**Метаданные показателя ЦУР**

**(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.0)**

1. **Информация о показателе**

**0.a. Цель**

Цель 3: Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте

**0.b. Задача**

3.3. К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями

**0.с. Показатель**

Показатель 3.3.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по полу, возрасту и принадлежности к основным группам населения

**0.d. Ряд**

**0.e. Обновление данных**

2021-02-01

**0.f. Связанные показатели**

Достижение этой задачи окажет положительное влияние на многие цели ЦУР, а достижение других целей улучшит способность стран снижать количество новых случаев заражения ВИЧ. Цели, связанные с ВИЧ, включают цели с 1 по 8, 10, 11, 16 и 17.

**0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг**

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (UNAIDS)

**1. Данные представлены**

1.a. Организация

Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ / СПИДу (UNAIDS)

**2. Определения, концепции и классификации**

2.a. Определения и концепции

Определение:

Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных в разбивке по полу, возрасту и принадлежности к основным группам населения определяется как число новых случаев заражений ВИЧ на 1000 человек неинфицированного населения.

2.b. **Единица измерения**

Количество человек на 1000.

2.c. **Классификации**

Не применимо.

**3. Тип источника данных и метод сбора данных**

3.a. **Источники данных**

Моделирование Spectrum, обследования домашних хозяйств или ключевых популяций с тестированием на ВИЧ-инфекцию. Альтернативные методы измерения включают обследования домохозяйств или ключевых групп населения с тестированием на заболеваемость ВИЧ или рутинный эпиднадзор среди ключевых групп населения.

3.b. **Метод сбора данных**

Страновые команды используют программное обеспечение, поддерживаемое UNAIDS, для разработки оценок ежегодно. Страновые команды состоят в основном из эпидемиологов, демографов, специалистов по мониторингу и оценке и технических специалистов.

Программное обеспечение, используемое для составления оценок – Spectrum, разработанное Avenir Health (www.avenirhealth.org) и Пакет оценок и прогнозов (Estimates and Projections Package), который разрабатывается Центром Восток-Запад ([www.eastwestcenter.org](https://vk.com/away.php?to=http%3A%2F%2Fwww.eastwestcenter.org&cc_key=)). Справочная группа UNAIDS по оценкам, моделированию и прогнозам предоставляет технические рекомендации по разработке программного обеспечения в части оценки ВИЧ-инфекции ([www.epidem.org](http://www.epidem.org)).

3.c. **Календарь сбора данных**

Данные собираются в течение всего года. Модели спектра создаются в первые три месяца каждого года и завершаются к маю.

3.d. **Календарь выпуска данных**

Данные публикуются каждый год в июле.

3.e. **Поставщики данных**

Оценки производятся командой, состоящей из министерства здравоохранения, национальных консультативных групп по СПИДу и партнёров по развитию. Результаты подписываются старшими руководителями в национальных Министерствах здравоохранения.

3.f. **Составители данных**

После процесса обзора данных национальные эксперты делятся своими результатами с UNAIDS, которая собирает данные по всем странам и рассчитывает региональные и глобальные оценки.

3.g. **Институциональный мандат**

Политические декларации ООН по ВИЧ/СПИДу (от 2001, 2011 и 2016 гг.) обязывают UNAIDS поддерживать страны в подготовке этих данных, а UNAIDS – ежегодно отчитываться о состоянии глобальной эпидемии ВИЧ, а также через Генерального секретаря ООН.

**4. Иные методологические соображения**

4.a. **Обоснование**

Уровень заболеваемости является показателем прогресса в предотвращении дальнейшей передачи ВИЧ. Хотя другие показатели также очень важны для эпидемии ВИЧ, заболеваемость ВИЧ отражает успех программ профилактики и, в некоторой степени, успешных программ лечения, поскольку они также приведут к снижению заболеваемости ВИЧ.

4.b. **Комментарии и ограничения**

Методы и ограничения для оценки заболеваемости ВИЧ различаются в зависимости от данных и систем эпиднадзора, имеющихся в странах.

- Страны с высокой распространенностью ВИЧ среди населения в целом имеют относительно сильные системы эпиднадзора, в которых обследования домохозяйств вносят свой вклад в получение информации, необходимой для оценки заболеваемости. При эпидемиях, сосредоточенных в ключевых группах населения, системы эпиднадзора за ключевыми труднодоступными группами населения часто несопоставимы во времени из-за меняющихся методов обследования и выборки. Предполагаемый размер ключевых групп населения, являющийся важнейшим вкладом в модель Spectrum для концентрированных эпидемий, также может привести к существенной недооценке или завышению эпидемий ВИЧ в условиях концентрированных эпидемий.

- Во многих странах тенденции в отношении недавних новых инфекций основываются на данных о распространенности, полученных в ходе регулярного обследования в дородовой клинике. Если эти данные являются предвзятыми, поскольку женщины с известным положительным ВИЧ-статусом не учитываются при расчете распространенности, или женщины, у которых при первоначальном посещении ANC был выявлен отрицательный результат, повторно тестируются позже во время беременности, полученные тенденции заболеваемости могут быть предвзятыми. Хотя некоторые ограничения моделей отражены в границах неопределенности, погрешности измерений и неопределенность, вызванные этими погрешностями, нелегко определить количественно и, следовательно, не включены.

- Во многих странах тенденции в отношении недавних новых инфекций основываются на данных о распространенности, полученных в ходе регулярного обследования в дородовой клинике. Если эти данные являются предвзятыми, поскольку женщины с известным положительным ВИЧ-статусом не учитываются при расчете распространенности, или женщины, у которых при первоначальном посещении ANC был выявлен отрицательный результат, повторно тестируются позже во время беременности, полученные тенденции заболеваемости могут быть предвзятыми. Хотя некоторые ограничения моделей отражены в границах неопределенности, погрешности измерений и неопределенность, вызванные этими погрешностями, нелегко определить количественно и, следовательно, они не учитываются.

- Хотя распространенность и заболеваемость ВИЧ среди детей кажутся достаточно устойчивыми в условиях генерализованных эпидемий, оценка эпидемии ВИЧ среди детей в условиях концентрированных эпидемий остается сложной задачей, поскольку не существует надежных показателей рождаемости среди ключевых групп населения, живущих с ВИЧ.

- В настоящее время UNAIDS поддерживает разработку оценок ВИЧ только в странах с населением более 250 000 человек. В первую очередь это связано с возможностью поддержки.

4.c. **Метод расчета**

Динамические данные по отдельным лицам являются наилучшим источником данных, но редко доступны для больших групп населения. Специальные диагностические тесты в исследованиях или в медицинских учреждениях могут использоваться для получения данных о распространённости ВИЧ. Таким образом, показатель заболеваемости ВИЧ моделируется с использованием программного обеспечения Spectrum.

4.d. **Валидация**

Оценки заболеваемости ВИЧ составляются страновыми группами и утверждаются руководителями министерств здравоохранения, включая четкое заявление о том, что эти данные будут предоставлены для отчетности по ЦУР. Координатор по ЦУР в стране указывается в запросах на получение разрешения. Затем UNAIDS проверяет исходные данные и результаты для обеспечения качества.

4.e. **Корректировки**

Никаких корректировок в расчеты не вносится.

4.f. **Обработка отсутствующих значений (i) на уровне страны и (ii) на региональном уровне**

• На уровне страны

Оценки не собираются из стран с населением менее 250 000 человек, кроме того, оценки не доступны для 10 стран с очень малыми эпидемиями ВИЧ, которые не производят оценки. Для некоторых стран оценки не были доработаны на момент публикации. Для этих стран не указаны конкретные значения.

• На региональном и глобальном уровнях

Страны с населением менее 250 000 человек и 10 стран, которые не производят оценки, не включаются в оценки регионального или глобального уровня. Для стран, в которых оценки не были доработаны на момент публикации, неофициальные наилучшие оценки включены в региональные и глобальные значения.

4.g. **Региональное агрегирование**

Доступно для всего мира, региональных групп ЦУР, LDCs, LLDCs и SIDS..

4.h. **Доступные странам методы для сбора данных на национальном уровне**

Описание методики доступно по адресу:

Каждый год страны проводят семинары по наращиванию потенциала по этим методам. Кроме того, их поддерживают местные специалисты примерно в 45 странах. При отсутствии специалистов в стране предоставляется удаленная помощь. Руководство также доступно по адресу: HIVtools.unaids.org

4.i. **Управление качеством**

Разработка методов контролируется внешней референтной группой оценок. Фактические файлы проверяются глобальными экспертами UNAIDS для обеспечения согласованности между странами.

4.j. **Обеспечение качества**

Страны полностью вовлечены в разработку оценок. Окончательные значения качества проверяются UNAIDS и утверждаются старшими руководителями национальных министерств здравоохранения.

4.k. **Оценка качества**

Результаты обычно сравниваются с эмпирическими данными, когда они имеются. Эти эмпирические данные включают научные исследования, обследования домашних хозяйств с измерением заболеваемости и сайты продольного эпиднадзора за ВИЧ, если таковые имеются. При обнаружении несоответствий рассматриваются модификации моделей. Совсем недавно в исследовании, посвященном заболеваемости в странах Африки к югу от Сахары, было обнаружено соответствие.

**5. Доступность и дезагрегирование данных**

Доступность данных:

170 стран в 2020 г. Имеются данные в разбивке по возрасту и полу, однако существуют методологические проблемы при оценке заболеваемости среди ключевых групп населения.

Временные ряды:

2000-2019

Разбивка:

Население в целом, возрастные группы (0–14, 15–24, 15–49, 50+ лет, все возрасты), пол (мужской, женский, оба). Данные о ключевом населении в настоящее время недоступны, поскольку методы находятся в стадии разработки.

**6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов**

Могут различаться в зависимости от страны.

**7. Ссылки и документы**

URL:

unaids.org

Использованные документы:

Дополнительная информация о процессе оценки

http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp

Инструменты и обучающие видео по методам https://hivtools.unaids.org/

Приложение к журналу по методам: https://journals.lww.com/aidsonline/toc/2019/12153

Глобальный мониторинг СПИДа UNAIDS https://www.unaids.org/en/global-aids-monitoring

Политическая декларация по ВИЧ и СПИДу: на пути к ускорению борьбы с ВИЧ и прекращению эпидемии СПИДа к 2030 году https://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS

Веб-сайт UNAIDS для доступа к данным

http://aidsinfo.unaids.org/

Веб-сайт UNAIDS для загрузки файлов, используемых для оценки заболеваемости https://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/spectrum-epp

Сводное руководство по стратегической информации по ВИЧ в секторе здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения; https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/en/