

Метаданные показателя ЦУР

(Гармонизированный шаблон метаданных - версия формата 1.1)

0. 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.c. Показатель

Показатель 3.3.2 Заболеваемость туберкулезом на 100 000 человек

0.d. Ряд

SH_TBS_INCD – Заболеваемость туберкулезом [3.3.2]

0.e. Обновление данных

15.12.2023

0.f. Связанные показатели

Показатели, связанные с заболеваемостью туберкулезом: номера: 1.1.1, 1.3.1, 2.1.1, 3.3.1, 3.4.1, 3.5.2, 3.a.1, 3.8.1, 3.8.2, 7.1.2, 8.1.1, 10.1.1, 11.1.1

0.g. Международные организации, ответственные за глобальный мониторинг

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

1. Данные представлены

1.a. Организация

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)

2. Определения, концепции и классификации

2.a. Определения и концепции

Определение:

Показатель заболеваемости туберкулезом на 100 000 человек определяется как оцененное количество новых или вновь заболевших туберкулезом (учитываются все формы туберкулеза, в том числе у людей, болеющих СПИДом), возникших в данном году, в расчете на 100 000 населения.

Основные понятия:

Для прямого измерения необходимы высококачественные системы эпиднадзора, в которых занижение данных является незначительным, а также сильные системы здравоохранения, чтобы занижение диагностики также было незначительным; в противном случае производятся косвенные оценки, используя либо а) данные уведомлений в сочетании с оценками уровней занижения отчетности и занижения диагноза, б) инвентарные исследования в сочетании с моделированием методом охвата-повторного охвата, с) популяционные обследования распространенности заболевания туберкулезом или д) динамические модели, адаптированные к ежемесячным/ежеквартальным данным уведомлений. Динамические модели

используются только для отдельных стран, в которых значительное снижение количества зарегистрированных случаев туберкулеза по сравнению с тенденциями до 2020 года предполагает значительное сокращение доступа к диагностике и лечению туберкулеза во время пандемии COVID-19.

2.b. Единица измерения

Количество случаев на 100 000 населения в год.

2.c. Классификации

Определения и система отчетности по туберкулезу – редакция 2013 г. (WHO/HTM/TB/2013.2). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241505345>)

3. Тип источника данных и метод сбора данных

3.a. Источники данных

Подробная информация об источниках данных и методах доступна в приложении 1 и техническом приложении онлайн, опубликованном в самом последнем Докладе ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом по адресу <https://www.who.int/teams/globaltuberculosis-programme/data>.

3.b. Метод сбора данных

Национальные программы борьбы с туберкулезом ежегодно предоставляют в ВОЗ в период с апреля по июнь годовые данные о туберкулезе, используя стандартизованную онлайн-систему предоставления данных, разработанную ВОЗ. Система включает проверку согласованности данных в режиме реального времени. Оценки бремени туберкулеза подготавливаются в июле-августе и направляются странам для рассмотрения в августе-сентябре; изменения вносятся на основе полученных отзывов. В отдельных странах, где имеются новые данные опросов, оценки обновляются отдельно в течение года. Окончательный набор оценок проверяется в ВОЗ перед публикацией в октябре на предмет соответствия конкретным международным стандартам и гармонизации разбивки по возрастным и половым группам.

3.c. Календарь сбора данных

Ежегодно с апреля по июнь

3.d. Календарь выпуска данных

Ежегодно в октябре.

3.e. Поставщики данных

Национальные программы по борьбе с туберкулезом, министерства здравоохранения.

3.f. Составители данных

Всемирная организация здравоохранения ВОЗ.

3.g. Институциональный мандат

Несколько резолюций Всемирной организации здравоохранения, одобренных государствами-членами на различных Всемирных ассамблеях здравоохранения, возложили на Всемирную организацию здравоохранения ответственность за мониторинг бремени туберкулеза во всем мире и отчетность об ответных мерах:

Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015, World Health Organization, 67th World Health Assembly, Resolutions and decisions, Resolution WHA 67.11, Geneva, Switzerland, 2014.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-en.pdf#page=25

Prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis, World Health Organization, 62nd World Health Assembly, Resolutions and decisions, Resolution WHA 62.15, Geneva, Switzerland, 2009.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf#page=25

Tuberculosis control: progress and long-term planning

World Health Organization. 60th World Health Assembly. Resolutions and decisions.

Resolution WHA 60.19. Geneva, Switzerland: WHO; 2007.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/WHASS1_WHA60REC1-en.pdf#page=67

Sustainable financing for tuberculosis prevention and control

World Health Organization. 58th World Health Assembly. Resolutions and decisions.

Resolution WHA 58.14. Geneva, Switzerland: WHO; 2005.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf#page=96

Stop Tuberculosis Initiative

World Health Organization. 53rd World Health Assembly. Resolutions and decisions.

Resolution WHA 53.1. Geneva, Switzerland: WHO; 2000.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53-REC1/WHA53-2000-REC1-eng.pdf#page=18

Tuberculosis control programme

World Health Organization. 44th World Health Assembly. Resolutions and decisions.

Resolution WHA44.8. Geneva, Switzerland: WHO, 1991.

4. Иные методологические соображения

4.a. Обоснование

После двух лет консультаций в мае 2014 года Всемирной ассамблеей здравоохранения была одобрена новая Глобальная стратегия борьбы с туберкулезом после 2015 года. Известная как Конечная стратегия туберкулеза, она охватывает период 2016-2035 годы. Общая цель стратегии – «Окончить глобальную эпидемию туберкулеза», и

соответственно, в контексте ЦУР, были установлены амбициозные цели по сокращению случаев заболеваний и смертности от туберкулёза для 2030 года (снижение уровня заболеваемости на 80% по сравнению с 2015 годом) и для 2035 года (снижение уровня заболеваемости на 90%) в контексте ЦУР.

Показатель Уровень заболеваемости туберкулезом был выбран для измерения сокращения числа случаев заболеваемости туберкулезом. Несмотря на то, что данный показатель в большинстве стран был оценен в 2014 году с высоким уровнем неопределённости, национальные власти предоставляют хороший прокси показатель (заменитель) для случаев, когда имеет место ограниченное занижение выявленных случаев заболевания или ограниченные недооценка или переоценка случаев диагноза.

4.b. Комментарии и ограничения

Заболеваемость туберкулезом уже более века используется в качестве основного показателя бремени туберкулеза наряду со смертностью от туберкулеза. Показатель позволяет проводить сравнения во времени и между странами. Улучшение качества данных эпиднадзора за заболеваемостью туберкулезом приводит к уменьшению неопределенности в отношении значений показателей.

4.c. Метод расчета

Оценки заболеваемости туберкулезом производятся в ходе консультативно-аналитического процесса под руководством ВОЗ и публикуются ежегодно. Эти оценки основаны на ежегодной регистрации случаев заболевания, оценках качества и охвата данных регистрации случаев туберкулеза, национальных обследованиях распространенности заболевания туберкулезом и информации из систем регистрации случаев смерти (жизненных актов).

За период 2000–2019 гг. оценки заболеваемости для каждой страны получены с использованием одного или нескольких из следующих подходов, в зависимости от имеющихся данных: (i) заболеваемость = уведомления о случаях/оценочная доля выявленных случаев; (ii) моделирование повторного захвата, (iii) заболеваемость = распространенность/продолжительность заболевания.

В частности, на 2020 и 2021 годы эти методы были сохранены для большинства стран. Однако для стран со значительным абсолютным сокращением зарегистрированного числа людей, у которых впервые был диагностирован туберкулез в 2020 или 2021 году по сравнению с тенденциями, существовавшими до 2020 года (что предполагает серьезные нарушения доступа к диагностике и лечению туберкулеза во время пандемии COVID-19), динамические модели были использованы взамен методов, применявшихся в 2000–2019 гг.

Границы неопределенности предоставляются в дополнение к наиболее точным оценкам.

Подробности представлены в техническом приложении к методам, используемым ВОЗ для оценки глобального бремени туберкулеза, опубликованном вместе с последним глобальным докладом ВОЗ по туберкулезу на

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>.

4.d. Валидация

Оценки бремени туберкулеза готовятся в июле-августе и сообщаются странам. В отдельных странах с новыми данными обследования оценки обновляются отдельно в течение года. Все оценки сообщаются в августе-сентябре, а исправления вносятся на основе отзывов. Окончательный набор оценок рассматривается в ВОЗ перед публикацией в октябре на предмет соответствия конкретным международным стандартам и согласования разбивки по возрастным и половым группам.

4.e. Корректировки

Окончательный набор оценок рассматривается в ВОЗ перед публикацией в октябре на предмет соответствия конкретным международным стандартам и согласования разбивки по возрастным и половым группам.

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

- **На страновом уровне:**

Подробная информация доступна в техническом приложении к каждому Докладу ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом на веб-сайте <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

- **На региональном и глобальном уровнях:**

Подробная информация доступна в техническом приложении к каждому Докладу ВОЗ о глобальной борьбе с туберкулезом на веб-сайте <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

4.g. Региональное агрегирование

Страновые оценки числа случаев агрегированы. Неопределенность распространяется в предположении независимости оценок страны.

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

Доступно по адресу Определения и система отчетности по туберкулезу – редакция 2013 г. (WHO/NTM/TB/2013.2). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241505345>)

4.i. Управление качеством

Вся статистика здравоохранения, публикуемая ВОЗ, подвергается систематической внутренней проверке Отделом данных, включая статистику бремени туберкулеза. Внешний обзор конкретных статистических данных проводится различными способами, в

том числе посредством консультаций со странами и обзоров органами технического обзора, такими как Целевая группа ВОЗ по измерению воздействия на туберкулез. Отчет о проверке, проведенной подгруппой Целевой группы в 2022 году, доступен по адресу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057647>.

4.j. Обеспечение качества

Исходные данные о туберкулезе, представляемые государствами-членами ВОЗ, тщательно проверяются на полноту и внутреннюю согласованность. В процессе оценки бремени болезни используются дополнительные источники данных, включая результаты опросов, в соответствии с методами, опубликованными в документах ВОЗ, упомянутых в предыдущих разделах и процитированных в разделе 7.

4.k. Оценка качества

Данные эпиднадзора за туберкулезом систематически оцениваются с помощью так называемых эпидемиологических обзоров, которые предоставляют показатели качества данных, используемые для обновления планов по усилению эпиднадзора за туберкулезом и используемых в моделях для оценки бремени туберкулеза. Кроме того, данные проверяются на внутреннюю согласованность. Данные и оценки публикуются в виде страновых профилей, используемых в ходе систематических консультаций со странами, как упоминалось в предыдущих разделах и цитировалось в разделе 7. Результаты подробно публикуются в общедоступных ежегодных глобальных отчетах по туберкулезу.

5. Доступность и дезагрегация данных

Доступность данных:

Все страны

Временные ряды:

Начиная с 2000 года

Дезагрегация:

Индикатор дезагрегирован по странам, полу и возрастным группам и пяти факторам риска.

6. Сопоставимость / отклонение от международных стандартов

Источники расхождений:

Численность населения, используемая в качестве знаменателя при расчетах, из национальных источников может отличаться от данных из Отдела народонаселения ООН (UNPD). ВОЗ использует оценки населения Отдела народонаселения ООН (UNPD).

7. Ссылки и документы

URL:

<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/data>

Использованные документы:

Последний глобальный доклад ВОЗ о туберкулезе: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosisprogramme/data>.

Определения и система отчетности по туберкулезу – редакция 2013 г. (WHO/HTM/TB/2013.2). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241505345>).

Измерение воздействия ТБ: Политика и рекомендации по оценке эпидемиологического бремени ТБ и воздействия борьбы с ТБ (WHO/HTM/TB/2009.416). Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2009 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241598828>).

Документация руководящего органа Всемирной ассамблеи здравоохранения: официальные отчеты. Женева: Всемирная организация здравоохранения (<http://apps.who.int/gb/or/>).