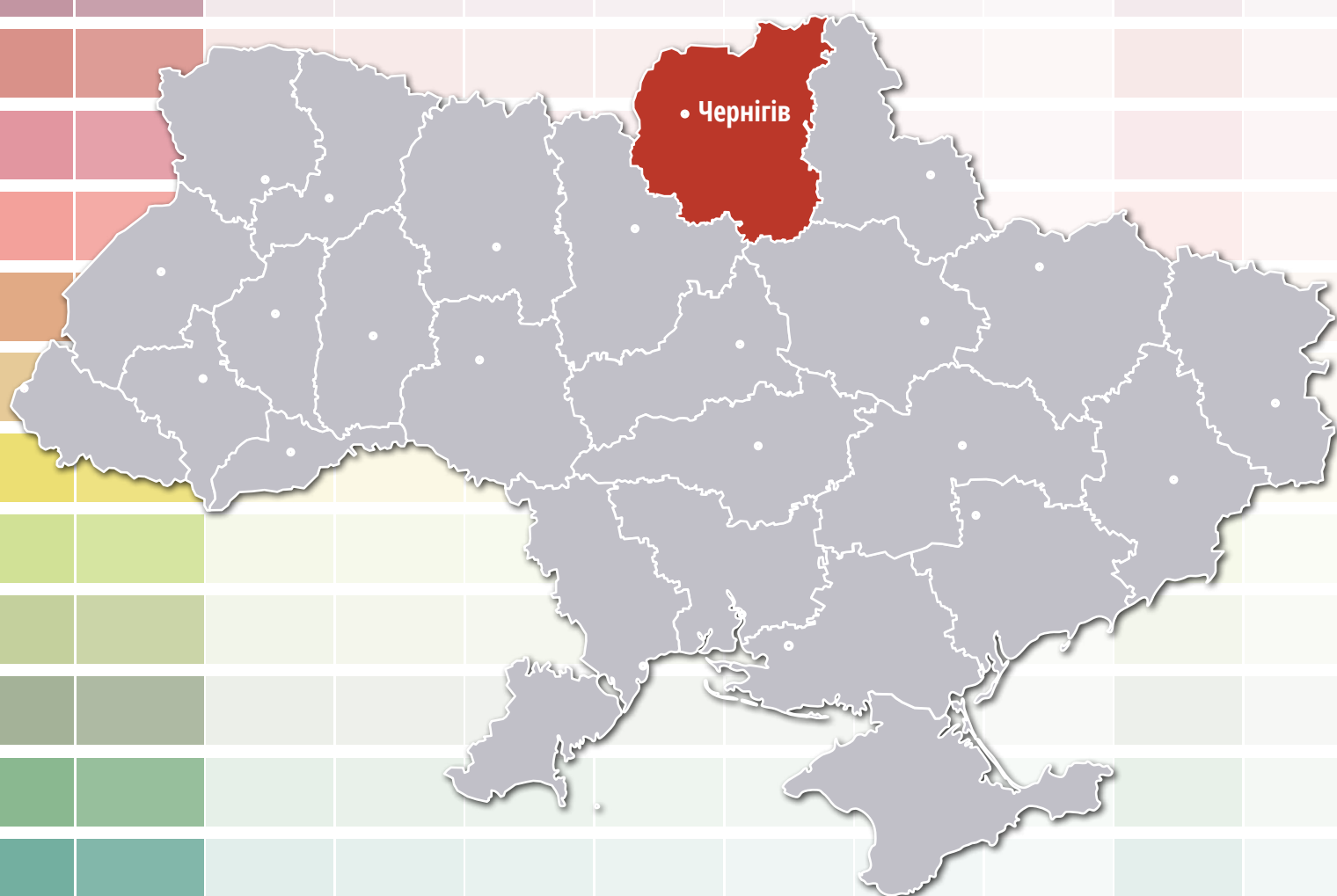


ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2009–2016 РОКИ»

У **ЧЕРНІГІВСЬКІЙ**
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛЬОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2009–2016 РОКИ»

У **ЧЕРНІГІВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ**

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.51)](047.32)
О-93

Авторський колектив:

Г. Лисенко – в.о. головного лікаря КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

О. Малюта – завідувач амбулаторно-поліклінічного відділення
КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Т. Куліцька – лікар-епідеміолог КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

О. Томилко – економіст Центру моніторингу і оцінки виконання програмних заходів
з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу КЗ «Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Л. Масюк – національний ментор в рамках проведення оцінки, консультант
МБФ «Альянс громадського здоров'я», проект «МЕТІДА»

Ю. Новак – національний координатор з оцінки МБФ «Альянс громадського здоров'я».

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Чернігівській області. Звіт** – Лисенко Г., Малюта О., Куліцька Т., Томилко О., Масюк Л., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 100 с.

ISBN 978-966-137-099-8

У «Звіті про результати оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009–2016 роки у Чернігівській області» висвітлено статистичні та аналітичні дані щодо ВІЛ за 2009–2016 рр., відображено епідемічну ситуацію, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернігівській області та стан надання медичної допомоги ЛЖВ.

Використання даних «Звіту про результати оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009–2016 роки у Чернігівській області» рекомендовано для оперативного управління, формування стратегії, моніторингу та оцінки заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на всіх рівнях управління незалежно від форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я України.

У рамках дотримання Закону України № 3792-XII від 23.12.1993 р. «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів даної публікації можливе за умови посилання на авторство Чернігівського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом та зазначення джерела публікації.

Підготовка цього звіту стала можливою за підтримки Проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку моніторингу та оцінки у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА), що впроваджується МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансування Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC), в рамках Надзвичайного плану Президента США для надання допомоги у зв'язку зі СНІДом (PEPFAR).

Ця публікація підтримана Угодою про співробітництво № U2GGH000840 з Центрами США з контролю та профілактики захворювань (CDC). Відповідальність за зміст публікації лежить винятково на її авторах і не обов'язково відображає офіційну позицію Центрів США з контролю та профілактики захворювань.



УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.51)](047.32)

ISBN 978-966-137-099-8

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
2. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
3. ВСТУП	8
4. МЕТОДОЛОГІЯ	10
5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	13
5.1. Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ у Чернігівській області	13
5.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 року	17
5.3. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ	18
5.4. Аналіз впровадження АРТ	25
5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики	32
5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу	38
5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками	41
6. ВИСНОВКИ	45
7. РЕКОМЕНДАЦІЇ	47
8. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЧЕРНІГІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	51
ДОДАТОК 1	54
Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)	54
ДОДАТОК 2	71
Значення індикаторів матриці для аналізу даних	71

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Починаючи з 1991 року в Україні впроваджувалося сім національних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Їх розробка здійснювалася на національному рівні та не враховувала в повному обсязі епідеміологічну специфіку кожного регіону. Такий підхід виявився неефективним щодо забезпечення належного впливу на масштаби та силу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції.

Наразі Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їх впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. З метою виявлення регіональних потреб та надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування національної і регіональних програм запроваджено оцінку діючих програм, яка здійснена і в Чернігівській області (далі – Оцінка). Оцінка є важливим кроком у підготовці регіональних програм на 2019–2023 рр., які мають повною мірою відповідати стратегії Fast Track.

Оцінка здійснювалася у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Підхід Оцінки поєднує рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Під час кабінетного дослідження оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього було проаналізовано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи показники Плану моніторингу і оцінки, дані офіційної статистики, результати біоповедінкових досліджень, програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» та результати моделювання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM. Під час проведення робочих зустрічей експертної групи було зібрано додаткові дані для аналізу виконання Програми.

У рамках оцінювання проаналізовано результати реалізації регіональної програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я, які мають найбільше значення у каскаді лікування. Обрано п'ять напрямів: антиретровірусна терапія, консультування і тестування на ВІЛ, профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, працівників комерційного сексу та чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками.

За підсумками оцінювання побудовано каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, здійснено аналіз реалізації заходів протидії ВІЛ-інфекції по кожному з п'яти наведених напрямів та сформовано відповідні рекомендації для національного і регіонального рівнів.

За підсумками проведеної Оцінки було сформовано пропозиції щодо проведення заходів на національному та регіональному рівнях із забезпечення безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед ключових груп населення, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я.

2. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
БО	благодійна організація
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	громадська організація
ГО «Ведіс»	обласна організація ресоціалізації хімічно залежних громадян «Ведіс»
ГФБСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення щодо інфікування ВІЛ

КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ
КІЗ	кабінет інфекційних захворювань
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг і оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НД	наркологічний диспансер
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ОКР	Координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при обласній державній адміністрації
Оцінка	Оцінка регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
ОПТД	Обласний протитуберкульозний диспансер
ОЦПБС	Обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ОЦСССДМ	Обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
План МіО	План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки
Програма	Обласна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки; Цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТС	протитуберкульозна служба
ПКС	працівники комерційного сексу

ПЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
CDC	Центри США з контролю та профілактики захворювань
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦГЗ	ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»
ЦМЛ	центральна міська лікарня
ЦРЛ	центральна районна лікарня
Центр СНІДу	центр з профілактики та боротьби зі СНІДом
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
Fast Track	стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД
HFG Україна	Проект «Фінансування і управління у системі охорони здоров'я»
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі проти ВІЛ/СНІДу
USAID	Проект розвитку ВІЛ/СНІД-сервісу в Україні
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу

3. ВСТУП

На виконання Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» 10.09.2015 р. рішенням 28-ї сесії шостого скликання Чернігівської обласної ради затверджено Цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Чернігівській області, яка є одним із найважливіших інструментів реалізації заходів з протидії ВІЛ-інфекції та активної політики, спрямованої на подолання наслідків епідемії (далі – Програма). Програма розроблена фахівцями ОЦПБС та є логічним продовженням Обласної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки.

Основною метою Програми є створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам КГН, послуг з лікування, догляду і підтримки для ЛЖВ у межах реформування системи охорони здоров'я. Виконання завдань та заходів Програми надасть можливість уповільнити масштаби поширення епідемії ВІЛ-інфекції в області, знизити показники захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, забезпечити своєчасну та якісну діагностику й ефективне лікування. Виконавцями Програми є обласна та районні державні адміністрації, міськвиконкоми, урядові та неурядові ВІЛ-сервісні організації.

Фінансове забезпечення заходів Програми передбачено за рахунок коштів державного, місцевого бюджетів, а також позабюджетних джерел (**Табл. 1**).

Таблиця 1. Фінансування заходів Програми, 2009–2016 рр.

Обсяг коштів, виділених на реалізацію Програми	Обласна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр.					Цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. у Чернігівській області		
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Загальний обсяг фінансування Програми, тис.грн.	3564,2	2425,1	4543,7	6896,2	7323,0	4656,1	13388,2	24206,7
Державний бюджет, тис.грн.	2626,8	1345,0	2948,3	5170,0	5433,5	584,1	4521,1	8645,8
Обласний бюджет, тис.грн.	840,1	923,1	990	865,4	723,5	873	1065,6	1125
Міжнародні донорські організації, тис.грн.	97,3	156,9	605,5	860,8	1166,0	3199,0	7801,5	14435,9

На сьогодні Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їх впливу на епідемію. У 2014 р. в області було реалізовано проект з тріангуляції даних, що характеризують розвиток епідемії ВІЛ-інфекції протягом 2005–2013 рр., та є оцінкою окремих компонентів Програми, проте не охоплює всі її напрями. Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ/СНІДу дуже різняться в регіонах, проводиться оцінювання відповіді кожного регіону на епідемію ВІЛ/СНІДу окремо з метою виявлення специфічних для кожної області сильних та слабких сторін.

Аналіз реалізації заходів Програми за 2009–2016 рр. дасть змогу оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу за основними показниками впливу, розглянути заходи, які пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами, проаналізувати основні перешкоди, визначити проблемні питання та шляхи їх вирішення.

Оцінка виконання заходів Програми є важливим кроком у підготовці рекомендацій щодо формування ефективної національної та обласної програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр., які мають повною мірою відповідати стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Мета: оцінити відповідь Чернігівської області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу і надати рекомендації щодо формування ефективної національної та обласної програм на 2019–2023 рр.

Завдання:

1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнути індикаторів регіональної програми, індикаторів плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (Плану МіО) та цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).
3. Проаналізувати реалізацію регіональної програми, розглянувши насамперед заходи, пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, що потребують найбільшої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування регіональної програми на 2018–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.
5. Оцінка регіональної програми здійснюється у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

4. МЕТОДОЛОГІЯ

Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетних напрямів регіональної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку.

Оцінка Програми в області здійснювалася регіональною командою фахівців, до якої увійшли регіональний координатор, консультанти з аналізу, обробки даних та проведення оцінки відповідно до рекомендацій ВООЗ. Координація процесу, моніторинг та контроль етапів проведення Оцінки здійснювалися національним ментором.

До процесу проведення Оцінки були залучені фахівці ЗОЗ, управління освіти, ОЦСССДМ, пенітенціарної служби та НУО. Установча робоча зустріч була проведена 12 квітня 2017 р. Під час зустрічі зацікавлених сторін було поінформовано про методологію проведення аналізу заходів обласної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за ключовими показниками в динаміці за 2009–2016 рр., основну мету та завдання Оцінки та роль кожного з учасників у її проведенні.

Методи Оцінки включають: визначення основних питань оцінювання, які безпосередньо пов'язані з цілями та завданнями Програми; методологію збору та аналізу даних (кількісних та якісних), обмеження Оцінки.

Оцінка регіональної програми включала кабінетне дослідження та аналіз вторинних даних. Під час кабінетного дослідження передусім оцінювався вплив Програми на епідемію в області шляхом оцінювання індикаторів впливу за ключовими індикаторами (захворюваність, смертність, поширеність), індикаторів Плану МіО та побудова крос-секційного каскаду послуг для ЛЖВ (**Рис. 1**).



Рис. 1. Типи індикаторів, які використано для Оцінки регіональної Програми.

На етапі кабінетного дослідження також було узагальнено інформацію щодо переліку статистичних даних і документів, необхідних для проведення даного дослідження, здійснено збір таких даних, проведено аналіз індикаторів та стану виконання заходів Програми. Джерела збору даних включали: дані СЕМ, РЕН, моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX), прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі Spectrum/EPP та спеціальних досліджень.

У рамках проведення Оцінки було побудовано каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 р. на основі рекомендацій ВООЗ, адаптованих з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні. Каскад послуг, що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм, побудовано на основі індикаторів стратегії ЮНЕЙДС: оціночної кількості ЛЖВ, кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, кількості ЛЖВ на АРТ, кількості ЛЖВ на АРТ, які мають пригнічення вірусного навантаження.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів сформовано перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення епідситуації.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямів проведення Оцінки. У її рамках було обрано п'ять напрямів програмних заходів регіональної Програми, які мають найбільше значення у каскаді послуг:

- АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ)
- КіТ (включно з КіТ серед КГН)
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС

Кожен з цих напрямів оцінено за п'ятьма запитаннями, які пропонує ВООЗ:

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?
2. Чи охоплені потрібні люди?
3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?
4. Чи здійснюються ці заходи правильно?
5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Було здійснено порівняння заходів Програми і визначено «проблемні» питання та індикатори. Для надання відповідей на ці запитання зібрано вторинні дані, на основі яких сформовано другий блок підпитань. Два блоки підпитань було об'єднано у загальний список проміжних запитань (Матриця аналізу даних), для відповіді на які зібрано додаткові кількісні вторинні дані. В результаті проведено синтез та аналіз даних, який дав відповіді на запитання щодо факторів впливу на результативність Програми. Схема загального підходу Оцінки зображена на **Рис.2.**

Під час робочої зустрічі із зацікавленими сторонами, яка була проведена 9 серпня 2017 р., висвітлено попередні висновки, обговорено актуальні питання кабінетного етапу Оцінки, визначено можливі причини та шляхи вирішення виявлених проблем.

¹ ВІЛ-інфекція в Україні// Інформ. Бюл.– 2016.– № 47.

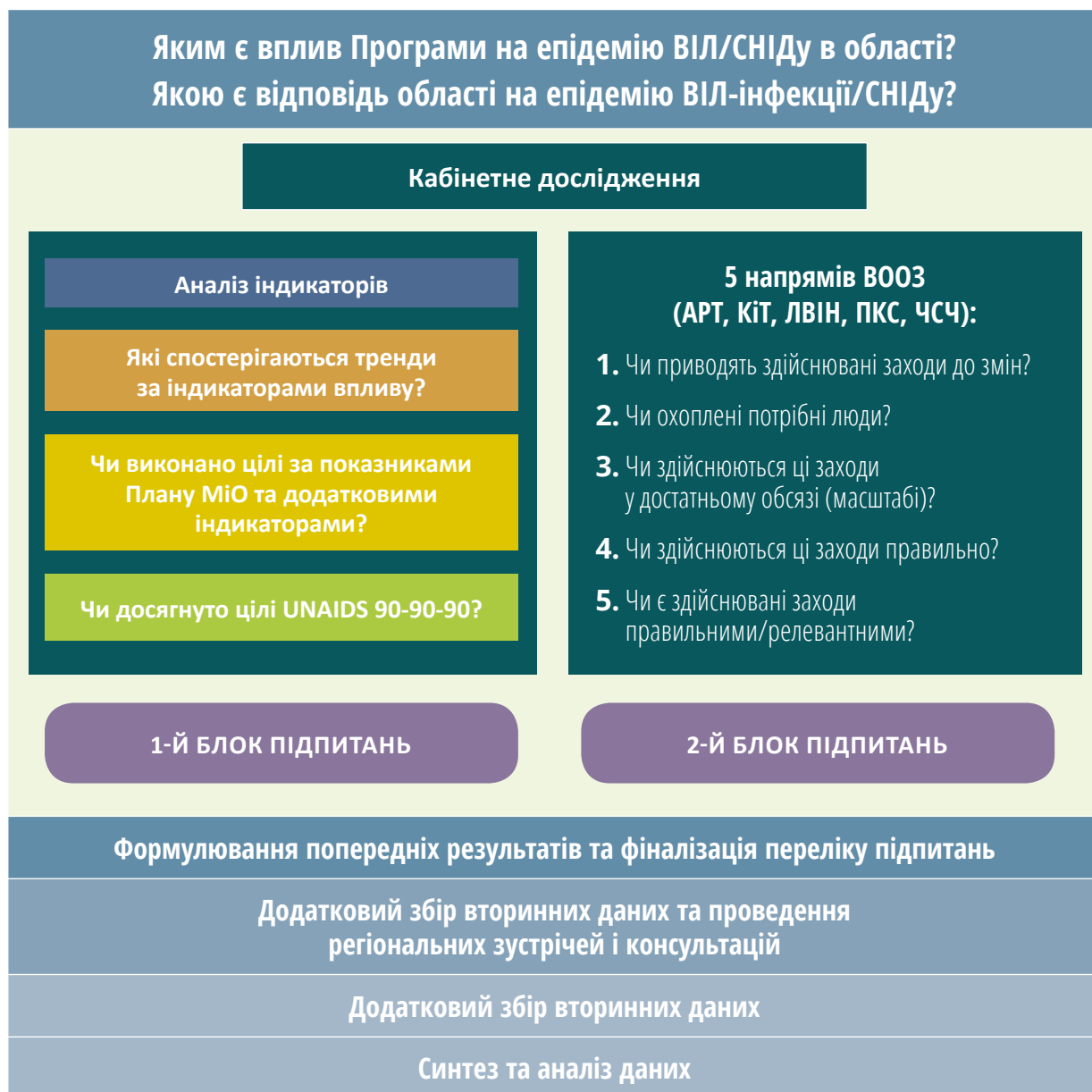


Рис. 2. Схема загального підходу до оцінювання Програми.

За результатами обговорення питань за п'ятьма напрямками роботи (КіТ, АРТ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ЧСЧ та ПКС) було проведено синтез та аналіз зібраних даних і фіналізовано звіт відповідно до наданих пропозицій та рекомендацій.

Основним документом, що відображає результати проведеної Оцінки, є зведений звіт, який розміщено на сайтах ДОО ОДА, ОЦПБС, НУО, ЦГЗ та БФ «Альянс громадського здоров'я», національному порталі стратегічної інформації у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також представлено на засіданні ОКР.

Основною цільовою аудиторією, на яку розраховані результати Оцінки, є особи, які формують політику щодо протидії епідемії ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я ОДА, регіональні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, ГО, що працюють у цій сфері, МОЗ України, ЦГЗ, БФ «Альянс громадського здоров'я».

5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

5.1. Аналіз епідемічної ситуації з ВІА у Чернігівській області

За період 1987–2016 рр. в області зареєстровано 6368 випадків ВІЛ-інфекції (включаючи дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками), у тому числі 1780 осіб зі СНІДом, з яких 747 померло.

Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, щороку зростає і складала на 2016 рік 361 особу на 100 тис. нас. Станом на 01.01.2017 р. в області перебуває під МН 3742 ВІЛ-інфіковані особи. Високим є рівень поширеності ВІЛ-інфекції у м. Прилуки (590,6 на 100 тис. нас.), м. Чернігові (518,9), Сновському (482,6), Талалаївському (451,9), Козелецькому (439,3), Новгород-Сіверському (434,0) та Прилуцькому (384,1) районах.

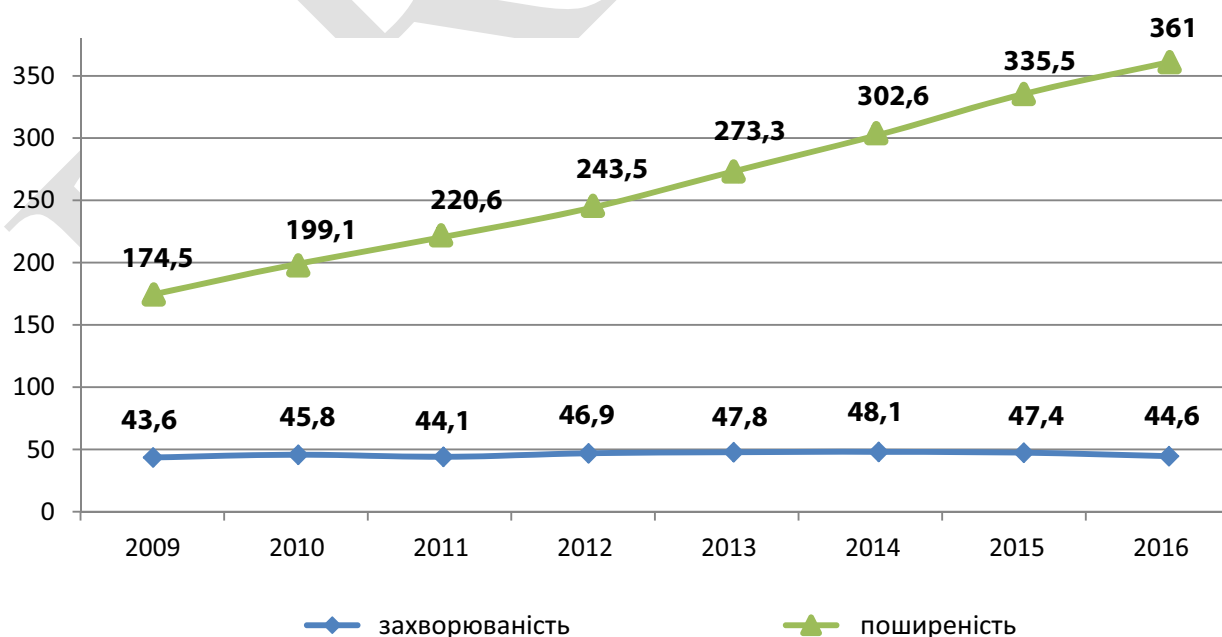


Рис. 3. Поширеність та захворюваність на ВІЛ-інфекцію (на 100 тис. нас.).

Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію тривалий час мав тенденцію до зростання – з 20,3 на 100 тис. нас. у 2005 р. до 48,1 на 100 тис. нас. У 2014 р. У 2012–2016 рр. спостерігається його спад: 2014–2013 рр. – на 1%; 2012 р. – на 5%; 2015 р. – на 1,5%; 2016 р. – на 6% у порівнянні з попереднім роком (**Рис. 3**).

У період 2015–2016 рр. 54% всіх ВІЛ-інфікованих мешкало переважно в трьох містах області – Чернігів, Ніжин, Прилуки. Разом з тим, епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється на сільську місцевість. Так, частка мешканців села із загальної кількості ВІЛ-інфікованих, що перебувають під МН, становила у 2005 р. – 29%, у 2016 р. – 41%,

Частка людей, які живуть з ВІЛ та належать до активної диспансерної групи, упродовж 2014–2016 рр. сягнула 78%.

В області спостерігається позитивна динаміка щодо охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб. Так, у 2016 р. в ЗОЗ зареєстровано та взято під диспансерний нагляд 93% ВІЛ-інфікованих, виявлених за результатами лабораторних досліджень (2015 р. – 79%; 2013 р. – 67%). Разом з тим, за даними РЕН, тільки у 56%, взятих під МН, у 2016 р. ВІЛ-інфекція виявлена протягом того ж року. Цей показник є недостатнім для досягнення індикаторів стратегії Fast Track.

Серед кумулятивної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб усіх вікових груп за період 2005–2016 рр. переважають чоловіки (53%). У зв'язку з активізацією в області статевого шляху інфікування частка жінок серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції віком 15 років і старше збільшилася з 38,5% (2005 р.) до 51% (2016 р.).

У віковій структурі ВІЛ-інфікованих спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років – з 51% у 2009 р. до 78% у 2016 р. і, відповідно, зменшення вікової групи до 29 років включно – з 49 % до 22%. Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб віком до 30 років кількість жінок перевищувала кількість чоловіків, а після 30 років – навпаки. Тобто епідемія уражує жінок у більш ранньому віці, ніж чоловіків.

Щороку відзначається зменшення рівня захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН у віковій групі 15–29 років включно (2010 р. – 36 осіб, 2012 р. – 27 осіб, 2016 р. – 9 осіб).

До 2008 року епідемія ВІЛ-інфекції в області розгорталася переважно серед ЛВІН. Проте темпи її поширення поступово уповільнювалися, натомість відбувалася зміна основного шляху інфікування: у структурі шляхів інфікування серед дорослих статевий шлях перевищив 50% (**Рис. 4**).

Частка ЛВІН серед офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб поступово зменшується. Разом з тим, рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН протягом 2014–2016 рр. зростає як за даними СЕМ, так і за даними НУО, які проводять біоповедінкові дослідження.

Станом на 01.01.2017 р. під МН в області перебувало 968 хворих на СНІД; поширеність СНІДу становить 93,4 на 100 тис. нас. Показник захворюваності на СНІД в області протягом 2009–2016 рр. зростав і становив у 2016 р. 23,0 на 100 тис. нас. Збільшується частка осіб, яких було взято під медичний облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції (2009 р. – 15,1%, 2016 р. – 56%). Тобто реєструється пізнє виявлення ВІЛ-інфекції та несвоєчасне взяття ВІЛ-інфікованих під МН (у 18% осіб від взятих на облік вперше ВІЛ-інфекція була виявлена понад п'ять років тому).

Рівень смертності від СНІДу в області залишається високим. Так, протягом 2009–2016 рр. 544 особи померло від хвороб, зумовлених ВІЛ-інфекцією. Смертність за цим показником збільшилася у 2,6 разу (2009 р. – 3,2 на 100 тис. нас., 2016 р. – 8,5 на 100 тис. нас.) (**Рис. 5**).

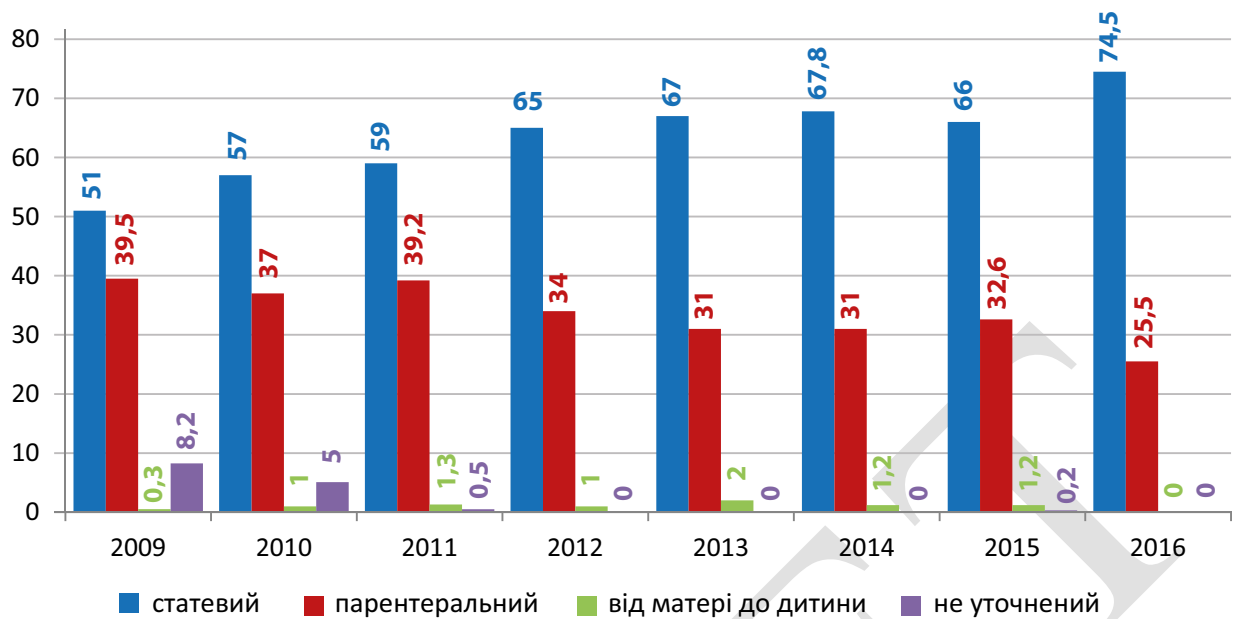


Рис. 4. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції (%).

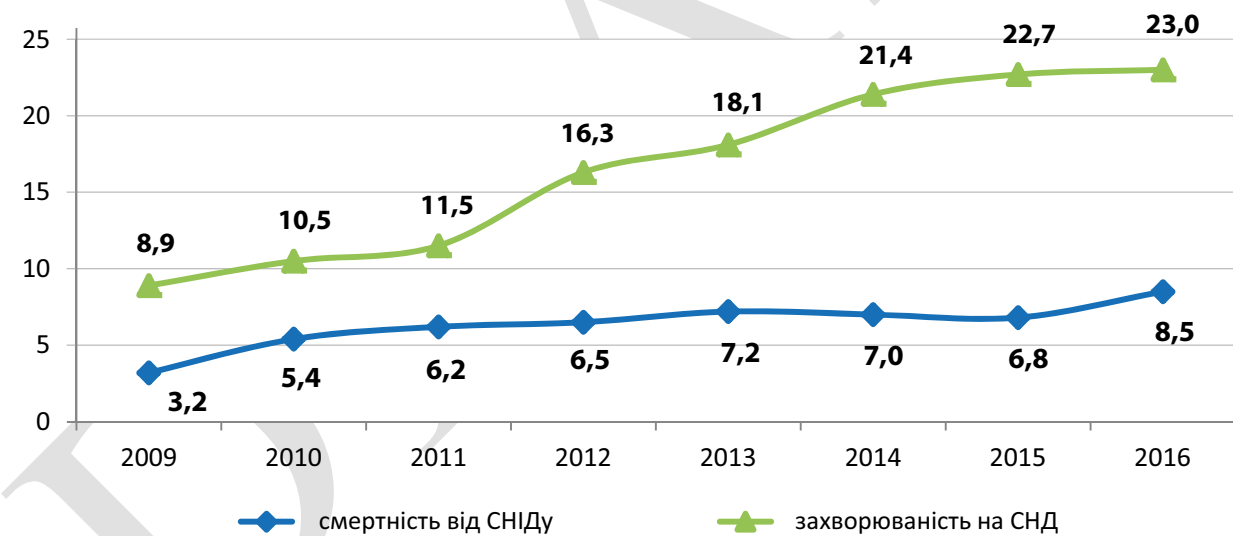


Рис. 5. Динаміка захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

Як і в попередні роки, серед померлих переважають чоловіки (2016 р. – 64%; 2012 р. – 70%; 2009 р. – 82%). Збільшується частка осіб, які померли від СНІДу у віці старше 40 років (2016 р. – 48%; 2012 р. – 27%; 2010 р. – 20%), що свідчить про постаріння («зрілість») епідемії ВІЛ-інфекції в області.

У 2016 році відзначається зростання рівня смертності від ко-інфекції ВІЛ/ТБ (2015 р. – 3,0 на 100 тис. нас.; 2016 р. – 4,9 на 100 тис. нас.). Хворі на поєднану патологію ТБ/ВІЛ становлять 58% від усіх випадків смерті від СНІДу. З числа померлих у 2016 р. 70% осіб були поставлені на дис-

пансерний облік протягом першого року з часу виявлення антитіл на ВІЛ; 6% – від 1 до 2 років включно; 13% – від 3 до 5 років включно; 11% – через 5 і більше років. Залишається високим відсоток померлих ВІЛ-інфікованих осіб, які знаходилися під МН менше року (42%). Уникають контактів з медичними працівниками та пізно стають на диспансерний облік переважно ЛВІН (80% – за даними реєстраційних карт).

Загальний рівень інфікованості ВІЛ населення протягом 2013–2016 рр. дещо збільшився у порівнянні з 2015 р. (0,75%) і становив у 2016 р. 0,97%

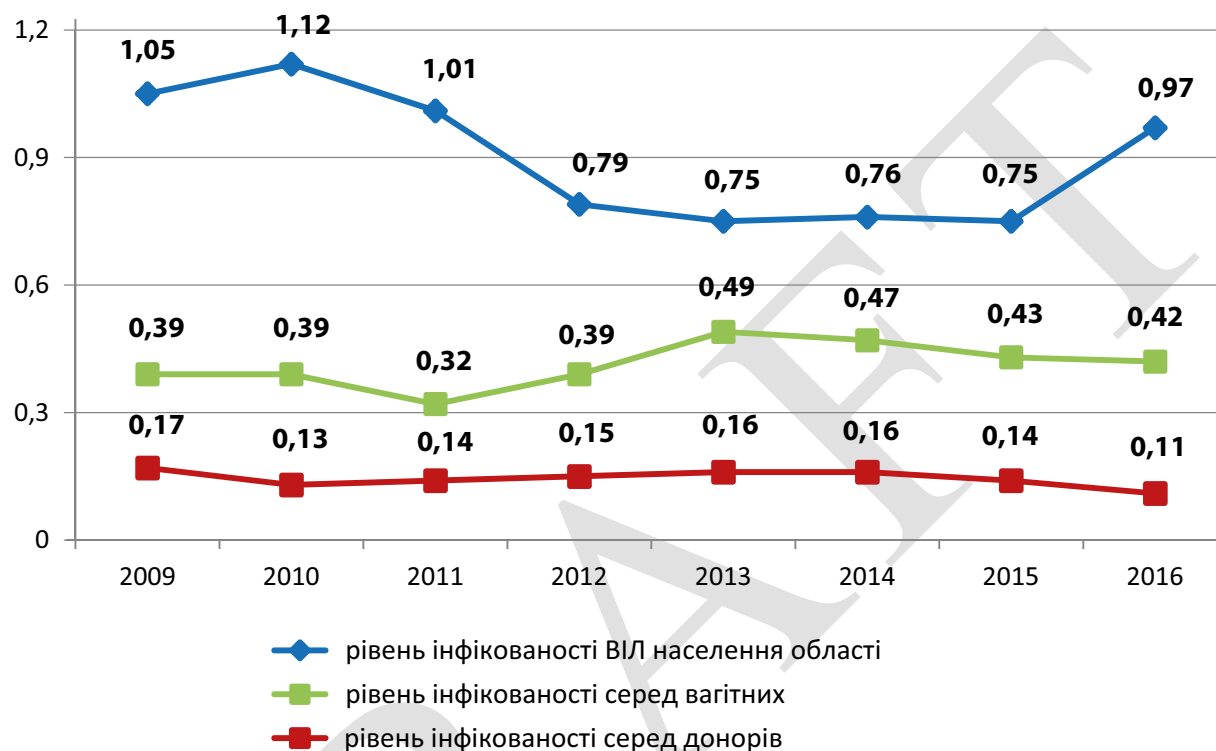


Рис. 6. Рівні інфікованості ВІЛ населення області та серед вагітних і донорів (%).

Впродовж 2013–2016 рр. знижується рівень поширеності ВІЛ серед вагітних (2013 р. – 0,49%; 2016 р. – 0,42%) та донорів (2013 р. – 0,16%; 2016 р. – 0,11%) (**Рис. 6**).

Показник частоти передачі ВІЛ від матері до дитини у 2014 р. становив 3,2% та був найнижчим починаючи з 2004 р.

Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області:

- ускладнення епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції відбувається внаслідок спільного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого (як гомо-, так і гетеросексуальний) шляхів передачі збудника;
- епідемія ВІЛ-інфекції підтримується за рахунок ВІЛ-інфікованих ЛВІН. Збільшення випадків інфікування статевим шляхом може бути пов'язано з поширенням ВІЛ серед статевих партнерів – ЛВІН;
- епідемія ВІЛ-інфекції поступово поширюється на сільські місцевості;
- у віковій структурі ВІЛ-інфікованих спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років;

- протягом 2012–2014 рр. відзначалося зниження темпів приросту захворюваності на ВІЛ, а в 2015–2016 рр. зменшення рівня захворюваності на ВІЛ;
- спостерігається позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів;
- охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН в області залишається на недостатньому рівні. Частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, зростає;
- результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу;
- відзначається зростання рівня смертності від ко-інфекції. Хворі на поєднану патологію ВІЛ/ТБ становлять 58% від усіх випадків смерті від СНІДу.

5.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 року

За результатами розрахунків в області на початок 2017 р. мешкало 6000 ЛЖВ віком від 15 років і старше. За даними офіційної статистики, під МН у закладах служби профілактики та боротьби зі СНІДом перебував 3621 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження).

Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 1,6:1, тобто більше третини ЛЖВ не охоплені МН та потенційно не знають про свій ВІЛ-статус.

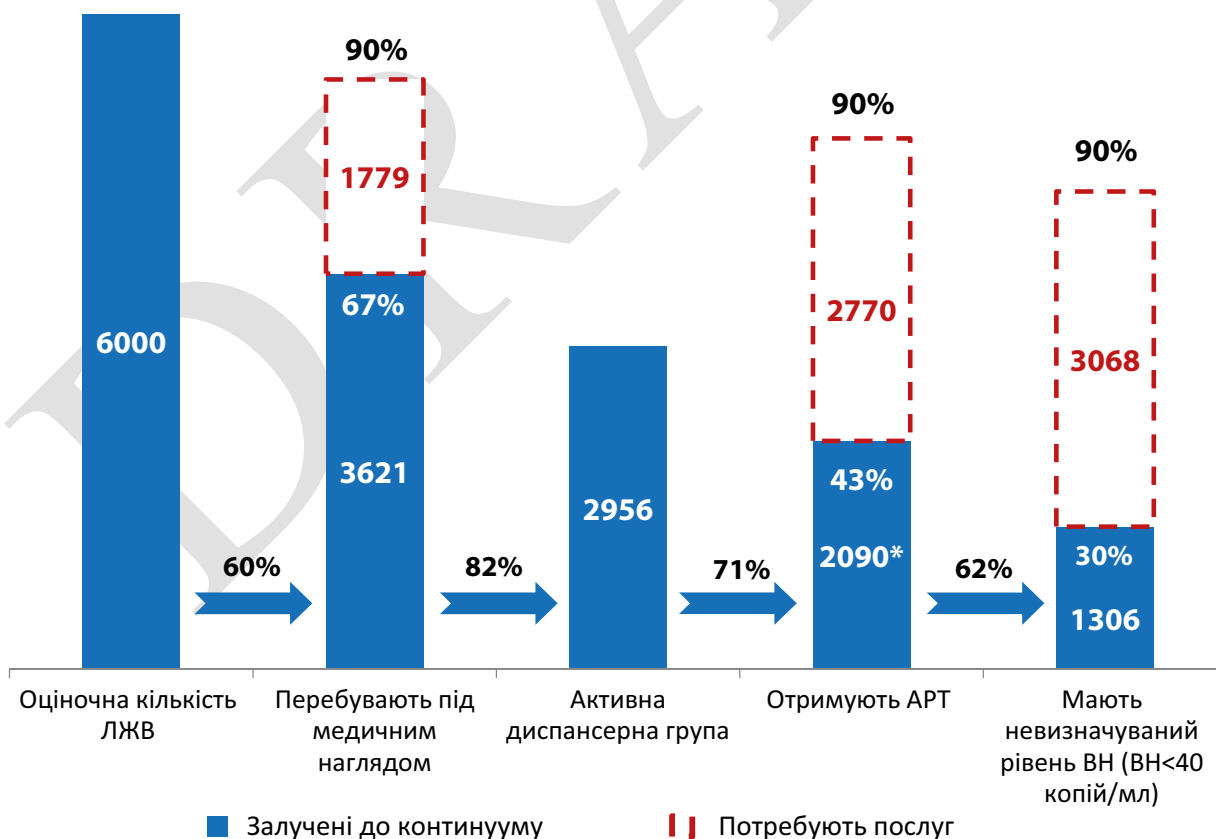


Рис. 7. Каскад послуг для ЛЖВ в Чернігівській області станом на 01.01.2017 р.

* Кількість осіб, які отримують АРТ, враховуючі дані пенітенціарної служби.

Основні дані каскаду послуг для ЛЖВ:

1. **3621** ЛЖВ (60% від оціночної кількості) знає про свій ВІЛ-позитивний статус та перебуває під МН у ЗОЗ служби СНІДу в області (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження), що складає 67% від цільового значення за стратегією «90-90-90».

Активна диспансерна група складає 82% (**2956** осіб) від кількості пацієнтів, які знаходяться під МН (3621).

2. **2090** ЛЖВ (35% від оціночної кількості) отримують АРТ. Тобто фактичне охоплення АРТ від цільового значення за стратегією «90-90-90» складає 43%.

На кінець 2016 року кількість осіб, які отримують АРТ, становила 71% від кількості осіб активної диспансерної групи.

3. **1306** ЛЖВ (22% від оціночної кількості ЛЖВ, охоплених послугою АРТ) отримували АРТ більше 6 міс. та досягли невизначуваного рівня ВН (< 40 РНК копій/мл) – це 30% від цільового значення за стратегією «90-90-90».

Частота вірусологічної ефективності лікування (кількість осіб, які досягли невизначуваного рівня ВН (1306 осіб), від кількості осіб, які отримували АРТ більше 6 міс. (2090), у 2016 р. склала 62%.

5.3. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Одним із ключових напрямів роботи служби СНІДу в області є забезпечення доступу населення до послуги КіТ як основного компонента програм профілактики, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. В області безоплатний доступ до цієї послуги забезпечено з 2008 р. для усіх верств населення.

Кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції тісно пов'язана з кількістю проведених тестів. Щороку кількість осіб, які перебувають під МН, збільшується і починаючи з 2009 р. зросла більш ніж удвічі – з 1734 до 3542 (2016 р.).

У той час як рівень охоплення населення послугами КіТ упродовж 2009–2016 рр. зменшився на 60%, рівень захворюваності, за даними РЕН, за цей же період мав стабільну тенденцію, а за останні три роки зменшився на 14%.

Зменшення кількості обстежень пов'язано з більш якісним підходом до направлень на тестування (наголос в роботі ставився на КГН).

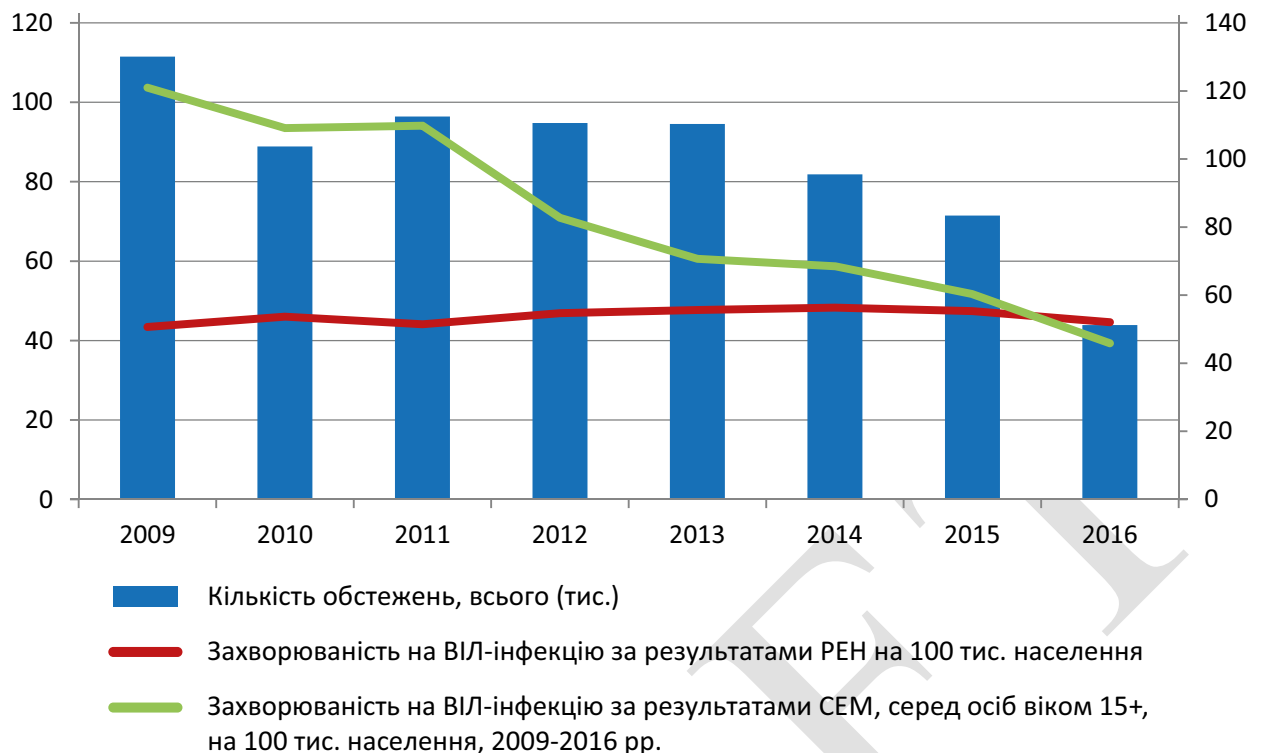


Рис. 8. Охоплення тестуванням та захворюваність на ВІЛ.

Зниження рівнів захворюваності на ВІЛ, за результатами РЕН та СЕМ, може свідчити про позитивний вплив профілактичних програм в області (серед загально населення та ЛВІН). За даними СЕМ, рівень охоплення тестуванням серед ЛВІН починаючи з 2013 р. підвищився за рахунок активного включення обстежених ШТ як у ЗОЗ, так і НУО, а виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН зменшився з 24,9% у 2009 р. до 1,8% у 2016 р.

Збільшується частка ЛЖВ, взятих на диспансерний облік, від виявлених лабораторно (2009 р. – 30%, 2016 р. – 93%). Частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед нових випадків ВІЛ-інфекції мала негативну тенденцію до зростання – з 45% у 2013 р. до 56% у 2016 р., що пов'язано з пізнім виявленням ВІЛ-інфекції, а також несвоєчасним взяттям ВІЛ-інфікованих під МН.

У цілому на ефективність та якість КіТ впливає рівень стигматизації та дискримінації основних уразливих щодо ВІЛ груп населення, особливо ПКС та ЧСЧ. Навіть якщо експрес-тестування проводиться на базі НУО і в разі позитивного результату на ВІЛ надається направлення до обласного центру СНІДу, у більшості випадків особи приховують свою приналежність до цих КГН та реєструються під іншими кодами.

За даними СЕМ, частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС та ЧСЧ за останні два роки мав тенденцію до збільшення – з 0,18% до 0,24% серед ПКС та з 0,18% до 0,49% серед ЧСЧ. Частка засуджених з позитивним результатом тестування на ВІЛ у цілому мала тенденцію до зниження – з 16,05% у 2009 р. до 5,11% у 2016 р.

Зберігається тенденція до зменшення кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування – з 19,8% у 2009 р. до 11,7% у 2016 р. – за даними СЕМ.

Висновки

1. Більш якісний підхід до тестування та охоплення зазначеною послугою КГН загалом сприяє зниженню рівня захворюваності на ВІЛ та покращенню якості життя ЛЖВ. За рахунок впровадження тестування ШТ покращується доступ КГН до послуг КіТ, що сприяє більш ранньому встановленню діагнозу ВІЛ-інфекції і дає можливість своєчасно проводити профілактичні заходи та лікування.
2. Щороку покращується показник охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ області.
3. Пізні виявлення ВІЛ-інфекції у стадії СНІДу свідчить про «зрілість» епідемії та недосконалу роботу ЗОЗ в частині своєчасного виявлення та взяття під МН. Рівень стигматизації та дискримінації КГН, особливо ПКС та ЧСЧ, є однією з причин пізнього взяття під МН.
4. Спостерігається збільшення частки осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС та ЧСЧ проти зменшення серед ЛВІН та засуджених.

Чи охоплені потрібні люди?

Домінуючим шляхом передачі ВІЛ-інфекції в області з 2008 р. є статевий. Причому для жінок він став домінуючим з 2007 р., для чоловіків – з 2013 р. Кількість осіб, обстежених за кодом 105.2 протягом року (особи, які надають сексуальні послуги за винагороду), збільшилася з 4 у 2013 р. до 310 у 2015 р. За даними біоповедінкових досліджень, показник поширеності серед ПКС є низьким – 2,9% (2015 р.). Враховуючи відсутність в області НУО, які надають послуги ПКС, неможливо говорити про достовірність даних щодо виявлення ВІЛ-позитивних ПКС та їх залучення до медичних та профілактичних ВІЛ-послуг.

Значну епідемічну значимість останнім часом набуває група ЧСЧ, яка, за розрахунковими даними, складає 1850 осіб. У 2015 р., за даними СЕМ, у ЗОЗ із шести обстежених виявлено одну ВІЛ-інфіковану особу, у 2016 р. – з трьох обстежених – дві, що значною мірою пов'язано з прогалинами в якості консультування, у т.ч. при взятті на диспансерний облік, що не дозволяє визначити ймовірний шлях інфікування. Разом з тим, жодна особа з виявлених в області не взята під МН. За даними НУО, в 2016 р. послуги КіТ було надано 449 особам, виявлено одного ВІЛ-позитивного ЧСЧ, який не був взятий під МН. Враховуючи, що ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп, неможливо оцінити достовірність даних щодо ЧСЧ (як щодо обстежень на ВІЛ, так і поширеності ВІЛ).

Моніторинг поведінки представників КГН в 2009, 2011, 2013 та 2015 роках здійснювався шляхом проведення біоповедінкових досліджень, які уможливають аналіз зв'язку ВІЛ-статусу та поведінкових практик. За цими даними відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, складав у 2009 р. – 22,5%, у 2011 р. – 26,4%, у 2013 р. – 64,5%, у 2015 р. знизився до 40,4%. Відсоток ПКС, охоплених послугами КіТ, у 2009 р. становив 59,1%, у 2011 р. – 24,6%, а в 2015 р. знизився до 19,3%. ВІЛ-сервісні проекти щодо надання профілактичних послуг ПКС в області не впроваджувалися. Відсоток ЧСЧ, охоплених послугами КіТ, зріс з 12,5% у 2011 р. до 89,7% у 2015 р.

Відсоток засуджених, охоплених послугами КіТ, у 2013 р. становив 31,9%, у 2014 р. зменшився до 9,9%, що пов'язано з тестуванням лише вперше прибулих до установ пенітенціарної системи через зменшення фінансування, та збільшився до 31,7 % у 2016 р., коли з'явилася можливість проводити тестування всім засудженим.

Одним із важливих елементів побудови ефективної системи взаємодії та подолання поєднаної інфекції ВІЛ/ТБ є забезпечення доступу хворих на ТБ та осіб з підозрою на ТБ до КіТ з їх подальшим медичним та соціальним супроводом. Відсоток хворих на ТБ, охоплених КіТ, у за-

гальній структурі даних послуг зріс з 3,9% у 2014 р. до 25,9% у 2016 р., що є наслідком широкого впровадження заходів протидії ВІЛ у ПТС. За даними центру СНІДу, діагноз ВІЛ/ТБ одночасно був встановлений у 51% осіб у 2016 р. (2015 р. – 38%; 2014 р. – 44%).

Пацієнти дерматовенерологічних диспансерів, у яких виявлено ІПСШ, в 40–50% випадків перенаправляються на КіТ щодо ВІЛ.

Рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних достатньо точно відображає рівень інфікованості ВІЛ і тенденцію розвитку епідемії ВІЛ-інфекції серед загального населення. Усім жінкам, які звертаються до жіночих консультацій з приводу вагітності, двічі проводиться тестування на ВІЛ. Всі вагітні жінки, які не пройшли обстеження на допологовому етапі, обстежуються швидкими тестами. Частка КіТ, проведених серед вагітних, за період 2009–2016 рр. коливалася у межах 16–36%.

Донорська кров та її компоненти стовідсотково проходять тестування на ВІЛ-інфекцію. В обласній станції переливання крові впроваджено методику повторного тестування крові кадрових донорів на наявність антитіл до ВІЛ, здійснюється 6-місячна карантинізація плазми. Частка КіТ, проведених серед донорів крові, за період 2009–2016 рр. коливалася в межах 16–22%.

У рамках глобальних цілей «90-90-90» актуальним є збільшення доступу до КіТ для тих, хто залишається не діагностованим, а також для тих, хто зазнає найвищого ризику інфікування ВІЛ. На підвищення рівня охоплення КіТ для встановлення діагнозу ВІЛ на більш ранніх стадіях спрямовані послуги КіТ за ініціативою медичного працівника при зверненні за допомогою в ЗОЗ. Відсоток таких КіТ складає близько 70% від усіх тестувань в області.

Висновки

Спостерігається підвищення активності ЧСЧ щодо обстеження на ВІЛ, при цьому рівень інфікованості є незначним. ЛВІН та ПКС гірше поінформовані про свій статус, відсоток охоплення тестуванням цих груп зменшився. Відзначається позитивна динаміка охоплення КіТ пацієнтів ПТС. Найбільш охоплені тестуванням донори та вагітні жінки.

Чи здійснюються ці заходи в достатньому обсязі (масштабі)?

Система КіТ забезпечує широке охоплення послугами з добровільного консультування та тестування багатьом групам загального населення. Починаючи з 2009 р. кількість тестувань складала від 10% (2009 р.) до 5–7% (2015–2016 рр.) від загального населення області, що свідчить про доволі високий рівень тестування на ВІЛ-інфекцію.

У 22 районних та шести міських лікарнях функціонують кабінети «Довіра»/кабінети, які надають послуги з тестування на ВІЛ. З них один кабінет функціонує в ОЦПБС, 8 – є самостійними кабінетами у ЦРЛ та ЦМЛ, 15 – працюють на базі КіЗів, три – на базі дерматовенерологічних кабінетів, один – на базі кабінету отоларинголога.

В області здійснюється цілеспрямована робота з відбору осіб з ризикованою поведінкою щодо інфікування ВІЛ та за клінічними показами на КіТ. У 2009–2013 рр. кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію майже не змінювалася і становила близько 110 тис. осіб, при цьому кількість тестувань осіб із КГН зросла з 11 750 у 2009 р. до 19 000 у 2013 р. Загальна кількість протестованих зменшилася з 95,5 тис. осіб у 2014 р. до 51 тис. осіб у 2016 р., що пов'язано зі зменшенням фінансування на закупівлю тест-систем. Частка осіб із КГН, відповідно, також зменшилася – з 20 до 10,9 тис. осіб, що становить 21% від загальної кількості обстежених.

Усього за період використання ШТ (2014–2016 рр.) в Чернігівській області виявлено 109 позитивних результатів тестування на ВІЛ. Завдяки спільній роботі лікарів ПМСД, кабінетів «Довіра» ЦРЛ та ЦМЛ та центрів СНІДу 29 особам призначено АРТ, 21 особа виявлена в початковій стадії ВІЛ-інфекції і не потребує лікування, решта – проходить дообстеження; 23% осіб, які пройшли тестування і отримали позитивний результат, не стали на облік в ЗОЗ.

Розширено доступ та надання послуг КіТ для найбільш уразливих щодо інфікування ВІЛ на базі протитуберкульозних, дерматовенерологічних, наркологічних ЗОЗ. Пройшли навчання із застосування ШТ і впроваджують їх на рівні первинної медичної ланки медичні працівники у Чернігівському, Бобровицькому районних та Ніжинському, Прилуцькому міських центрах ПМСД.

Нагальною проблемою залишається організація надання послуг КіТ у стаціонарних відділеннях медичних закладів, оскільки це робиться формально або взагалі не робиться (неправильно проводиться кодування обстеження; хворому не повідомляються місце і час отримання результату тестування на ВІЛ). Зважаючи на те, що з більшості ЦРЛ доставка біоматеріалу для визначення антитіл до ВІЛ здійснюється в середньому один раз на декілька тижнів, хворі на момент надходження результату тестування на ВІЛ вже виписані зі стаціонару і в подальшому не отримують інформацію про результат свого тестування.

Питанню надання послуг КіТ приділяється недостатньо уваги спеціалізованими ЗОЗ (наркологічними, дерматовенерологічними), що безпосередньо працюють з представниками КГН, проте значна частина осіб, які звертаються за медичною допомогою до цих закладів, ведуть ризикований спосіб життя. Фахівці таких ЗОЗ в районах області рідко проводять КіТ серед пацієнтів за клінічними показами та з приводу ризикованої поведінки. Загальна частка послуг КіТ, що надаються цими ЗОЗ, серед усіх закладів, в яких запроваджено такі послуги, є недостатньою і впродовж 2011–2016 рр. не перевищувала 3%.

Загальна кількість післятестових консультувань у ЗОЗ коливалася в межах від 55% у 2010 р. до 77% у 2016 р. від загальної кількості проведених тестувань. Тобто близько третини осіб не звертаються за результатами свого тестування на ВІЛ, що може свідчити про недостатній рівень якості КіТ.

Використання швидких тестів НУО має великий потенціал для розширення послуг з тестування на ВІЛ для КГН. Збільшення обсягів тестування ШТ у чотири рази завдяки впровадженню з 2015 р. асистованого самотестування привело до зростання кількості виявлених позитивних результатів серед представників уразливих груп (51), але знизило відсоток виявлення. Відсоток виявлення ВІЛ серед нових клієнтів значно вищий, ніж серед старих клієнтів проектів профілактики, що свідчить про виконання головної цілі проектів та дієвий результат багаторічної роботи. Вищий відсоток серед нових клієнтів вказує на необхідність виходу на нові групи. Згідно із розробленим алгоритмом перенаправлення клієнтів НУО у ЗОЗ пацієнти з позитивними результатами швидких тестів направляються до центрів СНІДу для підтвердження позитивного результату. Так, у 2016 р. звернулося до ЗОЗ 78% перенаправлених клієнтів НУО (2015 р. – 72%), 40% було взято під медичний нагляд (2015 р. – 92%).

Упродовж 2014–2015 рр. в області було також започатковано Проект «Фінансування і управління у системі охорони здоров'я» (HFG Україна) за фінансування USAID. Він діяв на базі закладів ПМСД у містах Ніжин та Прилуки, Бобровицькому та Чернігівському районах області. У рамках проекту сімейними лікарями проконсультовано та протестовано ШТ 6428 осіб і виявлено 54 позитивних результати, з них 60% з КГН.

Станом на 01.05.2016 р. сімейними лікарями проконсультовано та протестовано на ВІЛ 5159 осіб, що складає 58% клієнтів КГН, виявлено 55 позитивних результатів, з них 74% із КГН.

У рамках впровадження Проекту HFG Україна сімейні лікарі чотирьох районів пройшли навчання із застосування ШТ і впроваджують їх на рівні первинної ланки; 90% ЦРЛ та ЦМЛ закуповують ШТ для проведення тестування на ВІЛ.

Висновки

1. Відзначається зменшення кількості обстеження КГН у ЗОЗ, на рівні НУО кількість тестувань на ВІЛ збільшилася у чотири рази.
2. Послуги асистованого самотестування надають ВІЛ-сервісні ГО області, у т. ч. пересувною мобільною амбулаторією, однак є потреба збільшення ефективності переадресації з метою доведення всіх клієнтів з виявленим позитивним результатом тестування ШТ до ЗОЗ (наразі 78%).
3. Частка КіТ, що проводяться спеціалізованими (наркологічними, дерматовенерологічними) ЗОЗ, залишається недостатньою.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

В області існує позитивна динаміка взяття під МН протягом звітного року осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ – з 42,5% у 2014 р. до 49,9% у 2016 р. Позитивною є й динаміка співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування та кількості осіб, яких було взято під МН впродовж 2009–2016 рр. (31,3 – 2009 р.; 92,7 – 2016 р.). Однак показник взяття під МН забезпечується за рахунок осіб, у яких ВІЛ-інфекція була виявлена у минулих роках, і взяті вони під МН у III та IV клінічних стадіях, що пов'язано з пізнім зверненням до ЗОЗ.

Діяльність мережі ЗОЗ щодо КіТ акцентується на роботі з КГН. Однак якість надання послуг КіТ суттєво відрізняється у різних закладах. Зокрема, якісніші послуги надаються у кабінетах «Довіра» обласного центру СНІДу, близько 90% клієнтів звертаються за результатами тестування. В інших ЗОЗ тестування продовжують здійснювати без адекватного дотестового та післятестового консультування, близько 26% стаціонарних та поліклінічних пацієнтів, пацієнтів закладів дерматовенерологічної служби не звертаються за результатами тестування і вчасно не стають під МН. При проведенні КіТ медичні працівники не завжди уточнюють інформацію щодо можливості гомосексуального шляху інфікування, що призводить до недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних зі статевими стосунками між чоловіками.

Послуги з КіТ для мешканців сільської місцевості надаються на первинному рівні надання медичної допомоги у Чернігівському, Бобровицькому районних та Ніжинському і Прилуцькому міських центрах ПМСД.

В області існує система супервізії КіТ, фахівці обласного центру СНІДу здійснюють наставницькі візити до ЦРЛ та ЦМЛ.

Для КГН послуги з асистованого самотестування в області надають три ВІЛ-сервісних НУО, які працюють з групами ЛВІН та ЧСЧ. Впродовж 2014–2015 рр. питаннями здоров'я та соціально-психологічної підтримки, протидії дискримінації, створення безпечних зон в різних сферах життя ЧСЧ займалася БО «Точка опори», з 2015 р. в даному напрямку працює ГО «Гей Альянс». Проводиться тестування із застосуванням ШТ для ЛВІН на базі пунктів надання послуг ГО «Центр ресоціалізації хімічно залежних «Ведис», ГО «Відродження нації», включно із пересувною мобільною амбулаторією в дев'яти районах області. Проте робота НУО здійснюється переважно в обласному центрі; для достатнього охоплення КГН профілактичними послугами необхідним є залучення нових партнерів або розширення сфери діяльності існуючих НУО в усіх районах області. Згідно із розробленим алгоритмом перенаправлення клієнтів НУО у ЗОЗ, пацієнти з позитивними результатами ШТ направляються до центрів СНІДу для підтвердження позитивного результату швидкими тестами.

В області існує система менеджменту закупівель тест-систем, в рамках якої здійснюється тестування КГН та інших категорій населення. Обсягів фінансування у 2015–2016 рр. для закупівлі тест-систем було недостатньо, враховуючи необхідність тестування донорів та вагітних у зв'язку з перебоями в постачанні тест-систем за рахунок Держбюджету. В 2015–2016 рр. 10–15% обстежень здійснювалося за допомогою ШТ, які закуповуються ЗОЗ, що є недостатнім, враховуючи значні втрати пацієнтів під час проведення ІФА та нові рекомендації ВООЗ щодо розширення тестування швидкими тестами у ЗОЗ і постановки діагнозу за двома швидкими тестами.

Висновки

1. Послуги КіТ є недостатньо інтегрованими та синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами. Збільшується відсоток осіб з позитивним результатом тестування взятих під МН, однак переважно за рахунок осіб з раніше встановленим діагнозом.
2. Послуги КіТ практично не надаються на первинному рівні надання медичної допомоги для мешканців сільської місцевості.
3. До надання послуг з тестування на ВІЛ залучено три ВІЛ-сервісних ГО. Універсальні інтегровані послуги ВІЛ-інфікованим надаються в обласному центрі СНІДу, кабінетах «Довіра», кабінетах інфекційних захворювань ЦРЛ та ЦМЛ.
4. В області існує система менеджменту КіТ. В рамках виділених коштів здійснюється консультування і тестування населення, в першу чергу КГН; швидкими тестами забезпечено 10–15% тестувань.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Охоплення послугами з тестування на ВІЛ, а також кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції безпосередньо пов'язані з рівнями закупівель тест-систем для ключових груп населення. Впродовж 2009–2015 рр. область в повному обсязі була забезпечена тест-системами для діагностики ВІЛ-інфекції. Тестування на ВІЛ загального населення здійснювалося за рахунок місцевого бюджету, донорів та вагітних – за рахунок Держбюджету. У 2016 році фінансування з місцевого бюджету для закупівлі тест-систем зменшилося і складало 69,1% від запланованого. При цьому перебоїв з проведенням підтверджувальних досліджень на ВІЛ не було, тест-системи та реагенти закуповувалися за рахунок коштів ГО «Відродження нації».

Залишається низькою укомплектованість штатних посад лікарями в ЗОЗ, недостатньо людських ресурсів для надання послуг КіТ. В області, згідно штатних розписів кабінетів «Довіра» та КІЗ, наявні 13 посад лікарів, з них зайнятих – 9,75 (75%), 15 посад медичних сестер, з них зайнятих – 12,5 (83%), у восьми із 26 кабінетів «Довіра»/КІЗ штатних посад лікарів та медичних сестер зовсім не передбачено. Кабінети «Довіра» укомплектовано штатами згідно чинної нормативної бази лише в обласному центрі СНІДу, ЧМЛ №1 та Козелецькій ЦРЛ, що на фоні зростання потреб населення щодо послуг КіТ не забезпечує достатній обсяг послуг.

У рамках Проекту HFG Україна підготовлено 65 лікарів на циклі «КіТ на ВІЛ для сімейних лікарів» та 72 медичні сестри.

Розташування ЗОЗ, де проводиться КіТ, часто є незручним для населення, 40% сільських населених пунктів взагалі не мають медичних закладів.

Переважає кількість консультувань і тестувань в ЗОЗ області проводиться за направленням медичних працівників, консультування і тестування з ініціативи клієнта здійснюється в 28% випадків.

Відділ МіО виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснює збір та аналіз даних щодо КіТ, проводить щоквартальний моніторинг роботи кабінетів «Довіра» ЗОЗ. Система відстеження прогресу в наданні послуг КіТ здійснюється за допомогою інструменту для збору та узагальнення даних, необхідних для складання форми 3, та інструменту, який використовується для складання табл. 1000 форм №1 ВІЛ/СНІД та №2 ВІЛ/СНІД.

Висновки

1. Спостерігається зменшення фінансування на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції, що не відповідає епідеміологічному та соціально-економічному контексту області.
2. Відсутність регулярних поставок тест-систем для обстеження вагітних та донорів.
3. Фактичне фінансування послуг КіТ не відповідало запланованому в 2016 р., хоча у попередні роки такої проблеми не було.
4. Кількість підготовлених фахівців, що надають послуги КіТ, є недостатньою.
5. Для відстеження прогресу в наданні послуг КіТ здійснюється збір та аналіз даних щодо КіТ, проводиться щоквартальний моніторинг роботи кабінетів «Довіра».

5.4. Аналіз впровадження АРТ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Показник смертності від СНІДу є одним із індикаторів ефективності впровадження лікування ВІЛ-інфекції. Він також залежить від доступу до діагностики, наявності якісного соціального супроводу, ступеня прихильності ВІЛ-інфікованих до ВІЛ-сервісних послуг.

У Чернігівській області показник смертності від СНІДу залишається високим. Основна хвиля зростання захворюваності спостерігалася у 2009–2013 рр. (від 36 до 77 осіб). У 2014–2015 рр. намітилися ознаки стабілізації, але в 2016 р. знову маємо стрибок (88 осіб).

Упродовж 2009–2016 рр. близько 400 осіб було взято під МН. Серед них кількість хворих в III та IV стадіях ВІЛ щороку зростала (2013 р. – 181; 2016 р. – 212). Введення ЛЖВ в АРТ коливалося та було найбільшим у 2016 р. – 402 особи (**Рис. 9**).

Тобто серед чинників, які не дозволяють вчасно отримувати лікування, є зростання кількості випадків ВІЛ-інфекції у III–IV клінічних стадіях – від 44% у 2013 р. до 56% у 2016 р. та високий відсоток померлих ЛЖВ, які перебували під МН менше року (42% – у 2016 р.).

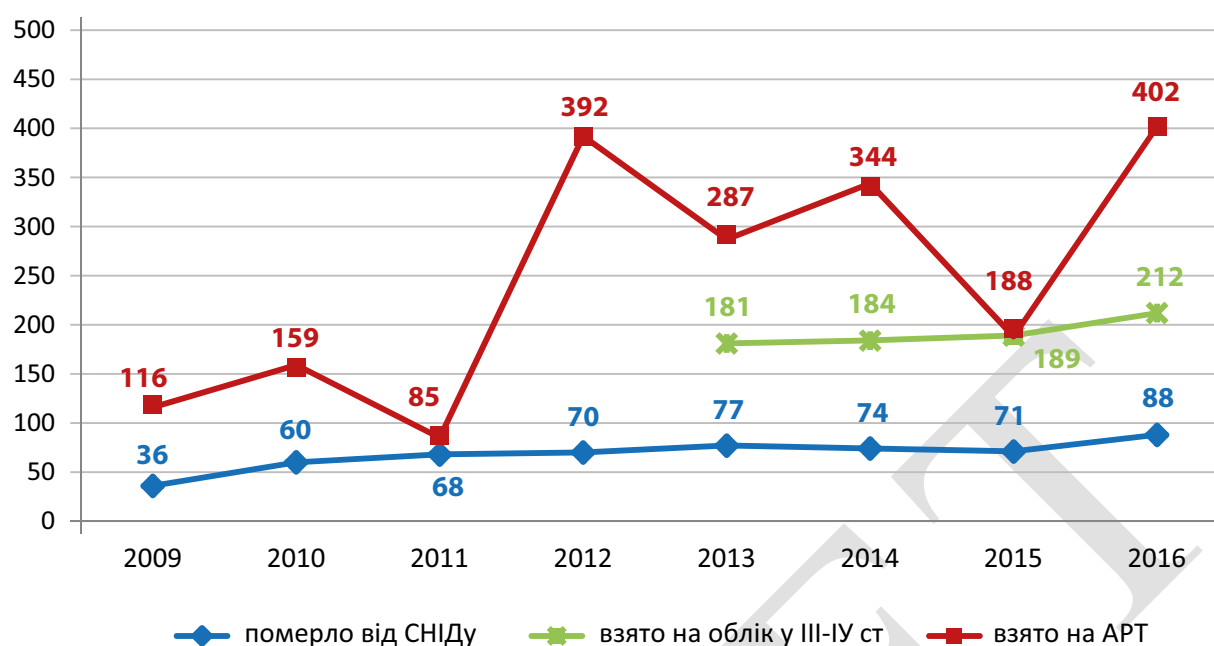


Рис. 9. Кількість померлих від СНІДу, взятих на облік в III–IV стадіях ВІЛ та взятих на АРТ (абс. ч.).

Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, відносно кількості ЛЖВ, які отримували АРТ, характеризувався нестійкою динамікою впродовж 2013–2015 рр. і мав тенденцію до зниження (2013 р. – 2,4%; 2015 р. – 1,2%), що свідчило про зменшення смертності ЛЖВ, які перебували на АРТ. Проте у 2016 р., попри широке охоплення АРТ, за рахунок «стрибка» інфікованості (2013 р. – 0,75; 2016 р. – 0,97 за даними СЕМ) цей показник сягнув 2,1%.

Коливається частка ЛЖВ, які перебували на АРТ і померли через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, відносно всіх померлих ЛЖВ (2013 р. – 22%; 2015 р. – 18%; 2016 р. – 35%). Частка померлих ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, відносно померлих, які не отримували АРТ, складала 20% у 2013 р. та 37% у 2016 р.

Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, відносно загальної кількості ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, коливалася у межах від 2,3% (2013 р.) до 3,2% (2015 р.).

Відсоток випадків смерті ЛЖВ, які не отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році знизився з 43% у 2013 р. до 37% у 2016 р.

Завдяки більш ефективному виявленню туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих та вчасному початку АРТ відсоток померлих внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ з роками зменшується, але залишається ще доволі високим (2013 р. – 76,9%; 2016 р. – 46,5%).

Висновки

1. Впровадження АРТ в регіоні не приводить до бажаних змін, оскільки смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, продовжує залишатися на високому рівні. Це обумовлено наступними причинами:

- ЗОЗ області не орієнтовані на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях;
 - пізнє звернення ВІЛ-інфікованих за медичною допомогою;
 - недостатньо ефективна робота у напрямку формування прихильності до АРТ та своєчасного початку АРТ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
2. Збільшення показника померлих ЛЖВ, які отримували АРТ, зумовлено виявленням ЛЖВ в стадії СНІДу, пізнім початком АРТ та низькою прихильністю до лікування.
 3. Частка померлих ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, з числа всіх ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, на кінець звітнього року зменшилася (2014 р.) і зросла в 2015 р.

Чи охоплені потрібні люди?

Послуги АРТ в області впроваджується з 2005 р. згідно з наказами МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» та від 22.12.2015 № 887 «Про затвердження змін до клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» відповідно до встановленої квоти.

Станом на 01.01.2017 р. 2031 особа (за винятком пенітенціарної служби) отримувала АРТ, що складало 54% від кількості осіб, які перебували під МН, та 34% від оціночної кількості ЛЖВ. Впродовж останніх років 100% дітей-ЛЖВ були забезпечені АРТ. Частка ЛВІН, охоплених АРТ, щороку збільшувалася – з 15% у 2009 р. до 39% у 2016 р., але темпи та обсяги охоплення лікуванням були недостатніми. За даними РЕН, збільшилося охоплення послугою АРТ ЛЖВ у місцях позбавлення волі: з 20% у 2013 р. до 80% у 2016 р.

Введення у 2012 р. в ОПТД посади лікаря-інфекціоніста значно покращило інтеграцію послуг хворим з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ. Відсоток пацієнтів, які отримують АРТ та одночасно протитуберкульозне лікування, серед уперше виявлених випадків туберкульозу збільшився з 22% у 2009 р. до 84% у 2016 р.

Суттєво зросла частка ЛЖВ-ЛВІН на ЗПТ, охоплених АРТ (15% – у 2009 р., 64% – у 2016 р.).

Здійснюється робота щодо збільшення активної диспансерної групи. Так, упродовж 2009–2016 рр. її чисельність зросла з 55% до 79% від загалу диспансерної групи, що автоматично збільшило кількість ЛЖВ, які могли отримувати АРТ (тобто не були втрачені між реєстрацією та призначенням лікування). Досягти подальшого покращення та збільшення активної диспансерної групи можливо за умови впровадження у систему охорони здоров'я оптимальних маршрутів пацієнта, налагодження системи переадресації до лікарів-інфекціоністів ВІЛ-позитивних пацієнтів у супроводі соціальних працівників НУО.

Висновки

1. Зростає рівень охоплення послугами АРТ. Зменшується частка осіб, які потребують, але не отримують АРТ.
2. Частка ЛВІН, які отримують АРТ, зростає, але є недостатньою. Залишається доволі низькою частка ЛВІН на ЗПТ, які отримують АРТ.

3. Зростає рівень охоплення послугою АРТ ЛЖВ серед засуджених в місцях позбавлення волі.
4. Зростає відсоток пацієнтів, які одночасно отримують АРТ та протитуберкульозне лікування серед ВДТБ.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Відкриття сайтів АРТ в ЗОЗ області розпочато з 2012 року. На сьогодні функціонує п'ять сайтів АРТ: на базі обласного центру СНІДу та чотирьох кабінетів «Довіра». УОЗ затверджено план відкриття ще трьох сайтів на 2017 рік. Але послуги АРТ не є децентралізованими, оскільки на кінець 2016 р. на районних сайтах перебувало лише 6% від загальної кількості ЛЖВ на АРТ в області. Призначення АРТ хворим та їх супровід здійснювалися переважно фахівцями центрів СНІДу, що значно збільшувало їхнє навантаження.

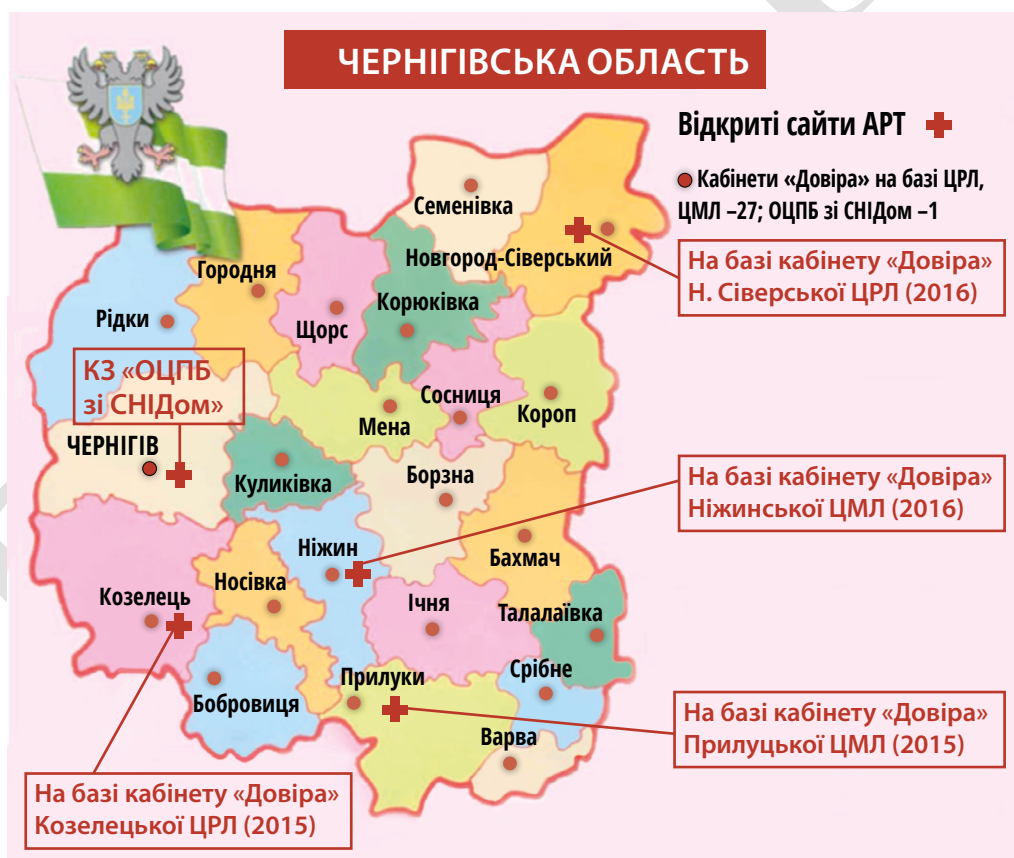


Рис. 10. Діючі сайти АРТ.

На фоні зростання доступності програми АРВ-лікування для ВІЛ-інфікованих впроваджені заходи не дають змоги забезпечити належний доступ ЛЖВ до АРТ через:

- недостатню кількість сайтів АРТ, особливо у віддалених районах;
- недостатню роботу з активною диспансерною групою в кабінетах «Довіра» області;
- низький рівень охоплення програмами ЗПТ.

Висновки

1. Кадрове забезпечення в кабінетах «Довіра» області є недостатнім для досягнення цільових показників залучення ЛЖВ до лікування.
2. Для ефективного охоплення послугами АРТ групи ЛЖВ необхідним є відкриття сайтів АРТ в найбільш віддалених районах області.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Аналізуючи дані щодо розширення програми АРТ, варто відзначити, що кількість пацієнтів, охоплених послугою АРТ, зросла зі 178 осіб у 2009 р. до 2090 осіб у 2016 р. Разом з тим, щороку залишається значною частка осіб (2009 р. – 58,3%; 2016 р. – 38 %), які потребували, але не отримували АРТ з різних причин. Серед осіб, які померли через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, різниця між потребою в АРТ та фактичним її отриманням була суттєвою: 51% померлих у 2016 р. не отримували АРТ, але потребували її. Отже, недостатнє охоплення АРТ є однією з причин високого рівня смертності в регіоні.

Щороку близько 40% померлих ВІЛ-інфікованих осіб становили ЛВІН, але їх частка на АРТ є недостатньою (39% – 2016 р.). Серед померлих ЛВІН частка тих, хто отримував АРТ, не перевищує половини.

У структурі СНІД-індикаторних захворювань на першому місці у 2016 р. був ТБ (58%), серед інших причин – важкі бактеріальні інфекції (25%), токсоплазмоз центральної нервової системи (2%), генералізований кандидоз (2%).

Упродовж 2010–2015 рр. відзначалося зниження рівня смертності від ко-інфекції ВІЛ/ТБ з 5,9 до 3,1 на 100 тис. нас., проте в 2016 р. спостерігалось його зростання (4,9 на 100 тис. нас.).

У період 2009–2016 рр. в області зареєстровано 61 випадок побічних дій та ускладнень від АРВП, але цей чинник не вплинув на лікування, оскільки АРТ було продовжено. Переважна більшість відмов від АРТ не пов'язана з медичними показами (2013 р. – 34 із 1101 особи на АРТ; 2015 р. – 91 із 1629 осіб на АРТ). Відсоток утримання пацієнтів на АРТ через 12 міс. від її початку перевищував 90% впродовж 2009–2016 рр.; через 24 міс. – 84%; через 36 міс. – 82%.

Моніторинг за АРТ в групах ЛЖВ здійснюється шляхом визначення ВН відповідно до встановленої квоти. Забір крові здійснюється в обласному центрі СНІДу та всіх ЦРЛ з транспортуванням зразків до лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції, звідки після їх підготовки двічі на місяць – до лабораторії в ЦГЗ. Протягом 2009–2016 рр. відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та щороку були охоплені тестуванням на ВН, зріс з 61% до 76%. Впродовж 2016 року лише 45% ЛЖВ на АРТ мали можливість пройти обстеження на ВН, що пояснюється відсутністю тест-систем. Невизначуваний рівень ВН виявлено у 81% обстежених у 2016 р.

Для досягнення ефективності АРТ та здійснення якісного моніторингу на сайтах АРТ необхідно відпрацювати механізм забору та транспортування зразків крові на визначення ВН до лабораторії обласного центру СНІДу.

Важливою умовою забезпечення якісного лабораторного супроводу є безперебійна поставка тест-систем і витратних матеріалів відповідно до реальних потреб регіону та відкриття в області ПЦР лабораторії з визначення рівня ВН.

Послуги з профілактики ВІЛ та догляду і підтримки ЛЖВ серед ЛВІН у період з 2009 по 2016 рік надавали:

- Обласна організація ресоціалізації хімічно залежних громадян «Ведіс» у м. Чернігові;
- ГО «Відродження нації», яка реалізує проект «Надання медико-соціальних послуг з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію і діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у представників груп ризику» з використанням виїзної амбулаторії у дев'яти районах та містах Чернігівської області;
- БО «Чернігівська Мережа», яка надає послуги КГН та іншим групам населення міст Чернігова, Прилук і Новгород-Сіверська (Рис. 11);
- ГО «Точка опори», яка надає послуги ЧСЧ у м. Чернігові;
- ГО «Гей Альянс», яка з 2015 р. надає послуги ЧСЧ у м. Чернігові.

Упродовж 2010–2016 рр. не перевищує 50% частка ЛЖВ, які перебувають під МН та протягом року отримували щонайменше одну послугу з переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (згідно програмного моніторингу НУО). Тобто обсяг послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ в більшості адміністративно-територіальних одиниць області є недостатнім для стабілізації епідемічної ситуації.

Для наближення соціальних послуг до ЛЖВ та забезпечення їх доступності необхідно удосконалити механізм переадресації між ЗОЗ та НУО та розширити мережу НУО через соціальне замовлення послуг.

Висновки

1. Існує проблема щодо забезпечення моніторингу ефективності лікування через відсутність тест-систем. Зменшилася частка ЛЖВ на АРТ, обстежених на ВН.
2. Більшість відмов від АРТ не пов'язана з медичними показами:
 - асоціальна поведінка ЛЖВ, вживання наркотиків, алкоголю, недбайливе ставлення до свого здоров'я;
 - релігійні переконання;
 - наявність інших пріоритетів (необхідність виїжджати на заробітки в інші країни);
 - відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРВП;
3. Недостатнє охоплення ЛЖВ соціальними послугами та послугами з догляду і підтримки в більшості адміністративно-територіальних одиниць області.

Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Призначення АРТ здійснюється відповідно до діючих національних клінічних протоколів в рамках встановлених квот. Для забезпечення АРТ відповідно до міжнародних стандартів необхідно забезпечити ЛЖВ комбінованими АРВП в одній таблетці, замінити схеми на більш ефективні. На кінець 2016 р. частка пацієнтів, які отримували АРТ не в одній таблетці, становила 84%; 1,8% пацієнтів перебували на менш ефективних схемах за рекомендаціями ВООЗ. Перехід на більш ефективні схеми стане можливим після отримання препаратів нової заявки.

Консультування ВІЛ-інфікованих в закладах пенітенціарної служби (ЧВК № 44) здійснюється фахівцями обласного центру СНІДу за заявкою, оскільки лікар-інфекціоніст перебуває у декретній відпустці.

У кабінетах «Довіра» області відзначається плинність кадрів. Більшість лікарів-інфекціоністів працюють на півставки. Лише у чотирьох кабінетах області є психолог. Фахівцями обласного центру СНІДу щороку проводиться навчання лікарів-інфекціоністів з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу. Також фахівці області проходять стажування на робочому місці в центрі СНІДу. Крім того, на початку року подається заявка щодо направлення фахівців області на навчання до національних тренінгових центрів.

Фінансування заходів з лікування ЛЖВ АРВ-препаратами здійснюється за рахунок коштів Держбюджету, ГФ, PEPFAR. Обсяги фінансування АРТ за рахунок коштів Держбюджету та міжнародних донорських організацій у цілому мав тенденцію до зростання і починаючи з 2009 р. збільшився з 56% до 87%, у т. ч. частка внеску за рахунок міжнародних донорських організацій збільшилася з 3% у 2009 р. до 65% у 2016 р. (ГФ – 57%, PEPFAR – 8%, Держбюджет – 35%).

Упродовж 2009–2013 рр. частка Держбюджету на фінансування АРТ переважала і коливалася в межах від 97% у 2009 р. до 88% у 2013 р., а починаючи з 2014 р. більшу частину витрат на АРТ складають кошти міжнародних донорських організацій (2014 р. – 82%; 2015 р. – 64%; 2016 р. – 65%). Скорочення фінансування АРТ на національному рівні відзначалося у 2010 та 2014 рр. на 48% та 44% відповідно у порівнянні з попереднім роком. Як наслідок, встановлена регіону квота була недостатньою для покриття потреби в АРТ. Проблема почала вирішуватися з II півріччя 2016 р. за рахунок донорських коштів PEPFAR.

Варто зазначити, що найбільшу частку в структурі витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, передбачених Програмою, посідають саме витрати на АРТ.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Витрати на АРТ, тис. грн.	2457,3	1253,3	3285,4	5800,1	5708,7	3194,5	9583,9	20847,5
Усього витрат за Програмою, тис. грн.	3564,2	2425,1	4543,7	6896,2	7323,0	4656,1	13388,2	24206,7
%	56	52	72	84	78	69	73	87

Фармацевтичний менеджмент АРТ забезпечується за рахунок електронного інструменту, який було розроблено на національному та впроваджено на обласному рівні.

Протягом 2013–2016 рр. були затримки в централізованому постачанні окремих АРВП, що призводило до розбалансування схем АРТ. Для забезпечення безперервності лікування здійснювалося запозичення препаратів з інших бюджетів і видача їх ЛЖВ лише на один місяць, що створювало незручності для пацієнтів та медичного персоналу. Проте переривання лікування АРВ-препаратами в області не було.

Висновки

1. Підходи до надання послуг АРТ відповідають епідеміологічному контексту області. Призначення та видача АРВП здійснюються відповідно до діючих національних клінічних протоколів. Існує необхідність забезпечення ЛЖВ комбінованими АРВП в одній таблетці, заміни схеми на більш ефективні.
2. Для відстеження прогресу в сфері надання послуг з АРТ в обласному центрі СНІДу впроваджено електронний інструмент прогнозування потреб та запасів виробів медичного призначення.
3. Фактичне фінансування АРТ здійснюється у рамках встановлених квот та не задовольняє потреби області. Відзначаються затримки у централізованому постачанні окремих АРВП.
4. Недостатня забезпеченість підготовленими фахівцями в закладах пенітенціарної служби.
5. Для якісного надання послуг АРТ для груп ЛЖВ є необхідність проведення безперервного навчання фахівців кабінетів «Довіра» з питань діагностики, лікування та лабораторного супроводу.
6. 6. Більшість кабінетів «Довіра» області не забезпечені посадою психолога згідно типового положення про кабінет «Довіра».
7. Серед причин, що заважають досягти необхідного охоплення ЛЖВ послугою АРТ:
 - стигма серед медичних працівників первинного та вторинного рівнів;
 - гомофобія;
 - недостатня підготовка сімейних лікарів до роботи з КГН;
 - недосконала система переадресації пацієнтів між ЦПМСД та ЗОЗ вторинного і третинного рівнів надання медичної допомоги, що не дозволяє вчасно охопити пацієнтів послугою.

5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

ЛВІН залишаються групою населення, яка найбільш уражена ВІЛ-інфекцією.

Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які перебувають під МН, зросла з 919 осіб у 2009 р. до 1417 осіб у 2016 р., що складає 24% від оціночної чисельності, при цьому рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН зменшувався з 25% у 2009 р. до 10% у 2014 р., а починаючи з 2015 р. – знову зростав і в 2016 р. становив 15%.

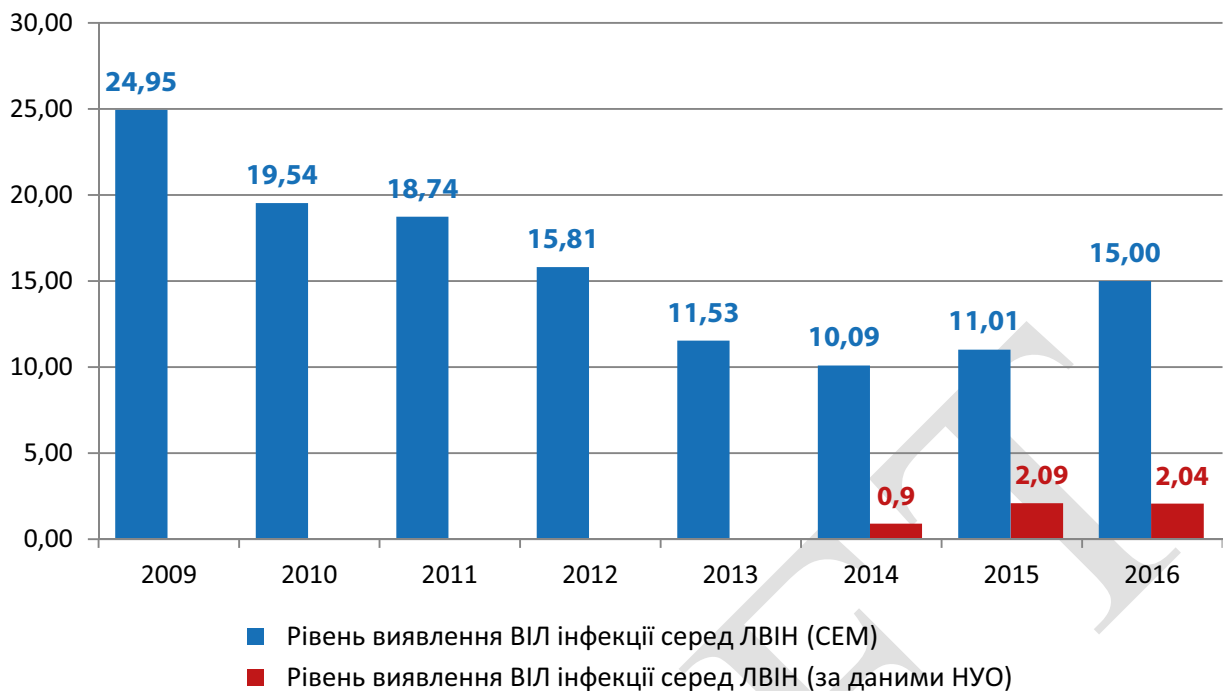


Рис. 10. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН.

Протягом 2009–2016 рр. відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування за кодом 102 СЕМ від оціночної кількості ЛВІН знизився з 4% у 2009 р. до 0,8% у 2016 р. Показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН знижувався з 13,2 на 100 тис. нас. у 2009 р. до 9,35 на 100 тис. нас. у 2016 р. Водночас поширеність ВІЛ зростала – з 82,4 на 100 тис. нас. у 2009 р. до 135,6 на 100 тис. нас. у 2016 р. Низькою є частка ВІЛ-позитивних ЛВІН, які перебувають під медичним наглядом – 38% (2014–2016 рр.).

За даними біоповедінкових досліджень, які проводилися в області в 2009, 2011, 2013 та 2015 роках, поширеність ВІЛ серед ЛВІН залишається високою та має хвилеподібний прояв з піками у 2011 (33,1%) та 2015 (32,4%) роках.

За даними програмного моніторингу НУО, протягом останніх трьох років кількість тестувань на базі НУО зросла в 4,4 разу, при цьому відсоток з позитивним результатом тестування від усіх протестованих ЛВІН склав у 2016 р. 2,0% (2014 р. – 3,2%). Збільшення обсягів тестувань привело до зростання кількості виявлених позитивних результатів серед представників уразливих груп, проте знизило відсоток виявлення. За даними програмного моніторингу НУО, ВІЛ виявляється переважно серед тих ЛВІН, які раніше не користувалися послугами профілактики (нових клієнтів). Водночас виявлення ВІЛ серед діючих (постійних) клієнтів проектів профілактики значно нижчий, що може свідчити про їх ефективність.

Висновки

За період 2009–2016 рр. спостерігалось зменшення захворюваності серед ЛВІН за даними СЕМ. За даними біоповедінкових досліджень, відсоток виявлення ВІЛ серед ЛВІН залишається доволі високим. Незважаючи на поступове зниження частки ЛВІН у структурі офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб (2013 р. – 31%; 2016 р. – 26%), поширеність ВІЛ серед ЛВІН зростає і є значно вищою, ніж серед будь-якої іншої групи населення. В області є ознаки стабілізації епідемічної ситуації серед ЛВІН, але ця група залишається рушійною силою епідемії як за рівнем поширення ВІЛ, числом нових випадків, так і впливом на поширення ВІЛ через статевих партнерів ЛВІН.

Чи охоплені потрібні люди?

Дані біоповедінкових досліджень свідчать про те, що майже всі ЛВІН використовують стерильний інструментарій, і цей показник становить 91%–97% (дані 2009 та 2015 рр. відповідно). Проте представники цієї групи повідомляють про використання стерильного шприца навіть тоді, коли отримують ін'єкцію з уже наповненого шприца, тому така інформація не може бути коректною. За даними дослідження 2015 р., 79,2% ЛВІН отримували за останні 30 днів наркотик з уже наповненого шприца і приблизно кожен п'ятий використовував свою голку повторно для іншої ін'єкції (18,1%); 46% ЛВІН користувалися спільним обладнанням і матеріалами для приготування наркотику і стільки ж вживали наркотик в одному приміщенні і в один і той же час з іншими ЛВІН.

Поширення ризикованих ін'єкційних практик у середовищі ЛВІН підтверджується зростанням частки ЛВІН, у яких було виявлено антитіла до вірусу гепатиту С – з 67,7% у 2011 р. до 80,8% у 2015 р.

Частка осіб, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого контакту, залишається на низькому рівні – 35% у 2009 р. та 37% у 2015 р., що свідчить про небезпечну статеву поведінку та відсутність мотивації до використання презервативів під час сексуальних контактів. Більшість ЛВІН (62,1%) схильні мати тільки одного статевого партнера, 35,4% ЛВІН мали статеві контакти протягом останніх трьох місяців з випадковим партнером. Упродовж останніх трьох місяців 26,8% ЛВІН завжди використовували презерватив під час статевих контактів з постійним партнером, 50,8% – з випадковим.

Ризикова ін'єкційна і статеві поведінка ЛВІН підтверджується і недостатнім рівнем поінформованості щодо шляхів передачі ВІЛ (2009 р. – 44%, 2013 р. – 71%). При цьому ЛВІН віком до 25 років гірше визначають правильні шляхи передачі ВІЛ, ніж старші (58% та 75% у 2013 р. відповідно).

Відсоток осіб, які пройшли тестування на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, залишається на досить низькому рівні (2009 р. – 25%; 2013 р. – 64,5%; 2015 р. – 40%).

Рівень доступу ЛВІН до АРТ був недостатнім. Частка ВІЛ-інфікованих ЛВІН серед загальної кількості ЛЖВ, які отримували АРТ впродовж 2009–2016 рр., не перевищувала 9% (2012 р.). АРТ не отримували навіть ЛВІН, які мають IV клінічну стадію ВІЛ-інфекції, що пов'язано з низькою прихильністю та відмовою від лікування. Частка померлих ЛЖВ серед ЛВІН, які потребували АРТ, зменшилася з 54,5% у 2013 р. до 40% у 2016 р. Обсяг лікувальних послуг для ЛВІН ще не досяг належного рівня для суттєвого впливу на показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ.

З метою зменшення ризику інфікування ВІЛ, створення передумов для реабілітації та лікування активні ЛВІН залучаються до програми ЗПТ. Кількість пацієнтів, залучених до програми ЗПТ, з кожним роком збільшується (2009 р. – 15 осіб; 2016 р. – 210). Частка ВІЛ-позитивних на ЗПТ у 2016 р. склала 64%, з них 79 осіб (58,5%) отримують АРТ. Проте частка осіб, які отримують ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН становить лише 4,5%. Розширення програми ЗПТ для ВІЛ-інфікованих ЛВІН дозволяє суттєво підвищити їхню прихильність до АРТ і вплинути на рівень показника смертності в цій групі пацієнтів.

Частка осіб, охоплених профілактичними програмами, за даними біоповедінкових досліджень, зростає з 34,5% у 2009 р. до 66% у 2013 р., у т.ч. серед ЛВІН у віці 25 років і старше, відповідно, з 37% до 62%; серед ЛВІН до 25 років – з 23,5% до 58,3%. У 2015 році 33,8% ЛВІН зазначили, що отримували безкоштовно шприци/голки протягом останніх 12 міс. та 34,1% – презервативи. За даними програмного моніторингу, кількість осіб, охоплених профілактичними програмами НУО, зростає з 771 особи (2009 р.) до 3091 особи (2016 р.), що становить, відповідно, 13,2% та 52,8% від оціночної кількості ЛВІН в області.

Наразі ВІЛ-інфіковані ЛВІН є найнебезпечнішою категорією осіб в аспекті подальшого поширення епідемії ВІЛ-інфекції, оскільки мають високий рівень ризикованої поведінки щодо інфікування ВІЛ, у т.ч. поєднання кількох її видів – небезпечних ін'єкційних практик та незахищеного сексу або надання сексуальних послуг за винагороду. Нова хвиля інфікування статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою ЛВІН та їхніх статевих партнерів.

Висновки

ЛВІН є ключовою групою населення, яка має найбільший доступ до профілактичних послуг у порівнянні з іншими групами, однак охоплення її профілактичними програмами поки що є недостатнім. Профілактичні програми найбільш ефективні серед ЛВІН старшого віку, які є клієнтами цих програм більш тривалий період, ніж ЛВІН віком до 25 років. Високий рівень поширеності небезпечної статевої та ін'єкційної поведінки, низький рівень охоплення КіТ, попри зростання рівня знань щодо шляхів передачі ВІЛ, свідчать про необхідність підвищення рівня охоплення представників цієї групи профілактичними послугами, зокрема найбільш уразливих, а також мотивування до зменшення ризиків та регулярного отримання послуг.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

У 2016 році в області 52,8% ЛВІН від їх оціночної кількості було охоплено профілактичними програмами НУО. В рамках Універсального доступу до профілактики, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих ЛВІН значення показника забезпечення витратними матеріалами для програм обміну шприців та голوک вважається досягнутим на рівні 100–200 шприців на одного ЛВІН у рік. За даними програмного моніторингу, кількість шприців на одного ЛВІН (оціночна кількість) у рік збільшилася з 37 шт. у 2009 р. до 89 шт. у 2016 р. За даними біоповедінкових досліджень, 50% ЛВІН купують інструментарій самостійно. У 2016 році 61 пункт здійснював обмін шприців, роздачу стерильних шприців та презервативів (28 – у 2013 р., 13 – у 2014 р.). Пункти обміну шприців працювали на базі НУО в обласному центрі та при міських і районних ЦСССДМ (7 служб соціально-профілактичної роботи) за рахунок коштів міжнародних донорських організацій. З 2015 року працює пересувна мобільна амбулаторія ГО «Відродження нації», що уможливило розширення охоплення послугами ЛВІН в дев'яти районах області, проте їх обсяги все ще залишаються недостатніми.

Найбільш ефективним способом лікування опіоїдної залежності, а також важливим інструментом зменшення споживання ін'єкційних наркотиків та пов'язаних з цим ризиків інфікування інфекціями, що передаються парентеральним шляхом, передусім ВІЛ та вірусного гепатиту С, є впровадження ЗПТ. Програма ЗПТ вперше в області була впроваджена на базі обласного НД в 2008 р. У 2010 році сайти ЗПТ відкрито у Прилуцькому та Ніжинському наркодиспансерах, а в 2013 р. – в ОПТД. Відбір ЛВІН для програми ЗПТ здійснюють лікарі-наркологи за участю працівників НУО. Кількість осіб, залучених до програми ЗПТ, збільшується, однак для впливу на епідемічну ситуацію серед ЛВІН охоплення послугами ЗПТ є недостатнім.

Висновки

Спостерігається позитивна динаміка в охопленні ЛВІН профілактичними програмами. Відбувся прогрес щодо забезпечення витратними матеріалами у рамках програми обміну шприців, збільшується кількість пунктів обміну. Збільшується кількість ЛВІН, залучених до програми ЗПТ, однак їх частка у порівнянні з оціночною кількістю є дуже низькою. Зростає кількість осіб, охоплених профілактичними програмами НУО, від оціночної кількості ЛВІН в області, при цьому охопленими є ЛВІН в 41% районів області.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Нині в області послуги безпосередньо ЛВІН надають дві НУО – ГО «Ведис» та ГО «Відродження нації», що реалізує проект «Надання медико-соціальних послуг з КіТ і діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у представників груп ризику». Завдяки роботі мобільної амбулаторії вдалося охопити осіб з ризикованою поведінкою профілактичною діяльністю щодо профілактики інфікування ВІЛ та ІПСШ в дев'яти районах області. Однак територіально обсяги охоплення залишаються недостатніми, партнери ЛВІН не охоплені профілактичними послугами.

Послуги ЗПТ недостатньо децентралізовані та не наближені до даної цільової групи, залишається низьким відсоток активних ЛВІН, які перебувають на ЗПТ та отримують АРТ, що свідчить про необхідність налагодження співпраці та переадресації пацієнтів з наркологічної служби до закладів служби СНІДу. Послуги для ЛВІН є інтегрованими з іншими медичними послугами переважно в обласному центрі СНІДу. Забезпечення презервативами, голками та шприцями, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами здійснюється НУО в обласному центрі СНІДу та під час роботи мобільної амбулаторії. Також з 2015 року в ряді міст та смт області (Мена, Бобровиця, Бірківка, Городня, Козелець, Прилуки, Ріпки, Сновськ (колишній Щорс)) працюють соціальні працівники ГО «Відродження нації», які надають профілактичні послуги ЛВІН на постійній основі. Проте більшість районів області такими послугами не охоплена.

Для взяття ВІЛ-позитивних клієнтів під МН важливим є забезпечення їх супроводом соціального працівника НУО та переадресація до ЗОЗ, однак кількість НУО в області є недостатньою.

В області розроблено та впроваджено механізм переадресації ВІЛ-інфікованих ЛВІН між ЗОЗ та НУО. Аналіз механізму переадресації ВІЛ-позитивних ЛВІН від неурядових організацій до ЗОЗ за 2016 р. свідчить, що після направлення до медичного закладу для підтвердження ВІЛ-позитивного статусу тільки 80% осіб звернулися до ЗОЗ, з них майже 63% пройшли верифікаційне обстеження на ВІЛ-інфекцію і 31% став на облік за даними програмного моніторингу НУО. Отже, при переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ служби СНІДу спостерігаються втрати клієнтів на кожному з етапів – від місця звернення, де здійснювалося тестування на ВІЛ-інфекцію, до початку АРТ.

Представники НУО, які надають послуги ЛВІН, були залучені до розробки регіональної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр.

Висновки

Послуги для ЛВІН є недостатньо децентралізованими і переважно надаються в обласному центрі та дев'яти районах області, використовується також мобільна амбулаторія для виїздів у віддалені райони.

Виконання профілактичних програм серед ЛВІН привело до зниження виявлення ВІЛ серед клієнтів проектів внаслідок впровадження механізму переадресації ВІЛ-позитивних осіб від НУО до ЗОЗ служби СНІДу – 81% ЛВІН з позитивним результатом ШТ звернувся в ЗОЗ у 2016 р.

Наявні проекти забезпечують охоплення 52,8% ЛВІН від їх оціночної кількості. Для більшого охоплення представників цієї групи в регіоні необхідно збільшувати фінансування існуючих проектів або залучати додаткові НУО. Виходячи з того, що рівень виявлення ВІЛ серед постійних клієнтів НУО значно нижчий, ніж серед тих, хто отримував послуги, необхідно розширити залучення до профілактичних програм нових клієнтів.

Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Кількість НУО та їхні технічні можливості щодо розширення послуг профілактики серед ЛВІН є недостатніми. Частка охоплення ЛВІН профілактичними програмами залишається недостатньою (у 2016 р. – 52,8%), програми з обміну шприців впроваджено лише на окремих територіях області (обласний центр та дев'ять районів); 69% ЛВІН – клієнтів НУО було протестовано на ВІЛ протягом 2016 р. Частка всіх ЛВІН, які пройшли тестування на ВІЛ, складає 40% за даними біоповедінкових досліджень; рівень поінформованості про шляхи передачі ВІЛ зростає, однак все ще залишається недостатнім.

Інтервенції з підвищення рівня знань є релевантними, про що свідчить стрімке зростання рівня поінформованості, проте поширеність ризикованої поведінки не зменшується. Не вистачає заходів з мотиваційного консультування та стимулювання до регулярного отримання послуг.

Фінансування профілактики ВІЛ серед ЛВІН обласною Програмою передбачено лише в рамках проведення КіТ на ВІЛ, яке забезпечує безкоштовне обстеження на ВІЛ всіх груп населення, і в першу чергу осіб із ключових груп населення. Для охоплення профілактичними програмами ЛВІН кошти обласного бюджету в Програмі не передбачені, всі профілактичні програми здійснюються за рахунок міжнародних донорських організацій.

Програмні документи щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН в області відсутні, медична допомога ЛВІН надається згідно національних та локальних клінічних протоколів.

В ЗОЗ області практично не проводяться профілактичні заходи серед ЛВІН, відсутня адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, соціальним супроводом, інформаційними матеріалами щодо профілактики ВІЛ/СНІДу. Соціальний супровід ЛВІН групи ЛЖВ забезпечено в обласному центрі та закладах пенітенціарної служби соціальними працівниками БО «Чернігівська Мережа». За даними анкетування ЦРЛ, ЦМЛ щодо кадрового забезпечення, наявних людських ресурсів недостатньо для розширення таких послуг. Профілактичні послуги ЛВІН можуть отримати переважно в НУО, які також стикаються з обмеженням найму необхідного персоналу для надання якісних послуг.

Висновки

Заходи з профілактики для ЛВІН не відповідають в повному обсязі епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Частка ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, залишається недостатньою. Профілактичні програми здійснюються лише за рахунок міжнародних донорських організацій. Кошти обласного бюджету для профілактики ЛВІН Програмою не передбачено. Протоколи щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН відсутні. Недостатньо також наявних людських ресурсів для надання профілактичних послуг.

Отже, охоплення профілактичними програмами серед ЛВІН та їхніх статевих партнерів поки що є недостатнім і потребує швидкого та значного розширення, щоб мати суттєвий вплив на поширення ВІЛ серед цієї групи ризику та обмеження потенційного поширення серед загального населення.

5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

ПКС є однією з найбільш уразливих до ВІЛ/СНІДу ключових груп населення. Це зумовлює необхідність регулярного моніторингу та оцінки епідеміологічної ситуації, зважаючи на наявність ризикованих поведінкових практик та чисельність цієї групи.

Зважаючи на те, що ця група є доволі стигматизованою та важкодоступною, а також на відсутність в області НУО, яка працює з ПКС, важко оцінити масштаби реальної поширеності ВІЛ серед цієї групи населення.

Оціночна кількість ПКС у 2013–2016 рр. становила 1050 осіб, або 12% від загальної оціночної кількості (8750 осіб – ЛВІН, ПКС, ЧСЧ).

Дані про оціночну чисельність ПКС у Чернігівській області мають обмеження через недостатню кількість дозорних досліджень. За даними СЕМ, у 2013–2014 рр. не було виявлено жодної особи за кодом 105.2, у 2015–2016 рр. частка ВІЛ-інфікованих серед ПКС становила 0,1% від оціночної кількості в області. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи від кількості осіб, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, у 2016 р. дещо зріс і становив 0,41% (2015 р. – 0,32%).

За даними біоповедінкових досліджень, у 2009 р. не було виявлено жодного випадку інфікування серед жінок комерційного сексу. У 2011 році показник поширеності ВІЛ серед ПКС становив 1% (15–25-річних ПКС – 0,9%, 25-річних і старше – 0,7%). У 2015 році 2,9% ПКС отримали позитивний результат тесту на ВІЛ-інфекцію.

Варто зазначити, що в 2011 р. у вибірці біоповедінкового дослідження не було жодної ПКС-ЛВІН, проте у 2015 р. 2,4% ПКС повідомили про вживання наркотиків ін'єкційним шляхом за останні 30 днів. Оскільки серед ЛВІН рівень поширеності ВІЛ є вищим у порівнянні з ПКС, наявність групи подвійного ризику у вибірці автоматично приводить до зростання показника поширеності ВІЛ-інфекції.

За результатами досліджень, передача ВІЛ-інфекції серед жінок при гетеросексуальних контактах, як і раніше, значною мірою відбувається за рахунок партнерів-ЛВІН. Отже, особливо уразливою групою є ПКС, які вживають ін'єкційні наркотики або мають сексуальних партнерів-ЛВІН (2,4% ПКС упродовж останніх 30 днів мали клієнтів ЛВІН).

Висновки

Таким чином, за період 2009–2016 рр. зафіксовано поодинокі випадки захворюваності на ВІЛ серед ПКС, за даними СЕМ, через різний склад вибірки, відсутність досліджень у 2011 р. та наявність у 2015 р. групи ПКС-ЛВІН. Відсутні достатні докази щодо зростання поширеності ВІЛ серед ПКС за даними біоповедінкового дослідження.

Чи охоплені потрібні люди?

За даними біоповедінкових досліджень «Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління», відсоток ПКС, які у 2015 р. пройшли тестування на ВІЛ протягом останніх 12 міс. та отримали свої результати, становив 19%, що втричі менше, ніж у 2009 р. (59% – 2009 р., 25% – 2011 р.). Це свідчить про відсутність необхідних інтервенцій з КіТ для ПКС. Аналіз відповідей респондентів свідчить, що ПКС є досить обізнаними щодо того, де можна пройти тестування на ВІЛ (2015 р. – 82%), разом з тим, менше п'ятої частини цієї групи населення скористалися такою можливістю.

Упродовж 2011 та 2015 років показник використання презерватива під час останнього сексуального контакту з клієнтом суттєво не змінився (2011 р. – 79%; 2015 р. – 80%), проте зафіксовано низхідну динаміку з 2009 р. (92%). Отже, принаймні п'ята частина ПКС перебувають у ризику щодо інфікування ВІЛ через невикористання презервативу під час статевого контакту з клієнтами. Доволі поширені випадки нерегулярного використання презервативів. Так, упродовж останніх 30 днів 53,7% ПКС не завжди використовували презерватив під час вагінального або (та) анального сексу з клієнтами, 70,2% – з постійними партнерами, 44,4% – з випадковими. Щодо неправильного використання презервативів за останні 30 днів, то 74% ПКС мали такі випадки з клієнтами, 66,7% – з постійними партнерами та 66,4% – з випадковими.

Оскільки відсоток жінок, які повідомили про використання презервативу з останнім сексуальним партнером, оцінює досягнутий прогрес в контексті попередження передачі ВІЛ через незахищені сексуальні контакти з клієнтами, необхідно активно впроваджувати профілактичні програми в середовищі ПКС щодо основних шляхів передачі ВІЛ та методів запобігання інфікування, посилити інформування відносно формування навичок особистої відповідальності за свою поведінку та здоров'я.

Для мінімізації ризику інфікування ВІЛ необхідною є поінформованість ПКС. Наразі лише 68% (2009 р.) та 76% (2011 р.) ПКС знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, що свідчить про необхідність проведення подальшої роз'яснювальної роботи щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції.

Висновки

Враховуючи поширеність небезпечних сексуальних практик серед ПКС, що призводять до інфікування ВІЛ як самої жінки, так і її клієнтів, а також прогалини у рівні знань та зменшення рівня охоплення ПКС послугами КіТ, можна стверджувати, що доступність профілактичних послуг для цієї групи є обмеженою, а значна її частка їх не використовує.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

За даними біоповедінкових досліджень, в групі ПКС у 2009 та 2011 роках жодна ПКС не була клієнткою НУО, а в 2015 р. частка клієнтів ВІЛ-сервісних НУО у вибірці – 6,5%. У 2015 році більше третини ПКС (35% від загалу опитаних) отримували безкоштовно презервативи в рамках профілактичних програм, у 2011 р. – лише 4,6% жінок. Однак за даними МБФ «Альянс громадського здоров'я» пункти, що здійснювали роздачу презервативів та надавали послуги з профілактики, догляду і підтримки ПКС, працювали в області лише у 2013 р.

(10 пунктів), де було видано 138 презервативів в розрахунку на одну особу. Така ситуація в області може бути пов'язана з трудовою міграцією до Києва та отримання там послуг у місцевих НУО. У подальшому ПКС могли отримувати профілактичні матеріали, маючи додаткову уразливу групу ризику – ЛВІН. Профілактичні послуги для ПКС-ЛВІН надаються на базі НУО «Ведис» та «Відродження нації».

Висновки

В області відсутні цільові НУО, які б надавали послуги ПКС, зокрема поширення презервативів. Заходи профілактики ВІЛ серед представників цієї групи в цілому не є достатніми для досягнення програмних цілей.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

ПКС не завжди мають можливість та бажання розкривати свій статус. Тому відсоток представників цієї групи, охоплених профілактичними програмами, був низьким для жінок усіх вікових категорій, особливо віком 25 років і старше.

За даними програмного моніторингу щодо охоплення ПКС профілактичними програмами, за період 2009–2013 рр. кількість охоплених цієї групи збільшилася з 42 до 76 осіб.

Послуги для ПКС не є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами. Дані біоповедінкових досліджень щодо охоплення ПКС тестуванням на ВІЛ свідчать про обмежену доступність послуг КіТ для цієї групи. ВІЛ-інфіковані ПКС отримують послуги з догляду і підтримки, як і представники інших КГН. Дані послуги надаються БО «Чернігівська Мережа». Клієнти ПКС не охоплені профілактичними послугами.

Висновки

1. Слабка інфраструктура профілактичних послуг призводить до низького охоплення ПКС профілактичними програмами. Стигматизація з боку медичних працівників погіршує доступ представників цієї групи до медичних послуг.
2. Послуги для ПКС не є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами. ПКС мають доступ до програм догляду та підтримки для ПКС-ЛЖВ, обмежений доступ до послуг КіТ, проте майже відсутній доступ до забезпечення презервативами та лубрикантами, тестування на гепатити В і С, ІПСШ, поведінкові інтервенції.

Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Держава не надає фінансової чи програмної підтримки для програм профілактики для ПКС, в обласній Програмі також відсутнє фінансування заходів, що спрямовані на профілактику ВІЛ серед цієї групи населення. В обласній Програмі заплановано кошти на КіТ загального населення, особливо КГН, до яких належать ПКС, та АРТ для ПКС-ЛЖВ. Через відсутність НУО, які надають послуги саме представникам цієї групи населення, ПКС практично не охоплені профілактичними програмами і за рахунок міжнародних донорських організацій.

На рівні області не існує окремих програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС.

Заходи з профілактики ВІЛ серед даної групи населення в області недостатньо ефективні. Проте для попередження поширення ВІЛ серед ПКС та загального населення в цілому важливо, щоб вони мали доступ до відповідних послуг.

Висновки

1. Заходи з профілактики ВІЛ серед ПКС не відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області: профілактичні послуги для ПКС практично відсутні.
2. Необхідним є розширення доступу ПКС до послуг КІТ.
3. Програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС в області не впроваджено.
4. Профілактичні послуги для ПКС обласною Програмою не фінансуються.
5. На обласному рівні не існує системи забезпечення презервативами, швидкими тестами на ВІЛ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ПКС.

5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

У зв'язку з тим, що група ЧСЧ є найбільш закритою та стигматизованою серед основних уразливих щодо ВІЛ груп, а також відсутністю НУО, які працюють з ЧСЧ поза межами Чернігова, заходи з профілактики ВІЛ в цій цільовій групі недостатньо ефективні.

Наявні статистичні дані та дані біоповедінкових досліджень не дозволяють зробити висновок щодо поширеності ВІЛ-інфекції в середовищі ЧСЧ.

Поряд із зростанням рівня охоплення тестуванням на ВІЛ у вісім разів порівняно з 2014 р. за даними НУО у 2016 р. виявлено ВІЛ у трьох ЧСЧ (у 2014 р. не виявлено). Зростання рівня виявлення за даними СЕМ не відображає реальної картини, що пов'язано з перенаправленням виявлених швидкими тестами ВІЛ-позитивних на дообстеження.

Згідно з наявною статистичною інформацією за 2013–2016 рр., в ЗОЗ щороку тестуються лише одна – дві особи за кодом 103, що відповідає даним НУО. Офіційно взято під МН з уперше в житті встановленим діагнозом осіб, інфікованих гомосексуальним шляхом, у 2013–2014 рр. – по одній, в 2016 р. – дві. Станом на 01.01.2017 р. під МН в обласному центрі СНІДу перебувало лише шість осіб, інфікованих гомосексуальним шляхом.

За результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, проведених в області у 2011–2015 рр., рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ збільшився до 1% у 2015 р. проти 0,5% у 2013 р.

Висновки

Наявні дані не дозволяють зробити висновок щодо реальних масштабів епідемії в групі ЧСЧ та впливу профілактичних програм на цю КГН.

Зважаючи на вищий рівень поширеності ВІЛ за даними біоповедінкового дослідження та зростання статевого шляху передачі ВІЛ серед чоловіків, класифікація випадків ЧСЧ у СЕМ та РЕН може бути помилковою.

Чи охоплені потрібні люди?

Послуги профілактики ВІЛ для ЧСЧ орієнтовані на цю групу населення, проте вони не є децентралізованими та надаються НУО, які працюють лише в обласному центрі. Група ЧСЧ поза межами Чернігова залишається не охопленою профілактичними програмами.

За період 2011–2016 рр. в області спостерігається збільшення кількості осіб, охоплених профілактичними послугами, до 29% від оціночної кількості (за даними Альянсу громадського здоров'я). За даними біоповедінкових досліджень, які проводилися у Чернігові, відзначається збільшення кількості ЧСЧ, які протягом останніх 12 міс. пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати, з 12,5% у 2011 р. до 90% у 2015 р. та ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ, з 9% до 69% відповідно.

Зменшилася частка ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком (2013 р. – 93,3%; 2015 р. – 75%). Завжди використовували презерватив з партнером-чоловіком за останні 30 днів 42% ЧСЧ, під час останнього анального сексуального контакту з партнером-чоловіком – 74%. Варто зазначити, що з випадковим партнером частіше використовують презерватив, ніж з постійним. У більшості половини ЧСЧ є постійний партнер – у 86%, тоді як випадковий – у 18%.

Послуги ВІЛ-інфікованим ЧСЧ надають обласний центр СНІДу та БО «Чернігівська Мережа». В області забезпечено доступ ВІЛ-інфікованих, у т.ч. ЧСЧ, до АРТ та лікування ІПСШ. Отримати АРТ можна в обласному центрі СНІДу або на сайтах АРТ (в 4-х районних центрах з найбільшим рівнем поширеності ВІЛ).

Висновки

Загалом ЧСЧ охоплені базовим пакетом послуг завдяки діяльності ВІЛ-сервісних НУО у Чернігові, – про це свідчить суттєвий прогрес в охопленні тестуванням та покращення рівня знань щодо ВІЛ. Проте проблематичним залишається доступ до послуг ЧСЧ, які проживають поза межами обласного центру.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

За даними біоповедінкових досліджень, у 2015 р. значно покращився показник охоплення профілактичними послугами ЧСЧ – 93% (2013 р. – 9,3%), що пов'язано з роботою ВІЛ-сервісних НУО.

Профілактичні послуги для ЧСЧ надаються НУО «Гей Альянс» з 2015 р. («Точка опори» – до 2015 р.), яка здійснює асистоване самотестування на ВІЛ та перенаправлення ВІЛ-позитивних ЧСЧ до ЗОЗ. На базі цієї організації працює пункт, який здійснює роздачу презервативів. Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ (клієнтів НУО) у 2016 р. складала 47 шт. (2015 р. – 81, 2014 р. – 24), що все ще не відповідає міжнародним рекомендаціям. Обсяги профілактичних заходів, які здійснюються серед ЧСЧ, є недостатніми, бо охоплюють лише мешканців Чернігова та представників цільової групи, які приїждять з інших населених пунктів області.

Представники НУО, яка здійснює профілактичну роботу з ЧСЧ, були залучені до розробки обласної Програми та є членами обласної координаційної ради з питань ВІЛ/СНІДу.

Висновки

Обсяги надання послуг ЧСЧ є недостатніми для досягнення програмних цілей. Профілактичними послугами не охоплені ЧСЧ, які мешкають поза межами обласного центру.

Середня кількість розданих презервативів в розрахунку на одного оціночного ЧСЧ є недостатньою.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги, які надаються групі ЧСЧ, не є інтегрованими та синергічними з іншими ВІЛ-послугами через закритість даної групи. Для цієї категорії населення доступна переадресація ВІЛ-позитивних осіб до обласного центру СНІДу, переадресація з позитивним результатом скринінгу на ТБ за допомогою анкети та за результатами тестування на ІПСШ і гепатити В та С до ЗОЗ.

ЗОЗ залучені до надання послуг КіТ для ЧСЧ. ВІЛ-інфіковані ЧСЧ отримують послуги із супроводу та лікування. Всім ВІЛ-інфікованим, у тому числі ЧСЧ, послуги з догляду і підтримки надає БО «Чернігівська Мережа».

На рівні області не існує окремих програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед представників групи ЧСЧ.

Висновки

Для групи ЧСЧ доступні послуги КіТ та переадресації від НУО до ЗОЗ, однак вони є децентралізованими і доступними лише на рівні обласного центру. ВІЛ-інфіковані ЧСЧ забезпечені медичним супроводом, а також послугами з догляду і підтримки.

Чи є здійснювані заходи правильними/ релевантними?

Обсяг надання профілактичних послуг для ЧСЧ не відповідає епідеміологічному контексту області. Обсяги роботи вкрай недостатні та не впливають на епідемічну ситуацію в даній групі населення.

Адекватна система забезпечення ЧСЧ презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ працює лише на рівні обласного центру. ЧСЧ, які є клієнтами НУО, отримують весь базовий пакет послуг.

Послуги з тестування на ВІЛ надаються переважно на базі НУО. В ЗОЗ за період 2015–2016 рр. за кодом 103 обстежено лише дев'ять осіб (за даними СЕМ).

У попередніх Програмах не були передбачені кошти обласного бюджету на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції безпосередньо серед представників групи ЧСЧ. Закупівля тест-систем для обстеження на ВІЛ ключових груп населення в області здійснюється за рахунок місцевого бюджету; останні два роки обсягів фінансування було недостатньо. Лікування ВІЛ-інфікованих, у тому числі ЧСЧ, здійснюється за рахунок Держбюджету та Глобального фонду. Профілактика і лікування ІПСШ серед ЧСЧ здійснюються на базі обласного центру СНІДу.

Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (відсутність НУО поза межами обласного центру та зменшення кількості НУО в Чернігові).

Висновки

Заходи профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Всі послуги, окрім КіТ, надаються переважно в обласному центрі. Обсягів фінансових та кадрових ресурсів для впровадження програм профілактики ВІЛ серед ЧСЧ недостатньо для впливу на епідеміологічну ситуацію в області.

6. ВИСНОВКИ

Широкомасштабні заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, які комплексно впроваджувалися протягом останніх років в області, вже дали певні результати. Це зниження темпу приросту захворюваності на ВІЛ, рівнів інфікованості серед кандидатів у донори та вагітних, зростання частки осіб, взятих на диспансерний облік. Однак епідеміологічна ситуація в області залишається складною і заходи Програми є недостатніми для досягнення цілей «90-90-90».

Протягом 2009–2016 рр. обсяги фінансування заходів Програми зросли з 840 тис. грн. до 1,1 млн. грн., майже втричі – видатки Держбюджету. Однак зростання номінального бюджету Програми певною мірою нівелюється економічними проблемами (інфляція, девальвація гривні), відтак цих обсягів недостатньо для задоволення зростаючих потреб та мінімізації залежності від зовнішнього фінансування.

Епідемія ВІЛ-інфекції в області характеризується нерівномірним поширенням у різних районах області та зміною домінуючих шляхів передачі. В структурі шляхів передачі ВІЛ все більшого епідемічного значення набуває статевий шлях, частка якого досягла трьох четвертих у 2016 р. Незважаючи на тенденцію до зниження, частка парентерального шляху передачі (при введенні наркотичних речовин) залишається високою. ЛВІН досі є найбільш ураженою ВІЛ-інфекцією групою населення.

На сьогодні одним із найбільш поширених заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є система КіТ, яка забезпечує широке охоплення різних груп населення. Більше уваги стали приділяти обстеженню КГН, рівень охоплення яких збільшився вдвічі впродовж 2009–2016 рр. Найбільш охопленими тестуванням є донори та вагітні жінки. Залишається недостатнім у ЗОЗ охоплення КГН послугами КіТ. НУО протестовано на ВІЛ близько трьох тисяч представників уразливих груп у 2016 р. Послуги переважно надаються в обласному центрі та дев'яти із 22 районів області. Недостатньою є кількість підготовлених фахівців з питань КіТ. Існуюча система КіТ не сприяє ранньому виявленню ВІЛ-інфекції – більше половини нових випадків ВІЛ-інфекції були виявлені у III–IV клінічних стадіях.

Залишається все ще високим рівень стигми та дискримінації з боку медичних працівників щодо КГН, що призводить до пізнього звернення до ЗОЗ та початку лікування.

З кожним роком зростає кількість пацієнтів на АРТ, у т.ч. забезпечено стовідсотковий доступ дітей до лікування. Рівень утримання пацієнтів на АРТ залишається високим. Зростає рівень охоплення послугою АРТ засуджених та підслідних в місцях позбавлення волі. Збільшилася частка осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, які отримують інтегровані послуги з одночасного лікування ВІЛ та ТБ. Розширено доступ пацієнтів до послуг АРТ – в області працює п'ять сайтів. АРТ стала більш доступною, але не охоплює більшості тих, хто її потребує – охоплення лікуванням залишається недостатнім для зниження рівня захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Низькою є частка ЛВІН, які отримують АРТ. Існуючі недоліки у сфері постачання тест-систем для забезпечення лабораторного супроводу призвели до зменшення кількості осіб, які мали можливість пройти обстеження на рівень ВІН.

Послуги з догляду та підтримки для ЛЖВ надаються переважно в обласному центрі та є недостатніми.

Одним із важливих заходів припинення поширення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН та суттєвого підвищення прихильності до АРТ є програма ЗПТ. Рівень охоплення ЗПТ збільшується, однак є недостатнім для суттєвого впливу на епідеміологічну ситуацію в області. Частка ВІЛ-позитивних осіб на ЗПТ, які отримують АРТ, складала менше двох третин у 2016 р.

Епідемія ВІЛ-інфекції в області залишається сконцентрованою в ключових групах населення, зокрема ЛВІН. Відсоток ЛВІН серед усіх нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції щороку зменшується, проте рівень виявлення ВІЛ серед ЛВІН продовжує зростати. За даними біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ серед ЛВІН є значно вищою, ніж серед будь-якої іншої КГН. Існуюча система переадресації дозволила 81% протестованих ЛВІН з позитивним результатом звернутися у ЗОЗ в 2016 р. Але значна частина ВІЛ-інфікованих ЛВІН залишається поза МН і не отримує належного лікування. З 2015 року на базі НУО розпочала роботу мобільна амбулаторія, що уможливило охоплення профілактичними послугами зі зменшення шкоди ЛВІН та їхніх партнерів не лише в обласному центрі, а ще в дев'яти із 22 районів області.

До інших груп населення з високим ризиком інфікування статевим шляхом належать групи ЧСЧ та ПКС, які є найбільш стигматизованими та важкодоступними. За даними біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ серед ЧСЧ зменшилася. Стосовно ПКС відсутні достатні докази щодо посилення епідемії через обмеженість даних. Поширення ВІЛ серед ПКС суттєво не впливатиме на інтенсивність епідемії ВІЛ-інфекції в області: цей показник є доволі низьким (2,9%).

Програми профілактики серед КГН та їхніх статевих партнерів відіграють вирішальну роль у визначенні подальшого розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області. Найбільш небезпечною є статева поведінка серед ЛВІН. Відсоток осіб, які повідомили про використання презервативу під час останнього статевого контакту в 2015 р., серед ЛВІН становив 37%, серед ПКС – 80% (з клієнтом), серед ЧСЧ – 75%. За даними програмного моніторингу, рівень охоплення профілактичними програмами ЛВІН склав у 2016 р. 53%, ЧСЧ – 29%, ПКС – не охоплені профілактичними програмами. Спостерігається зростання рівня знань щодо шляхів запобігання статевій передачі ВІЛ, проте відсутні заходи з мотиваційного консультування щодо дотримання безпечної поведінки та регулярного отримання послуг. Обсяги профілактичних втручань залишаються недостатніми для зупинення поширення ВІЛ-інфекції серед КГН та обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення. Отже, важливо підвищувати рівень охоплення, масштаби та якість профілактичних втручань серед представників даних ключових груп населення.

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ

	Виявлена проблема	Рекомендація для національного рівня	Рекомендація для регіонального рівня
За напрямом КІТ	Зменшення кількості КІТ в області	Своєчасне та безперебійне забезпечення тест-системами для діагностики ВІЛ у вагітних та донорів Включення КІТ до переліку клініко-лабораторних досліджень у спеціалізованих закладах (наркологічних, дерматовенерологічних, протитуберкульозних, інфекційних)	Збільшити кількість КІТ для населення, особливо КГН, у закладах ПМСД Забезпечити виділення коштів місцевого бюджету в повному обсязі для надання послуг КІТ в ЗОЗ Впроваджувати використання ШТ для проведення КІТ центрами ПМСД та сімейними лікарями Збільшити охоплення обстеженням та забезпечення якості до- та післятестового консультування в закладах дерматовенерологічної та наркологічної служб Забезпечити надання послуг КІТ засудженим в закладах пенітенціарної служби, укомплектувавши відповідні посади медичними працівниками
	Збільшення статевого шляху інфікування серед населення	Запровадити обов'язкове тестування на ВІЛ чоловіків та партнерів вагітних жінок під час допологового огляду	Забезпечити розповсюдження презервативів у пунктах надання КІТ Проведення регулярного тестування осіб з негативним або невідомим ВІЛ-статусом серед статевих партнерів ВІЛ-інфікованих осіб, проведення профілактичних заходів у серодискордантних парах Підвищити поінформованість населення щодо актуальних питань профілактики ВІЛ, безпечної поведінки та здорового способу життя
	Пізнє виявлення ВІЛ-інфекції та несвоєчасне залучення до ВІЛ-послуг ЛЖВ серед окремих КГН	Висвітлення у ЗМІ питань профілактики, діагностики ВІЛ-інфекції, правових аспектів, стигми, дискримінації Проведення тренінгів для фахівців центрів ПМСД, профільних фахівців ЦРЛ, ЦМЛ щодо застосування нових підходів до КІТ, МН та подальшого лікування ВІЛ	Здійснювати переадресацію ВІЛ-позитивних осіб, виявлених НУО, до ЗОЗ за принципом кейс-менеджменту Залучення психологів, соціальних працівників до проведення до- та післятестового консультування Посилити профілактичну роботу серед первинних донорів шляхом забезпечення їх пам'ятками Посилити співпрацю з акушерською службою щодо своєчасної госпіталізації ВІЛ-інфікованих породіль для обстеження та вибору методу пологорозрішення Проведення навчання для фахівців ЗОЗ щодо єдиних підходів до кодування СЕМ та визначення шляхів передачі ВІЛ при взятті під МН При проведенні навчань серед медичних працівників включити питання щодо правових аспектів людей, які живуть з ВІЛ, зменшення рівня стигми та дискримінації Залучення ЗМІ до профілактичних заходів, формування толерантного ставлення та надання інформації щодо послуги КІТ
	Невідповідність наявних людських ресурсів для надання послуг КІТ		Укомплектувати кабінети «Довіра» та кабінети, що виконують їхні функції, профільними фахівцями для проведення КІТ

	Виявлена проблема	Рекомендація для національного рівня	Рекомендація для регіонального рівня
За напрямом АРТ	Високий рівень взяття під МН в стадії СНІДу та смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ	Забезпечити ЛЖВ комбінованими АРВП в одній таблетці, замінити схеми лікування на більш ефективні Систематичне забезпечення регіону ЛЗ для лікування опортуністичних і супутніх захворювань Розширити доступ хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ВС до безоплатного специфічного лікування ВГС та ВГВ. Розробка уніфікованого опитувальника, методичних рекомендацій для визначення рівня прихильності ЛВІН до АРТ	Розширити послуги центрів ПМСД, сімейних лікарів щодо виявлення ВІЛ на ранніх стадіях захворювання та переадресації з метою взяття під МН Забезпечити раннє призначення АРТ, формування прихильності до АРТ та своєчасний початок АРТ серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, особливо ЛВІН Забезпечити моніторинг випадків неефективної АРТ в частині визначення основних факторів ризику Розширити доступ ВІЛ-інфікованих ЛВІН до програми ЗПТ, рецептурний відпуск препаратів
	Недостатнє охоплення ЛЖВ послугою АРТ	Забезпечення своєчасного постачання АРВП регіону, з урахуванням 100% потреби Удосконалити систему закупівель АРВП з метою недопущення дефіциту препаратів. Забезпечити системний перегляд протоколів надання медичної допомоги відповідно до сучасних міжнародних стандартів Включити до навчальних програм до- та післядипломної освіти медиків, соціальних працівників, психологів та інших фахівців, які працюватимуть у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, інформаційно-навчальної роботи щодо конфіденційності, зменшення рівня стигми та дискримінації серед медичних працівників по відношенню до КГН	Розширити послуги з призначення АРТ на сайтах АРТ, які функціонують на базі кабінетів «Довіра» Розширити мережі сайтів АРТ шляхом відкриття нових сайтів на базі кабінетів «Довіра» Борзнянської та Бахмацької ЦРЛ Укомплектувати кабінети «Довіра» психологами, де відкрито сайти АРТ Забезпечити охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих пацієнтів на ЗПТ Забезпечити безперервне навчання фахівців кабінетів «Довіра» та сімейних лікарів з питань діагностики, лікування, лабораторного супроводу ЛЖВ, ведення облікової документації; застосування ШТ Розробити та затвердити спільно з НУО маршрут пацієнта з метою ефективної системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними організаціями державного і неурядового сектору, що сприятиме скороченню тривалості процедури залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом, ризикованою поведінкою до медичних та немедичних послуг Впроваджувати системи супервізії, системи переадресації пацієнтів між ЦПМСД та ЗОЗ вторинного, третинного рівнів
	Недостатній рівень ефективності лікування та якісного моніторингу за лікуванням ЛЖВ	Забезпечення безперебійної поставки тест-систем та витратних матеріалів для здійснення лабораторного супроводу	Забезпечити контроль за своєчасним забором та транспортуванням зразків крові на визначення ВН з кабінетів «Довіра» до лабораторії ОЦПБС Відкрити в області ПЦР лабораторії з визначенням рівня ВН
	Недостатній обсяг послуг з догляду та підтримки для КГН та інших груп населення в різних адміністративно-територіальних одиницях області	Впровадження системи соціального замовлення для надання соціальних послуг та послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ	Розширити послуги з догляду та підтримки ЛЖВ в медичних закладах за сприяння НУО

	Виявлена проблема	Рекомендація для національного рівня	Рекомендація для регіонального рівня
За напрямом ЛВІН	Зростає поширеність ВІЛ серед ЛВІН	Забезпечити державне фінансування для закупівлі препаратів для ЗПТ Забезпечити ЛВІН засобами індивідуального захисту, стерильного інструментарію та профілактичними матеріалами шляхом впровадження механізму соціального замовлення Розробити стратегії для формування безпечної статевої поведінки, спрямовані на статевих партнерів ЛВІН та тих, хто ще не розпочав вживання ін'єкційних наркотиків	Збільшити охоплення КІТ ЛВІН НУО, наркологічною службою. Закладати у проєктах для НУО напрям щодо профілактичної роботи серед статевих партнерів ЛВІН Активно використовувати мобільну амбулаторію для роботи з ЛВІН у сільських та віддалених населених пунктах, розробити графік роботи та маршрути з урахуванням місцевих потреб та можливостей
	Низька частка ВІЛ-позитивних ЛВІН, які перебувають під МН	Забезпечення базової підготовки немедичного персоналу (поліція, судді, персонал в'язниць, соціальні працівники, вчителі) з питань передачі ВІЛ, стигматизації та дискримінації	Забезпечити супровід ЛВІН до ЗОЗ для підтвердження діагнозу та взяття під МН із залученням соціальних працівників НУО Розширити сферу діяльності НУО, що надають послуги ЛВІН, у всіх районах області
	Низька частка ВІЛ-позитивних ЛВІН, які отримують АРТ	Забезпечити державне фінансування для закупівлі препаратів для ЗПТ та АРТ	Відкрити сайти АРТ на базі кабінетів «Довіра» Борзнянської та Бахмацької ЦРЛ Забезпечити охоплення ВІЛ-інфікованих ЛВІН на новостворених сайтах соціальним супроводом з метою формування прихильності до лікування
	Невідповідність наявних людських ресурсів для надання якісних послуг ЛВІН		Організувати надання послуг ЛЖВ за рахунок інтеграції профілактичних послуг та послуг з догляду та підтримки у загальну систему медичного догляду
За напрямом ЧСЧ	Низьке охоплення профілактичними послугами групи ЧСЧ	Удосконалити законодавство у сфері захисту прав людей, які вступають в одностатеві стосунки, щодо стигматизації. Забезпечити впровадження соціального замовлення з метою надання ЧСЧ доступу до основних послуг з профілактики, догляду та лікування	Розширити доступ ЧСЧ до профілактичних послуг, у т. ч. до КІТ, шляхом розширення кількості НУО, використання заходів просвіти за методом «рівний–рівному», Інтернет-ресурсів
	Невідповідність наявних людських ресурсів для надання якісних послуг ЧСЧ		Розширити сферу діяльності НУО, що надають послуги ЧСЧ, у всіх районах області Проводити навчання для фахівців ЗОЗ щодо зниження стигми та дискримінації щодо ЧСЧ

	Виявлена проблема	Рекомендація для національного рівня	Рекомендація для регіонального рівня
За напрямом ПКС	Низьке охоплення профілактичними послугами		Створити мережу або розширити спектр послуг НУО, які б надавали послуги для ПКС
За іншими напрямками	Не визначено на законодавчому рівні порядок обміну та верифікації даних щодо причин смерті внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ, зокрема обґрунтування та прийняття спільного рішення щодо встановлення причин смерті хворих	Розробити на прийняти на національному рівні нормативні документи щодо порядку обміну та верифікації даних щодо причин смерті внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ	
		Удосконалити законодавчу базу щодо спрощення процедур обліку та звітності при застосуванні ШТ на ВІЛ	
	Законодавчо прописана підтримка профілактичних заходів серед ЛВІН і не зазначені програми профілактики для інших КГН, насамперед ЧСЧ та ПКС	Внести зміни до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» щодо здійснення профілактичних програм для ПКС та ЧСЧ	

8. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернігівській області за результатами проведеної Оцінки Програми

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Розроблення, виготовлення та розповсюдження соціальної реклами, просвітницьких програм з формування здорового способу життя населення	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я; соціального захисту населення; освіти і науки; сім'ї, молоді і спорту Чернігівський ОЦСССДМ НУО	Зниження рівня поширення ВІЛ серед населення
2.	Навчання фахівців ЗОЗ, освіти, ЦСССДМ з актуальних питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я; соціального захисту населення; освіти і науки Чернігівський ОЦСССДМ НУО	Підготовлено фахівців з актуальних питань протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу
3.	Забезпечення базової підготовки медичного та немедичного персоналу з питань передачі ВІЛ, недопущення дискримінації на робочих місцях ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я, соціального захисту населення Чернігівський ОЦСССДМ НУО	Зниження рівня стигми та дискримінації
4.	Навчання фахівців кабінетів «Довіра», сайтів АРТ з питань діагностики, лікування, лабораторного супроводу ЛЖВ, ведення облікової документації; застосування ШТ	2019–2023	УОЗ ЗОЗ НУО	Забезпечено 303 підготовленими фахівцями
5.	Навчання сімейних лікарів з питань КІТ; застосування ШТ; переадресації пацієнтів між ЦПМСД та ЗОЗ вторинного, третинного рівнів надання медичної допомоги	2019–2023	УОЗ ЗОЗ НУО	Забезпечено 303 підготовленими фахівцями
6.	Участь у розробленні та впровадженні національних стратегій забезпечення доступу представників КГН щодо інфікування ВІЛ до профілактичних послуг та лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я, соціального захисту населення Чернігівський ОЦСССДМ НУО	Розширено мережу послуг з профілактики, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД
7.	Здійснення соціального замовлення з надання послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	2019–2023	ЗОЗ НУО	Надано комплексні профілактичні послуги ЛЖВ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
8.	Забезпечення належної матеріально-технічної бази ЗОЗ (шляхом закупівлі діагностичного, лабораторного обладнання), що надають допомогу ЛЖВ	2019–2023	УОЗ Районні державні адміністрації Виконавчі комітети міських рад НУО	Зміцнено матеріально-технічну базу ЗОЗ, що надають допомогу ЛЖВ
9.	Охоплення програмами профілактики ВІЛ представників КГН та їхніх статевих партнерів	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я, соціального захисту населення Чернігівський ОЦСССДМ НУО, ЗОЗ	Підвищено рівень охоплення профілактичними програмами КГН та їхніх статевих партнерів
10.	Охоплення ЛВІН програмами ЗПТ (відкриття нових сайтів у віддалених районах, збільшення кількості осіб, які отримують рецептурну форму, спрощення процедури включення у Програму)	2019–2023	УОЗ ЗОЗ	Збільшено кількість ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ
11.	Охоплення профілактичною роботою КГН в сільських та віддалених населених пунктах за рахунок мобільної амбулаторії	2019–2023	УОЗ НУО	Підвищено рівень охоплення ЛВІН та їхніх партнерів профілактичними послугами
12.	Відкриття сайтів АРТ на базі кабінетів «Довіра» Борзнянської та Бахмацької ЦРЛ	2019–2023	УОЗ Районні державні адміністрації Виконавчі комітети міських рад	Підвищено рівень охоплення послугами АРТ ЛЖВ
13.	Супровід учасників програм профілактики з числа КГН до ЗОЗ для лікування/отримання медичної допомоги	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я; соціального захисту населення ОЦСССДМ НУО	Підвищено рівень охоплення МН пацієнтів на ранніх стадіях ВІЛ-інфекції
14.	Навчання фахівців ЗОЗ щодо єдиних підходів до кодування СЕМ та визначення шляхів передачі при взятті під МН	2019–2023	ЗОЗ	Підвищено валідність даних СЕМ
15.	Забезпечення вільного доступу населення (в першу чергу КГН та їхніх статевих партнерів) до безоплатного КіТ	2019–2023	УОЗ НУО	Збільшено кількість осіб, охоплених послугами з КіТ
16.	Впровадження використання ШТ для проведення КіТ центрами ПМСД та сімейними лікарями	2019–2023	УОЗ Районні державні адміністрації Виконавчі комітети міських рад НУО	Збільшено кількість осіб, охоплених послугами КіТ
17.	Забезпечення проведення обов'язкового тестування донорської крові з метою виявлення ВІЛ	2019–2023	УОЗ	Недопущено інфікування під час переливання донорської крові та її компонентів

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
18.	Забезпечення доступу до безперервної АРТ для хворих на ВІЛ-інфекцію	2019–2023	УОЗ	Підвищено рівень охоплення послугою АРТ ЛЖВ
19.	Забезпечення лабораторного супроводу лікування ВІЛ-інфекції	2019–2023	УОЗ	Збільшено кількість ЛЖВ з невизначуваним ВН
20.	Забезпечення доступу пацієнтів до одночасного лікування ТБ та ВІЛ-інфекції	2019–2023	УОЗ	Знижено рівень смертності від ТБ серед ЛЖВ
21.	Забезпечення доступу до лікування вірусних гепатитів В і С у ЛЖВ	2019–2023	УОЗ	Знижено рівень смертності ЛЖВ
22.	Забезпечення лікування та медикаментозної профілактики опортуністичних інфекцій, супутніх захворювань, ускладнень ВІЛ-інфекції та хвороб, зумовлених ВІЛ	2019–2023	УОЗ	Знижено рівень смертності ЛЖВ
23.	Забезпечення доступу пацієнтів на ЗПТ до АРТ	2019–2023	УОЗ НУО	Підвищено рівень охоплення ЛВІН ЛЖВ з опіоїдною залежністю інтегрованою допомогою АРТ та ЗПТ
24.	Організаційно-методична допомога та якісний моніторинг діяльності сайтів АРТ	2019–2023	ЗОЗ НУО	Підвищено якість послуг сайтів АРТ
25.	Розширення сфери діяльності НУО, що надають послуги ЛВІН, ЧСЧ, ПКС у всіх районах області	2019–2023	НУО	Підвищено рівень охоплення профілактичними послугами ЛЖВ
26.	Охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ, сімей, що перебувають у складних життєвих обставинах, до соціальних послуг, супроводу, догляду та підтримки	2019–2023	Управління та департаменти ОДА: охорони здоров'я; соціального захисту населення ОЦСССДМ НУО	Підвищено рівень охоплення профілактичними послугами ЛЖВ

ДОДАТОК 1

1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)

Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)	4,85	4,08	3,45	4,8	4,12	3,23				
чисельник	5	4	3	4	4	3				
знаменник	103	97	87	84	97	93				

2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)	3,23	5,43	6,22	6,46	7,18	6,97	6,76	8,49
чисельник	36	60	68	70	77	74	71	88
знаменник	111538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1036433
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Чоловіки)	5,97	8,24	9,74	10,02	9,90	8,96	10,95	11,69
чисельник	30	41	48	49	48	43	52	55
знаменник	502603	497490	492770	488939	484632	479962	475102	470527

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Жінки)	0,98	3,15	3,35	3,55	4,96	5,36	3,32	5,83
чисельник	6	19	20	21	29	31	19	33
знаменник	610184	603715	596897	591028	584628	578322	572029	565906
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Місто)	4,47	6,81	5,08	8,02	0,00	0,00	0,00	
чисельник	31	47	35	55				
знаменник	692,8	690,6	688,4	686,2	683,5	680,4	677,1	665,05
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Село)	1,18	3,14	8,15	3,77	0,00	0,00	0,00	
чисельник	5	13	33	15				
знаменник	422,7	413,4	405	397,5	389,2	380,9	373,2	371,37
Отримували АРТ					26	29	19	43
У т.ч. 12 міс. і більше					7	13	8	16
Потребували, але не отримували АРТ					51	45	52	45
Не потребували АРТ					0	0	0	0

3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)					3,82	3,58	3,05	4,92
чисельник					41	38	32	51
знаменник					1072314	1061250	1050324	1036433

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Отримували АРТ					17	19	10	20
у т.ч. 12 міс. і більше					3	8	2	8
Потребували, але не отримували АРТ					24	18	22	31
Не потребували АРТ								
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (чоловіки)					5,98	5,63	5,47	6,80
чисельник					29	27	26	32
знаменник					484632	479962	475102	470527
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (жінки)					2,05	1,90	1,05	3,36
чисельник					12	11	6	19
знаменник					584628	578322	572029	565906

4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, 2013-2016 рр., % (Показник № 3 плану МіО)

	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)				
чисельник	0,21	0,33	0,67	0,42
знаменник	10	11	15	7
	4789	3264	2236	1661

5. Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)	0,39	0,39	0,39	0,89	1,09	1,12	0,85	0,9
чисельник	80	107	108	99	120	118	84	83
знаменник	20587	27435	27500	11007	10919	10564	9779	9196

9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	103,67	93,48	94,11	70,99	60,62	58,7	51,69	39,33
чисельник	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
знаменник	1115538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1044975

10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (все населення)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	43,3	45,9	44,0	46,8	47,6	48,2	47,4	44,6
чисельник	483	507	481	507	510	511	498	462
знаменник	1115538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1036433
з них особи віком								

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
0–14 років	113	114	91	90	108	100	78	81
15–17 років	0	2	0	2	1	2	1	2
18–24 роки	59	54	38	28	31	30	19	17
25–49 років	295	319	335	362	346	361	372	319
50 років і старше	16	18	17	25	24	18	28	43
Чоловіки	50,7	52,9	55,2	58,5	55,7	56,0	62,5	48,0
чисельник	255	263	272	286	270	269	297	226
знаменник	502603	497490	492770	488939	484632	479962	475102	470527
Жінки	37,4	40,4	35,0	37,4	41,1	41,8	35,1	41,7
чисельник	228	244	209	221	240	242	201	236
знаменник	610184	603715	596897	591028	584628	578322	572029	565906
Мешканці міста	54,6	51,8	43,6	50,3	43,2	40,1	40,6	41,0
чисельник	378	358	300	345	295	273	275	273
знаменник	692,8	690,6	688,4	686,2	683,5	680,4	677,1	665,05
Мешканці села	24,8	36,0	44,7	40,8	55,2	62,5	59,8	50,9
чисельник	105	149	181	162	215	238	223	189
знаменник	422,7	413,4	405	397,5	389,2	380,9	373,2	371,37

11. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. Прогноз відсутній.

12. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр.								
чисельник	7,53	9,87	11,25	10,43	11,00	11,78	10,28	11,67
знаменник	84	109	123	113	118	125	108	122
Отримували АРТ	1115538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1044975
у т.ч. 12 міс. і більше					32	44	32	58
Потребували, але не отримували АРТ					8	20	13	27
Не потребували АРТ					62	47	59	49
					24	34	17	15
Чоловіки	9,55	15,28	18,87	15,75	16,30	15,42	15,37	16,58
чисельник	48	76	93	77	79	74	73	78
знаменник	502603	497490	492770	488939	484632	479962	475102	470527
Жінки	5,90	5,47	5,03	6,09	6,67	8,82	6,12	7,78
чисельник	36	33	30	36	39	51	35	44
знаменник	610184	603715	596897	591028	584628	578322	572029	565906
Мешканці міста	9,53	11,58	11,48	12,39	12,73	9,99	8,12	9,32
чисельник	66	80	79	85	87	68	55	62
знаменник	692,8	690,6	688,4	686,2	683,5	680,4	677,1	665,05
Мешканці села	4,26	7,01	10,86	7,04	7,97	14,96	14,20	16,16
чисельник	18	29	44	28	31	57	53	60
знаменник	422,7	413,4	405	397,5	389,2	380,9	373,2	371,37

13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті від СНІДу, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	3,23	5,43	6,22	6,46	7,18	6,97	6,76	8,42
чисельник	36	60	68	70	77	74	71	88
знаменник	1115538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1044975
Отримували АРТ					26	29	19	43
у т.ч. 12 міс. і більше					7	13	8	16
Потребували, але не отримували АРТ					51	45	52	45
Не потребували АРТ								
Чоловіки	5,57	9,25	9,74	10,43	9,90	8,96	10,95	11,69
чисельник	28	46	48	51	48	43	52	55
знаменник	502603	497490	492770	488939	484632	479962	475102	470527
Жінки	1,31	2,32	3,35	3,21	4,96	5,36	3,32	5,83
чисельник	8	14	20	19	29	31	19	33
знаменник	610184	603715	596897	591028	584628	578322	572029	565906
Мешканці міста	3,90	6,95	5,08	8,45				
чисельник	27	48	35	58				
знаменник	692,8	690,6	688,4	686,2	683,5	680,4	677,1	665,05
Мешканці села	2,13	2,90	8,15	3,02				
чисельник	9	12	33	12				
знаменник	422,7	413,4	405	397,5	389,2	380,9	373,2	371,37

14. Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.
Відсутній прогноз Spectrum.

15. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	174,09	198,65	219,87	242,8	272,49	301,72	335,3	358,09
чисельник	1942	2193	2404	2630	2922	3202	3522	3742
знаменник	1115538	1103978	1093359	1083156	1072314	1061250	1050324	1044975
з них особи віком								
0–14 років	208	224	207	202	219	224	213	200
15–17 років	0	2	3	6	10	10	8	9
18–24 роки	545	501	529	301	120	114	89	94
25–49 років	1143	1402	1591	2018	2388	2644	2955	3150
50 років і старше	46	64	74	103	185	210	257	289
Чоловіки	220,45	245,03	268,48	291,45	323,96	357,11	394,44	418,47
чисельник	1108	1219	1323	1425	1570	1714	1874	1969
знаменник	502603	497490	492770	488939	484632	479962	475102	470527
Жінки	136,68	161,33	181,10	203,88	231,26	257,30	288,10	313,30
чисельник	834	974	1081	1205	1352	1488	1648	1773
знаменник	610184	603715	596897	591028	584628	578322	572029	565906
Мешканці міста	233,11	260,35	281,23	304,28	324,95	350,38	377,05	406,59
чисельник	1615	1798	1936	2088	2221	2384	2553	2704
знаменник	692,8	690,6	688,4	686,2	683,5	680,4	677,1	665,05
Мешканці села	77,36	95,55	115,56	136,35	180,11	214,75	259,65	279,51
чисельник	327	395	468	542	701	818	969	1038
знаменник	422,7	413,4	405	397,5	389,2	380,9	373,2	371,37

17. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	27,2		33,1		18,6		31,9
чисельник							
знаменник	250		349		300		360

18. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	0		1				2,9
чисельник							
знаменник	154		152				100

19. Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.			1,4		0,5		1
чисельник							
знаменник			150		200		150

21. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2009-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2009-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)				32,3	36,5	36,8	37,8	45,9
чисельник				164	186	188	193	212
знаменник	483	507	481	507	510	511	498	462
Дорослі					181	184	189	212
Діти					5	4	4	0

22. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)

	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2009-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)	75,02	75,92	79,98	78,9
чисельник	2192	2431	2817	2956
знаменник	2922	3202	3522	3742
Чоловіки	70,13	66,39	79,99	77,40
чисельник	1101	1138	1499	1524
знаменник	1570	1714	1874	1969

	2013	2014	2015	2016
Жінки				
чисельник	80,70	86,90	79,98	80,77
знаменник	1091	1293	1318	1432
	1352	1488	1648	1773
Мешканці міста				
	79,96	78,73	85,00	78,99
чисельник	1776	1877	2170	2136
знаменник	2221	2384	2553	2704
Мешканці села				
	59,34	67,73	66,77	79,00
чисельник	416	554	647	820
знаменник	701	818	969	1038

23. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2009-2016 рр. (Показник № 24 плану МіО)								
	95,83	91,38	92,31	90,59	87,43	89,07	85,23	91,95
чисельник	115	159	96	366	306	334	254	80
знаменник	120	174	104	404	334	375	294	87

24. Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО)
Дослідження не проводилися.

25. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2009-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)	771	854	1453	1631	1548	1384	3051	3091

26. Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 15 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013
Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2009-2016 рр. (Показник № 15 плану МіО)			63	67	76

27. Кількість чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 16 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Кількість чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2009-2016 рр. (Показник № 16 плану МіО)						259	312

28. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник № 21 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2009-2016 рр. (Показник № 21 плану МіО)	0,61	0,45	0,34	0,51	0,34	0,41	0,45	0,52
чисельник	1096	912	768	1283	948	1263	1540	1873
знаменник	1786	2025	2261	2494	2776	3052	3390	3621

29. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО)	22,5		26,4		64,5		40,4

30. Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО)	59,1		24,6				19,3

31. Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО)			12,5		35,9		89,7

32. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2014-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)

	2009	2010	2011
Рівень інфікування ВІЛ серед засуджених, 2013-2016 рр.	28		56,6

33. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ та які наразі її отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі її отримують, 2009-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)	178	337	422	814	1101	1441	1629	2031

34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)

	2014	2015	2016
Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2009-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)	67,63	75,86	81,48
чисельник	140	154	88
знаменник	207	203	108
Чоловіки	67,32	73,86	80,72
чисельник	103	113	67
знаменник	153	153	83
Жінки	68,52	82,00	84,00
чисельник	37	41	21
знаменник	54	50	25

35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2009-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО)	70,4	71,2	74,6	77,9	85,5	90,5	89,9	90,9
чисельник	38	42	50	53	71	76	80	80
знаменник	54	59	67	68	83	84	89	88

36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2009-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)	1,88	3,01	3,76	4,72	5,94	16,00	13,16	15,58
чисельник	36	56	67	80	104	153	173	210
знаменник	1910	1858	1780	1696	1750	956	1315	1348

37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник № 1 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2009-2016 рр. (Показник № 1 плану МіО)	7910,9	9414,3	11879,8	13749,7	16856,4	14949,7	28975,8	28589

38. Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2009-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО)	98	67	60	67	54	100	77,5	44,8
чисельник	840,1	918	990	865,4	723,5	873	1065,6	1112,8
знаменник	852,7	1365,9	1656,6	1290,9	1329,6	873	1373,6	2486,2

39. Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2009-2016 рр. (Показник № 17 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2009-2016 рр. (Показник № 17 плану МіО)	55,1	41	41	42	48	38	37	43
чисельник	292	271	271	266	303	232	218	235
знаменник	527	661	661	630	625	613	590	546

40. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр., 2009-2016 рр.

	2012	2013	2014	2015	2016
Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2009-2016 рр.	40	50	59	58	69
чисельник	814	1101	1441	1629	2031
знаменник	2040	2192	2431	2817	2956

41. Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.

	2012	2013	2014	2015	2016
Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2009-2016 рр.	8,2	5,1	7,7	16,9	11,9
чисельник	169	112	188	475	354
знаменник	2040	2192	2431	2817	2956

42. Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.	140	295	374	764	1036	1373	1554	1958

43. Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо ВН, станом на 01.01.2017 р.	112	231	256	506	758	1035	1248	1398

44. Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.	70	161	203	387	596	815	997	1306

ДОДАТОК 2

Значення індикаторів матриці для аналізу даних

Індикатори для аналізу впровадження АРТ

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку. Стратифікація: 1) стать; 2) 0–14 та 15+; 3) ЛВІН (за даними реєстра, РЕН – парентеральний шлях передачі, оціночні дані СПЕКТРУМ), ЧСЧ, ПКС – оціночні дані СПЕКТРУМ, якщо даних немає – в якісний компонент), засуджені, ТБ/ВІЛ; 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку (за даними реєстра, якщо даних немає – в якісний компонент)	значення цільове значення	1,85	2,74	2,83	2,66	2,64	2,31	2,02	2,35
	Кількість осіб, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (за стратифікацією)	36	60	68	70	77	74	71	88
	Кількість осіб, які знаходилися на медичному обліку в звітному році (за стратифікацією)	1942	2193	2404	2630	2922	3202	3522	3742
	знаменник	1942	2193	2404	2630	2922	3202	3522	3742
чоловіки		2,53	3,77	3,63	3,58	3,06	2,51	2,77	2,79
	чисельник	28	46	48	51	48	43	52	55
	знаменник	1108	1219	1323	1425	1570	1714	1874	1969

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році. Стратифікація: 1) стать; 2) 0–14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені, ВІЛ/ТБ; 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку; 5) на АРТ, не отримують АРТ	жінки	0,96	1,44	1,85	1,58	2,14	2,08	1,15	1,86
	чисельник	8	14	20	19	29	31	19	33
	знаменник	834	974	1081	1205	1352	1488	1648	1773
	вік 0–14	0,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,45	0,00	0,00
	чисельник	1	0	0	0	0	1	0	0
	знаменник	208	224	207	202	219	224	213	200
	вік 15+	2,02	3,00	3,10	2,88	0,00	2,45	0,00	2,48
	чисельник	35	59	68	70		73		88
	знаменник	1734	1969	2197	2428	2703	2978	3309	3542
	перебували на АРТ					26	29	19	43
	у т.ч. 12 міс. і більше					7	13	8	16
	померло внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ					41	38	32	51
	Кабінетне дослідження								
	значення цільове значення						4,18	3,25	5,39
	чисельник						11	8	11
	чисельник						263	246	204

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО) засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					2,36	2,01	1,17	2,12
	чисельник					26	29	19	43
	знаменник					1101	1441	1629	2031
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО) , засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					22,03	23,20	17,59	35,25
	чисельник					26	29	19	43
	знаменник					118	125	108	122
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих ЛЖВ у звітному році, які отримували АРТ: 1) стать; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					26,92	44,83	42,11	37,21
	чисельник					7	13	8	16
	знаменник					26	29	19	43

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					2,29	3,89	3,15	20,00
	чисельник					7	13	8	16
	знаменник					306	334	254	80
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					43,22	36,00	48,15	36,89
	чисельник					51	45	52	45
	знаменник					118	125	108	122
Відсоток випадків смерті ЛЖВ серед ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ: 1) статі; 2) 0-14, 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС (дані РЕН, реєстра, НУО), засуджені, ВІЛ/ГБ	значення цільове значення					2,80	2,56	2,75	2,63
	чисельник					51	45	52	45
	знаменник					1821	1761	1893	1711

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ на кінець звітного року (0–14 та 15+, ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені)	значення цільове значення	3,07	5,81	7,28	14,03	18,98	24,84	28,09	33,85
	чисельник	178	337	422	814	1101	1441	1629	2031
	знаменник	5800	5800	5800	5800	5800	5800	5800	6000
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ на кінець звітного року: 1) стать; 2) 0–14 та 15+; 3) ЛВІН, ЧСЧ, ПКС, засуджені, ВІЛ/ТБ (дані РЕН, реєстра, НУО); 4) активна диспансерна група, решта на медичному обліку (дані реєстра)	значення цільове значення	9,17	15,37	17,55	30,95	37,68	45,00	46,25	54,28
	чисельник	178	337	422	814	1101	1441	1629	2031
	знаменник	1942	2193	2404	2630	2922	3202	3522	3742
	чоловіки	8,48	13,37	16,10	29,96	36,50	43,00	46,21	52,26
		94	163	213	427	573	737	866	1029
		1108	1219	1323	1425	1570	1714	1874	1969
	жінки	10,07	17,86	19,33	32,12	39,05	47,31	46,30	56,51
		84	174	209	387	528	704	763	1002
		834	974	1081	1205	1352	1488	1648	1773
	0–14	18,27	18,75	23,19	24,75	29,68	30,36	35,21	36,50
		38	42	48	50	65	68	75	73
		208	224	207	202	219	224	213	200

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	15+	8,07	14,98	17,02	31,47	38,33	46,10	46,96	55,28
		140	295	374	764	1036	1373	1554	1958
		1734	1969	2197	2428	2703	2978	3309	3542
	СІН	1,74	2,64	2,03	6,78	7,72	11,48	10,43	10,66
		16	26	21	74	89	141	141	151
		919	986	1037	1091	1153	1228	1352	1417
Кількість ВІЛ інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу АРТ та ЗПТ	значення цільове значення	4	11	14	17	30	46	59	86
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ	значення цільове значення	11,11	19,64	20,90	21,25	28,85	30,07	34,10	40,95
	чисельник	4	11	14	17	30	46	59	86
	знаменник	36	56	67	80	104	153	173	210

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які входили до активної диспансерної групи, але не отримували АРТ, на кінець звітнього року	значення цільове значення					5,11	4,77	3,80	2,33
	чисельник					112	116	107	69
	знаменник					2192	2431	2817	2956
Кількість зафіксованих випадків ускладнень / побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, у звітньому році	значення цільове значення		3	5	7	8	8	6	24
	чисельник								
	знаменник								
Кількість ЗОЗ, які надають АРТ (за типами ЗОЗ за спеціалізацією, за рівнями – первинний, вторинний, третинний; село/місто)	значення цільове значення	1	1	1	1	1	1	2	5
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість медичних та немедичних установ (НУО, соцслужби тощо, які працюють у сфері ВІЛ/СНІДу), які надають послуги з догляду та підтримки (за типами установ за спеціалізацією, село/місто)	значення цільове значення	28	28	28	28	28	28	28	28
	чисельник								
	знаменник								
Кількість медичних та немедичних установ, які надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПП (НУО, соцслужби тощо, що працюють у сфері ВІЛ/СНІДу) (за типами установ за спеціалізацією; село/місто)	значення цільове значення								
	ВІЛ/ТБ	2	2	2	2	2	2	2	2
	ВІЛ/ТБ/ЗПП							1	1
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВІЛ, станом на кінець року	значення цільове значення	62,92	68,55	60,66	62,16	68,85	71,83	76,61	68,83
	чисельник	112	231	256	506	758	1035	1248	1398
	знаменник	178	337	422	814	1101	1441	1629	2031

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язу з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВІН, станом на кінець року	значення цільове значення	39,33	47,77	48,10	47,54	54,13	56,56	61,20	64,30
	чисельник	70	161	203	387	596	815	997	1306
	знаменник	178	337	422	814	1101	1441	1629	2031
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	значення цільове значення	95,83	91,38	92,31	90,59	91,62	89,07	86,39	91,95
	чисельник	115	159	96	366	306	334	254	80
	знаменник	120	174	104	404	334	375	294	87

Індикатор	Вимірювальні величини	значення цільове значення	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 24 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	Кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 24 міс. після її початку	чисельник								84,25
	Загальна кількість дорослих та дітей, які увійшли до річної когорти року, що передусь звітному	знаменник								1418
										1683
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 36 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	Кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 36 міс. після її початку	значення цільове значення								81,64
	Кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 36 міс. після її початку	чисельник								1098
	Загальна кількість дорослих та дітей, які увійшли до річної когорти року, що передусь звітному	знаменник								1345

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки (за КГН — дані Мережі з 2013 р.; село/місто)	значення цільове значення	56,44	41,59	31,95	48,78	32,44	39,44	43,73	50,05
	чисельник	1096	912	768	1283	948	1263	1540	1873
	Кількість людей, які живуть з ВІЛ та які протягом року отримували щонайменше одну послугу з переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати (за КГН; село/місто)								
Середня кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які обслуговуються одним інфекціоністом (по районах, містах, селах)	знаменник	1942	2193	2404	2630	2922	3202	3522	3742
	ОЦПБ		328	392	489	588	699	780	863
	значення цільове значення								
	чисельник		1313	1568	1955	2353	2797	3120	3450
	знаменник		4	4	4	4	4	4	4
	Загальна кількість інфекціоністів, які здійснюють диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими								

Індикатори для аналізу впровадження КІТ

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ (15+), які знаходяться під медичним наглядом	значення	28,9	32,82	36,62	40,47	45,05	49,63	55,15	59,03
	цільове значення								
	Кількість ЛЖВ (15+), які перебували під медичним наглядом на кінець звітного року	1734	1969	2197	2428	2703	2978	3309	3542
	Кількість ЛЖВ (15+) за оціночними даними СПЕКТРУМ на кінець звітного року	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000
Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+), які знаходяться під медичним наглядом	значення	14,14	15,17	17,73	18,65	19,71	20,99	23,11	24,22
	цільове значення								
	Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН, 15+ (осіб з парентеральним шляхом інфікування), які перебували під наглядом на кінець звітного року	919	986	1037	1091	1153	1228	1352	1417
	Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+) за оціночними даними СПЕКТРУМ та даними ДЕН (оціночна кількість ЛВІН за даними СПЕКТРУМ X рівень інфікованості ВІЛ серед ЛВІН за даними ДЕН)								
	Оціночна к-сть ЛВІН	6500	6500	5850	5850	5850	5850	5850	5850
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МІО)	значення					45,02	44,77	45,00	55,64
	цільове значення								
	чисельник				181		184	189	212
	знаменник	370	393	390	417	402	411	420	381
Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ, у звітному році	значення								
	цільове значення								
	чисельник								
	знаменник	147	141	162	144	127	129	138	97
Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МІО)	значення	22,5		26,4		64,5		40,4	
	цільове значення								
	чисельник	56		92		194		145	
	знаменник	250		349		300		360	

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ПКС, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник № 11 плану МІО)	значення	59,1		24,6				19,3	
	цільове значення								
	чисельник								
Відсоток ЧСЧ, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник № 12 плану МІО)	знаменник							100	
	значення			12,5		35,9		89,7	
	цільове значення								
Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр. (Показник № 12 плану МІО)	чисельник								
	знаменник			150		200		150	
	значення	56,34	100,85			31,86	9,99	17,40	31,70
Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013–2016 рр.	цільове значення								
	чисельник	1208	1192	873	874	590	148	195	331
	знаменник	2144	1182			1852	1481	1121	1044

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток хворих на ТБ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр.	значення						3,86	11,33	25,93
	цільове значення								
	чисельник				20		8	23	28
	знаменник						207	203	108
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код СЕМ – 102) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	значення	19,75	17,15	15,94	18,34	15,23	12,20	13,44	11,68
	цільове значення								
	чисельник	235	177	164	141	99	76	73	48
	знаменник	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ – 105.2) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	значення					0	0	0,18	0,24
	цільове значення								
	чисельник					0	0	1	1
	знаменник	1190	1032	1029	769	650	623	543	411

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	значення	0	0	0	0,13004	0	0	0,18	0,49
	цільове значення								
	чисельник	0	0	0	1	0	0	1	2
	знаменник	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених (код СЕМ – 112) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	значення	16,05	19,86	11,27	11,57	6,46	4,49	4,79	5,11
	цільове значення								
	чисельник	191	205	116	89	42	28	26	21
	знаменник	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
Кількість 303, які надають послуги КІТ (в цілому, за рівнем надання медичної допомоги, за службою, за територією – місто/село)	значення								
	цільове значення								
	чисельник	51	51	51	51	51	52	53	53
	чисельник								
	чисельник	30	30	30	30	30	30	30	30

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	третинний рівень	чисельник	20	20	20	20	20	20	20
	акушерсько-гінекологічна	чисельник	28	28	28	28	28	28	28
	служба СНІДу	чисельник	1	1	1	1	1	1	1
	міжрегіональне управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції	чисельник	4	4	4	4	4	4	4
	наркологічна	чисельник	3	3	3	3	3	3	3
	протиуберкульозна	чисельник	4	4	4	4	4	4	4
	дерматовенерологічна	чисельник	3	3	3	3	3	3	3
	служба переливання крові	чисельник	24	24	24	24	24	24	24
	ЦСССДМ	чисельник	26	26	26	26	26	26	26
	НУО	чисельник	1	1	1	1	1	2	4
	інші	чисельник							
	місто	чисельник	29	29	29	29	29	29	29
Кількість НУО, які надають послуги КІТ (в цілому, за КГН, за територією – місто/село)	село	чисельник	22	22	22	22	23	24	24
	значення	1	1	1	1	1	2	4	3
	цільове значення								
	чисельник								
	ЛВІН	чисельник	1	1	1	1	1	2	2
	ПКС	чисельник	0	0	0	0	0	0	0
	ЧСЧ	чисельник	0	0	0	0	0	1	2
	місто	чисельник	1	1	1	1	1	2	4
	село	чисельник	0	0	0	0	0	0	0

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість післятестових консультувань, які були проведені у звітному році, за окремими службами	значення								
	акушерсько-гінекологічна		15894	19374	21186	20277	18643	19562	14612
	служба СНІДу		2163	15788	17599	19051	14757	13669	6803
	міжрегіональне управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції				1111	1069	1098	688	345
	наркологічна		441	594	350	396	352	426	212
	протитуберкульозна		2243	2059	1991	2085	1518	1242	1182
	дерматовенерологічна		289	458	540	387	323	260	275
	служба переливання крові		1137	7909	12541	12209	12505	10996	9597
	ЦСССДМ		201	193	238	130	752	109	0
	НУО		156	550	1195	835	794	1254	2502
	інші			2228821	1082/35634	1102/43282	1321/24947	987/21876	1069/9444
	Загальна кількість післятестових консультувань у звітному році		40620	75768	93465	89978	75699	70940	46142
	значення	31,26	38,66	38,39	54,88	63,08	42,54	45,30	49,88
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд (в цілому, за КГН та іншими групами)	цільове значення								
	Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ (крім кодів 110, 114), яких було взято під медичний нагляд протягом звітного року / протягом трьох місяців/ одного місяця після отримання позитивного результату тестування у звітному році (в цілому, за КГН та іншими групами (залежно від наявності даних))	372	399	395	422	410	265	246	205

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд за даними програмного моніторингу (в цілому, за КГН)	Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування: 110 та 114) (в цілому, за КГН та іншими групами (залежно від наявності даних))	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
	значення			41,98	57,98	66,88	69,90	79,84	92,93
	цільове значення								
	Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під медичний нагляд протягом звітнього року (в цілому, за КГН)			479	505	511	511	495	460
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ у звітному році (в цілому, за КГН)			1141	871	764	731	620	495
Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд	значення	31,26	38,66	38,39	54,88	63,08	66,77	78,45	92,70
	цільове значення								
	Кількість осіб, яких було взято під медичний нагляд протягом звітнього року (крім дій у стадії підтвердження)	372	399	395	422	410	416	426	381
	Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування: 110 та 114)	1190	1032	1029	769	650	623	543	411
	цільове значення								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (без ШТ)	значення	24,95	19,54	18,74	15,81	11,53	10,09	11,01	15,00
	Кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 102 SEM) за відповідний рік	235	177	164	141	97	66	62	42
	Кількість ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, у звітному році (без ШТ)	942	906	875	892	841	654	563	280
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення	27,2		33,1		18,6		32,4	
	чисельник								
	знаменник	250		349		300		360	
Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (за даними біоповедінкового дослідження)	значення цільове значення	34,9		35,4		46,5		36,8	
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику (за даними біоповедінкового дослідження)	значення цільове значення	91,8		96,9		97,3		97	
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження)	значення цільове значення	54,8		48,9		70,7			
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (за типами надавачів послуг)	значення цільове значення	13,18	14,60	24,84	27,88	26,46	23,66	52,15	52,84
	чисельник	771	854	1453	1631	1548	1384	3051	3091
	знаменник	5850	5850	5850	5850	5850	5850	5850	5850
Охочення ЗПТ	значення цільове значення	0,69	1,08	1,43	1,71	2,22	3,27	3,70	4,49
	чисельник	36	56	67	80	104	153	173	210
	знаменник	5200	5200	4680	4680	4680	4680	4680	4680
Середня кількість шприців на одного ЛВІН	значення цільове значення					37,04	52,95	60,94	84,94
	чисельник					173347	247801	285216	397531
	знаменник	5850	5850	5850	5850	4680	4680	4680	4680

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів (за типами медичних установ; тюремні заклади; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний; адміністративно-територіальними рівнями тощо)	значення цільове значення					28	13	59	61
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого	значення цільове значення	100,00	108,47	90,23	92,54	75,63	100,00	100,00	69,13
	чисельник	634,1	691,7	687,9	590,1	482,3	386,9	172,4	413,4
	знаменник	634,1	637,7	762,4	637,7	637,7	386,9	172,4	598

Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році	значення цільове значення					0	0	0,10	0,10
	чисельник					0	0	1	1
	знаменник					1050	1050	1050	1050
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ПКС	значення цільове значення					0	0	0,32	0,41
	чисельник					0	0	1	1
	знаменник					4	163	310	245
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС (за даними біоповедінкових досліджень)	цільове значення	0		1		0		2,9	
	%								
	чисельник								
Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від протестованих ПКС у НУО	значення	59,1		24,6		0		19,3	
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ПКС, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення	92,2		78,9		0		79,3	
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біологічних досліджень)	значення цільове значення	68		75,6		0			
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ПКС, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг)	значення цільове значення	7,50%	0	63	67	76	0	0	0
	чисельник			4,60%		0			
	знаменник								
Середня кількість презервативів на одного ПКС	значення цільове значення					138/10			
	чисельник					10542			
	знаменник					76/1050			
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний; адміністративно-територіальними рівнями тощо)	Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний; адміністративно-територіальними рівнями тощо)					10	0	0	0

Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році	значення цільове значення				0,05	0,00	0,00	0,05	0,11
	чисельник	0	0	0	1	0	0	1	2
	знаменник				1850	1850	1850	1850	1850
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ	значення цільове значення	0	0	0	16,67	0	0	0,11	0,36
	чисельник	0	0	0	1	0	0	1	2
	знаменник	0	6	7	6	11	203	902	555
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень)	цільове значення								
	%			1,4		0,5		1	
	Кількість протестованих унікальних клієнтів								
Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення			12,5		35,9		90	
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення			71		93,3		75	
	чисельник								
	знаменник								
Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкових досліджень)	значення цільове значення			8,6		87		69	
	чисельник								
	знаменник								

Індикатор	Вимірювальні величини	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг)	значення цільове значення			0		9,3			
	чисельник								
	знаменник								
Середня кількість резервативів на одного ЧСЧ	значення цільове значення					0	3,99	14,30	13,46
	чисельник					0	7390	26463	24893
	знаменник						1850	1850	1850
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу резервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (якщо послуги надаються у держаних та комунальних закладах, вказати за типами медичних та немедичних установ; рівнями надання послуг – первинний, вторинний, третинний; адміністративно-територіальними рівнями тощо)	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник								
Кількість працівників, які беруть участь у наданні послуг профілактики ВІЛ серед ЧСЧ (за типами працівників: соціальні працівники НУО, медичний персонал тощо)	значення цільове значення								
	чисельник								
	знаменник								

ДРАФТ

Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Чернігівській області

ЗВІТ

Автори звіту:

Г. Лисенко
О. Малюта
Т. Куліцька
О. Томилко
Л. Масюк
Ю. Новак

Рецензент:

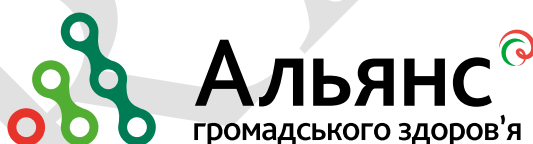
Ю. Середа

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

В. Божок

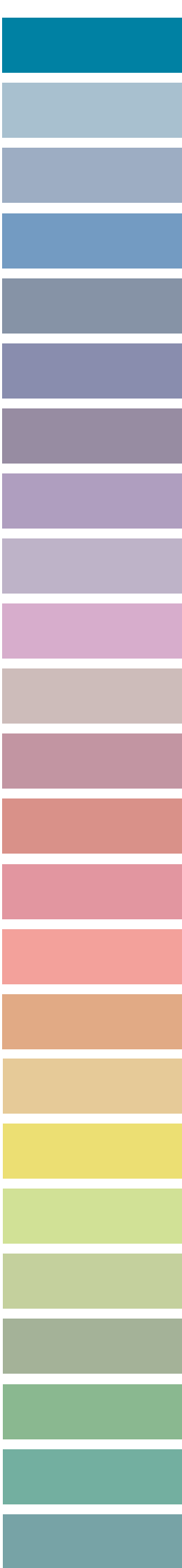
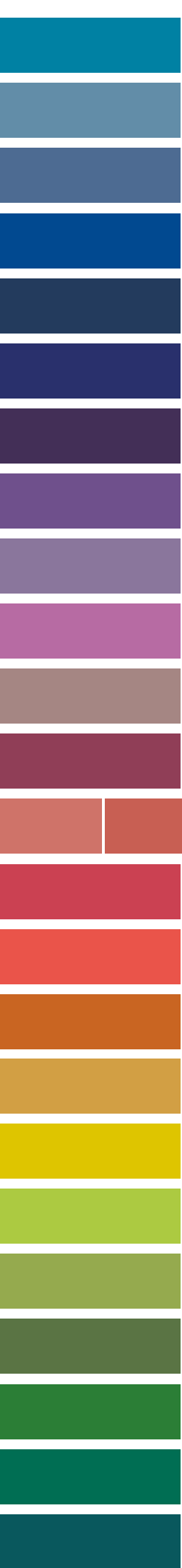


МБФ «Альянс громадського здоров'я»
вул. Ділова 5, корпус 10А, 9-й поверх, 03150, Київ, Україна
Тел.: (044) 490-5485, Факс: (044) 490-5489
E-mail: office@aph.org.ua
www.aph.org.ua
www.facebook.com/AlliancePublicHealth

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60х90/8
Ум. друк. арк. 11,63
Тираж 50 прим. Замовл. № 29/2

Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)



Альянс
громадського здоров'я

МЕТІДА
Проект з технічної допомоги в сфері МІО
та ефективного використання даних