильного отделения. Там, где наблюдается высокая доля родов в учреждениях здравоохранения, этот может быть самым надежным и точным методом для расчета этого индикатора, так как соответствующая регистрация АРВ-препаратов, входящих в назначенную схему, производится в момент ее получения младенцами.</p> <p>Подсчет в учреждениях, предоставляющих услуги по послеродовой помощи или в педиатрических учреждениях: страны могут подсчитывать и получать</p>

	<p>совокупные числа, относящиеся к младенцам, контактировавшим с ВИЧ, которые получили АРВ-препараты по определенной схеме в течение 72 часов после родов в послеродовых отделениях и педиатрических учреждениях (и это отражено в регистрационных записях), если посещаемость таких учреждений высока, известно, что у ребенка имелся контакт с ВИЧ, а любая полученная им схема профилактики АРВ-препаратами, скорее всего, известна (например, из послеродовых регистрационных журналов, отдельных или общих реестров данных о младенцах, контактировавших с ВИЧ).</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют АРВ-препараты для ППМР младенцам, контактировавшим с ВИЧ, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или (b) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП). <p>Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.</p>
Разбивка данных	По схеме профилактики: один АРВ-препарат, комбинация из двух АРВ-препаратов
Преимущества и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам проводить мониторинг охвата АРВ-профилактикой для снижения риска ПМР (по отпущенным препаратам или по начатым схемам) у младенцев, контактировавших с ВИЧ.</p> <p>Индикатор указывает на степень охвата в отношении отпуска АРВ-препаратов для проведения профилактики у младенцев. Так как он не показывает, получил ли ребенок выданные препараты, невозможно определить, насколько тщательно соблюдалась схема профилактики (уровень приверженности), а также, была ли она завершена. Это особенно касается младенцев, которые должны получать зидовудин в течение 1-4 недель и в отношении которых нельзя подтвердить, получили ли они профилактику полностью.</p> <p>Этот индикатор учитывает только дозировку, предназначенную для младенцев.</p>
Дополнительные соображения	Странам настоятельно рекомендуется вести учет и сообщать реальный или расчетный процент распространенности различных схем профилактики с тем, чтобы основываясь на эффективности соответствующих схем, можно было смоделировать воздействие приема АРВ-препаратов на ПМР.

	<p>Хотя, возможно, что в странах еще нет системы сбора и предоставления информации по охвату АРВ-препаратами для ППМР с разбивкой по различным схемам профилактики, необходимо стремиться к созданию подобной системы.</p> <p>Страны, в которых разработаны механизмы обеспечения младенцев, контактировавших с ВИЧ, АРВ-препаратами на уровне общины, необходимо стремиться обеспечить систему сбора данных на местах для регистрации младенцев, которые получают АРВ-профилактику на этом уровне.</p> <p>Профилактика АРВ-препаратами для снижения риска ПМР должна сопровождаться использованием соответствующих схем приема АРВ-препаратов матерью и ребенком в послеродовой период. Где это возможно, страны должны отслеживать и сообщать, была ли мать обеспечена лечением до, во время или после родов.</p>
Использование данных	<p>Проведение сравнения полученного значения этого индикатора с индикатором, относящимся к схемам получения АРВ-препаратов матерями (индикатор I10) и обсуждение того, что могут означать эти данные в контексте страны. Возможно, некоторые страны решат провести дальнейшие исследования и соответствующий обзор схем профилактики АРВ-препаратами у младенцев, в сравнении с которыми можно провести оценку материнских схем приема АРВ-препаратов.</p>
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Пожалуйста, дайте любые комментарии, которые могли бы помочь нам в интерпретации данных.</p>

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

Обоснование	<p>Профилактика котримоксазолом (КТЗ) – простое и рентабельное вмешательство по профилактике пневмонии, вызванной <i>Pneumocystis carinii</i> у ВИЧ-инфицированных младенцев. Эта инфекция является ведущей причиной тяжелых заболеваний дыхательных путей у таких младенцев в странах с ограниченными ресурсами, и часто ее проявления обнаруживаются до того, как поставлен диагноз ВИЧ-инфекции.</p> <p>Из-за нехватки ресурсов или недостатков в организации материально-технического обеспечения для проведения диагностики ВИЧ-инфекции у младенцев раннего возраста, все младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, должны получать профилактику КТЗ, начиная с 4-6-й недели после рождения. Она должна продолжаться до тех пор, пока ВИЧ-инфекция не будет исключена, и младенец больше не подвергается риску инфицирования ВИЧ при грудном вскармливании.</p>
Что он измеряет	Предоставление профилактики КТЗ в соответствии с международными методическими рекомендациями и охват ею младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.
Числитель	Число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, у которых начата профилактика КТЗ в первые два месяца после рождения, в последние 12 месяцев.
Знаменатель	<p>Расчетное число ВИЧ-инфицированных беременных, которые родили в последние 12 месяцев.</p> <p>Это косвенный показатель для определения числа младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.</p>
Как измерять и инструменты измерения	<p>Числитель рассчитывается из данных национальных программ на основе совокупных данных учреждений здравоохранения.</p> <p>Данные должны быть собраны из соответствующих регистрационных документов учреждений здравоохранения, таких как отдельные или общие реестры, в которых регистрируются младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами. Использование какого-либо конкретного реестра зависит от места предоставления услуг. Например, если младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, находятся под наблюдением медицинских работников в учреждениях, предоставляющих помощь и лечение при ВИЧ-инфекции, страны должны собирать данные из регистрационных документов этих учреждений.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, которые предоставляют профилактику КТЗ младенцам, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <ul style="list-style-type: none">(а) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или

	<p>(b) если программа Спектр недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП).</p> <p>Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.</p>
Разбивка данных	Не требуется
Достоинства и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам проводить мониторинг достигнутого прогресса в отношении раннего последующего наблюдения за младенцами, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами, путем измерения предоставления КТЗ в соответствии с международными методическими рекомендациями. Он также может использоваться как косвенный показатель последующих посещений для наблюдения за младенцами, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами, в течение рекомендованных первых 4-6 недель жизни.</p> <p>Индикатор учитывает только тех младенцев, которые получали услуги по последующему наблюдению и помощи в течение 2 месяцев после рождения. Он не определяет реальный охват профилактикой КТЗ младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, так как у некоторых младенцев профилактика КТЗ могла быть начата после достижения ими двухмесячного возраста.</p> <p>Низкие значения этого индикатора могут указывать на узкие места в системе предоставления услуг, включая плохую организацию обеспечения КТЗ в стране, плохую организацию сбора данных или неадекватные системы распределения лекарственных препаратов.</p>
Дополнительные соображения (для стран)	<p>Возможно, страны захотят также регистрировать предоставление профилактики КТЗ младенцам, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, которым уже исполнилось 2 месяца, для проведения мониторинга общего прогресса, достигнутого в рамках программы с тем, чтобы определить, с какими проблемами связана невозможность раннего начала профилактики КТЗ, а также проводить мониторинг использования запасов лекарств с учетом вопросов снабжения.</p> <p>Неправильная организация снабжения может отрицательно влиять на значение индикатора и существенно снижать доступ младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, к КТЗ. Странам необходимо обеспечить наличие соответствующих систем и механизмов, особенно в отношении организации материально-технического обеспечения и связанных с ним информационных систем с тем, чтобы обеспечивать адекватное снабжение, распределение и управление запасами лекарственных препаратов на уровне учреждения, района и на центральном уровне.</p>
Использование данных	Можно также провести обзор этих данных, так как они указывают на число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которых принесли в учреждение здравоохранения в первые 2 месяца после рождения. Если значение индикатора низкое, нужно изучить причины этого

	(то есть, связано ли это с тем, что младенцев не принесли на прием в течение 2 первых месяцев жизни, или это объясняется дефицитом КТЗ и т.д.).
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<p>Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии в отношении репрезентативности.</p> <p>Возможности для триангуляции: регистрационные журналы аптек</p>

115 Процент младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которым проведено тестирование на ВИЧ в течение 12 месяцев после рождения	
Обоснование	Младенцы, которые были инфицированы ВИЧ во время беременности, родов или в ранний послеродовой период, часто умирают до того, как им поставлен диагноз ВИЧ-инфекции. Согласно рекомендациям ВОЗ, национальные программы должны обеспечивать вирусологическое тестирование на ВИЧ у младенцев в 6 недель или в ближайшее время после достижения ребенком этого возраста, что даст возможность как можно раньше принять клиническое решение. Там, где вирусологическое тестирование недоступно, рекомендуется проводить первое тестирование на антитела в возрасте 9-12 месяцев.
Что он измеряет	Уровень охвата тестированием младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, для определения их ВИЧ-статуса в течение первых 12 месяцев жизни с разбивкой на следующие категории: <ul style="list-style-type: none"> (a) раннее вирусологическое исследование в первые 2 месяца жизни; или (b) вирусологическое тестирование между 2 и 12 месяцами и первое тестирование на антитела между 9 и 12 месяцами.
Числитель	Число младенцев, которым было проведено тестирование на ВИЧ в течение первых 12 месяцев жизни за последние 12 месяцев с разбивкой данных по следующим категориям: <ul style="list-style-type: none"> (a) младенцы, которым было проведено вирусологическое тестирование в первые 2 месяца жизни; и (b) младенцы, которым было проведено первое вирусологическое тестирование между 2 и 12 месяцами или первое тестирование на антитела между 9 и 12 месяцами после рождения. <p>Необходимо провести дальнейшую разбивку обеих категорий по результатам тестирования на ВИЧ: ВИЧ+ или ВИЧ-.</p> <p>Протестированные младенцы должны включаться в подсчет только один раз. В числитель необходимо включать только первое тестирование.</p>
Знаменатель	Расчетное число ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в последние 12 месяцев. Это косвенный показатель числа младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается из данных национальных программ на основе совокупных данных учреждений здравоохранения. <p>Необходимо подсчитывать число прошедших тестирование младенцев (а не число проведенных тестов), так как у многих младенцев тестирование проводится несколько раз.</p> <p>Совокупные данные должны извлекаться из соответствующих регистрационных документов, имеющихся в учреждениях. Использование тех или других регистрационных документов зависит от контекста страны. Например, там, где последующее наблюдение проводится в учреждениях, предоставляющих услуги по лечению и уходу при ВИЧ-инфекции, страны могут собирать информацию, которая регистрируется в них; там, где младенцам, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами, тестирование проводится в педиатрических учреждениях, страны могут также обобщать и представлять информацию, полученную в этих учреждениях. При получении совокупных национальных данных, следует, по возможности, сводить к минимуму двойной подсчет.</p>

	<p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, в которых проводится тестирование младенцев, контактировавших с ВИЧ, должны быть включены в подсчет.</p> <p>Для расчета знаменателя можно использовать два метода:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) прогнозирования (например, применяя модель, полученную с помощью программы Спектрум): использовать выходные данные прогноза «число беременных, которые нуждаются в услугах по ППМР»; или (b) если программа Спектрум недоступна, умножить число женщин, родивших в течение последних 12 месяцев (его можно получить, используя оценки центрального статистического бюро или Отдела народонаселения ООН или систем регистрации беременностей, имеющих полный набор данных), на самые последние расчетные показатели распространенности ВИЧ-инфекции у беременных (которые можно получить из данных дозорного эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией в учреждениях, предоставляющих услуги по ДРП). <p>Если имеется информация по числу живорожденных, необходимо скорректировать данные для получения более качественного косвенного показателя.</p>
Разбивка данных	<p>По типу и времени проведения первого теста:</p> <ul style="list-style-type: none"> - младенцы, которым было проведено вирусологическое тестирование в первые 2 месяца жизни; и - младенцы, которым было проведено первое вирусологическое тестирование между 2 и 12 месяцами или первое тестирование на антитела между 9 и 12 месяцами. <p>По результатам тестирования: ВИЧ+, ВИЧ-</p>
Достоинства и недостатки	<p>Этот индикатор позволяет странам проводить мониторинг достигнутого прогресса в проведении раннего тестирования на ВИЧ младенцев, контактировавших с ВИЧ, которое имеет решающее значение для соответствующего последующего наблюдения и лечения.</p> <p>В идеале, этот индикатор должен учитывать младенцев, рожденных женщинами с известным положительным ВИЧ-статусом. Однако в некоторых ситуациях может оказаться невозможным исключить из подсчета младенцев, которым вирусологическое тестирование или тестирование на антитела проведено по инициативе провайдера в педиатрических учреждениях, учреждениях, оказывающих поддержку при нарушениях питания, или в других учреждениях, где эти дети могут быть идентифицированы, как имевшие контакт с ВИЧ или как ВИЧ-инфицированные.</p> <p>Индикатор не определяет число детей с уточненным диагнозом (положительный или отрицательный ВИЧ-статус), а также не показывает, предоставлялись ли соответствующие услуги по последующему наблюдению, основываясь на интерпретации результатов тестирования.</p> <p>Более того, он не оценивает качество тестирования или существующую систему организации тестирования. Однако низкое значение индикатора, может указывать на слабость системы, включая плохую организацию снабжения наборами для тестирования на ВИЧ в стране, неудовлетворительное качество сбора данных или плохое обращение с образцами для тестирования.</p>

<p>Дополнительные соображения для стран</p>	<p>Хотя раннее вирусологическое тестирование крайне важно для выявления младенцев, инфицированных ВИЧ, важно также, чтобы страны улучшали качество последующего наблюдения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, и обучали медицинских работников распознавать у них признаки и симптомы ВИЧ-инфекции на ранней стадии, особенно там, где доступ к вирусологическому тестированию ограничен.</p> <p>В странах, которые расширили масштаб проводимого по инициативе провайдера тестирования младенцев, в отношении которых неизвестно, был ли у них контакт с ВИЧ, и такое тестирование проводится в учреждениях, оказывающих поддержку при нарушениях питания, педиатрических учреждениях, учреждениях, предоставляющих услуги по вакцинации, или в центрах охраны здоровья матери и ребенка, следует рассмотреть возможность отдельного подсчета младенцев, у которых было проведено тестирование на ВИЧ с использованием этого механизма.</p> <p>Неправильная организация снабжения может отрицательно влиять на значение индикатора и существенно снижать доступ младенцев, контактировавших с ВИЧ, к КТЗ. Странам необходимо обеспечить наличие соответствующих систем и механизмов, особенно в отношении организации материально-технического обеспечения и связанных с ним информационных систем для того, чтобы обеспечивать адекватное снабжение, распределение и управление запасами лекарственных препаратов на уровне учреждения, района и на центральном уровне.</p>
<p>Использование данных</p>	<p>Если охват тестированием низкий, исследуйте причины этого. Особое внимание необходимо уделять категориям, полученным после разбивки данных, в частности, % младенцев, контактировавших с ВИЧ, у которых вирусологическое исследование было проведено в течение 2 первых месяцев жизни. Если имеются разбитые на категории данные, проведите обзор категорий и определите конкретные узкие места, которые необходимо преодолеть для расширения охвата младенцев тестированием на ВИЧ</p>
<p>Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Двойной подсчет данных: Хотя, у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, тестирование может проводиться несколько раз, нас интересует <i>число</i> протестированных младенцев, а также, было ли тестирование на ВИЧ проведено в течение первых 12 месяцев их жизни, и если да, то было ли это вирусологическое тестирование проведено в первые 2 месяца после рождения (приемлемый диапазон примерно 4-8 недель) или позднее, в течение 12 месяцев после рождения. • Результаты тестов: В разделе «Комментарии» укажите данные о серологическом статусе (число ВИЧ+ и ВИЧ-), если такие данные имеются. • Пожалуйста, предоставьте любую существенную информацию, которая помогла бы нам улучшить интерпретацию сообщенных данных.

116 Распределение способов вскармливания ¹ через 3 месяца после рождения (исключительно грудное вскармливание, искусственное вскармливание, смешанное вскармливание/другое) у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами (определяется во время визита для получения третьей дозы АКДС)	
Обоснование	<p>ВИЧ может передаваться при грудном вскармливании даже при условии, если АРВ-препараты для ППМР получают 100% нуждающихся в них беременных. Смешанное вскармливание до достижения ребенком возраста 6 месяцев повышает риск передачи ВИЧ по сравнению с исключительно грудным вскармливанием. Поэтому в случае, если искусственное вскармливание не удовлетворяет следующим условиям: приемлемость, осуществимость, финансовая доступность, стабильность и безопасность, ВОЗ рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение первых 6 месяцев жизни младенца. После 6 месяцев исключительно грудное вскармливание или кормление младенца исключительно молочными смесями не рекомендуется, так как младенцы и дети младшего возраста нуждаются в прикорме.</p> <p>Уровень охвата детей третьей дозой вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС) в рекомендованном возрасте (примерно 14 недель), в большинстве стран высокий. Предлагается собирать данные в это время, поскольку во время визита медицинские работники могут наблюдать большинство младенцев. Посещение врача для получения третьей дозы АКДС приходится на середину периода между родами и временем прекращения исключительно грудного вскармливания. Поэтому подобный способ получения данных сравним с тем, который обычно используется при отчетности по исключительно грудному вскармливанию для населения в целом в медико-демографических обследованиях.</p>
Что он измеряет	Вскармливание младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, в течение 24 часов до посещения врача, замеряемое во время получения 3-й дозы АКДС, обычно в период около 3-го месяца жизни ребенка или в ближайшее к этому возрасту посещение врача.
Числитель	<p>Разбивка числителей производится следующим образом:</p> <ul style="list-style-type: none"> a: Число младенцев, контактировавших с ВИЧ, находившихся на исключительно грудном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения 3-й дозы АКДС b: Число младенцев, контактировавших с ВИЧ, находившихся на искусственном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения 3-й дозы АКДС c: Число младенцев контактировавших с ВИЧ, находившихся на смешанном вскармливании во время или в период, близкий к посещению врача для получения 3-й дозы АКДС <p>Числители учитывают виды вскармливания только у тех младенцев, в отношении которых известно, что они рождены ВИЧ-инфицированными матерями, и которых приносят в медицинское учреждение.</p>
Знаменатель	<p>Знаменатель остается тем же для всех трех индикаторов: число младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в отношении которых проводилась оценка способов вскармливания во время посещения врача для получения 3-й дозы АКДС.</p> <p>Возраст младенцев должен быть приблизительно 3 месяца или старше.</p>

<p>Как измерять и инструменты измерения</p>	<p>Числитель высчитывается с использованием регистрационных данных национальных программ на основе совокупных данных учреждений здравоохранения.</p> <p>В идеале, данные должны быть собраны из соответствующих регистрационных документов учреждений здравоохранения, таких как отдельные или общие реестры, в которых регистрируются младенцы, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями. Использование какого-либо конкретного реестра зависит от места предоставления услуг и регистрации данных.</p> <p>Во время каждого посещения медицинский работник должен задать вопрос о том, какое вскармливание получал ребенок в течение 24 часов, предшествующих визиту: «Чем вы кормили и поили вашего ребенка вчера в течение дня и этой ночью?». После каждого полученного ответа, медицинский работник должен спросить: «Получал ли ребенок что-нибудь еще?». Ответ должен быть записан как исключительно грудное вскармливание, искусственное или смешанное вскармливание. Хотя эта информация заносится в медицинскую карту ребенка во время каждого посещения, медицинские работники должны регистрировать эту информацию в реестре только один раз, во время посещения врача для получения 3-й дозы АКДС. Эти регистрационные данные будут использоваться для сбора данных и их сообщения на национальном уровне.</p> <p>Знаменатель рассчитывается из общего числа младенцев, контактировавших с ВИЧ, в отношении которых проводилась оценка способов вскармливания. Младенцы, контактировавшие с ВИЧ, которых не принесли на прием к врачу, в знаменатель не включаются.</p> <p>Все государственные, частные и находящиеся в ведении НПО учреждения здравоохранения, где проводится последующее наблюдение младенцев, контактировавших с ВИЧ, должны быть включены в подсчет.</p>
<p>Разбивка данных</p>	<p>Как предлагается выше</p>
<p>Достоинства и недостатки</p>	<p>Эти индикаторы оценивают достигнутый прогресс в применении более безопасных способов вскармливания младенцев ВИЧ-инфицированными женщинами. Они могут также использоваться для определения качества консультирования по вскармливанию младенцев (низкая доля смешанного вскармливания является вероятным показателем удовлетворительного консультирования и поддержки) и для моделирования результатов проведения этого вмешательства в стране (см. основной индикатор 10). Индикаторы не дают информации о качестве искусственного вскармливания или влиянии применяемых способов вскармливания на выживаемость детей.</p> <p>Полученную информацию можно сравнить с данными обследований населения (например, медико-демографических обследований), проводимых для мониторинга методов вскармливания младенцев среди населения в целом.</p> <p>Индикаторы могут не отражать реального распределения методов вскармливания младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, на национальном уровне. Они не включают тех младенцев, которые умерли; тех, в отношении которых неизвестно, был ли у них контакт с ВИЧ; и тех, чьи матери не посещали с ними медицинское учреждение для получения 3-й дозы АКДС или по любой другой причине по достижении ребенком возраста трех месяцев или в период, близкий к этому времени.</p>

Дополнительные соображения	<p>Чтобы полностью понять распределение и использование различных типов вскармливания младенцев, страны должны рассмотреть возможность проведения когортного исследования ВИЧ-инфицированных женщин, которые выбрали искусственное вскармливание или исключительно грудное вскармливание. Подобные исследования не только позволяют измерить использование методов вскармливания младенцев, но и исследовать причины, по которым женщины, выбравшие тот или иной метод, пользуются или не пользуются исключительно им, а также использование критериев приемлемости, осуществимости, финансовой доступности, стабильности и безопасности. Из подобных исследований можно также узнать, какие виды пищевых продуктов и жидкостей получают младенцы, находящимся на грудном или искусственном вскармливании, в качестве прикорма до достижения ими 6-месячного возраста, а также причины прекращения грудного вскармливания по достижении ребенком 6-месячного возраста и состав прикорма после этого возраста. Кроме того, исследования могут определить, как влияет ранняя постановка диагноза на методы вскармливания младенцев, и если они влияют отрицательно, показать, что можно сделать в настоящее время для оказания поддержки матерям.</p> <p>В странах, где последующее наблюдение младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, было интегрировано в аутрич-услуги на базе общин, для этого индикатора необходимо организовать систему сбора данных на этом уровне. Страны могут рассмотреть возможность сбора информации и в другие периоды времени, например, в возрасте 6 недель и в возрасте 6 месяцев. Они могут также рассмотреть возможность подсчета индикаторов с другими знаменателями, например, с расчетным числом младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, которые должны были получить услуги по дальнейшему наблюдению.</p>
Использование данных	Проведите обзор распространенности методов вскармливания младенцев и обсудите стратегии по продвижению к использованию более безопасных методов.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	<ul style="list-style-type: none"> • Пожалуйста, предоставьте любую важную информацию, которая помогла бы нам улучшить интерпретацию сообщенных данных. • Если эти данные недоступны, предоставьте в разделе «Комментарии» оценочные данные по распространенности методов вскармливания младенцев в стране среди женщин, инфицированных ВИЧ.

¹Методы вскармливания младенцев, измеряемые с помощью этого индикатора, определяются следующим образом:

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

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

Смешанное вскармливание: Вскармливание как грудным молоком, так и другой пищей и жидкостями младенцев в возрасте от 0 до 6 месяцев. После достижения ребенком 6 месяцев исключительно грудное вскармливание или кормление только молочными смесями больше не рекомендуется.

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

EUR 9 Процент ВИЧ-инфицированных беременных родивших женщин, которым сделано плановое кесарево сечение	
Обоснование	Плановое кесарево сечение – вмешательство, которое уменьшает риск передачи вируса от матери ребенку. Этот индикатор помогает отследить доступ к мероприятиям по ППМР и рассчитать частоту передачи ВИЧ от матери ребенку, а также дает информацию об используемых сегодня медицинских практиках.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных женщин, у которых роды произошли с помощью кесарева сечения, проведенного до начала сокращений матки и разрыва плодных оболочек.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных родивших женщин, у которых проведено плановое кесарево сечение.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, родивших в течение отчетного года.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	До введения ВААРТ плановое кесарево сечение у ВИЧ-инфицированных женщин было одним из основных вмешательств для ППМР. Если используется ВААРТ и вирусная нагрузка на 36-й неделе гестации меньше 1000 копий/мл, преимущества этого вмешательства ограничены. В Регионе еще есть страны, в которых исследование вирусной нагрузки в обычном порядке не производится. При неизвестном уровне вирусной нагрузки плановое кесарево сечение является важным вмешательством для ППМР.
Использование данных	Этот индикатор поможет рассчитать частоту передачи ВИЧ от матери ребенку.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно использовать данные об использовании планового кесарева сечения и не включать данные, относящиеся к срочному кесарево сечению.

EUR 11 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин – потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики, все еще остаются самой труднодоступной группой для проведения вмешательств по ППМР. Значительная доля ВИЧ-инфицированных детей и/или детей-отказников – это дети, родившиеся у женщин, употребляющих наркотики. Улучшение доступа женщин-ПИН к вмешательствам по ППМР и соответствующим службам – стратегическая цель для Региона.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, которые были активными потребителями инъекционных наркотиков во время беременности.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин, являющихся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН).
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность зарегистрирована в отчетном году.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Потребление инъекционных наркотиков и психоактивных веществ всегда ассоциировалось со стигмой и дискриминацией. Некоторые женщины-ПИН могут не сообщать медицинскому работнику о том, что употребляют наркотики, или в меньшей степени склонны обращаться за медицинской помощью. В связи с этим реальная распространенность потребления инъекционных наркотиков может недооцениваться, хотя при этом некоторые женщины-ПИН могут не иметь доступа к услугам, в которых они нуждаются.
Использование данных	Этот индикатор поможет проследить тенденции в потреблении инъекционных наркотиков среди беременных ВИЧ-инфицированных женщин и лучше спланировать направленные на них вмешательства.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

EUR 12 Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ЗТО во время беременности	
Обоснование	ВИЧ-инфицированные беременные женщины, употребляющие инъекционные наркотики, все еще остаются самой труднодоступной группой для проведения вмешательств по ППМР. Заместительная терапия опиоидами (ЗТО) является важным вмешательством, направленным на улучшение доступа женщин-ПИН к услугам по ППМР.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет долю ВИЧ-инфицированных беременных женщин, страдающих наркозависимостью, которые получали ЗТО (метадон, бупренорфин) во время беременности.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных беременных женщин-ПИН, получавших ЗТО во время беременности.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН, у которых беременность была зарегистрирована в течение отчетного года.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель рассчитывается по отчетам национальных программ, полученных на основании данных регистрационных журналов учреждений здравоохранения.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Документально подтверждено, что ЗТО является эффективным вмешательством, улучшающим исход беременности, в частности, она снижает показатели неонатальной заболеваемости и смертности. Из-за стигмы и дискриминации женщин-ПИН некоторые из них могут не сообщать о потреблении инъекционных наркотиков, что, в свою очередь, может влиять на этот индикатор и приводит к завышенной оценке охвата ЗТО.
Использование данных	Этот индикатор поможет отслеживать тенденции и оценивать доступность ЗТО для беременных ВИЧ-инфицированных женщин-ПИН.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Важно особо отметить, включают ли числитель и знаменатель только родивших женщин-ПИН, или в них также включено число женщин, прервавших беременность.

Ж. ВИЧ-инфекция/гепатит

EUR 15 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит В	
Обоснование	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГВ, особенно в Европейском регионе ВОЗ, что объясняется одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГВ. Скрининг на ВГВ обеспечивает врачей информацией для выбора стратегии ведения пациента (вакцинация против гепатита В не инфицированных и не вакцинированных пациентов или проведение дальнейшей оценки и лечения гепатита В). Это является частью всестороннего подхода к предоставлению помощи ЛЖВ, который осуществляется в Европейском регионе ВОЗ.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет число ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на HBsAg, цель которого - предоставить пациенту необходимые для поддержания его здоровья услуги, связанные с гепатитом В.
Числитель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит В с использованием теста на HBsAg, в течение отчетного года.
Знаменатель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Преимуществом этого индикатора является то, что он позволяет странам проследить, насколько широко проводится скрининг на гепатит В среди ВИЧ-инфицированных пациентов, который является крайне важным для оценки будущих потребностей в лечении гепатита В. Присутствие HBsAg как минимум в течение 6 месяцев указывает на хронический гепатит В и обеспечивает врачей информацией о необходимости дальнейшей клинической и лабораторной оценки и лечения. Знание статуса пациента в отношении ВИЧ-инфекции/гепатита В позволяет назначить АРВ-препараты, эффективные против обеих инфекций.
Дополнительные соображения	Как часть этого индикатора, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на гепатит В, у которых гепатит В был диагностирован в течение отчетного периода. Эти данные позволяют оценить доступ к лечению среди тех, кто в нем нуждается.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического ведения случая и контроля качества лечения пациента.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, где предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

EUR 16 Процент ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом В, удовлетворяющих критериям назначения лечения гепатита В и получавших такое лечение	
Обоснование	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГВ, что объясняется одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГВ. Частота коинфекции особенно высока в Европейском регионе ВОЗ, где большая доля случаев ВИЧ-инфекции связана с потреблением инъекционных наркотиков. Лечение гепатита В у ЛЖВ положительно влияет на качество жизни пациентов, ожидаемую продолжительность жизни и показатели смертности. Некоторые АРВ-препараты эффективны против ВИЧ и ВГВ, что упрощает лечение пациентов с коинфекцией.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет число пациентов с коинфекцией ВГВ/ВИЧ, получающих лечение гепатита В или обеих инфекций (если используются АРВ-препараты, эффективные в отношении обоих вирусов), среди пациентов, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли оценку прогрессирования гепатита, в результате чего обнаружено, что они соответствуют критериям назначения лечения.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом В, соответствующих критериям назначения лечения гепатита В, которые получали лечение гепатита В или обеих инфекций (если используются АРВ-препараты, эффективные в отношении обоих вирусов), за отчетный год.
Знаменатель	Число ВИЧ-положительных пациентов с гепатитом В, соответствующих критериям назначения лечения гепатита В, за отчетный год.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Преимущество этого индикатора состоит в том, что он дает информацию о бремени гепатита В среди ЛЖВ. Он также позволяет отслеживать доступ ЛЖВ, соответствующих критериям назначения лечения гепатита В, к получению такого лечения.
Дополнительные соображения	Как часть этого индикатора, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа ЛЖВ, у которых в настоящее время диагностирован гепатит В. Эти данные дают важную информацию о частоте коинфекции ВГВ/ВИЧ.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического применения и контроля качества лечения пациента.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, где предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

EUR 17 Процент взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, прошедших скрининг на гепатит С	
Обоснование	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГС, что особенно характерно для Европейского региона ВОЗ и связано с одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГС. Скрининг на ВГС обеспечивает врачей информацией для выбора стратегии ведения пациента (дальнейшая оценка и лечение гепатита С, если показано, или консультирование по минимизации риска заражения гепатитом С в будущем). Это является частью всестороннего подхода к предоставлению помощи ЛЖВ, который осуществляется в Европейском регионе ВОЗ.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет число ЛЖВ, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на антитела к ВГС, цель которого - предоставить пациенту необходимые для поддержания его здоровья услуги, связанные с гепатитом С.
Числитель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли скрининг на гепатит С с использованием теста на антитела к ВГС, в течение протяжении отчетного года.
Знаменатель	Число взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Преимуществом этого индикатора является то, что он позволяет странам проследить, насколько широко проводится скрининг на гепатит С среди ВИЧ-инфицированных пациентов, который является крайне важным для оценки будущих потребностей в лечении гепатита С. Обнаружение антител к ВГС позволяет судить о частоте коинфекции ВИЧ/ВГС, обеспечивая врачей информацией о необходимости дальнейшей клинической и лабораторной оценки и лечения.
Дополнительные соображения	Как часть этого индикатора, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа взрослых и детей, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции и прошедших скрининг на гепатит С, у которых гепатит С был диагностирован в течение отчетного года. Эти данные позволяют оценить доступ к лечению среди тех, кто в нем нуждается.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического ведения случая и контроля качества лечения пациента.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, где предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.

EUR 18 Процент ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом С, удовлетворяющих критериям назначения лечения гепатита С и получавших такое лечение	
Обоснование	Пациенты, инфицированные ВИЧ, часто коинфицированы ВГС, что объясняется одинаковыми путями передачи ВИЧ и ВГС. Частота коинфекции особенно высока в Европейском регионе ВОЗ, где большая доля случаев ВИЧ-инфекции связана с потреблением инъекционных наркотиков. Лечение гепатита С у ЛЖВ положительно влияет на качество жизни пациентов, ожидаемую продолжительность жизни и показатели смертности.
Что он измеряет	Этот индикатор измеряет число пациентов с коинфекцией ВГС/ВИЧ, получающих лечение гепатита С, среди пациентов, включенных в программу помощи при ВИЧ-инфекции, которые прошли скрининг и оценку прогрессирования гепатита, в результате чего обнаружено, что они соответствуют критериям назначения лечения.
Числитель	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом С, соответствующих критериям назначения лечения гепатита С, которые получали лечение гепатита С, за отчетный год.
Знаменатель	Число ВИЧ-инфицированных пациентов с гепатитом С, соответствующих критериям назначения лечения гепатита С, за отчетный год.
Как измерять и инструменты измерения	Числитель и знаменатель рассчитываются на основе данных историй болезни, полученных в учреждениях здравоохранения, которые предоставляют услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Разбивка данных	Не требуется.
Преимущества и недостатки	Преимущество этого индикатора состоит в том, что он дает информацию о бремени гепатита С среди ЛЖВ. Он также позволяет отслеживать доступ ЛЖВ, соответствующих критериям назначения лечения гепатита С, к получению такого лечения.
Дополнительные соображения	Как часть этого индикатора, также необходима дополнительная информация, касающаяся числа ЛЖВ, у которых в настоящее время диагностирован гепатит С. Эти данные дают важную информацию о частоте коинфекции ВГС/ВИЧ.
Использование данных	Позволяет проследить тенденции во времени. Полезная информация для клинического ведения случая и контроля качества лечения пациента.
Контроль качества данных и примечания для указания в инструменте отчетности	Национальная репрезентативность: Если данные для этого индикатора были получены только из определенных подгрупп учреждений, необходимо добавить комментарии об источнике информации, объеме выборки и о том, является ли информация репрезентативной для всех учреждений, где предоставляются услуги по лечению и помощи при ВИЧ/СПИДе.