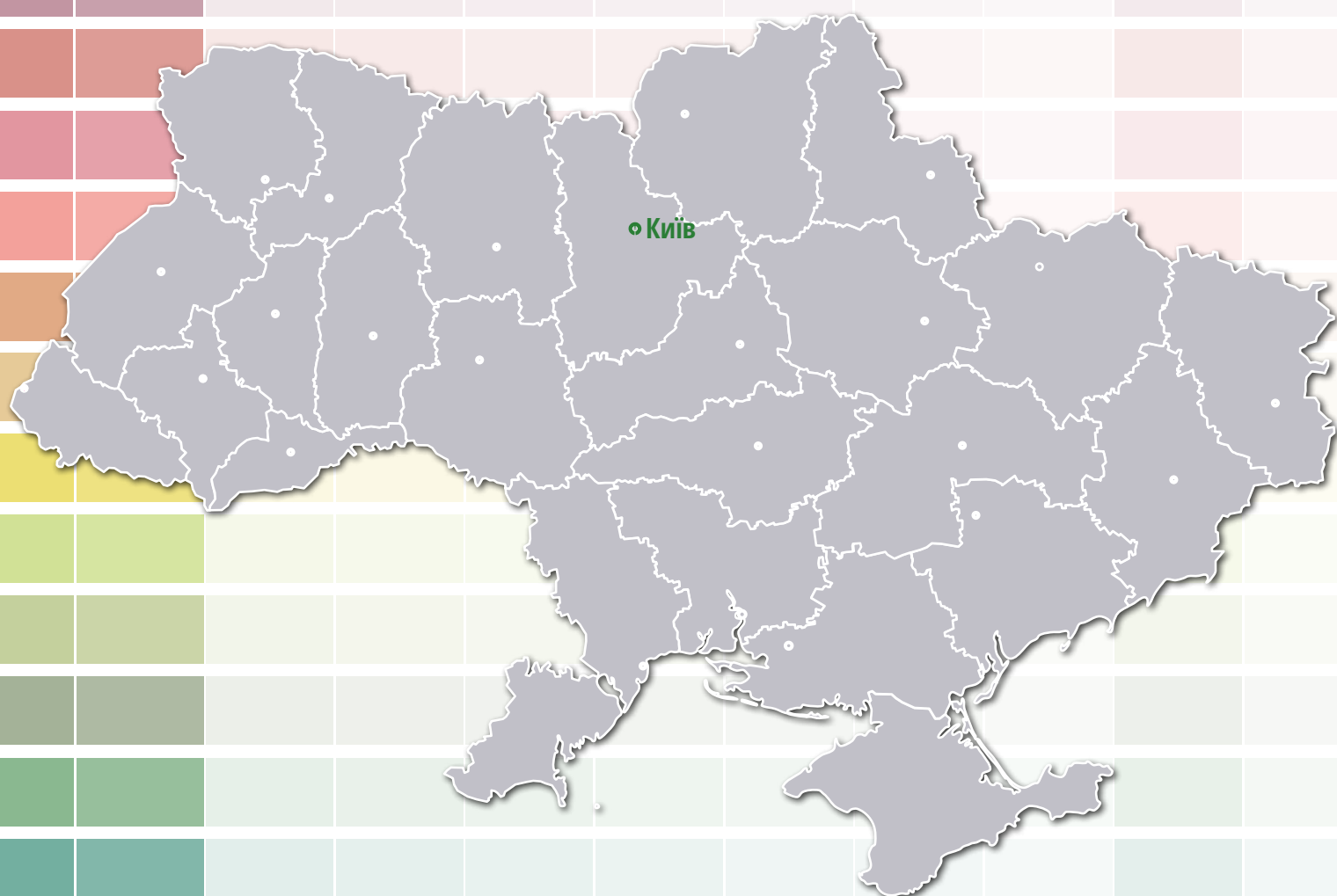


ЗВІТ

«ОЦІНКА МІСЬКОЇ ЦІЛЬОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2012–2016 РОКИ»

У МІСТІ КИЄВІ



ЗВІТ

«ОЦІНКА МІСЬКОЇ ЦІЛЬОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2012–2016 РОКИ»

У МІСТІ КИЄВІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477-25)](047.32)
О-93

Авторський колектив:

Юрченко О.В., кандидат медичних наук, головний лікар Київської міської клінічної лікарні № 5

Антоненко Ж.В., завідувачка відділу моніторингу та оцінки заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Бугаєнко Н.С., кандидат медичних наук, завідувачка відділу організаційно-методичної, профілактичної роботи та епідеміологічного моніторингу Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Новак Ю.О., національний координатор з оцінки, старший фахівець з досліджень та регіонального аналізу, МБФ «Альянс громадського здоров'я»

Яцик В.Б., національний ментор, Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

О-93 **Оцінка міської цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2012–2016 роки у місті Києві. Звіт** – Юрченко О., Антоненко Ж., Бугаєнко Н., Новак Ю., Яцик В., – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 64 с.

ISBN 978-966-137-098-1

У Звіті представлено результати проведеної оцінки заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві у рамках реалізації міської цільової програми «Здоров'я киян» за 2012–2016 рр.

Звіт містить інформацію про основні тенденції індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції за період 2012–2016 рр., основні сильні та слабкі сторони відповіді на епідемію в м. Києві у рамках виконання заходів міської цільової програми «Здоров'я киян» за 2012–2016 рр., а також описує пропозиції щодо шляхів вирішення виявлених проблем.

Інформація буде корисною для широкого кола читачів, які залучені до планування, організації виконання та безпосередньої реалізації заходів у сфері громадського здоров'я, соціально небезпечних хвороб, зокрема ВІЛ-інфекції, для працівників медичної галузі, представників міжнародних та неурядових організацій.

У рамках дотримання Закону України № 3792-ХІІ від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів даної публікації можливе за умови відповідного посилання.

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](477-25)](047.32)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	6
2. ВСТУП	7
3. МЕТОДОЛОГІЯ	8
3.1. Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр.	8
3.2. Методи оцінки	9
3.3. Інструменти	10
3.4. Залучення зацікавлених сторін.	10
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	11
4.1. Стан епідемічної ситуації у м. Києві станом на 01.01.2017 р.	11
4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р..	15
4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності з п'ятьма напрямками ВООЗ	17
<i>4.3.1. Антиретровірусна терапія.</i>	<i>17</i>
<i>4.3.2. Послуги з тестування на ВІЛ</i>	<i>23</i>
<i>4.3.3. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН</i>	<i>29</i>
<i>4.3.4. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС.</i>	<i>35</i>
<i>4.3.5. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ.</i>	<i>38</i>
5. ВИСНОВКИ	44
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	46
7. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В М. КИЄВІ НА ПЕРІОД 2018–2021 РР.	49
ДОДАТОК:	52
Таблиця вводу значень індикаторів	52

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
БПД	біоповедінкові дослідження
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
ГФ	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
ІН	ін'єкційні наркотики
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення
КМДА	Київська міська державна адміністрація
КНП	комунальне некомерційне підприємство
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад

КІЗ	кабінет інфекційних захворювань
КМЦ СНІДу	Київський міський центр профілактики та боротьби зі СНІДом
КМЦ СССДМ	Київський міський центр соціальних служб для сім'ї, дітей і молоді
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
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	працівники комерційного сексу
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
Програма	Розділ ХІ «Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу» міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр.
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу і оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
ЮНЕЙДС	Об'єднана Програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS)
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

З метою посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування загальнодержавної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ/СНІДу на 2019–2023 рр., пропозицій щодо реалізації Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки протягом квітня – вересня 2017 року в Україні проводилася оцінка діючих регіональних програм, у тому числі в м. Києві.

Оцінка міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр. за напрямом «Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу» здійснювалася в рамках співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» (проект МЕТІДА) за фінансової підтримки Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC).

Підхід у проведенні Оцінки поєднував рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Основний метод, що використовувався під час Оцінки – кабінетне дослідження, за результатами якого, зокрема, проведено оцінювання впливу заходів міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр. на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві, здійснено аналіз результатів реалізації Програми за ключовими напрямками ВООЗ (АРТ, ПТВ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ) та побудовано крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

За результатами кабінетного дослідження на підставі комплексної оцінки індикаторів впливу на епідемію визначено основні тенденції епідемічного процесу, такі як зростання рівня захворюваності і поширеності ВІЛ-інфекції; набуття епідемічного значення статевого шляху інфікування та групи ЧСЧ; збереження високого рівня захворюваності на СНІД; зменшення летальності від хвороб, зумовлених СНІДом, серед ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку.

За підсумками Оцінки сформовано пропозиції щодо забезпечення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я на шляху досягнення цілей Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) «90–90–90» – як на національному, так і регіональному рівнях.

Ключовими висновками, які були сформовані за результатами Оцінки, є такі: у регіоні складна епідемічна ситуація щодо ВІЛ/СНІДу; профілактичні програми КГН є результативними, проте окремі напрями потребують перегляду в частині підвищення якості ВІЛ-послуг та ефективності; обсяги та результативність скринінгу на ВІЛ-інфекцію серед загального населення та КГН потребують покращення; надається широкий спектр спеціалізованої медичної допомоги ЛЖВ; наявні умови для розширення доступу ЛЖВ до АРТ.

2. ВСТУП

Оцінка міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр. за напрямом «Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу» у м. Києві (далі – Програма) проводилася за участі фахівців Київського міського центру профілактики та боротьби зі СНІДом (далі – КМЦ СНІДу) за ініціативи та організаційно-методичної підтримки ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» (проект МЕТІДА).

Оцінювання Програми передбачало виконання наступних завдань:

1. Вивчити тенденції динаміки індикаторів впливу на епідемію з фокусом на досягненні цілей Програми відповідно до плану МіО ефективності виконання Загальнодержавної програми та стратегії «90-90-90».
2. Виявити слабкі місця та проблеми, що заважають реалізації Програми та, відповідно, потребують особливої уваги в наступні роки.
3. Визначити та проаналізувати основні перешкоди та сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників МіО.
4. Розробити рекомендації для формування регіональної політики у сфері ВІЛ/СНІДу на період до 2023 р. з метою досягнення цілей нової стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на епідемію та забезпечення виконання цільових показників «90-90-90».

За результатами Оцінки підготовлено звіт, що містить основні підсумки та рекомендації щодо підвищення ефективності відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві, які, зокрема, представлено у Плані заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві.

Результати оцінювання Програми, що побудовані на рекомендаціях ВООЗ, є стратегічною інформацією для подальшого планування заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні, що повною мірою відповідає новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу для забезпечення виконання цільових показників «90-90-90», зокрема: підготовка операційних (короткострокових) та стратегічних планів роботи в напрямі протидії ВІЛ/СНІДу; залучення додаткових ресурсів на реалізацію заходів; проведення порівняльного аналізу щодо досягнення цілей відносно базового рівня 2015 р.

3. МЕТОДОЛОГІЯ

3.1. Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2012–2016 рр.

Остання цільова програма у сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу «Міська цільова програма по профілактиці захворювання населення на ВІЛ-інфекцію та подолання епідемії на 2010–2013 роки» була затверджена рішенням Київської міської ради №1266/4704 від 15.07.2010 р. і передбачала реалізацію відповідних заходів на період 2010–2013 рр. Далі заходи у сфері ВІЛ/СНІДу увійшли лише як окремий розділ до п. 3 «Профілактика та лікування соціально значимих захворювань» Програми, затвердженої рішенням Київської міської ради від 15 березня 2012 р. № 208/7545, головним розробником якої є Головне управління охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (КМДА).

Розділ XXI «Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу» складається з чотирьох напрямів: удосконалення системи управління заходами із забезпечення протидії ВІЛ/СНІДу; забезпечення первинної профілактики ВІЛ-інфекції; впровадження профілактичних заходів серед ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД; забезпечення гарантованого обсягу надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, їх реабілітації, догляду та підтримки. Заходи Програми спрямовані на отримання наступних результатів:

1. Забезпечення ефективної профілактики поширення ВІЛ-інфекції у м. Києві та зменшення її негативних наслідків.
2. Зниження темпів приросту захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД.
3. Покращення якості спеціалізованої допомоги, реабілітації та медико-соціальної адаптації.

За відсутності окремої цільової програми у сфері ВІЛ/СНІДу планування реалізації заходів відповідало цілям та завданням, визначеним у Загальнодержавній програмі, та передбачало створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам КГН, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я. Цільові показники щодо оцінки стану виконання Програми не було затверджено. Окремо затверджено план МіО у сфері ВІЛ/СНІДу, який відповідає Плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр.

Фінансове забезпечення заходів Програми здійснюється за рахунок коштів міського бюджету, в межах асигнувань, які щороку передбачаються у бюджеті м. Києва по галузі «Охорона здоров'я» за відповідними напрямками, з урахуванням офіційно визначеного рівня інфляції за попередній календарний рік, а також інших коштів, не заборонених законодавством України.

3.2. Методи оцінки

Етапи та методи оцінювання Програми склалися з наступних компонентів: підготовчий етап; кабінетне дослідження; аналіз та синтез даних; підготовка Звіту про результати Оцінки.

На підготовчому етапі було визначено склад і завдання учасників команди з оцінювання Програми, узгоджено графік виконання певних робіт у ході дослідження. На цьому етапі регіональна команда отримала погодження на проведення оцінки від ДОЗ КМДА, про що засвідчено в офіційному листі на ім'я Генерального директора ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Кабінетне дослідження включало оцінювання впливу Програми на епідемію ВІЛ-інфекції у м. Києві шляхом оцінки індикаторів впливу, включаючи індикатори впливу Плану МіО ефективності виконання діючої Загальнодержавної програми.

Члени команди з оцінки детально ознайомилися з міськими програмами за період 2009–2013 та 2012–2016 рр.; визначили перелік індикаторів впливу діючої Програми; забезпечили процес збору та систематизації кількісних даних, які необхідні для отримання відповідей на запитання щодо реалізації п'яти обраних напрямів ВООЗ, розрахунку значень всіх індикаторів, побудови крос-секційного каскаду лікування; сформували завдання для керівників структурних підрозділів КМЦ СНІДу щодо уточнення даних та отримання додаткової інформації; провели обчислення значень індикаторів; здійснили розрахунок каскадних індикаторів в напрямі досягнення цілей «90-90-90» та побудували крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. у м. Києві.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів було сформовано перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації. В рамках кабінетного дослідження обрано п'ять основних напрямів згідно рекомендацій ВООЗ для проведення оцінки, які вносять найбільший вклад у каскад лікування:

1. АРТ (включно з АРТ для ключових груп населення (КГН) та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ).
2. ПТВ (включно з ПТВ серед КГН).
3. Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).
4. Профілактичні ВІЛ-сервіси для працівників комерційного сексу (ПКС).
5. Профілактичні ВІЛ-сервіси для чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).
6. Кожен з цих напрямів було оцінено за п'ятьма запитаннями, які пропонує ВООЗ:
7. Чи приводять здійснювані заходи до змін?
8. Чи охоплені потрібні люди?
9. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?
10. Чи здійснюються ці заходи правильно?
11. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

На окремі запитання не знайдено відповідей з урахуванням наявних даних, тому було сформовано блок підпитань із запитаннями на отримання додаткової інформації, а також проведено консультації із залученням спеціалістів КМЦ СНІДу та представників НУО.

Аналіз та синтез даних лягли в основу отримання відповідей на дослідницькі питання та надання попередніх рекомендацій щодо визначення особливостей регіональної політики на період до 2023 р. Попередні дані було винесено на обговорення з фахівцями у сфері ВІЛ/СНІДу та представниками зацікавлених сторін.

Етап підготовки Звіту про результати оцінки Програми складався з формування рекомендацій щодо посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ/СНІДу на період 2019–2023 рр., підготовки презентацій та публікацій для їх подальшого поширення серед зацікавлених сторін.

3.3. Інструменти

Основні інструменти, які використовувалися під час проведення кабінетного дослідження: таблиця з переліком індикаторів та порядком їх обрахунку, таблиця вводу значень індикаторів, інструмент з побудови крос-секційного каскаду лікування, матриця аналізу даних. Збір інформації відбувався з використанням наявних джерел статистичних даних, галузевої статистичної звітності, даних досліджень та даних МіО, зокрема:

- СЕМ;
- РЕН;
- дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед КГН за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень;
- дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX);
- дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM;
- дані спеціальних досліджень.

3.4. Залучення зацікавлених сторін

На початку вересня відбулася зустріч команди з оцінювання із представниками КМЦ СНІДу та неурядових організацій, під час якої було розглянуто попередні результати оцінки заходів регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за період 2009–2016 рр. у м. Києві. Також представлено попередні результати оцінки виконання заходів за п'ятьма ключовими напрямками ВООЗ із визначенням прогалин у наявних даних та обговорено найбільш складні питання, що потребують пояснення та додаткової інформації або коментарів відповідних спеціалістів.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

4.1. Стан епідемічної ситуації у м. Києві станом на 01.01.2017 р.

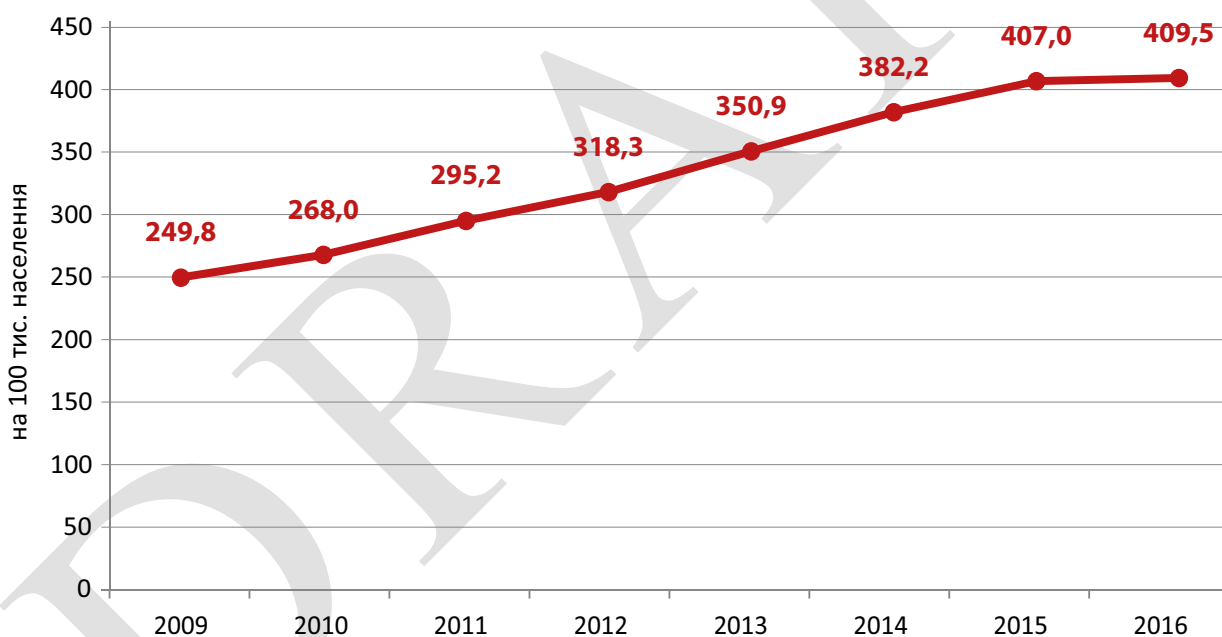


Рис. 1. Поширеність ВІЛ-інфекції у м. Києві (за даними РЕН)

Київ є одним із найбільш уражених епідемією ВІЛ/СНІДу регіонів та міст України. З часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції в регіоні офіційно зареєстровано 18 803 випадки інфікування. Загалом за період епідеміологічного нагляду померло 2540 ВІЛ-інфікованих осіб, з них від хвороб, зумовлених СНІДом, – 1940.

Станом на 01.01.2017 р. у КМЦ СНІДу під медичним наглядом перебували 11 794 ВІЛ-інфіковані особи, з них 340 дітей віком до 18 міс., які народжені ВІЛ-позитивними жінками і перебувають на моніторингу до остаточного встановлення діагнозу.

Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними рутинного епіднагляду, щороку зростає і на початок 2017 р. становила 409,5 на 100 тис. нас. (Рис.1). Ретроспективний аналіз показників, що характеризують стан епідемічного процесу ВІЛ-інфекції в м. Києві, дозволив виділити певні тенденції, що відрізнялись за інтенсивністю, кількісними та якісними характеристиками.

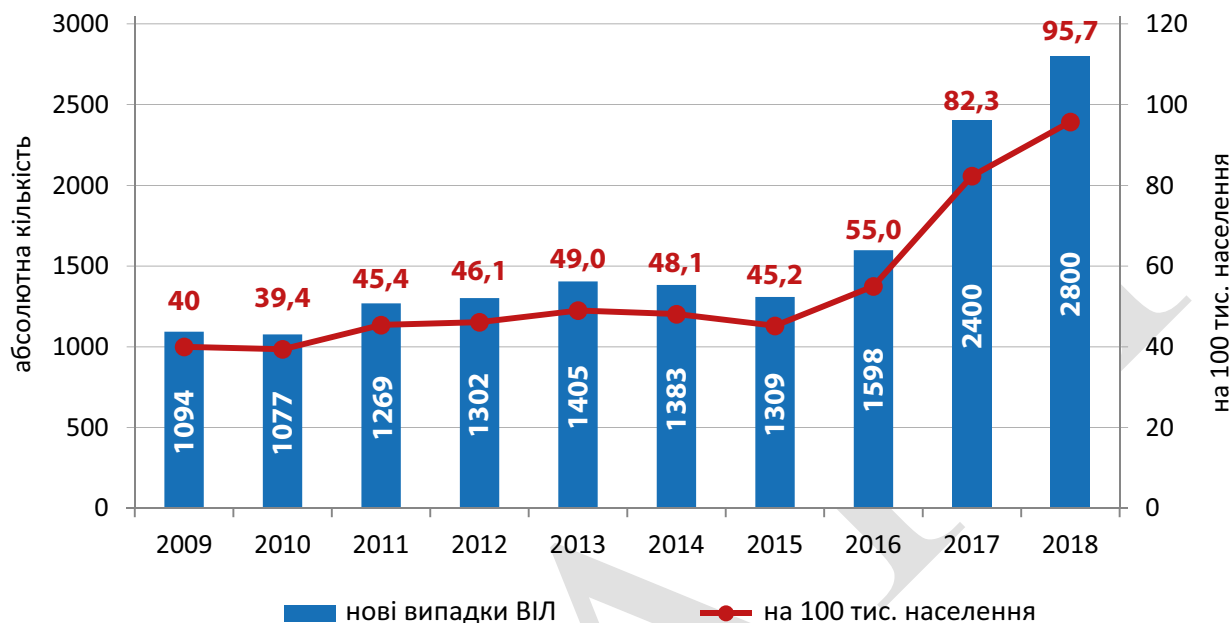


Рис. 2. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію у м. Києві (за даними РЕН) та прогнозовані показники захворюваності на 2017-2018 рр.

Тривалий час показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в місті мав помірну тенденцію до зростання – з 40,0 до 55,0 на 100 тис. нас. із середнім багаторічним темпом приросту – Тсер. пр.=+3,8%. У порівнянні з попередніми роками пік значного зростання захворюваності зафіксовано у 2016 р. (Рис. 2), що передусім є результатом збільшення обсягів та якості скринінгу населення на ВІЛ.

З урахуванням цілей та завдань стратегії Fast Track Cities прогнозованим є суттєве збільшення кількості обстежень, що, в свою чергу, закономірно має привести до збільшення випадків ВІЛ-інфекції. Така ситуація повинна відобразитися у статистичних показниках як очікуваний приріст захворюваності у 2017 р. (до 82,3 на 100 тис. нас.) з високим темпом приросту відносно попередніх років.

Поряд із збільшенням кількості вперше виявлених та офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції зросла і частка дорослих ЛЖВ, інфікування яких сталося внаслідок статевих контактів: з 39,5% до 69,1% відповідно. Статевий шлях інфікування стрімко набуває актуальності і на сьогодні стає однією з основних рис епідемії ВІЛ/СНІДу в м. Києві (Рис. 3).

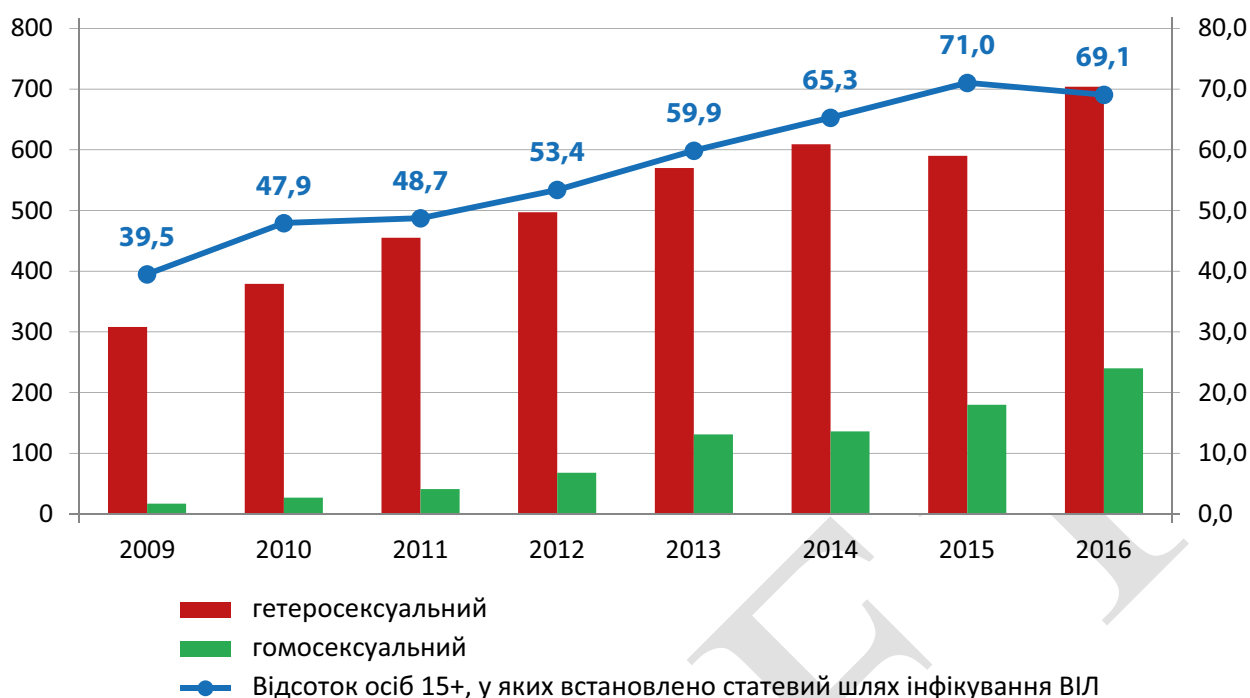


Рис. 3. Актуалізація статевого шляху інфікування серед осіб віком 15+

Крім того, встановлено, що приріст випадків ВІЛ-інфекції відбувається переважно за рахунок чоловіків, частка яких у 2016 р. перевищила 60% серед осіб зі статевим шляхом інфікування. Частка ЧСЧ становить 42% від усіх чоловіків, у яких встановлено статевий шлях інфікування. Як відомо, до 2012 р. епідемія розгорталася переважно серед ЛВІН. Поступово темпи цього процесу уповільнювалися і статистично відбувся перехрест шляхів інфікування, коли зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом інфікування перевищили поріг 50% у структурі шляхів інфікування серед дорослих.

До 2014 року включно абсолютна кількість та питома вага зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед молоді віком 15–24 роки мала тенденцію до зниження (Рис. 4). Починаючи з 2015 року кількість таких випадків збільшилася (на 34% порівняно з 2014 р.), хоча у процентному відношенні за рахунок збільшення загальної кількості реєстрації нових випадків ВІЛ суттєвих змін не відбулося. Основні зміни сталися у самій структурі ЛЖВ зазначеної вікової категорії. Якщо у 2006 році серед осіб з уперше в житті діагностованою ВІЛ-інфекцією 72% припадало на жінок, у яких ВІЛ виявляли переважно під час вагітності, то у 2016 р. їх частка зменшилася до 30%. Таким чином, сформувалася стійка тенденція до поступового збільшення кількості зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків віком 15–24 роки.

Кількість пологів серед ВІЛ-позитивних вагітних, за даними КМЦ СНІДу, має тенденцію до зменшення, причому переважно внаслідок зменшення кількості жінок, які мешкають у м. Києві: у 2009 р. – 222, з них 180 – мешканки Києва та 42 – іногородні; у 2016 р. – 200, з них 135 – мешканки Києва та 65 – іногородні. При цьому рівень поширеності ВІЛ серед вагітних протягом 2013–2016 рр. майже не змінювався. Значення показника частоти передачі ВІЛ від матері до дитини коливався у межах від 2,25% до 5,99% і становив у 2014 р. 4,58% проти цільового значення 2%. Підвищення показника відбувалося за рахунок низької прихильності ВІЛ-позитивних жінок із КГН до профілактичних заходів, пізнього звернення з приводу вагітності до жіночої консультації та, відповідно, до КМЦ СНІДу.

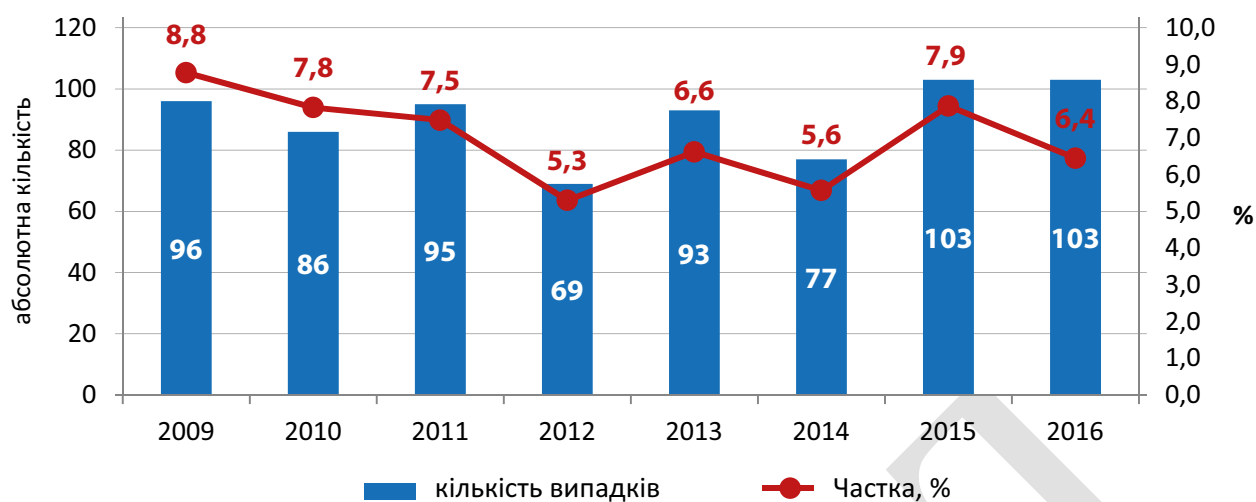


Рис. 4. Кількість та частка молодих людей віком 15–24 роки серед зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції

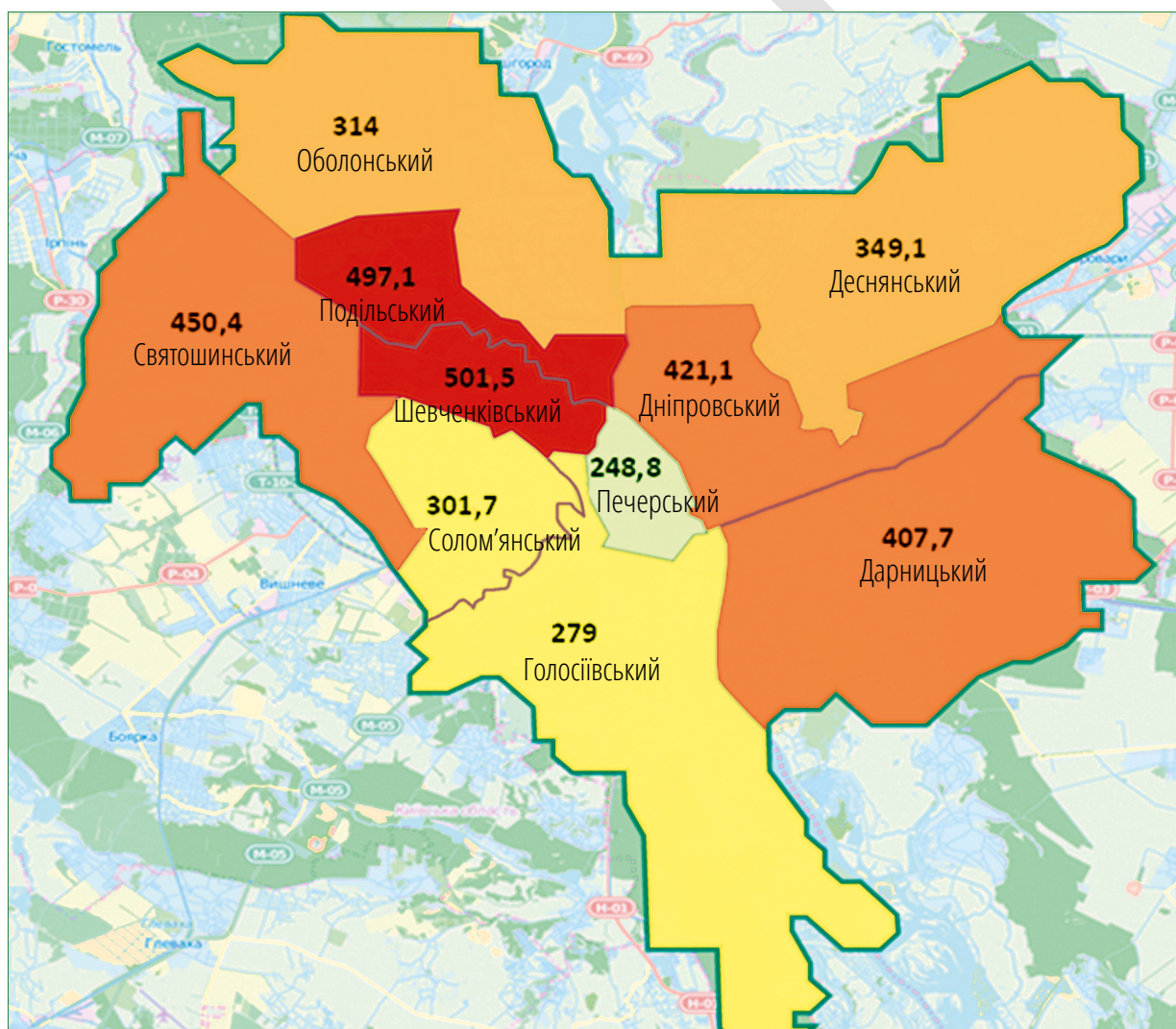


Рис. 5. Поширеність ВІЛ-інфекції у районах м. Києва, 2016 р.

Ситуація щодо ВІЛ/СНІДу має суттєві відмінності у межах районів м. Києва (Рис. 5). Так, станом на 01.01.2017 р. найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції зафіксовано у Шевченківському районі (501,5 на 100 тис. нас.), найнижчий – у Печерському (248,8 на 100 тис. нас.). У 2016 р. цей показник коливався у межах 21,6 (Печерський р-н) – 71,3 на 100 тис. нас. (Святошинський р-н).

Проведений аналіз дозволив визначити наступні тенденції у епідемічній ситуації:

- зростання рівня захворюваності і поширеності ВІЛ-інфекції як результат інтервенцій щодо збільшення обсягів та якості скринінгу населення на ВІЛ;
- зростання ризику інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів;
- поширення ВІЛ серед населення міста усіх вікових та соціальних груп;
- залежність епідемічного процесу від соціально-економічних та медико-соціальних особливостей окремих територіально-адміністративних одиниць;
- проблеми щодо пізньої діагностики ВІЛ-інфекції серед населення міста.

4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

З точки зору досягнення цілей стратегії «90-90-90» (згідно останніх рекомендацій UNAIDS щодо забезпечення контролю за поширенням ВІЛ-інфекції через мінімізацію циркуляції вірусу в популяції), на сьогодні ситуація у м. Києві досить складна як через певні обмеження у призначенні АРТ, так і вкрай низьке охоплення людей, які живуть з ВІЛ, медичним наглядом.

Крос-секційний каскадний аналіз даних щодо забезпечення континууму догляду у зв'язку з ВІЛ дає уявлення щодо прогалин у досягненні цілей стратегії «90-90-90»: 90% осіб, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 90% осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні; 90% осіб, які перебувають на лікуванні, мають невизначуваний рівень ВН. Розрахована на основі Spectrum/EPP program оціночна чисельність людей, які живуть з ВІЛ, у м. Києві станом на 01.01.2017 р. становила 23 100 осіб.

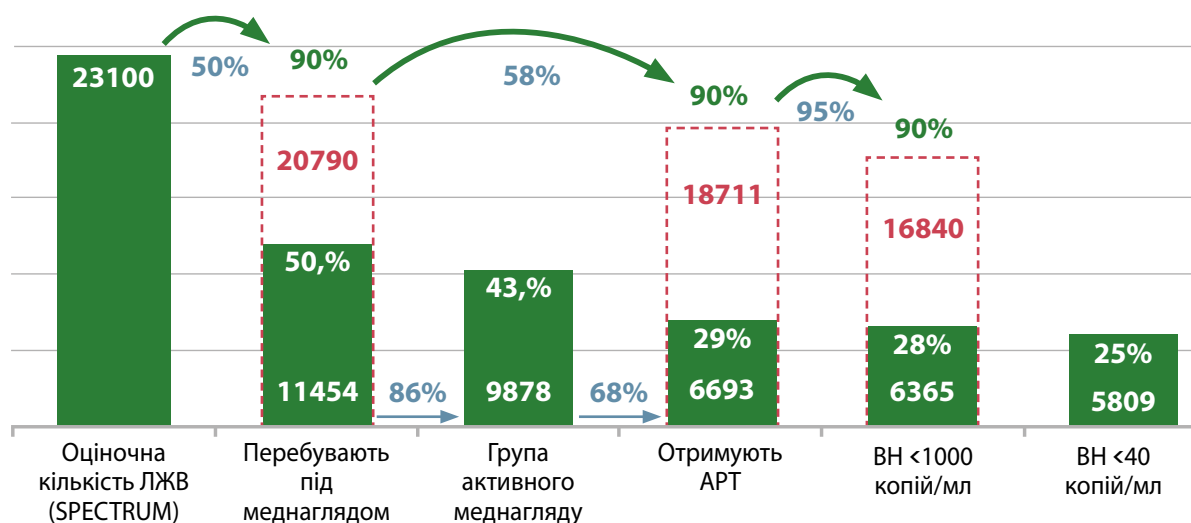


Рис. 6. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ у м. Києві станом на 01.01.2017 р.

Враховуючи відсутність достовірних даних щодо кількості осіб, які знають про наявність у них ВІЛ-інфекції, континуум було побудовано відносно кількості ВІЛ-інфікованих, які перебувають під МН. Їх частка (без урахування дітей до 18 міс., народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, які перебувають на моніторингу) становила 49,6% (n=11454) від оціночної кількості. За умови досягнення першої цілі «90%» кількість людей, які перебувають під МН, мала б становити на початок 2017 р. 20 790 осіб.

Кількість ВІЛ-інфікованих, які складають активну диспансерну групу (пройшли диспансерне обстеження у КМЦ СНІДу принаймні один раз на рік), у 2016 р. становила 86% (9878 осіб).

У разі досягнення рівня охоплення лікуванням 90% від тих, хто перебуває під МН (або 81% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ), на початок 2017 р. у м. Києві АРТ мали б отримувати 18 711 осіб. Натомість показник становить лише 58,4% (n=6693) або 29% від оціночної кількості людей, які живуть з ВІЛ.

Кінцевим індикатором континууму догляду у зв'язку з ВІЛ є зниження ВН у 90% людей, які отримують АРТ (або 73% від оціночної кількості осіб, які живуть з ВІЛ). За даними клініко-лабораторного моніторингу ефективності АРТ, станом на 01.01.2017 р. вірусне навантаження <1000 РНК-копій/мл зафіксовано у 6365 осіб – 95,1% від числа тих, хто отримує лікування, або 27,6% від оціночної кількості осіб, які живуть з ВІЛ у м. Києві. Це лише 37,8% від цільового показника (n=16840) у разі досягнення цілей «90-90-90».

В результаті проведеного каскадного аналізу встановлено, що наявна у м. Києві система надання послуг у сфері ВІЛ/СНІДу потребує покращення. Серед основних прогалин у системі є:

- низький рівень охоплення диспансерним наглядом осіб, яким за результатами скринінгу було підтверджено ВІЛ-інфекцію;
- недостатня увага приділяється виявленню та залученню до медичних програм ВІЛ-інфікованих осіб з числа груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- діючий порядок виявлення та реєстрації випадків ВІЛ-інфекції при зверненні населення до медичних закладів потребує оптимізації з урахуванням відмінностей на рівні територіально-адміністративних одиниць міста;
- низький рівень охоплення АРТ осіб, які перебувають під МН.

4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності з п'ятьма напрямками ВООЗ

4.3.1. Антитретровірусна терапія

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Заходи, спрямовані на розширення доступу ЛЖВ до АРТ, приводять до змін. Зокрема, рівень охоплення АРТ хворих, які її потребують, та своєчасність призначення лікування, приводять до зменшення смертності від захворювань, зумовлених СНІДом, серед ЛЖВ.

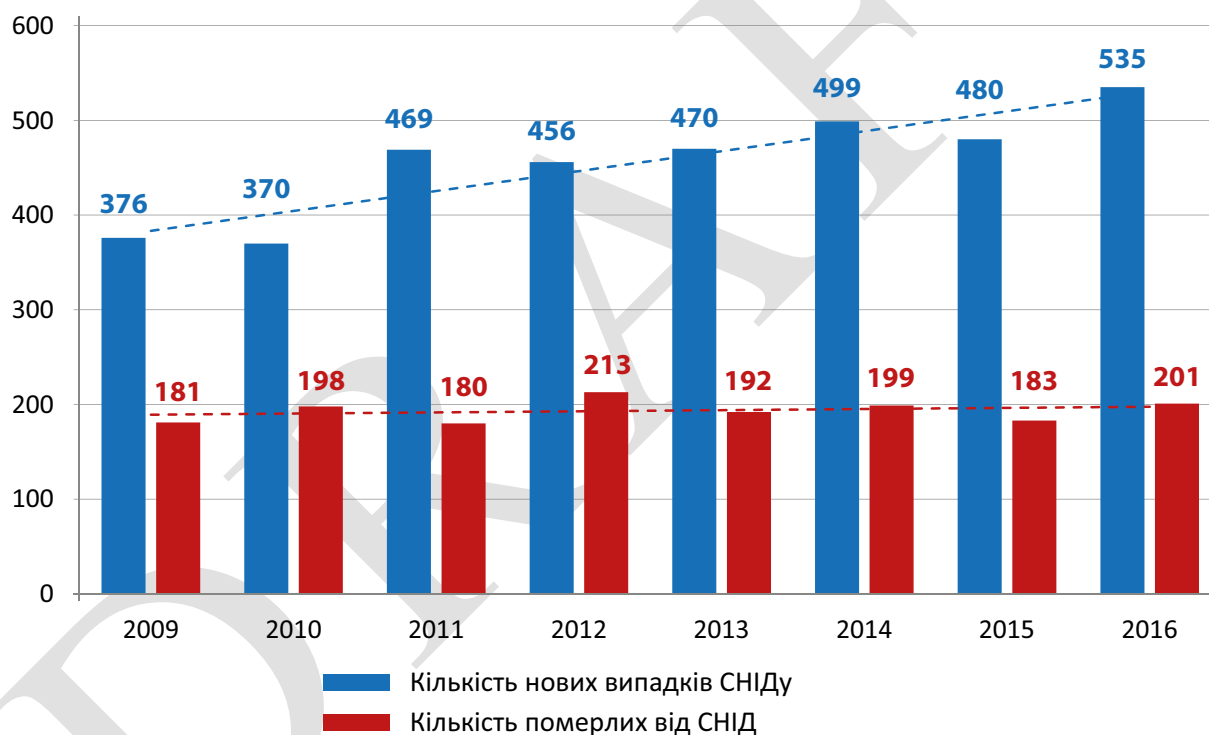


Рис. 7. Кількість зареєстрованих нових випадків СНІДу та смертей від СНІДу серед ВІЛ-інфікованих осіб у м. Києві (2009–2016 рр.)

Як свідчить динаміка абсолютних показників, на фоні відчутного приросту кількості випадків захворювання на СНІД реєстрація випадків смерті від СНІДу має більш уповільнений характер, що в першу чергу є результатом впливу розширення доступу до АРТ.

Втім, збереження досить високого показника смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб є наслідком пізньої діагностики та посилення негативного впливу туберкульозу на ситуацію. Додаткова інформація щодо динаміки показників смертності населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, та смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ демонструє наявність проблеми.

Рівень смертності серед ЛЖВ від хвороб, зумовлених ВІЛ, коливається в межах 6,3 – 7,5 на 100 тис. нас., при цьому смертність від туберкульозу серед осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ мала тенденцію до зростання: впродовж восьми років цей показник зріс удвічі – з 2,9 до 5,9 на 100 тис. нас. (Рис. 8).

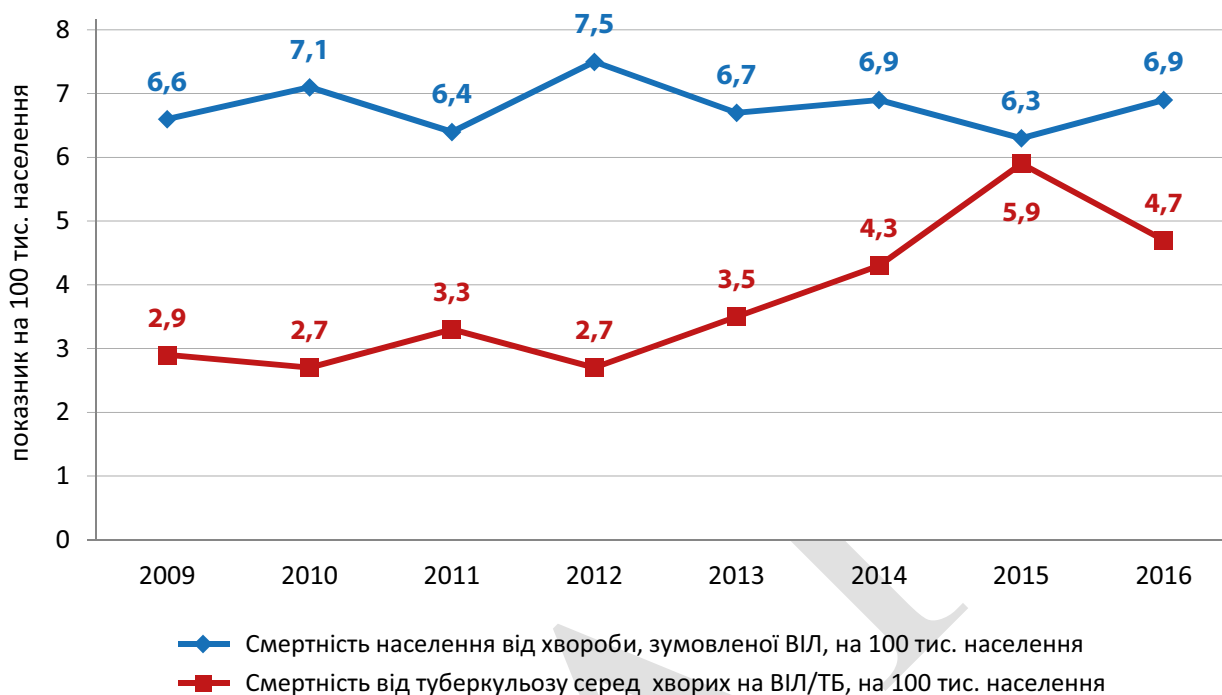


Рис. 8. Показники смертності від хвороби, зумовленої СНІДом, та туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ на 100 тис. нас.

Рівень смертності ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті у багаторічній динаміці впродовж останніх років має тенденцію до зростання і в 2016 р. становив 11,8 на 100 тис. нас.; у всіх хвороба набула IV клінічної стадії, з них більше половини (104 особи, або 30,3%, від загальної кількості померлих) померли внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Також варто брати до уваги, що покращення якості діагностики ВІЛ/СНІДу в стаціонарних лікувальних закладах також приводить до збільшення реєстрації випадків ВІЛ-інфекції, зокрема термінальної стадії ВІЛ/СНІДу. Хоча в окремих випадках встановлений таким чином діагноз лише частково підвищує шанс пацієнта на отримання ефективної АРТ (через пізню діагностику), проте це дозволяє належним чином зареєструвати випадок ВІЛ-інфекції та провести відповідну профілактичну роботу серед членів сім'ї або статевих партнерів хворого.

Вагомий вплив на збереження високого рівня смертності серед ЛЖВ має пізня діагностика ВІЛ-інфекції і, відповідно, пізні призначення АРТ. Так, у 2016 р. серед 345 померлих з різних причин 201 особа (58,3%) померла від хвороби, зумовленої ВІЛ, з них отримував АРТ 171 пацієнт (85,1%). При цьому 73 особи з тих, хто отримував АРТ (42,7%), прожили менше року з початку її призначення.

З метою здійснення оцінки впливу розширення доступу до АРТ на частоту випадків смерті серед ЛЖВ було проаналізовано співвідношення показників охоплення ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у КМЦ СНІДу, та показника летальності серед диспансерної групи ЛЖВ, які перебувають на обліку в КМЦ СНІДу¹.

¹Примітка: показник запроваджено в рамках проведення Оцінки.

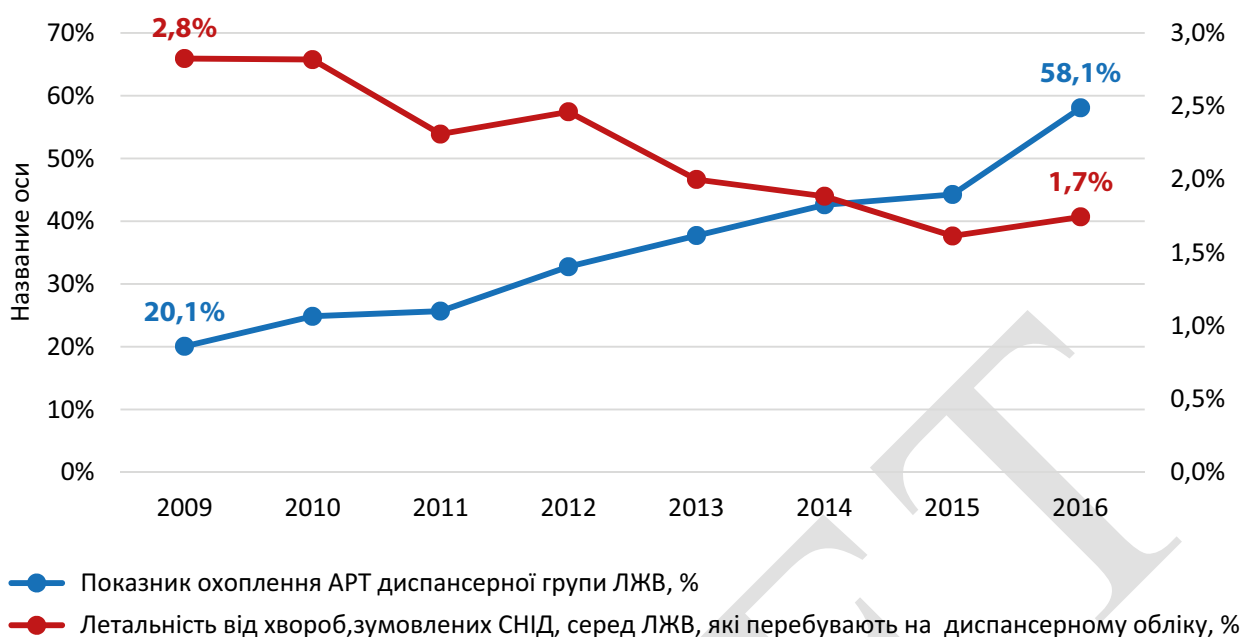


Рис. 9. Співвідношення показників охоплення АРТ та летальності від хвороб, зумовлених СНІДом, серед ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку в КМЦ СНІДу, %

Проведений аналіз демонструє збільшення показника охоплення АРТ з 20,1% у 2009 р. до 58,1% у 2016 р., в той час як показник летальності від хвороб, зумовлених СНІДом, серед ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом в КМЦ СНІДу, зменшився з 2,8% до 1,7% відповідно (Рис. 9).

Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до АРВ-лікування у м. Києві забезпечує КМЦ СНІДу². Станом на 01.01.2017 р. отримували АРТ 6693 особи із групи ЛЖВ. Антиретровірусні препарати (далі – АРВ-препарати) надходять у централізованому порядку за кошти Державного бюджету (3680 осіб), Глобального Фонду (1985 осіб) та Перфар (1028 осіб). У рамках реалізації глобальної ініціативи «Стратегія Fast Track у великих містах» вдалося суттєво збільшити охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД відповідним лікуванням.

АРТ надається згідно з Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим Наказом МОЗ України від 12.07.2010 № 551 «Про затвердження клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», та відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям «ВІЛ-інфекція», затвердженого Наказом МОЗ України від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям».

Лише за останні чотири роки частка ЛЖВ, які знаходяться на регулярному моніторингу (диспансерному обліку) у КМЦ СНІДу, потребують та отримують АРТ, збільшилася з 47,6%

² Інформація щодо перебування ЛЖВ на обліку в інших центрах відсутня.

до 67,8%. Фактично на сьогодні єдиним обмеженням щодо створення умов для стовідсоткового доступу ЛЖВ до лікування є стан забезпечення АРВ-препаратами (**Рис. 10**).

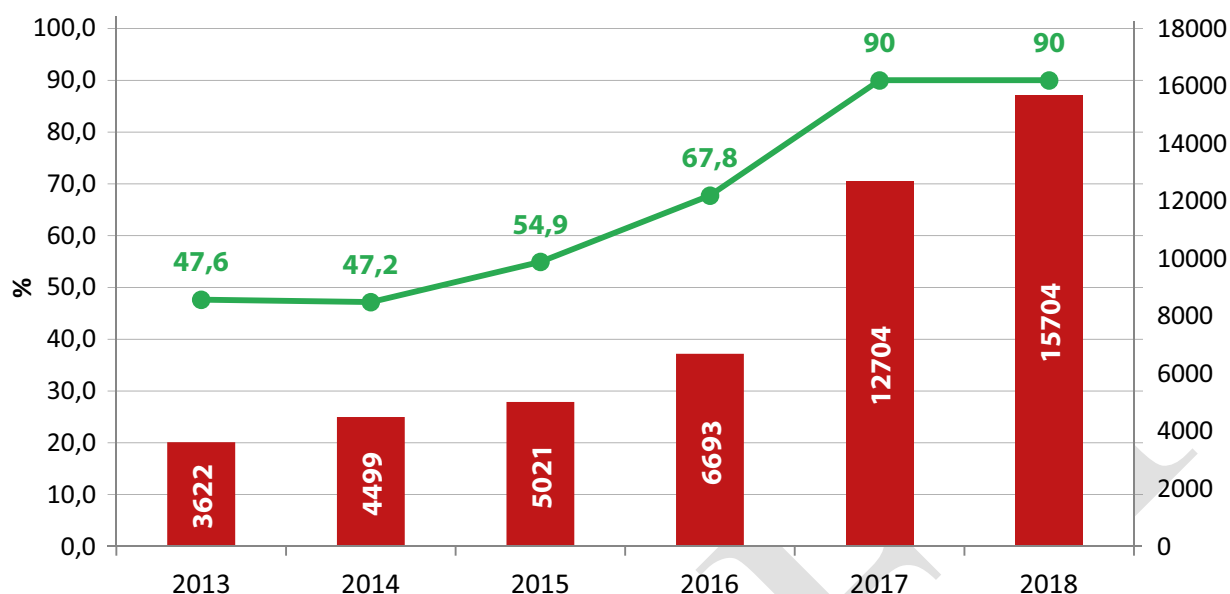


Рис. 10. Кількість ЛЖВ, які отримують АРТ, показник охоплення АРТ від активної диспансерної групи ЛЖВ та цілі за стратегією Fast Track Cities

Як повідомили лікарі-інфекціоністи КМЦ СНІДу, на прийняття рішення пацієнтом щодо початку АРТ впливають декілька факторів, серед яких головним є тривалість перебування під медичним наглядом (ЛЖВ, яким вперше у житті встановлено діагноз, більше зацікавлені у скорішому отриманні лікування, ніж ті, хто вже тривалий час перебуває на обліку), на другому місці – належність до КГН (активні ЛВІН, які, як правило, потребують соціального супроводу та тривалого часу для формування прихильності до лікування).

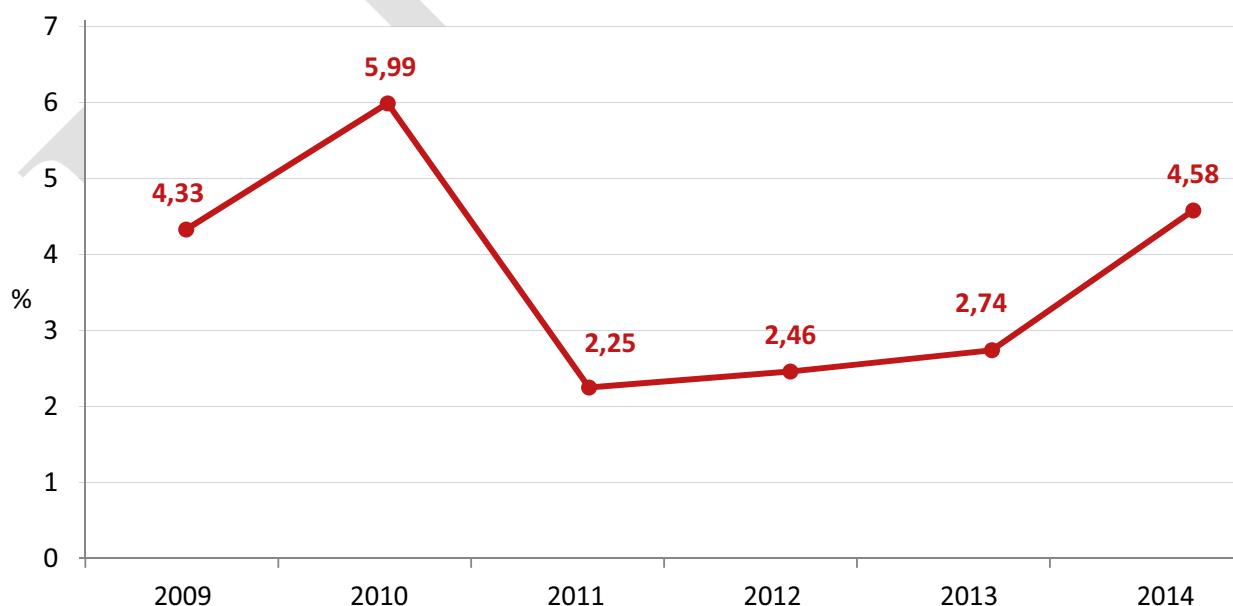


Рис. 11. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини у м. Києві, 2009-2014 рр.

Цільовим значенням ЧПМД у рамках Загальнодержавної Програми є рівень 1%.

У 2016 р. у 200 ВІЛ-інфікованих жінок вагітність завершилася пологами (0,7 % від загальної кількості пологів у регіоні). Кожна друга ВІЛ-позитивна вагітна у 2016 р. знала про свій ВІЛ-позитивний статус ще до вагітності. Із числа вагітних жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час звернення у жіночу консультацію, ВІЛ-інфекцію було виявлено у термін вагітності до 12 тижнів – у 5% жінок, протягом 12–24 тижнів – 65%, після 24 тижнів – 30%.

Показники охоплення ВІЛ-інфікованих жінок АРП за останні роки коливається в межах 98,3% (2014 р.) – 99,5% (2013 р.). За даними КМЦ СНІДу, відсоток ВІЛ-позитивних вагітних жінок-ЛВІН становив 100 % у період 2013–2016 рр. У м. Києві порівняно з 2014 р. застосування потрібної АРП під час вагітності зросло з 60% у 2014 р. до 100% у 2016 р.

Таким чином, рівень ЧПМД знизився з критичного 5,99% у 2010 р. до 2,25% у 2011 р., проте у 2014 р. показник погіршився і становив 4,58%. Це свідчить про те, що цьому напрямку належить приділити особливу увагу для покращення показників у наступній Програмі (**Рис. 11**).

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Станом на 01.01.2017 р. АРТ надавалося на базі амбулаторно-поліклінічного відділення КМЦ СНІДУ та у кабінетах «Довіра» (кабінетах лікарів-інфекціоністів КМЦ СНІДУ) на трьох сайтах, які розміщені на базі ЗОЗ міста: КНП «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району, КНП «Консультативно-діагностичний центр» Дніпровського району, Київський шкірно-венерологічний диспансер № 2 (Деснянський р-н).

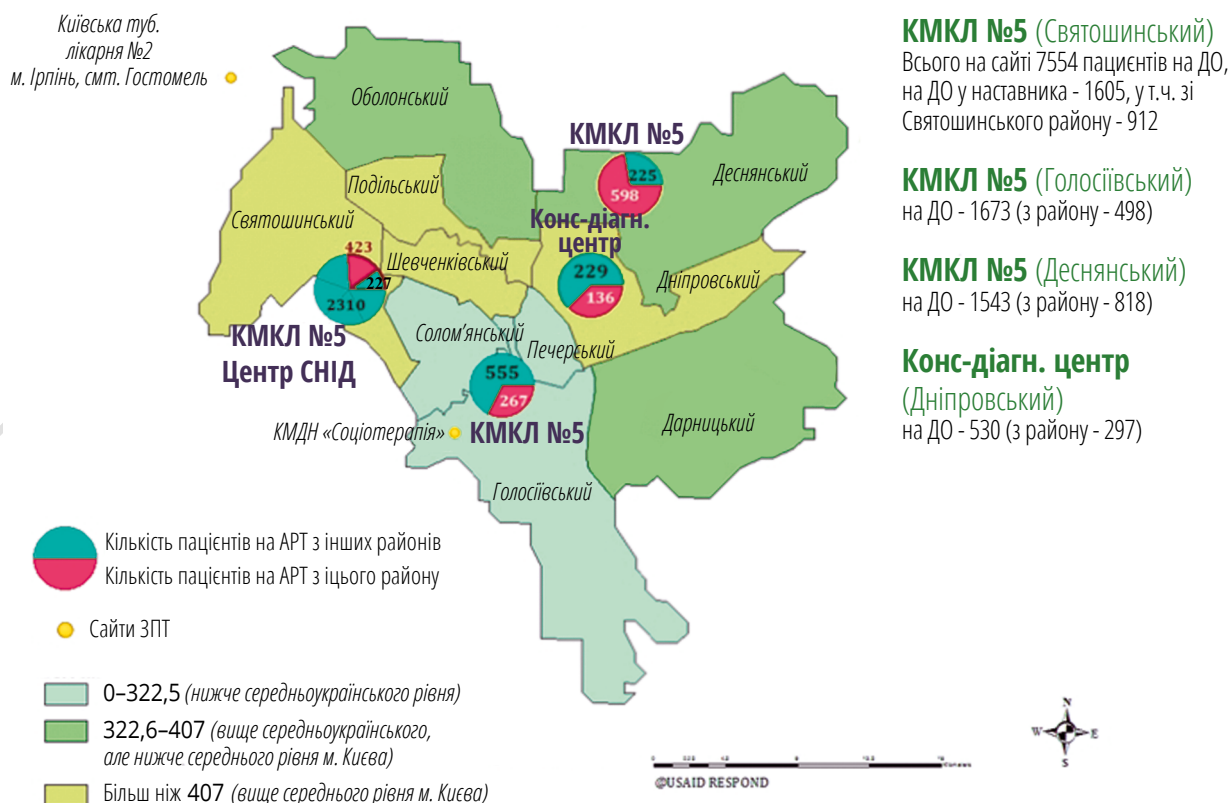


Рис. 12. Карта розміщення сайтів АРТ та кількості пацієнтів у м. Києві станом на 01.01.2016 р. (у рамках реалізації проекту з покращення якості континууму послуг для ЛЖВ)

Представлена на рис. 12 карта розміщення сайтів АРТ у м. Києві, актуальна на дату оцінювання Програми, свідчить про нерівномірність доступу ЛЖВ до послуг АРТ. Така ситуація, особливо з урахуванням цілей Fast Track Cities «90-90-90» щодо збільшення охоплення ЛЖВ лікуванням, вказує на необхідність оптимізації структури надання медичної допомоги шляхом збільшення сайтів АРТ та наближення їх до місця проживання пацієнтів. В умовах реформування системи охорони здоров'я лікарі-інфекціоністи КІЗ мають долучатися до надання амбулаторної допомоги ЛЖВ як на етапі встановлення діагнозу та призначення лікування, так і до здійснення клініко-лабораторного моніторингу ефективності АРТ.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Моніторинг лікування ЛЖВ здійснюється лікарями-інфекціоністами амбулаторно-поліклінічного відділення КМЦ СНІДу шляхом періодичного збору даних щодо чисельності пацієнтів на АРТ (звітна форма № 56) та утримання їх на лікуванні (звітна форма № 57), здійснення постійного клініко-лабораторного моніторингу щодо ефективності АРТ шляхом визначення рівня ВН.

За даними клініко-лабораторного моніторингу ефективності АРТ, станом на 01.01.2017 р. ВН <40 РНК-копій/мл зафіксовано у 86,8% ЛЖВ з числа тих, хто отримує лікування (Україна – 80,2%). Відносно оціночної чисельності ЛЖВ у регіоні, то амбіційна ціль стратегії «90-90-90» на кінець 2016 р. становила лише 25,1% (5809 осіб).

Показник утримання на АРТ через 12 міс. після початку лікування у 2016 р. становив 95,3% (Україна – 85,9%), що перевищує цільовий показник 2018 р. (86%) і свідчить про якість роботи щодо прихильності ЛЖВ до лікування.

Послуги з догляду та підтримки ЛЖВ забезпечується Київським міським ЦСССДМ, а також потужним ресурсом трьох НУО: Благодійна організація «100 відсотків життя. Київський регіон», Міжнародний благодійний фонд «Вертикаль», Благодійна організація «Допоможи життю».

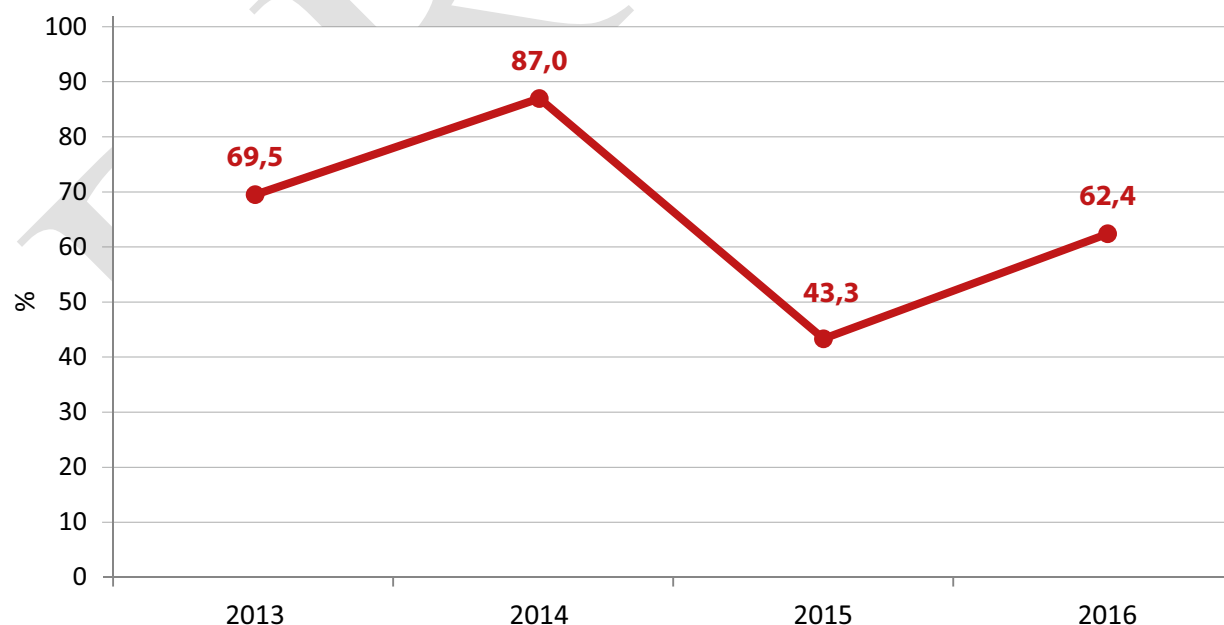


Рис. 13. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки (за даними програмного моніторингу)

Діяльність НУО в частині надання послуг з догляду та підтримки забезпечувалася до 2016 р. включно в рамках реалізації грантових угод за рахунок коштів ГФ. Необхідно брати до уваги цілі Fast Track Cities, якими передбачено прискорення залучення ЛЖВ до системи медичної допомоги, а це швидке збільшення чисельності ЛЖВ, які потребуватимуть соціального супроводу. Одним із шляхів вирішення проблеми може бути збільшення обсягів послуг з догляду та підтримки через запровадження соціального замовлення на закупівлю цих послуг за кошти бюджету м. Києва.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Оновлення на глобальному рівні стратегії у протидії епідемії ВІЛ/СНІДу та долучення м. Києва до ініціативи Fast Track Cities має відобразитися при формуванні регіональної політики на період до 2021 р. Система планування потреб щодо АРТ функціонує в рамках реалізації Загальнодержавної програми і створює певні обмеження через наявність регіональної квоти. Дані щодо наявності АРВ-препаратів моніторяться за допомогою електронного інструменту і є підставою для планування потреби.

Таким чином, наявна у Програмі модель надання медичної допомоги ЛЖВ в частині забезпечення доступу до АРТ потребує удосконалення через невідповідність цілям глобальної ініціативи Fast Track Cities «90-90-90», зокрема:

- зняття обмежень щодо обсягів АРТ;
- запобігання перебоям у постачанні АРВ-препаратів;
- децентралізація медичної допомоги ЛЖВ шляхом створення мережі сайтів АРТ на базі КІЗ та залучення до системи лікарів-інфекціоністів;
- оптимізація видачі АРВ-препаратів пацієнтам шляхом використання мережі аптечних закладів.

Підписання Паризької декларації мером м. Києва, що відбулося на початку 2016 р., вимагало від керівництва регіону прийняття відповідних рішень. При вивченні документу, який визначає політику в сфері ВІЛ/СНІДу на період 2017–2021 рр. (рішення Київської міської ради від 08.12.2016 р. № 538/1542 «Про затвердження Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017–2021 роки»), команда з оцінки Програми зазначила наявність заходів та обсягів діяльності, які відповідають епідемічному контексту регіону і містять оновлені підходи до забезпечення надання комплексу послуг з лікування та догляду.

4.3.2. Послуги з тестування на ВІЛ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

З метою своєчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання ПТВ надаються в Києві на базі п'яти кабінетів «Довіра» – КМЦ СНІДу (КМЦ СНІДу, КНП «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва, КНП «Консультативно-діагностичний центр» Дніпровського району м. Києва, Київський шкірно-венерологічний диспансер № 2 (Деснянський район), Поліклініка № 2 Дарницького району), у шкірно-венерологічних закладах, у рамках профілактичних програм НУО (Всеукраїнська благодійна організація «КОНВІКТУС Україна»; Громадська організація «Клуб «Еней»; Міжнародний

благодійний фонд «Вертикаль»; Благодійна організація «Допоможи життю»; Всеукраїнська благодійна організація «Точка опори»; Громадська організація «Гей-Альянс», Громадська організація «Крок за кроком», Благодійний фонд «Дроп Ін Центр»), в пунктах тестування на ВІЛ Мережі та ANH Checkpoint.

Здійснений у рамках Оцінки аналіз продемонстрував, що відсоток осіб, які надали інформовану згоду на проходження тестування на ВІЛ-інфекцію у 2016 р., становив 98,5% (99,0% у 2015 р.), з них відсоток тих, хто отримав післятестове консультування у 2016 р. – 80,7 % (87,6 % у 2015 р.). Кількість осіб, які звертаються за післятестовим консультуванням, має тенденцію до зниження, що може свідчити про зниження якості передтестових консультацій у зв'язку з тестуванням на ВІЛ.

Незважаючи на щорічне збільшення кількості обстежень на антитіла до ВІЛ, абсолютна кількість і частка позитивних результатів тестування мали тенденцію до зниження: якщо у 2009 р. кількість позитивних результатів становила 3421 (показник результативності – 1,8%), то у 2016 р. кількість позитивних результатів та результативність тестування знизилася до 3116 та 1,5% відповідно.

Найвищі рівні інфікованості зафіксовано серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі (42,7%), та серед осіб, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами (15,1%). Також результативним є обстеження осіб, які звернулися за медичною допомогою в заклади охорони здоров'я (5,1%), що свідчить про підвищення якості визначення цільових груп населення для обстеження.

За даними сероепідмоніторингу, за останні роки рівень інфікованості серед ЛВІН має тенденцію до зниження: з 7,1% у 2013 р. до 1,9% у 2016 р. Значну роль у зменшенні показника відіграють профілактичні проекти. Так, відсоток охоплення ЛВІН профілактичними послугами у м. Києві в 2013 р. досяг 63% від оціночної кількості, у 2016 р. – 69%. Разом з тим, у профілактичних проектах НУО відбулося збільшення обсягів тестування на ВІЛ вдвічі у 2016 р., що привело до виявлення на 22% більше осіб з позитивним результатом у порівнянні з 2013 р. завдяки виходу на нові групи. Відсоток виявлення серед нових представників ЛВІН для НУО майже вдвічі вищий, ніж серед клієнтів проектів.

З 2012 року відзначається суттєве збільшення кількості обстежень та позитивних результатів серед осіб, які мали гомосексуальні контакти з ВІЛ-інфікованими особами або з невідомим ВІЛ-статусом, при цьому рівень інфікованості у даній групі також суттєво знизився – з 18,8% у 2013 р. до 1,8% у 2016 р. За цей період відсоток охоплення ЧСЧ профілактичними послугами у м. Києві збільшився з 25% від оціночної кількості у 2013 р. до 41% у 2016 р. Відсоток виявлення серед нових представників ЧСЧ для НУО втричі вищий, ніж серед клієнтів проектів.

Аналогічна ситуація і серед осіб, які мають численні незахищені сексуальні контакти. За результатами діяльності НУО в частині переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів до служби СНІДу відзначається позитивна динаміка щодо залучення представників КГН до медичних послуг. У порівнянні з 2013 р. зросла частка перенаправлених ВІЛ-позитивних ЛВІН та ПКС на дообстеження до КМЦ СНІДу: з 81% до 99% серед ЛВІН та з 52% до 100% серед ПКС. Серед групи ЧСЧ даний показник був стабільним впродовж періоду, що аналізується, і становив 100%.

За даними КМЦ СНІДу, в 2016 році результативність тестування в рамках профілактичної діяльності НУО становила 2,1%. При цьому ВІЛ-сервісні НУО повідомили про 760 позитивних результатів тестування осіб з числа КГН, з них були переадресовані та звернулися до КМЦ СНІДу для проведення підтверджувальних досліджень 439 осіб (58%), з яких 316 (72%) взяті на диспансерний облік. Таким чином, показник охоплення ЛЖВ медичним наглядом відносно виявлених ВІЛ-позитивних осіб становить 42%³.

³ Відсутні дані щодо взяття на облік ЛЖВ, виявлених у м. Києві, в інших центрах СНІДу.

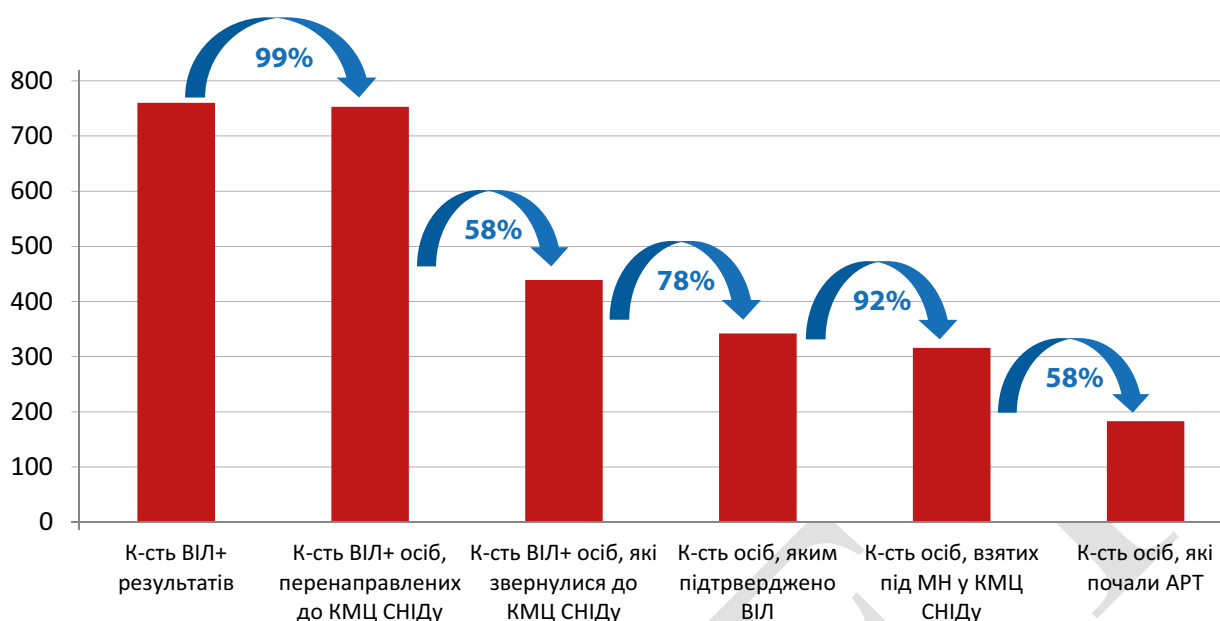


Рис. 14. Рівень доходження ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до КМЦ СНІДу для взяття під МН та призначення АРТ, 2016 рік

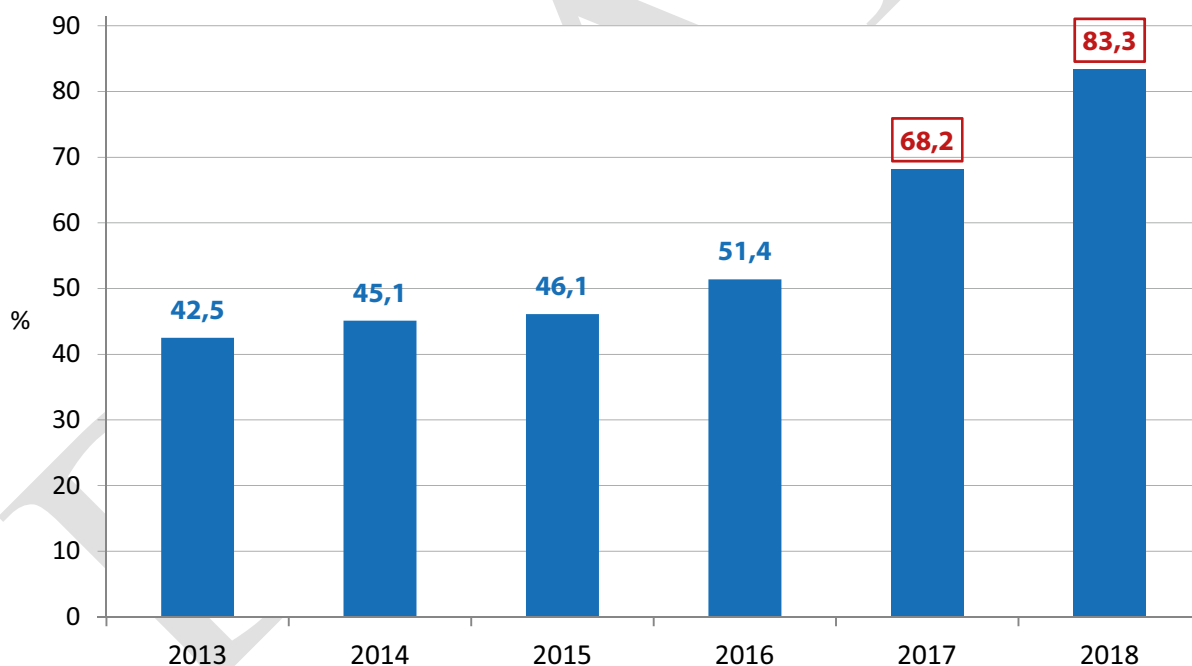


Рис. 15. Показник своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під МН та цілі Fast Track на 2017-2018 рр.

У відповідності зі стратегією Fast Track, одним із індикаторів результативності виконання завдань Плану окремих заходів подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в м. Києві на II півріччя 2016 р. є досягнення 10% рівня виявлення ВІЛ-інфекції серед КГН та залучення 90% осіб з позитивним результатом тестування до медичного спостереження. Таким чином, реко-

мендовано вжити заходів щодо подальшого удосконалення роботи НУО у м. Києві з метою підвищення результативності тестування та мінімізації втрат на етапах супроводу ВІЛ-позитивних осіб з числа КГН до медичних закладів.

Показник своєчасності взяття ЛЖВ під МН є нижчим, ніж по Україні, хоча й має незначну позитивну динаміку. В рамках реалізації цілей «90-90-90» передбачено поступове збільшення показника до 68,2% у 2017 р. та до 83,3% у 2018 р. (Рис. 15)⁴.

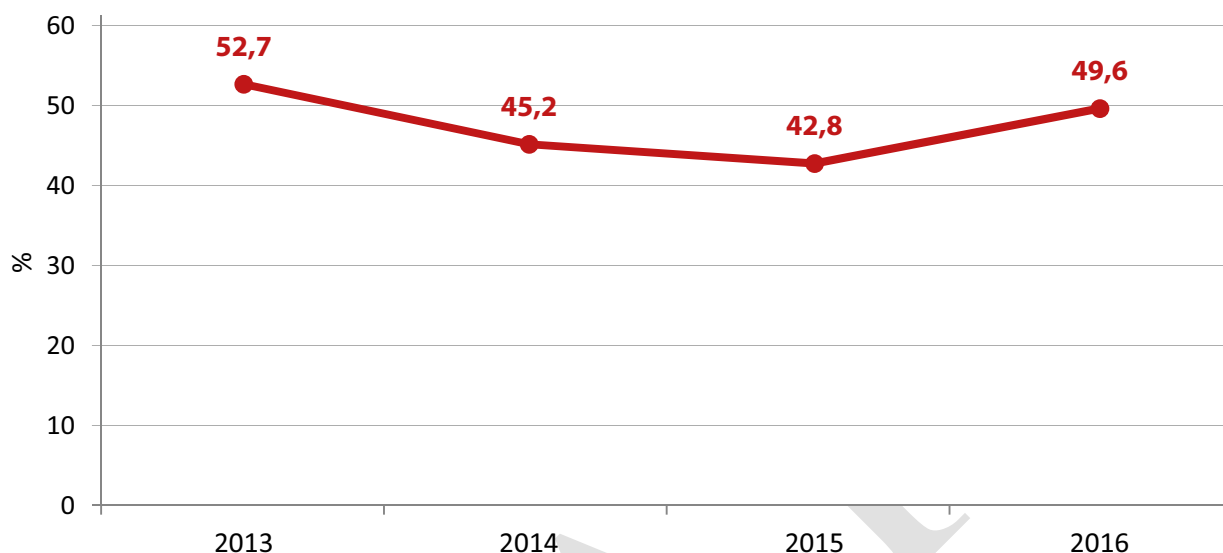


Рис. 16. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції

Другим важливим аспектом діяльності з виявлення ВІЛ-інфекції є залучення ЛЖВ до МН на ранніх стадіях захворювання. Це залежить не лише від обсягів тестування, а й від якості консультування. Отримані дані свідчать про суттєву прогалину в зазначених послугах. Упродовж останніх років фактично кожен другий випадок ВІЛ-інфекції був зареєстрований на пізніх стадіях (Рис. 16)⁵.

Привертає увагу той факт, що у ЗОЗ Києва профілактична робота, спрямована на виявлення ВІЛ-інфекції серед населення при зверненні за медичною допомогою, є недостатньою. Визначено, що основною причиною для обстеження є наявність клінічних показань, що опосередковано свідчить про обмеження знань і навичок серед лікарів щодо визначення факторів поведінкових ризиків та необхідності надання ПТВ з метою ранньої діагностики ВІЛ-інфекції серед населення.

Чи охоплені потрібні люди?

Рівень охоплення тестуванням на ВІЛ має тенденцію до зростання, а доступність населення міста до обстеження до 2016 р. включно залишається дещо обмеженою внаслідок недостатньої кількості кабінетів «Довіра» та нерозвинутої практики застосування ШТ для проведення скринінгу населення на ВІЛ у ЗОЗ.

⁴ Джерело: форма звітності № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20____ рік» (річна), Київ.

⁵ Там само.

У структурі контингентів обстежених на ВІЛ-інфекцію осіб загалом переважають декретовані групи населення (вагітні і донори) – 43,5% у 2016 р. Завдяки проектам профілактики частка обстежень осіб із КГН (сумарно ЛВІН, ПКС, ЧСЧ, особи з ризикованою статевою поведінкою та з ІПСШ) поступово зростає – з 5% у 2009 р. до 27% у 2016 р., обстеження осіб за клінічними показаннями – 8,9%; дітей, обстежених за епідеміологічними показаннями – 0,7%; осіб з місць позбавлення волі – 0,1%. На решту категорій обстежених осіб припадало 19,8% тестувань.

За даними результатів БПД, протягом 2013–2015 рр. відсоток ЛВІН, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс., знизився: 62,3% та 36,5% відповідно. Серед ЧСЧ аналогічний показник зріс з 61,4% у 2013 р. до 66,0% у 2015 р., а найбільш суттєве його зростання (з 60,2% у 2013 р. до 80,5% в 2015 р.) зафіксовано серед групи ПКС. Водночас необхідно обережно інтерпретувати ці дані, оскільки, по-перше, для підтвердження тенденції росту або спаду варто враховувати діапазон довірчих інтервалів; по-друге, дослідження різних років можуть відрізнятися рівнем залучення у вибірку клієнтів НУО, що в свою чергу впливає на показник охоплення тестуванням.

Аналіз результатів обстеження на наявність антитіл до ВІЛ, здійснених за допомогою ШТ, показав, що найбільша частка осіб, яких обстежено та серед яких виявлено маркери інфікування ВІЛ, належала до КГН. Кількість обстежень ШТ за останні п'ять років зростає вдвічі – з 12% до 25%, але застосовується цей метод обстеження переважно в рамках профілактичної діяльності НУО.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Дослідження на ВІЛ-інфекцію методом імуноферментного аналізу (ІФА) виконуються на базі 15-ти серологічних лабораторій ЗОЗ, які підпорядковані ДОЗ міста Києва та інших відомств і міністерств. Також у регіоні з кожним роком розширюється мережа закладів та установ, де тестування на ВІЛ-інфекцію здійснюється з використанням ШТ, що дає змогу збільшувати обсяги охоплення тестуванням мешканців міста.

Найбільший обсяг тестувань на ВІЛ у регіоні реалізують медичні заклади (незалежно від підпорядкування) для усіх категорій населення, включно із вагітними та донорами, і саме робота лікарів на сьогодні є найбільш вагомим внеском у виявлення ВІЛ-інфекції.

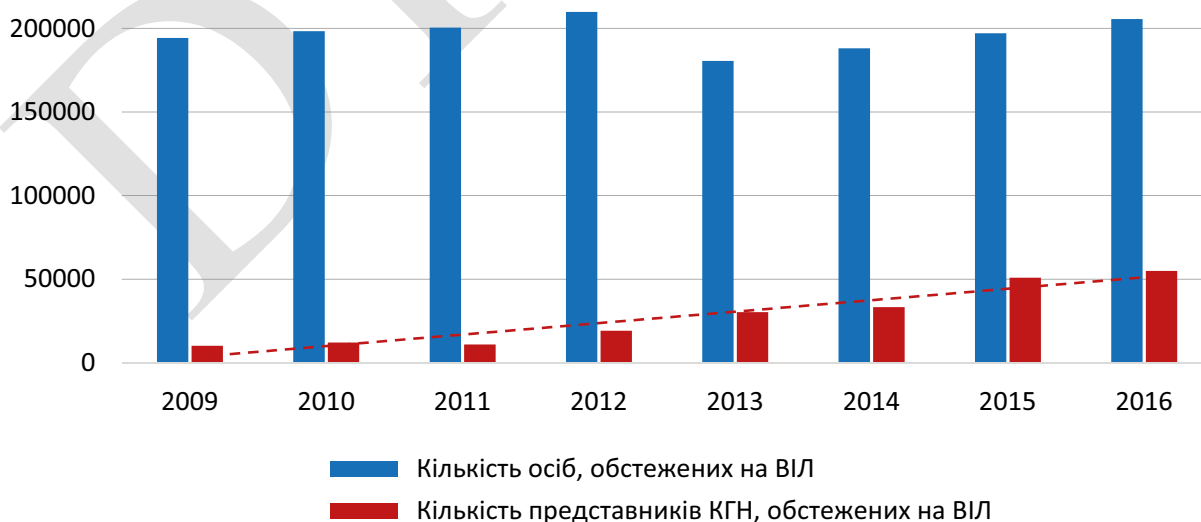


Рис. 17. Обсяг скринінгових досліджень на ВІЛ у м. Києві серед загального населення та КГН

Значна роль у забезпеченні високої результативності тестування належить НУО, які забезпечують супровід та/або перенаправлення осіб з високим ризиком інфікування ВІЛ до пунктів тестування. Результативність скринінгу на ВІЛ-інфекцію суттєво відрізняється залежно від місця надання послуг, методу дослідження та контингенту обстежених.

Обсяги тестування загального населення на ВІЛ-інфекцію в місті практично не змінюються (**Рис.17**). Позитивною є лише динаміка щодо збільшення частки осіб із КГН. У розрізі досягнення цілей «90-90-90» масштаб заходів є недостатнім і не сприяє збільшенню частки людей, які знають свій ВІЛ-статус.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Організаційно-методичне керівництво ПТВ здійснюється державними та недержавними організаціями, фахівцями КМЦ СНІДу. Локальні протоколи і маршрути пацієнта з ВІЛ відпрацьовано лише на рівні окремих районів та закладів.

У середньому в місті за рік виконується 200 тис. досліджень на ВІЛ, більшість з яких методом ІФА (74,8% у 2016 р.) з результативністю 1,5%. Частка тестувань за допомогою ШТ становила 25,2% з аналогічним показником результативності. Суттєву роль щодо проведення скринінгу на ВІЛ-інфекцію серед КГН відіграють НУО, які й забезпечують основну частку тестувань за допомогою ШТ у місті (78,5% за даними 2016 р.).

Розширення обсягів тестування в рамках реалізації профілактичних проєктів ВІЛ-сервісними НУО є суттєвим внеском у забезпечення протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Так, відсоток охоплення ЛВІН профілактичними послугами у м. Києві в 2013 р. досяг 63% від оціночної кількості, у 2016 р. – 69%. За цей період відсоток охоплення ЧСЧ збільшився з 25% від оціночної кількості у 2013 р. до 41% у 2016 р. Разом з тим, відбулося й збільшення обсягів тестування КГН на ВІЛ – в 2,6 рази в 2016 р. (порівняно з 2013 р.). Як результат – збільшення у 2016 р. на 26% кількості осіб з позитивним результатом тестування, насамперед за рахунок нових представників КГН, серед яких результативність тестування є вдвічі вищою, ніж серед клієнтів, які були раніше охоплені профілактичними послугами.

Для виконання цілей «90-90-90» в рамках профілактичних програм, що реалізуються силами НУО, необхідно відпрацьовувати нові аутріч-маршрути, посилювати компонент із забезпечення соціального супроводу осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ.

З точки зору відповідності діяльності щодо проведення скринінгу населення на ВІЛ цілям «90-90-90», метою заходів є збільшення кількості ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус та залучені до системи медичного нагляду. Отримані результати свідчать, що ПТВ із застосуванням ШТ є більш ефективними порівняно із застосуванням методу ІФА. За даними звітної форми № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 2016 рік», серед осіб, яких взято під МН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, частка осіб, скерованих до КМЦ СНІДу соціальними працівниками НУО, становить 39,1% (539 осіб з числа КГН), або 64% від числа осіб з позитивними результатами тестування, які звернулися до КМЦ СНІДу (843 особи). Серед осіб, яким встановлено діагноз за результатами тестування методом ІФА (839), показник охоплення диспансерним наглядом становить лише 39,7%⁶.

Координація взаємодії між провайдером ПТВ та провайдерами інших медичних і соціальних послуг здійснюється Київською міською координаційною радою з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Отримані дані свідчать про необхідність збільшення обсягів та результативності ПТВ, насамперед із застосуванням ШТ, а також налагодження системи ефективного менеджменту.

⁶ Без урахування дітей віком до 18 міс., у яких діагноз ВІЛ-інфекції на стадії підтвердження.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

До 2016 року включно обсяги та результати ПТВ відповідали соціально-економічній ситуації в регіоні. Після підписання 6 квітня 2016 р. мером міста Паризької декларації про прискорення дій у подоланні епідемії СНІДу у великих містах цілі щодо обсягів та якості консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію змінилися, що вимагає внесення відповідних змін до міських цільових програм.

Були переглянуті кількісні та якісні підходи до формування інтервенцій. І якщо раніше за кошти бюджету м. Києва забезпечувалося тестування населення методом ІФА, то задля втілення стратегії «90-90-90» у 2016 р. фінансування з бюджету міста на забезпечення широкомасштабного впровадження доступного тестування ШТ було збільшено⁷. Результативність тестування на ВІЛ у регіоні є невисокою і становила лише 1,5% у 2016 р.

Варто зазначити, що відсутність підготовлених медичних працівників та обмеження можливості використання ШТ при проведенні скринінгу населення на ВІЛ при зверненні до ЗОЗ стало бар'єром у впровадженні актуальних політик і планів щодо розширення доступу до ПТВ. Існуюча в рамках реалізації Програми система моніторингу і оцінки дозволяла відстежувати прогрес у сфері надання ПТВ. Зміна регіональної політики у цьому напрямку, відповідно, вимагає перегляду застарілих підходів щодо оцінки ефективності на більш сучасні й чутливі.

Таким чином, оцінка Програми за напрямом ПТВ свідчить про наявність певних успіхів, однак з урахуванням цілей і завдань Fast Track Cities необхідно вжити заходів щодо зменшення прогалини у чисельності ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус (обсяги ресурсів, цільові індикатори, моніторинг і оцінка досягнення прогресу).

4.3.3. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

До 2012 року епідемія ВІЛ-інфекції розгорталася історично в середовищі людей, які вживають ін'єкційні наркотичні речовини (далі – ЛВІН). Проте завдяки масштабному впровадженню силами НУО профілактичних програм за стратегією «зменшення шкоди» темпи цього процесу поступово уповільнювалися і статистично відбувся перехрест шляхів інфікування, коли зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції зі статевим шляхом інфікування перевищили рівень 50% у структурі шляхів інфікування серед дорослих.

Водночас у середовищі ЛВІН спостерігається поступове зменшення поширеності ВІЛ-інфекції (**Рис. 18**), про що свідчать результати дозорного епіднагляду в рамках біоповедінкових досліджень (2009 р. – 25,6%, 2015 р. – 20,4%).

Зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН варто розглядати в першу чергу як позитивний результат широкомасштабних профілактичних програм серед ЛВІН (показник охоплення у 2016 р. становив 69% від оціночної чисельності).

⁷ Розпорядження Київської міської державної адміністрації від 26.07.2016 № 584 «Про затвердження плану окремих заходів щодо подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в місті Києві на II півріччя 2016 року».

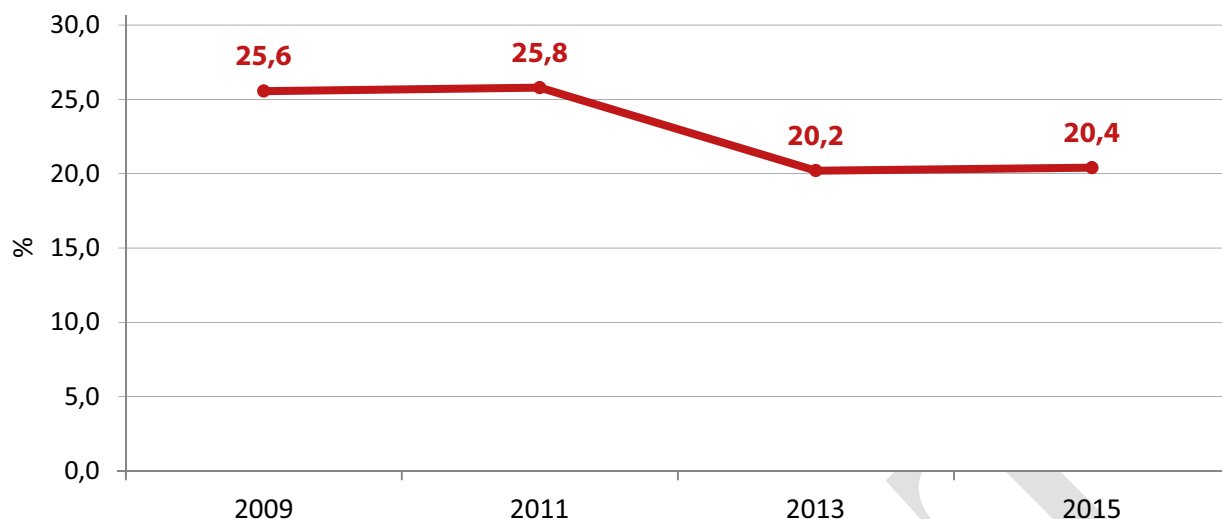


Рис. 18. Відсоток ЛВІН віком 15+, які живуть з ВІЛ (БПД)

За даними сероепідмоніторингу, рівень інфікованості серед ЛВІН також має тенденцію до зниження: з 7,1% у 2013 р. до 1,9% у 2016 р. Однак, зважаючи на високий рівень поширеності ВІЛ серед ЛВІН за результатами останнього БПД (2015 р.), необхідно у подальшому реалізувати профілактичні заходи серед ЛВІН з метою недопущення погіршення епідемічної ситуації у середовищі даної КГН, зокрема виходити на нові групи.

Окремо було проаналізовано дані щодо поширеності ВІЛ серед ЛВІН вікової групи 15–24 роки, яка має нестабільну тенденцію і характеризується поступовим зростанням до 2013 р. включно (з 4,9% у 2009 р. до 15,8% у 2013 р.) та раптовим зниженням до рівня 2,6% за даними БПД 2015 р., що обмежує використання цих даних.

Для оцінки рівня захворюваності було використано матеріали дослідження з оцінювання ефективності програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні (2016 р.)⁸. Так, за результатами когортного дослідження, що відбувалося протягом 2013–2015 рр. в Україні, у м. Києві рівень сероконверсії ВІЛ серед ЛВІН склав 4,5%, що суттєво перевищує середній показник серед інших регіонів (1,8%). Посилює значущість негативного показника і найвищий рівень сероконверсії ВГС (26,2% проти середнього показника 9,3%). Особливе занепокоєння викликає те, що більшість позитивних результатів тестування на ВГС було отримано на 6-місячному зрізі.

Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до профілактичних послуг для ЛВІН забезпечують п'ять НУО з багаторічним досвідом реалізації програм за стратегією «зменшення шкоди»: Всеукраїнська благодійна організація «КОНВІКТУС Україна», Громадська організація «Клуб «Еней», Міжнародний благодійний фонд «Вертикаль», Громадська організація «Крок за кроком»⁹, Благодійний фонд «Дроп ін Центр».

⁸ Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні / Ю.Г. Барська, К.В. Думчев та ін. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – 48 с.

⁹ Організація припинила діяльність у червні 2016 року.

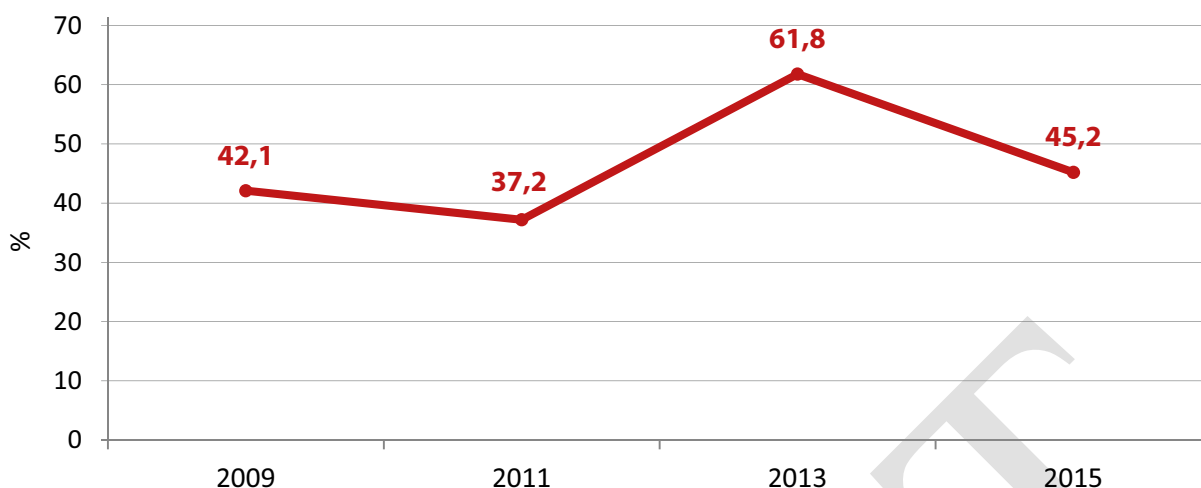


Рис. 19. Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (БПД)

Для оцінки доступності та використання профілактичних послуг ЛВІН були використані результати аналізу даних БПД, зокрема: оцінки ризикованої ін'єкційної та статевої поведінки, доступ до програм тестування на ВІЛ-інфекцію¹⁰.

Згідно отриманих даних, відсоток ЛВІН, які використовували стерильний інструментарій під час останньої ін'єкції, залишається у м. Києві традиційно високим і становив у 2015 р. 97,4%, що свідчить про позитивний результат профілактичних програм зі зменшення шкоди¹¹. Проте більш тривожними виявилися результати оцінки щодо ризикованої статевої поведінки ЛВІН. Під час останнього статевих контакту протягом останнього місяця тільки 45,2% ЛВІН користувалися презервативом у 2015 р. (Рис. 19).

Тобто група ЛВІН може залишатися джерелом ВІЛ та інших інфекцій через гетеросексуальні контакти, про що свідчать також дані інших досліджень¹².

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Кількість ЛВІН, охоплених профілактичними програмами в рамках діяльності НУО, за останні роки збільшилася і становила 68,2%¹³ відносно оціночної чисельності ЛВІН у регіоні (34 600 осіб)¹⁴. У цілому такий рівень охоплення є адекватним потребам регіону, у т.ч. з урахуванням цілей Fast Track Cities у м. Києві (Рис. 20).

¹⁰ 2009, 2011, 2013, 2015 рр.

¹¹ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів / Барська Ю. Г., Сазонова Я. О. – К.: МБФ «Альянс Громадського Здоров'я», 2016. – 130 с.

¹² Vitek CR, Čakalo J-I, Kruglov YV, Dumchev KV, Salyuk TO, Božičević I, et al. (2014) Slowing of the HIV Epidemic in Ukraine: Evidence from Case Reporting and Key Population Surveys, 2005–2012. PLoS ONE 9(9): e103657. doi:10.1371/journal.pone.0103657

¹³ Джерело: звіт КМЦ СНІДу про результати програмного моніторингу (2013–2016 рр.).

¹⁴ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні»/ Берлева Г., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 64 с.

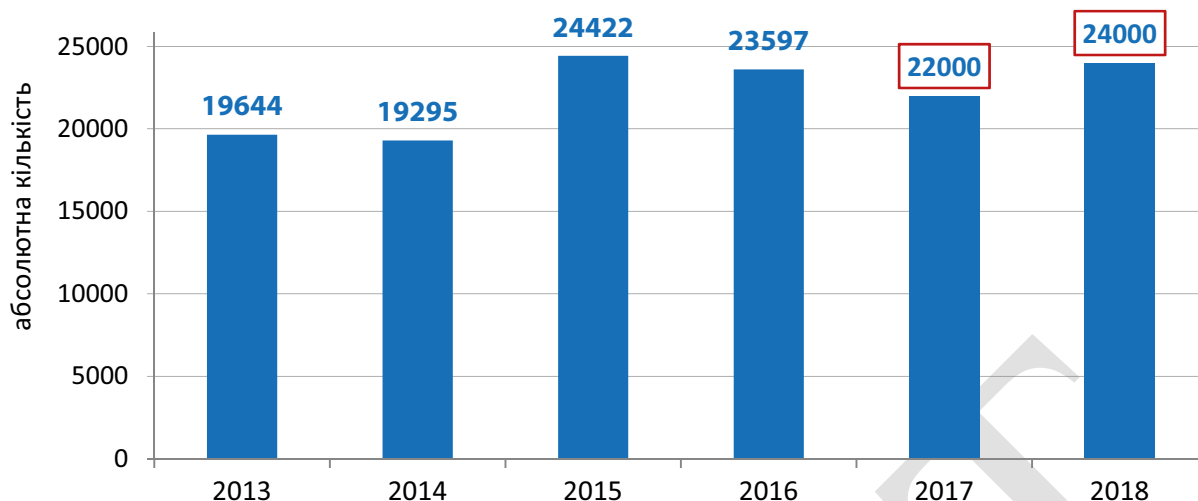


Рис. 20. Кількість ЛВІН, які охоплені профілактичними програмами НУО у м. Києві (за даними програмного моніторингу)

У рамках профілактичного компоненту надається комплексний пакет послуг, який включає розповсюдження ін'єкційного інструментарію, презервативів, надання консультування з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, вірусних гепатитів, асистоване тестування на ВІЛ та вірусний гепатит С, скринінг на ТБ, поширення інформаційно-освітніх матеріалів та соціальний супровід ЛЖВ тощо.

Занепокоєння викликають результати опитування щодо тестування на ВІЛ. Так, за даними БПД 2015 р., в Україні переважна більшість ЛВІН (88%) знають, де можна пройти тестування на ВІЛ-інфекцію, та робили тест на ВІЛ хоча б один раз упродовж життя (72%)¹⁵.

Натомість у м. Києві, за даними біоповедінкових досліджень, частка охоплення ЛВІН тестуванням на ВІЛ у 2015 р. виявилася нижчою, ніж у 2013 р., і становила лише 36,5%, (Рис. 21). Зріс, але залишається недостатнім показник охоплення тестуванням на ВІЛ для ЛВІН вікової групи 15–24 роки (43,2% у 2015 р.), що вказує на необхідність посилення профілактичної роботи за цим напрямом передусім для молодих клієнтів.



Рис. 21. Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (за даними БПД)

¹⁵ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів / Барська Ю.Г., Сазонова Я.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – 130 с.

З урахуванням високих рівнів сероконверсії ВІЛ та ВГС серед ЛВІН за результатами дослідження «Оцінка ефективності програм профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Україні», що наведені вище, варто активніше залучати до профілактичних послуг нових клієнтів з числа ЛВІН та спрямувати зусилля на активне виявлення ЛЖВ серед зазначеної КГН.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Географія послуг ЛВІН покриває все місто, проте, як було з'ясовано за результатами картування діяльності НУО, залишаються райони, де представники цієї групи мають обмежений доступ до профілактичних програм (дослідження КМЦ СНІДу 2015 р.). Привертає увагу скупченість послуг навколо центру міста, в той час як окремі «спальні» житлові масиви, насамперед у Дарницькому, Голосіївському, Печерському та Оболонському районах міста, залишаються без відповідного покриття.

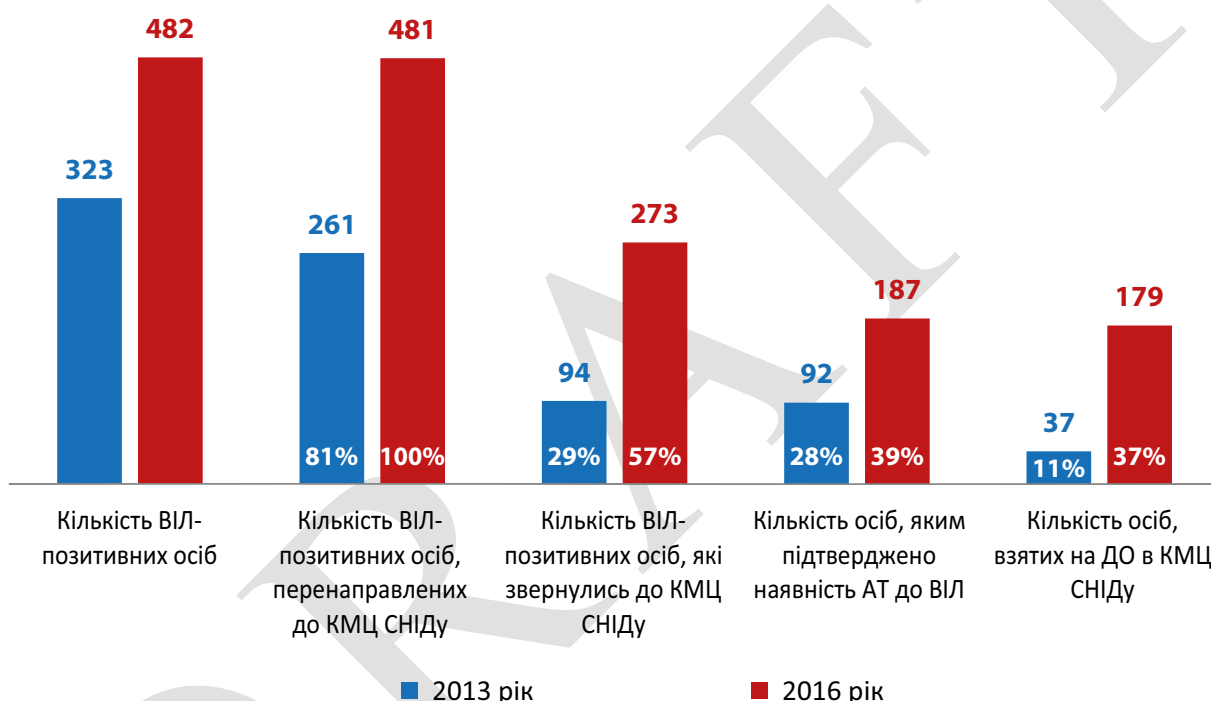


Рис. 22. Континуум послуг для ВІЛ-позитивних ЛВІН у м. Києві

Ми проаналізували каскад профілактичних послуг для ЛВІН за даними звітів НУО в рамках здійснення епідмоніторингу КМЦ СНІДу. За підсумками діяльності НУО у 2016 р. ШТ було обстежено на ВІЛ 18 579 ЛВІН, серед яких у 488 було виявлено позитивний результат (2,5%).

Аналіз отриманих даних свідчить про підвищення у 2016 р. порівняно з 2013 р. результативності діяльності НУО в частині забезпечення тестуванням на ВІЛ клієнтів профілактичних програм. При цьому кінцевий результат охоплення медичним наглядом ЛЖВ з числа виявлених ВІЛ-позитивних ЛВІН у відсотковому показнику збільшився з 11% до 37%. Найбільший рівень втрат клієнтів залишається на етапі перенаправлення до КМЦ СНІДу (43%), що вказує на необхідність посилення компонента соціального супроводу ЛЖВ з числа ЛВІН у профілактичних проектах НУО¹⁶.

¹⁶ Зазначені дані КМЦ СНІДу у зв'язку з відсутністю інформації щодо взяття на облік ЛЖВ, виявлених у м. Києві, в інших центрах СНІДу.

Одним із ключових факторів, що опосередковано свідчить про несвоєчасне надання профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, є пізнє звернення ВІЛ-інфікованих ЛВІН за медичною допомогою. Відомо, що ЛВІН часто не потрапляють у програми лікування АРТ через поведінкові ризики щодо дотримання режиму спостереження за перебігом ВІЛ-інфекції та АРВ-лікування. Ця група особливо потребує програм підготовки до АРТ та формування прихильності, а також доступу до програми замісної підтримувальної терапії.

За даними відділу МіО КМЦІ СНІДу, в 2016 р. частка осіб з парентеральним шляхом інфікування (як активних ЛВІН, так і осіб, які мали досвід вживання ІН) у III–IV стадіях захворювання суттєво збільшилася порівняно з 2009 р. (з 46,5% до 69,5% відповідно). Особливо ця тенденція стосується хворих у IV стадії, кількість яких в абсолютних показниках зросла вдвічі. Це може свідчити про необхідність підвищення якості ПТВ, виходу на нових клієнтів ВІЛ-сервісних НУО, а також усунення бар'єрів щодо доступу ЛВІН до медичних послуг в ЗОЗ.

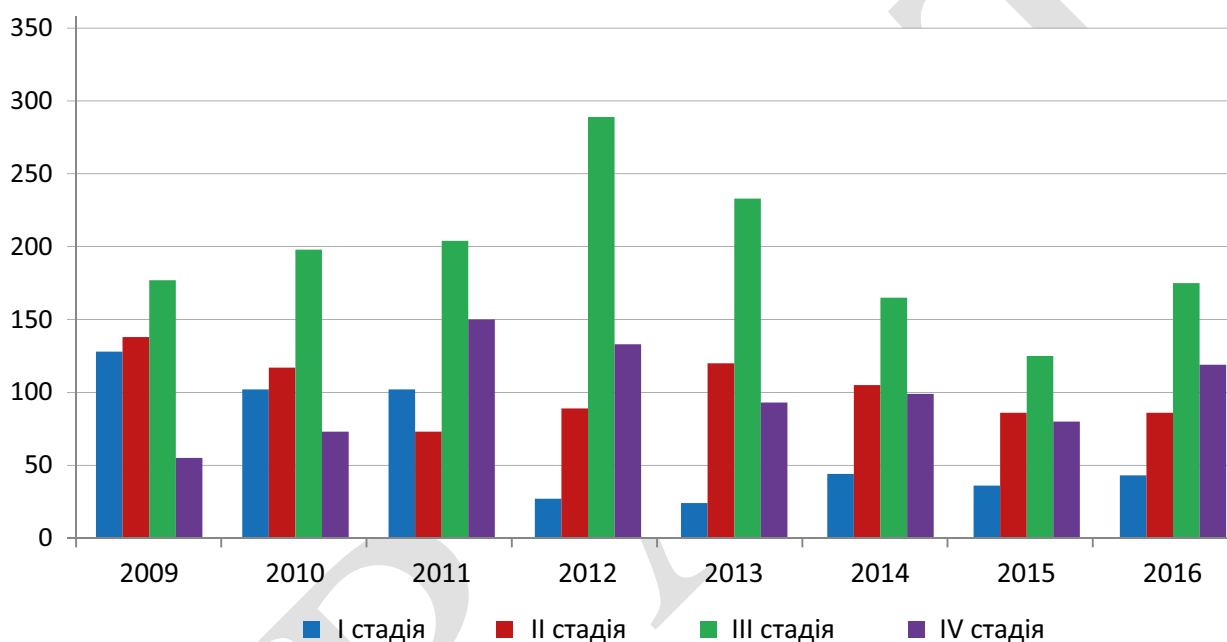


Рис. 23. Стадії ВІЛ-інфекції, які встановлені у ЛВІН на момент взяття під МН у КМЦІ СНІДу

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Станом на 01.01.2017 р. у м. Києві було зареєстровано найвищий показник поширеності психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів (208,1 на 100 тис. нас.), що відносить його до одного із пріоритетних в плані розширення ЗПТ. Майже однакова частка ЛВІН основним наркотиком для себе обирає вуличний метадон та екстракт опію¹⁷.

На кінець 2016 року послуги ЗПТ надавалися на базі трьох закладів: Київська міська клінічна лікарня № 5 (КМЦІ СНІДу), Київська міська наркологічна лікарня «Соціотерапія», Київська міська туберкульозна лікарня № 2. Отримували ЗПТ лише 990 осіб (16,9%) із 5853 осіб, які її потребують (середній показник по Україні – 21,%). Найбільш поширеним захворюванням серед пацієнтів ЗПТ залишається ВГС, на який хворіє 66% учасників програми (653 особи). Хворими на ТБ є 133 особи, що становить 13,4% від загальної кількості пацієнтів.

¹⁷ Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, та їхніх статевих партнерів / Барська Ю. Г., Сазонова Я. О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016. – 130 с.

У рамках реалізації пілотного проекту з інтеграції послуг профілактики та лікування ВІЛ для ЛВІН на базі наркологічної лікарні «Соціотерапія» було розроблено та впроваджено локальні протоколи з надання допомоги ЛВІН в частині діагностики ВІЛ-інфекції, діагностики та лікування ТБ, ВГС та ІПСШ.

Беручи до уваги, що обсяг профілактичних послуг для ЛВІН реалізується в рамках грантових угод НУО за кошти ГФ, суттєвим обмеженням щодо розвитку допомоги ЛВІН є відсутність фінансування цього напрямку з бюджету м. Києва. Тобто, у разі скорочення обсягів міжнародної технічної допомоги є високий ризик втратити наявні людські ресурси НУО, які вже мають багаторічний досвід роботи з даною КГН, що в свою чергу призведе до припинення реалізації програм зменшення шкоди. Прогнозованим результатом такої ситуації може бути хвиля захворюваності на ВІЛ, ВГС та ТБ серед ЛВІН з подальшим суттєвим ускладненням епідемічної ситуації у регіоні.

4.3.4. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Оціночна чисельність ПКС у м. Києві в 2016 р. становила 10 500 осіб.¹⁸ Завдяки масштабному впровадженню силами НУО профілактичних програм серед ПКС спостерігається поступове зменшення поширеності ВІЛ-інфекції (Рис. 24), в той час як за даними біоповедінкового дослідження 2015 р. показник охоплення у 2016 р. становив 62,4% від оціночної кількості.

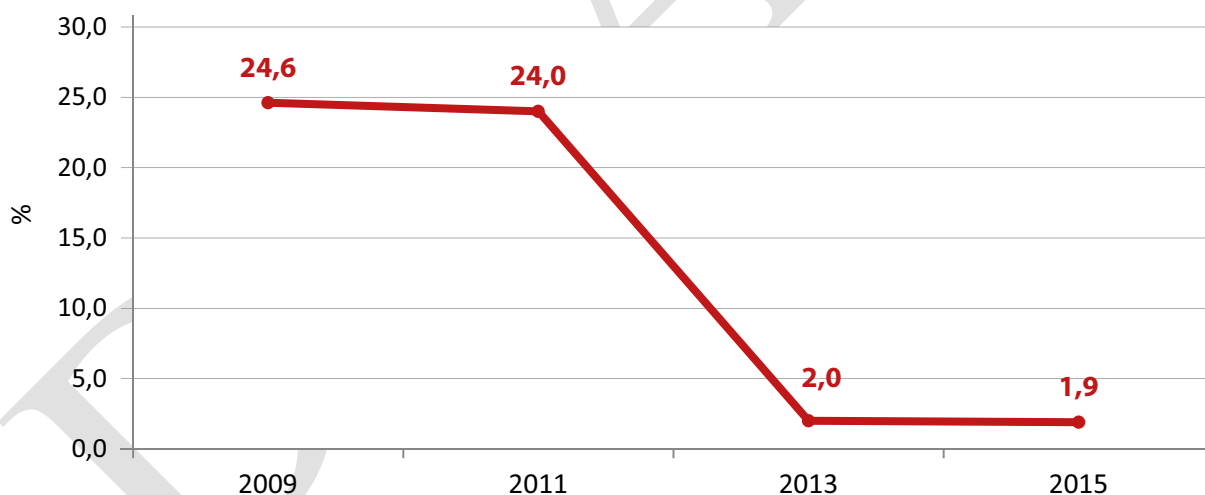


Рис. 24. Відсоток ПКС віком 15+, які живуть з ВІЛ (БПД)

Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до профілактичних послуг для ПКС забезпечують три потужні НУО з багаторічним досвідом діяльності серед КГН: Всеукраїнська благодійна організація «КОНВІКТУС Україна», Громадська організація «Клуб «Еней», Благодійний фонд «Дроп ін Центр».

¹⁸ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні»/ Берлева Г., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 64 с.

Для оцінки доступності та використання профілактичних послуг ПКС було використано результати аналізу даних БПД, зокрема: оцінка ризикованої статевої поведінки, доступ до програм тестування на ВІЛ-інфекцію¹⁹. Згідно отриманих у 2015 р. даних, упродовж останнього місяця кожний десятий ПКС (9,5%) мав клієнтів ЛВІН, а 6,5% надавали сексуальні послуги бісексуалам/гомосексуалам. Випадки нерегулярного використання презервативів більше поширені щодо некомерційних партнерів. За останній місяць тільки 3,5% ПКС не завжди використовували презервативи з клієнтами під час вагінального або (та) анального сексу, 77,5% – з постійними партнерами, 43,8% – з випадковими. Більшість ПКС (55,5%) зазнавали насильства під час надання сексуальних послуг за винагороду²⁰.

Серед позитивних результатів профілактичних програм серед ПКС у м. Києві (за даними БПД 2015 р.) варто відзначити наступні: 80% від загалу опитаних отримували безкоштовно презервативи за останній рік; 89,5% респондентів знали, куди звертатися, щоб зробити тест на ВІЛ; 96,5% вважали, що змогли б безперешкодно пройти тестування, якби захотіли це зробити найближчим часом; 80,5% проходили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат.

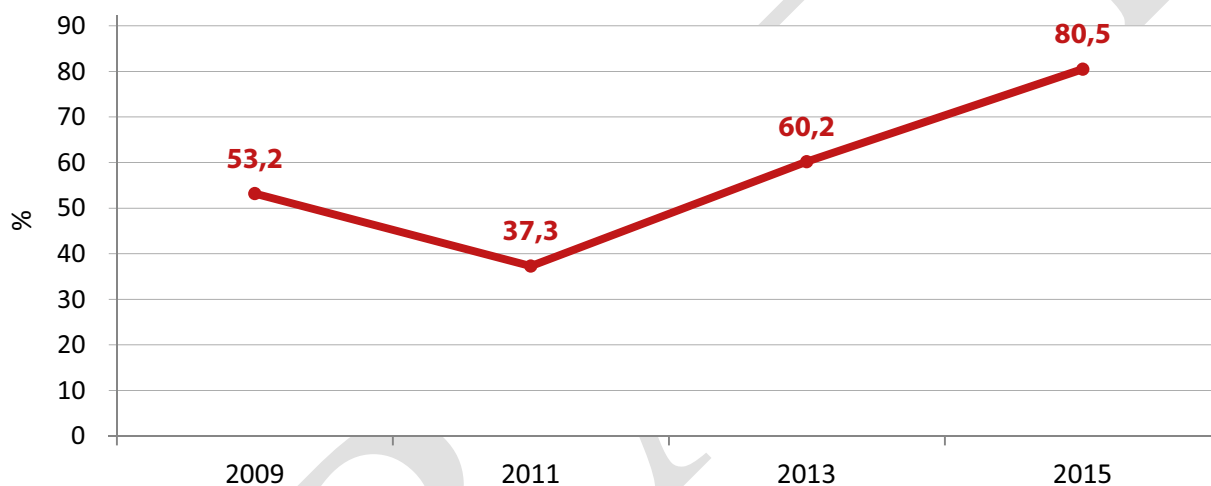


Рис. 25. Відсоток ПКС, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (БПД)

Частка ПКС, які зробили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, збільшилася з 37,3% у 2011 р. до 80,5% у 2015 р. (Рис. 25). Рівень поширеності ВІЛ серед ПКС суттєво не змінився впродовж 2013–2015 рр., залишаючись на рівні 2%, гепатиту С скоротився понад втричі з 2013 по 2015 рік (з 21,8% до 6%). Впродовж 2011–2015 рр. поширеність гепатиту С зменшилася з 4,6% до 1,5%, а сифілісу суттєво не змінилася (2% у дослідженнях 2011 та 2015 рр.).

Занепокоєння викликає результат опитування ПКС щодо вживання наркотичних речовин. Так, за даними останнього БПД (2015 р.), в Україні кожна п'ята ПКС (22,2%) вживала наркотики неін'єкційним шляхом за останні 12 міс., 7,7% ПКС є активними ЛВІН, тобто вживали наркотики ін'єкційним шляхом протягом останніх 30 днів. Така ситуація вказує на необхідність посилення компоненту профілактичних програм для ПКС, насамперед молодих жінок, які вживають наркотичні речовини.

¹⁹ 2009, 2011, 2013, 2015 рр.

²⁰ Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду / Серєда Ю.В., Сазонова Я.О. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 188 с.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Кількість ПКС, які охоплені профілактичними програмами в рамках діяльності НУО, у 2016 р. дещо зменшилася, проте рівень охоплення даної КГН у регіоні відносно оціночної чисельності (10 500 осіб) є досить високим – 62,4%. У цілому такий рівень охоплення відповідає потребам регіону, у т.ч. з урахуванням цілей Fast Track Cities у м. Києві (**Рис. 26**).

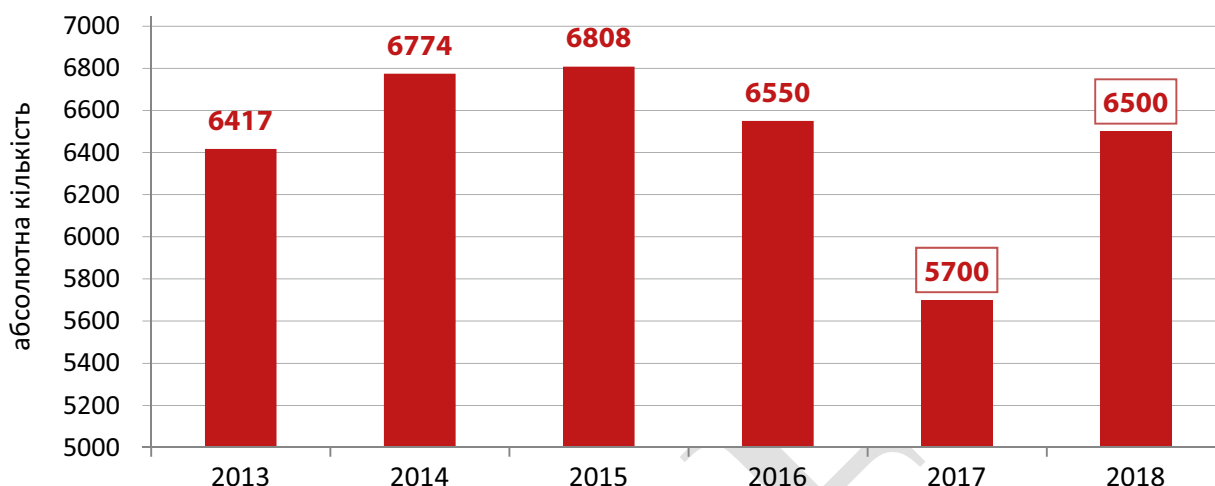


Рис. 26. Кількість ПКС, які охоплені профілактичними програмами у м. Києві, та цілі Fast Track на 2017-2018 рр.

У рамках профілактичного компоненту надається комплексний пакет послуг, який включає розповсюдження презервативів і лубрикантів, надання послуг консультування з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, вірусних гепатитів, асистованого тестування на ВІЛ та вірусний гепатит С, поширення інформаційно-освітніх матеріалів та соціальний супровід ЛЖВ тощо.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

У частині оцінки зв'язку між послугами для ПКС та іншими послугами для ЛЖВ у м. Києві було проаналізовано дані звітів НУО в рамках здійснення епідмоніторингу КМЦ СНІДу. Встановлено, що за підсумками діяльності НУО у 2016 р. ШТ обстежено на ВІЛ 5425 осіб, серед яких у 54 було виявлено позитивний результат (1%).

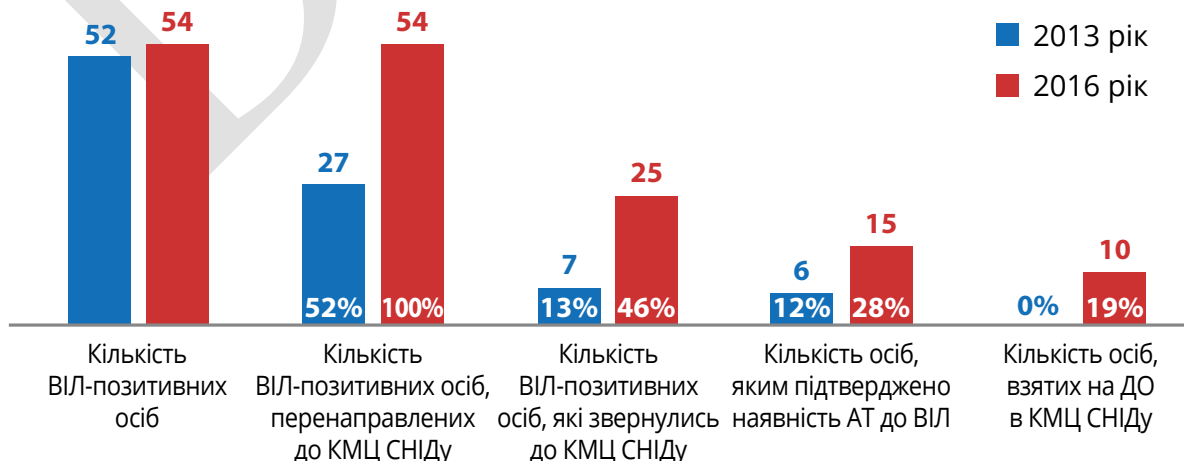


Рис. 27. Континуум послуг для ВІЛ-позитивних ПКС у м. Києві

Аналіз отриманих даних свідчить про підвищення у 2016 р. порівняно з 2013 р. результативності діяльності НУО в частині забезпечення тестуванням на ВІЛ клієнтів профілактичних програм. Показник охоплення медичним наглядом ЛЖВ з числа виявлених ВІЛ-позитивних ПКС збільшився з 0% до 19%. Найбільший рівень втрат залишається на етапі звернення до КМЦ СНІДу (54%), що перш за все обумовлено тим, що при зверненні до КМЦ СНІДу такі особи намагаються приховати приналежність до даної КГН або класифікуються як ЛВІН у разі повідомлення інформації про досвід вживання наркотичних речовин. Також варто враховувати, що більшість ПКС у м. Києві є мешканцями інших регіонів, отже, після отримання позитивного результату тестування можуть звернутися до Центру СНІДу за місцем проживання. Така міграція ПКС ускладнює здійснення моніторингу результативності профілактики для даної групи та проведення оцінки охоплення їх медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Беручи до уваги, що обсяг профілактичних послуг для ПКС реалізується в рамках грантових угод НУО за кошти ГФ, суттєвим обмеженням щодо розвитку системи допомоги ПКС є відсутність фінансування цього напрямку з бюджету м. Києва. Тобто у разі скорочення обсягів міжнародної технічної допомоги є високий ризик втратити наявні людські ресурси НУО, які вже мають багаторічний досвід роботи з даною КГН, що в свою чергу призведе до погіршення епідемічної ситуації у регіоні.

Особливо важливо передбачити при розробці профілактичних заходів наступне: розширення доступу ПКС, які є жертвами насильства, до послуг з постконтактної профілактики; врахувати уразливість до ВІЛ/ІПСШ підлітків, які залучені до надання комерційних секс-послуг; проведення постійної інформаційної роботи щодо знання шляхів передачі ВІЛ; забезпечення доступу ПКС, які живуть з ВІЛ, до АРТ, включаючи розширення доступу у разі необхідності до інтегрованих послуг (АРТ і ЗПТ).

4.3.5. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

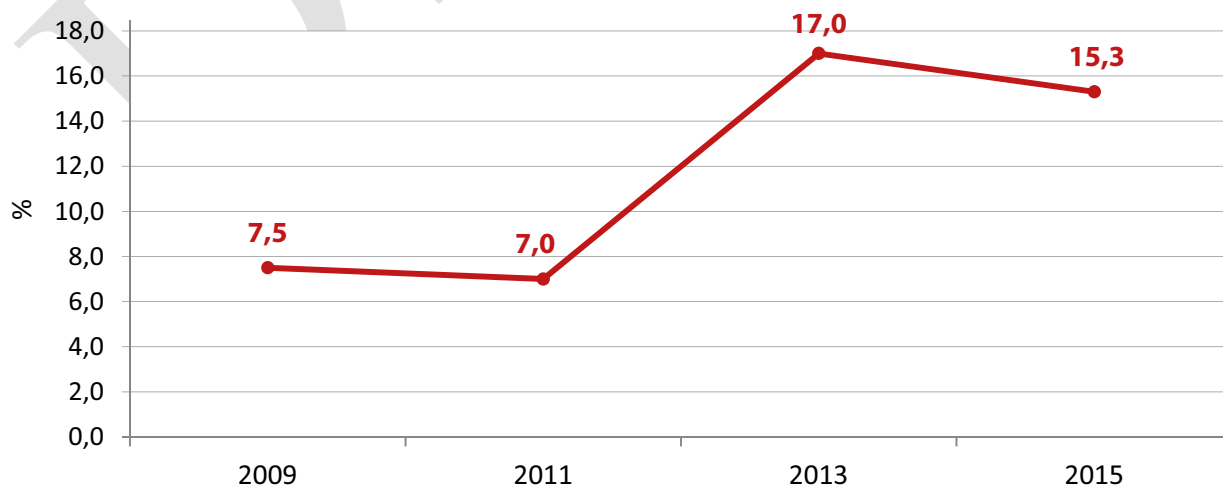


Рис. 28. Відсоток ЧСЧ віком 15+, які живуть з ВІЛ (БПД)

Оціночна чисельність ЧСЧ у м. Києві становить 33 300 осіб. Аналіз отриманих даних свідчить про складну епідемічну ситуацію, що має місце у цій КГН. Відсоток охоплення ЧСЧ профілактичними послугами збільшився з 25% від оціночної кількості у 2013 р. до 41% у 2016 р. Попри впровадження профілактичних програм у регіоні, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ є високою, а сама група залишається однією із найбільш важкодоступних.

За даними БПД, поширеність ВІЛ-інфекції стрімко зростає в період з 2009 по 2013 рік і дещо знизилася у 2015 р.²¹ (Рис. 28). За даними біоповедінкового дослідження встановлено високий рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ у м. Києві, який перевищив середній по Україні (4%) і становить 10%. За даними КМЦ СНІДу зареєстровано зростання кількості виявлених випадків інфікування ВІЛ серед представників групи ЧСЧ за результатами рутинного тестування, а також зростання кількості ЧСЧ, взятих на диспансерний облік з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

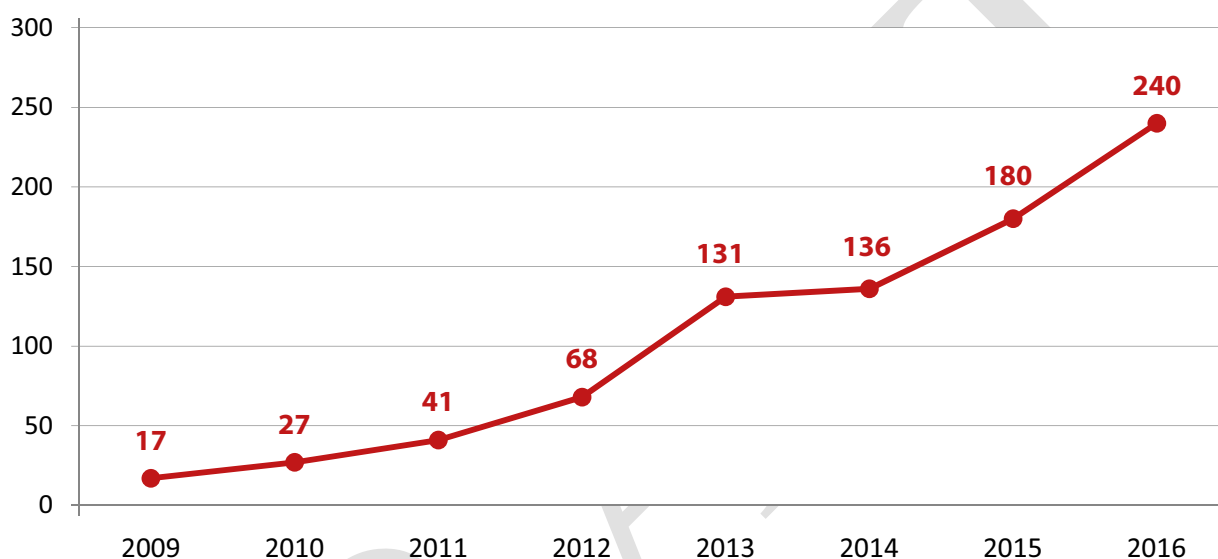


Рис. 29. Кількість випадків реєстрації випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (КМЦ СНІДу)

Так, кількість офіційно зареєстрованих у 2016 р. випадків ВІЛ-інфекції серед представників групи ЧСЧ збільшилася порівняно з 2009 р. в 14 разів, що, можливо є наслідком покращення ПТВ для даної групи та налагодження переадресації клієнтів профілактичних програм для проходження тестування за рахунок впровадження кейс-менеджменту в 2012–2013 рр. (Рис. 29).

На думку співробітників центру СНІДу, реальна кількість цих випадків є значно більшою, проте високий рівень стигми та бісексуальна поведінка (вірогідно, у т.ч. перебування у шлюбі) не дозволяють визначити шлях інфікування при тестуванні у ЗОЗ та взятті на облік. Підтвердженням такого висновку може бути дослідження британських фахівців, які з урахуванням даних дослідження генетичної структури вірусу²² виявили, що в 29% випадків «гетеросексуали» насправді інфікувалися від чоловіків, які практикують секс з чоловіками (ЧСЧ)²³.

²¹ Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками, як компонент епідеміологічного нагляду за ВІЛ другого покоління / М. Касянчук, О. Трофименко, Є. Білоус, Я. Сазонова – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2016.

²² Hue S et al. Phylogenetic analyses reveal HIV-1 infections between men misclassified as heterosexual transmissions. *AIDS* 28, online edition. DOI. 10: 1097/QAD.0000000000000383, 2014

²³ Michael Carter. UK. Substantial proportion of male HIV infections labelled as 'heterosexual exposure' in UK probably due to sex with other men. 2014

Аналіз даних КМЦ СНІДу щодо реєстрації випадків інфікування статевим шляхом з дезагрегацією за статтю і шляхом інфікування у період 2009–2016 рр. свідчить, що наявні зміни обумовлені передусім збільшенням кількості зареєстрованих випадків серед чоловіків та зростанням епідеміологічного значення гомосексуального шляху інфікування серед ЧСЧ (**Рис. 30**).

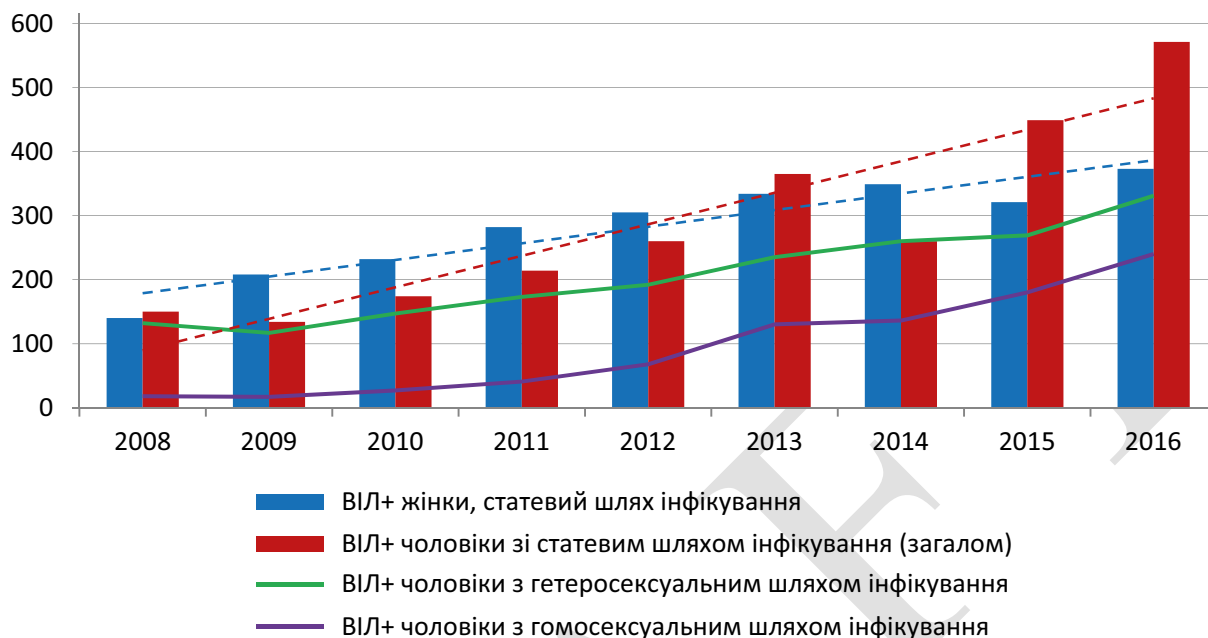


Рис. 30. Динаміка реєстрації випадків зі статевим шляхом інфікування (джерело – КМЦ СНІДу)

Сукупність отриманих даних свідчить, що наявні заходи мають певні позитивні результати, які позначаються на підвищенні рівня виявлення ВІЛ-позитивних ЧСЧ, проте рівні захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції є високими з тенденцією до зростання.

Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до профілактичних послуг для ЧСЧ забезпечують три НУО, зокрема: Громадська організація «Альянс. Глобал» (первинна профілактика серед ЧСЧ, соціальне консультування у соцмережах, громадський центр, залучення та проведення ПТВ), Благодійна організація «Допоможи життю» (профілактика ВІЛ, ІПСШ, сприяння ранній діагностиці ТБ, асистоване тестування ШТ на ВІЛ), Всеукраїнська благодійна організація «Точка опори» (фокус на питаннях здоров'я і соціально-психологічної підтримки, протидія дискримінації, створення безпечних зон в різних сферах життя ЛГБТ; профілактика ВІЛ серед геїв і бі-чоловіків; система Friendly Doctor; супровід ВІЛ-позитивних клієнтів під час лікування та прийому АРТ).

Для оцінки доступності та використання профілактичних послуг ЧСЧ було використано результати аналізу даних БПД, зокрема: оцінка ризикованої статевої поведінки, доступ до програм тестування на ВІЛ-інфекцію²⁴. Згідно отриманих даних, переважна більшість ЧСЧ (69%) у 2015 р. була клієнтами НУО, яка надає профілактичні послуги, та отримувала безкоштовно презервативи за останній рік²⁵.

²⁴ 2009, 2011, 2013, 2015 рр.

²⁵ Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками / Касянчук М., Трофименко О., Білоус Є., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 164 с.

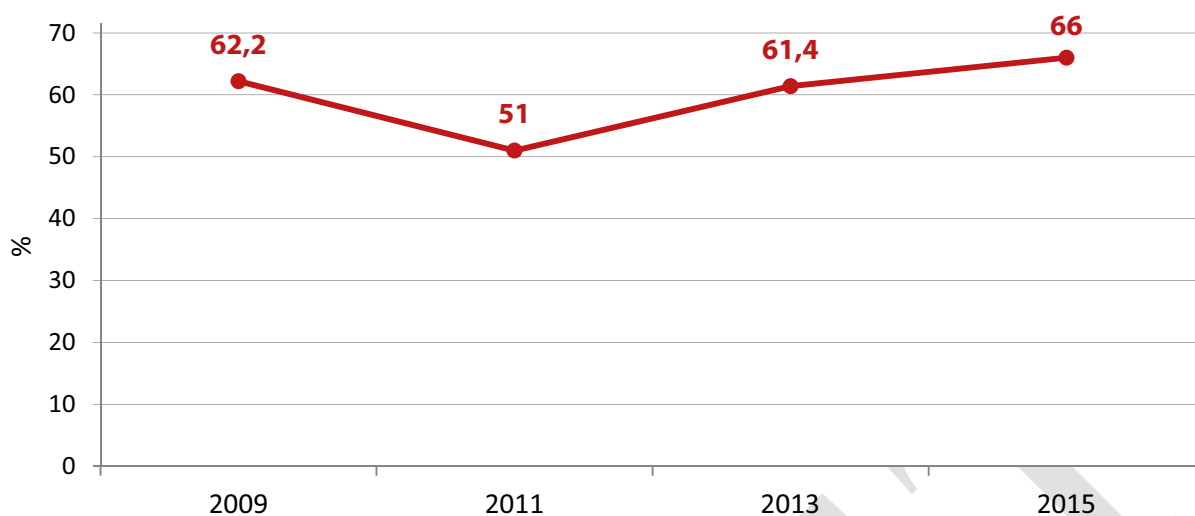


Рис. 31. Відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (БПД)

Проходили медичні огляди та здавали аналізи – 57%, тестування на ВІЛ протягом останніх 12 міс. та отримали результат – 66% респондентів (Рис. 31). Кожен другий правильно визначає шляхи передачі ВІЛ. За результатами зв'язаного дослідження у 15% респондентів було виявлено ВІЛ-інфекцію: сифіліс – 5%, гепатит В – 3%, гепатит С – 2%.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Заходи профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, реалізовані в межах грантових угод ГФ, поступово нарощували кількість охоплених представників цільової групи, досягнувши рівня 25–26% у 2012–2013 рр. Оціночна чисельність ЧСЧ у м. Києві становить 33 300 осіб²⁶. Кількість ЧСЧ, які охоплені профілактичними програмами, щороку збільшувалася і в 2016 р. становила 41% за даними програмного моніторингу. На відміну від інших цільових груп (ПКС, ЛВІН), за даними програмного моніторингу КМЦ СНІДу, охоплення ЧСЧ є меншим від рекомендованої UNAIDS цілі універсального доступу 60% (Рис. 32).

Разом з тим, при аналізі результатів біоповедінкових досліджень отримуємо досить високий показник частки ЧСЧ, які інформують про участь у профілактичних програмах НУО (69% у 2015 р.)²⁷, що можна пояснити високим рівнем поінформованості представників цієї групи щодо безпечної поведінки через соціальні мережі, а також участю у масових цільових заходах. Це також може бути пов'язано зміщенням вибірки дослідження у бік клієнтів НУО, що є обмеженням для інтерпретації даних, які було зібрано за методикою RDS. При цьому, ймовірно, все ж таки значна частина ЧСЧ не бере участі у будь-яких заходах та не потрапляє в поле зору при поведінкових опитуваннях.

²⁶ Звіт за результатами дослідження «Оцінка чисельності представників ключових груп в Україні»/ Берлева Г., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 64 с.

²⁷ Моніторинг поведінки та поширення ВІЛ-інфекції серед чоловіків, які практикують секс з чоловіками/Касянчук М., Трофименко О., Білоус Є., Сазонова Я. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2017. – 164 с.

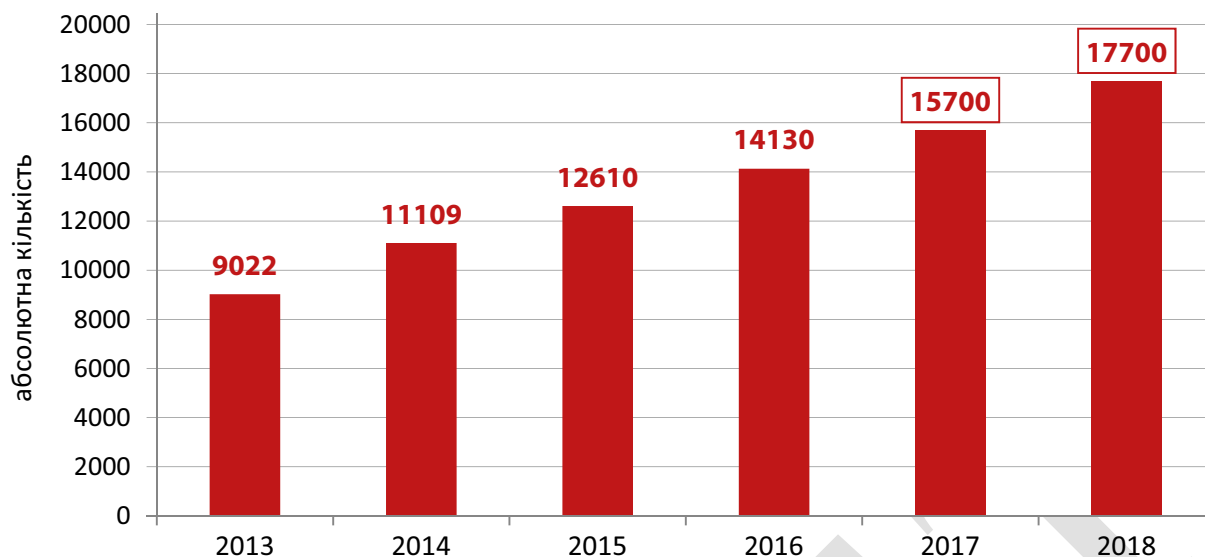


Рис. 32. Кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, та цілі Fast Track на 2017-2018 рр.

Група ЧСЧ досі залишається найбільш проблематичною як для вивчення, так і для здійснення ефективної профілактики. У рамках профілактичного компоненту надається комплексний пакет послуг, який включає розповсюдження презервативів і лубрикантів, консультування з питань профілактики ВІЛ/СНІДу, ІПСШ, вірусних гепатитів, асистованого самотестування на ВІЛ та вірусний гепатит С, поширення інформаційно-освітніх матеріалів та соціальний супровід ЛЖВ тощо.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Що стосується охоплення медичним спостереженням ЧСЧ з ВІЛ-позитивним статусом, то останніми роками суттєво покращилася ситуація з коректним встановленням ймовірного шляху інфікування ВІЛ. Так, частка ЧСЧ серед зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції серед чоловіків зі статевим шляхом інфікування щороку зростає, скорочуючи кількість прихованих інфікувань внаслідок гомосексуальних зв'язків, які часто визначалися як гетеросексуальні (з 12,7% у 2009 р. до 42% у 2016 р.).

Проаналізовано каскад профілактичних послуг для ЛЖВ з числа ЧСЧ²⁸. За даними епідмоніторингу КМЦ СНІДу встановлено, що у 2016 р. ШТ силами НУО обстежено на ВІЛ 14 168 осіб, з них у 249 було виявлено позитивний результат (1,8%). Порівняно з 2013 р. обсяги діяльності НУО в частині забезпечення тестування на ВІЛ клієнтів профілактичних програм у 2016 р. збільшилися в чотири рази, виявлено в 2,6 разу більше осіб з позитивним результатом (дані програмного моніторингу). Те, що відсоток виявлення серед нових представників ЧСЧ для НУО втричі вищий, ніж серед клієнтів проектів, дозволяє зробити висновок щодо впливу виконання профілактичних програм на зменшення виявлення серед клієнтів проектів.

Разом з тим, за цей період результативність взяття під МН в цілому дещо зменшилася: з числа ВІЛ-позитивних ЧСЧ було взято на диспансерний облік лише 57% (у 2013 р. – 75%), причому найбільші втрати клієнтів зареєстровано на етапі переадресації ЧСЧ з позитивним результатом тесту на ВІЛ до КМЦ СНІДу: втрати становлять 37,4% (Рис. 33).

²⁸ Джерело: КМЦ СНІДу (звіти НУО в рамках здійснення епідмоніторингу).

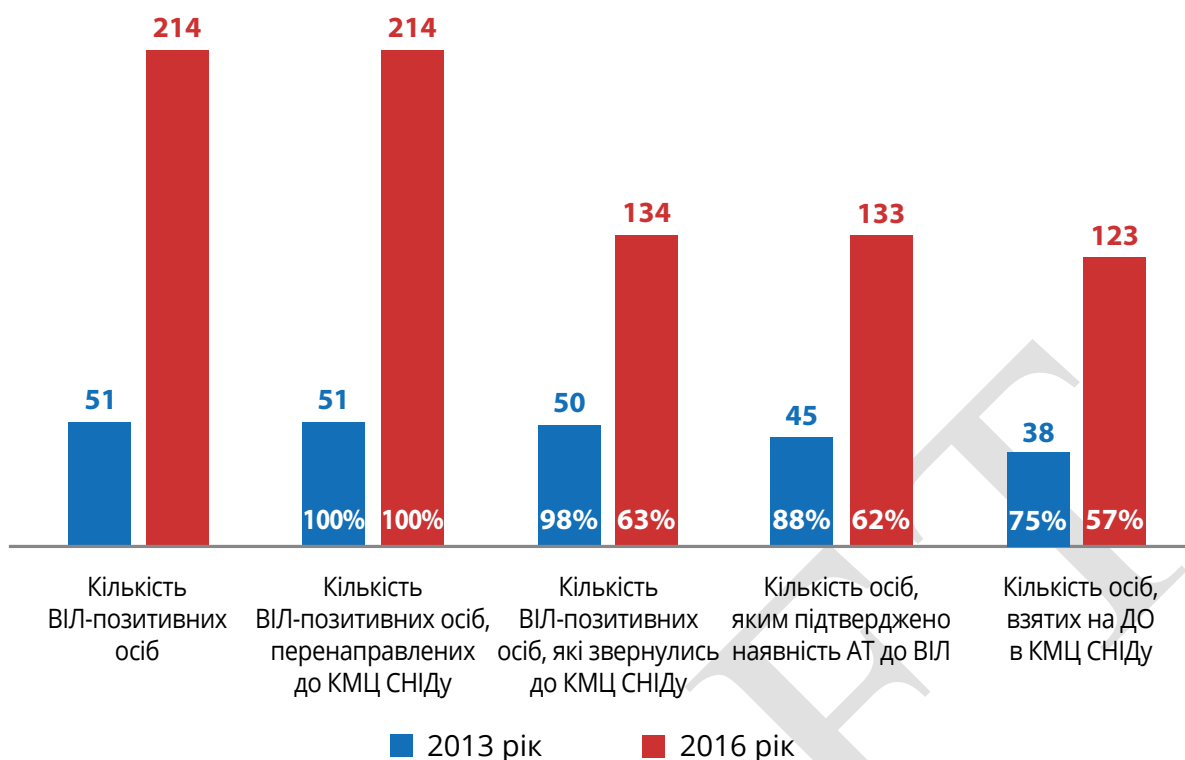


Рис. 33. Континуум послуг для ВІЛ-позитивних ЧСЧ у м. Києві

Проте не виключена вірогідність того, що при зверненні до КМЦ СНІДу такі особи намагаються приховувати приналежність до даної КГН або класифікуються як чоловіки із гетеросексуальним шляхом інфікування.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Профілактичні заходи для ЧСЧ в цілому виконуються правильно, хоча ця група населення досі залишається найбільш закритою та важкодоступною для профілактичної роботи. Враховуючи, що ця група стрімко набуває епідемічної значущості для м. Києва, обсяги та методи роботи мають удосконалюватися, у т. ч. шляхом впровадження таких сучасних методів профілактики, як доконтактна профілактика.

Беручи до уваги, що обсяг профілактичних послуг для ЧСЧ реалізується в рамках грантових угод НУО за кошти ГФ, суттєвим обмеженням щодо розвитку у сфері допомоги ЧСЧ є відсутність фінансування цього напрямку з бюджету м. Києва. Тобто у разі скорочення обсягів міжнародної технічної допомоги є високий ризик втратити наявні людські ресурси НУО, які вже мають багаторічний досвід роботи з даною КГН, що в свою чергу призведе до суттєвого погіршення епідемічної ситуації у регіоні.

5. ВИСНОВКИ

Команда з Оцінки встановила сильні й слабкі сторони відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції у м. Києві в рамках виконання заходів Програми за напрямом «Профілактика та лікування ВІЛ/СНІДу».

До сильних сторін слід віднести:

1. Підписання Паризької декларації та приєднання міста до ініціативи Fast Track Cities «90-90-90».
2. Наявність розгалуженої мережі НУО, які мають потужний людський ресурс і багаторічний досвід реалізації профілактичних програм серед КГН, що позначається високими показниками охоплення профілактичними програмами.
3. Широкий спектр спеціалізованої медичної допомоги, який надається населенню регіону КМЦ СНІДу.
4. Висока результативність програми з розширення доступу ЛЖВ до АРТ, можливість здійснення клініко-лабораторного моніторингу ефективності лікування.
5. Наявність в регіоні умов для здійснення децентралізації послуг для ЛЖВ та їх інтеграції.
6. У регіоні розпочато поступове розширення практики використання ШТ у мережі ЗОЗ всіх рівнів надання медичної допомоги.
7. Профілактичні програми серед ЛВІН та ПКС характеризуються високою результативністю.
8. Створено передумови для розширення доступу ЛЖВ до АРТ.
9. Ефективним є функціонування регіональної системи МіО.

До слабких сторін слід віднести:

1. Діяльність НУО має пряму залежність від обсягів технічної допомоги з боку міжнародних донорських організацій. Програми зменшення шкоди не фінансуються за кошти бюджету м. Києва.
2. Окремі напрями діяльності проектів НУО щодо забезпечення доступу КГН до програм профілактики потребують перегляду в частині удосконалення

ВІЛ-послуг з урахуванням цілей Fast-Track Cities. Окремі компоненти профілактичних програм за стратегією «зменшення шкоди» (наприклад, консультування) мають тенденцію до зниження ефективності. Існуючі інтервенції не повною мірою відповідають потребам КГН, насамперед у сфері профілактики поширення ВІЛ серед ЧСЧ.

3. Обмеження можливостей щодо швидкого розширення охоплення ЛЖВ лікуванням. Кількість наявних сайтів АРТ не забезпечує в повному обсязі потреби ЛЖВ м. Києва у розширенні доступу до АРТ. Заклади служби СНІДу перевантажені обсягом лікувальної допомоги. Система забезпечення ЛЖВ антиретровірусними препаратами застаріла та не відповідає потребам регіону щодо швидкого розширення доступу до АРТ.
4. Обсяги тестування населення на ВІЛ є недостатніми для реалізації цілей «90-90-90». Низька результативність скринінгу загального населення на ВІЛ-інфекцію насамперед пов'язана з неефективністю визначення приналежності до КГН медичним персоналом ЗОЗ.
5. Рівень прихильності до лікування окремих категорій ЛЖВ є низьким, що в цілому знижує ефективність АРТ.
6. Обмеження доступу ЛВІН до програм ЗПТ.
7. Для ЧСЧ характерним є набуття суттєвого епідеміологічного значення у сфері ВІЛ/СНІДу (закрита група, швидкі темпи поширення ВІЛ-інфекції, залучення усіх соціальних прошарків населення, високий ризик передачі ВІЛ).

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Напрям	Проблеми що були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напря- мом АРТ	1. Обмеження можливостей щодо швидкого розширення охоплення ЛЖВ лікуванням	1. Збільшити обсяги закупівель АРВ-препаратів відповідно до цілей «90-90-90» та урегулювати порядок поставок для регіонів з метою недопущення затримок у постачанні	1. Внести зміни у розрахунки потреби щодо АРВ-препаратів для забезпечення стовідсоткового охоплення лікуванням ЛЖВ, які перебувають під МН
	2. Перевантаження закладів служби СНІДу обсягом лікувальної допомоги ЛЖВ	2. Забезпечити підготовку лікарів-інфекціоністів з питань ВІЛ/СНІДу під час навчання у закладах післядипломної освіти	2. Здійснити децентралізацію медичної допомоги ЛЖВ шляхом створення належних умов на базі КІЗ (навчання лікарів-інфекціоністів, підключення до МІС, перерозподіл АРВ-препаратів)
	3. Застаріла система забезпечення ЛЖВ АРВ-препаратами	3. Затвердити порядок рецептурної видачі АРВ-препаратів через аптечну мережу	3. За наявності достатньої кількості АРВ-препаратів та ефективності лікування збільшити період, на який видаються ліки хворому
	4. Низький рівень прихильності до лікування окремих категорій ЛЖВ	4. Забезпечити постійний моніторинг резистентності ВІЛ до АРВ-препаратів	4. Забезпечити раннє призначення АРТ шляхом скорочення часу очікування. Налагодити ефективну співпрацю з НУО з досягнення високого рівня прихильності серед ЛЖВ, в першу чергу КГН
За напря- мом ПТВ	1. Обмеження у застосуванні ШТ для обстеження населення при зверненні за медичною допомогою	1. Визначити широкомасштабне застосування ШТ стратегічним напрямом у ЗДП на наступний період	1. Збільшити обсяги фінансування на забезпечення доступності тестування на ВІЛ на усіх рівнях надання медичної допомоги населенню
	2. Низька результативність скринінгу населення на ВІЛ-інфекцію	2. Ввести галузеві рейтингові показники для оцінки ефективності роботи ЗОЗ на різних рівнях надання медичної допомоги населенню. Доповнити питаннями щодо базових знань у сфері ВІЛ/ СНІДу оцінку знань лікарів усіх спеціальностей під час навчання на курсах ТУ або спеціалізації у закладах післядипломної освіти	2. Забезпечити інформування медичних працівників та населення щодо показань та порядку визначення ВІЛ-статусу. Запровадити рейтингову оцінку ефективності роботи ЗОЗ щодо результативності скринінгу населення на ВІЛ-інфекцію при зверненні за медичною допомогою. Забезпечити підвищення рівня знань лікарів усіх спеціальностей за напрямом ВІЛ/СНІД

Напрямок	Проблеми що були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	3. Низький рівень охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб	3. Оптимізувати процедуру встановлення діагнозу. Запровадити соціальне замовлення на закупівлю ЗОЗ послуг із соціального супроводу ВІЛ-позитивних осіб (визначити кваліфікаційні вимоги та рекомендовані штатні нормативи). Ввести рейтингові показники для оцінки ефективності роботи ЗОЗ по залученню ЛЖВ до системи медичного спостереження	3. Розробити локальні протоколи в частині діагностики ВІЛ-інфекції та оптимізувати маршрут пацієнта на рівні ЗОЗ, району, регіону. Створити умови для налагодження співпраці ЗОЗ та НУО щодо залучення ВІЛ-позитивних осіб з КГН до системи медичного спостереження
	4. Обсяги тестування населення на ВІЛ є недостатніми для реалізації цілей «90-90-90»	4. Доповнити кваліфікаційні вимоги лікарів загальної практики та вузьких спеціальностей розділом щодо знань і навичок ПТВ. Надати рекомендації щодо показників охоплення населення тестуванням на ВІЛ	4. Забезпечити створення сприятливих умов для надання ПТВ при зверненні населення за медичною допомогою до ЗОЗ. Визначити цільові показники для забезпечення реалізації цілей щодо 90% з оціночного числа ЛЖВ знатимуть свій ВІЛ-статус. Збільшити можливості використання мобільних амбулаторій для забезпечення тестування на ВІЛ-інфекцію КГН
За напрямом ЛВІН	1. Недостатня ефективність компоненту профілактичних програм щодо статевих партнерів		1. Посилити профілактичну роботу НУО (узгодження з донорськими організаціями вимог щодо досягнення цільових індикаторів) щодо запобігання поширення ВІД серед статевих партнерів ЛВІН, залучення до профілактичних програм ЛВІН віком 15–24 роки, підвищення рівня результативності тестування на ВІЛ
	2. Недостатній рівень охоплення ЛВІН тестуванням на ВІЛ (за даними БПД)		2. Збільшення обсягів тестування ЛВІН в рамках профілактичних програм, що реалізують НУО. Перегляд аутріч-маршрутів та індикаторів якості роботи. Забезпечити підвищення охоплення тестуванням на ВІЛ ЛВІН віком 15–24 роки
	3. Обмеження доступу ЛВІН до програм ЗПТ		3. Створення умов для розширення кількості кабінетів ЗПТ, у т.ч. на засадах інтегрованої медичної допомоги
За напрямом ПКС	1. Недостатня результативність тестування на ВІЛ соціальними працівниками НУО		1. Розширити можливості тестування на ВІЛ на нових точках і нових маршрутах

Напрямок	Проблеми що були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напря- мом ЧСЧ	1. Недостатня відповідність наявних інтервенцій потребам ЧСЧ	1. Провести національні дослідження щодо значення групи ЧСЧ для України з метою посилення профілактичних програм	1. Створити сприятливе середовище для надання профілактичних та медичних послуг для ЧСЧ (спеціалізовані клініки, кабінети тощо). Адаптувати наявні профілактичні програми до сучасних потреб
	2. Набуття суттєвого епідеміологічного значення (закрита група, швидкі темпи поширення ВІЛ-інфекції, залучення усіх соціальних прошарків населення, високий ризик передачі ВІЛ)	2. Широкомасштабне запровадження доконтактної профілактики	2. Забезпечення вільного доступу ЧСЧ до ПТВ, доконтактної профілактики та АРТ. Проводити інформаційну роботу серед лікарів щодо особливостей профілактичної роботи серед ЧСЧ та недопущення їх стигматизації у ЗОЗ

7 ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в м. Києві на період 2018–2021 рр.

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
	I. Запобігання поширення ВІЛ серед ключових груп населення			
1.	Забезпечити КГН комплексним пакетом послуг з метою запобігання нових випадків інфікування, у т.ч. за стратегією «зменшення шкоди»	2018-2021	НУО	Підвищення обсягу та ефективності профілактичних програм серед загального населення та КГН. Охоплення профілактичними заходами не менше 60% КГН
2.	Забезпечити створення та розповсюдження інформаційних матеріалів (соціальної реклами), спрямованої на запобігання поширення ВІЛ серед КГН	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	
3.	Впроваджувати нові моделі профілактичної роботи з метою виходу на важкодоступні КГН	2018-2021	КМЦ СНІДу, НУО	
4.	Забезпечити функціонування мобільних амбулаторій для посилення ефективності профілактичної роботи громадських організацій	2018-2021	НУО	
5.	Здійснити пілотування та впровадження прекопактної профілактики антиретровірусними препаратами серед ЧСЧ	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	
6.	Забезпечити ефективну систему виявлення ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів ЛЖВ та взяття під МН у разі виявлення ВІЛ-інфекції	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	
7.	Забезпечити реалізацію заходів, спрямованих на досягнення елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу	

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
II. Охоплення населення послугами з консультування і тестування на ВІЛ (ПТВ), насамперед представників КГН щодо інфікування ВІЛ				
1.	Забезпечити високий рівень результативності профілактичної роботи громадських організацій в частині виявлення ВІЛ серед осіб, що належать до КГН	2018-2021	НУО	Досягнення цільового показника «90% ЛЖВ знають свій статус»
2.	Забезпечити навчання медичних працівників навичкам ПТВ для проведення скринінгу населення на ВІЛ	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	
III. Залучення до системи медичного нагляду людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ)				
1.	Запровадити ефективну систему залучення до системи медичного нагляду осіб у разі виявлення у них ВІЛ-інфекції при зверненні за медичною допомогою та при тестування на базі громадських організацій	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА, КМЦ СНІДу, НУО	Забезпечення стовідсоткового доступу ЛЖВ до спеціалізованої медичної допомоги
2.	Забезпечити діагностику опортуністичних інфекцій у ЛЖВ при взятті під МН	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу	
3.	Забезпечити клініко-лабораторне обстеження ЛЖВ при взятті під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією у КМЦ СНІДу	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу	
4.	Забезпечити профілактику та лікування опортуністичних інфекцій у ЛЖВ	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу	
5.	Забезпечити навчання та підвищення кваліфікації лікарів-інфекціоністів ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги з питань діагностики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА, КМЦ СНІДу	
IV. Охоплення людей, які живуть з ВІЛ, антиретровірусною терапією (АРТ)				
1.	Прискорити розширення доступу ЛЖВ до АРТ	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА, КМЦ СНІДу	Досягнення цільового індикатора «90% ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус, отримують лікування»
2.	Продовження та залучення до АРТ пацієнтів, які перебувають під МН в КМЦ СНІДу профілактики та боротьби зі СНІДом	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу	

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
3.	Призначення АРВ-препаратів (базових схем І ряду) лікарями-інфекціоністами за місцем проживання пацієнта	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА	Досягнення цільового індикатора «90% ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус, отримують лікування»
4.	Децентралізація призначення та видачі АРВ-препаратів за місцем проживання пацієнта	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА	
5.	Покращення матеріально-технічної бази КІЗ	2018-2018	Департамент охорони здоров'я, УОЗ РДА	
6.	Оптимізувати процес видачі АРВ-препаратів шляхом запровадження рецептурної безкоштовної їх видачі ЛЖВ через аптечну мережу (2017 р. – пілотний проект)	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, УОЗ РДА	
7.	Забезпечити соціальний супровід ЛЖВ (насамперед представників груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ) силами НУО та КМЦ СССДМ для отримання АРТ	2018-2021	КМЦ СССДМ, НУО	
	V. Досягнення високої ефективності лікування у людей, які живуть з ВІЛ та отримують АРТ			
1.	Запровадити соціальний супровід ЛЖВ, які готуються або отримують АРТ, для досягнення високого рівня прихильності до лікування	2018-2021	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	Досягнення цільового індикатора «90% ЛЖВ, які отримують лікування, мають пригнічення вірусу»
	VI. Розробка та затвердження системи моніторингу і оцінки заходів щодо досягнення цілей «90-90-90»			
		2018	Департамент охорони здоров'я, КМЦ СНІДу, НУО	У м. Києві створена та функціонує ефективна система моніторингу і оцінки, яка базується на визначених індикаторах. Прийняття рішень у сфері ВІЛ/СНІДу ґрунтується на даних МіО

ДОДАТОК:

Таблиця вводу значень індикаторів

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр., % (Показник № 9 плану МіО)	4,33	5,99	2,25	2,46	2,74	4,58	X	X
	чисельник	11	13	5	5	6	11	X	X
	знаменник	254	217	222	203	219	240	X	X
	цільове значення	X	X	X	X	2	X	X	2,5
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)	6,6	7,1	6,4	7,5	6,7	6,9	6,3	6,9
	чисельник	181	198	180	213	192	199	183	201
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907193
	цільове значення	X	13,6	X	X	11,5	X	X	6,1
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)	2,9	2,7	3,3	2,7	3,5	4,3	5,9	4,7
	чисельник	79	73	90	75	99	122	167	136
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907193
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	4,5

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)	X	X	X	X	0,59	0,30	0,48	0,36
	чисельник	X	X	X	X	54	22	27	16
	знаменник	X	X	X	X	9153	7335	5661	4432
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	0,3
5.	Частка молодих людей віком 15–24 роки серед зареєстрованих випадків, %, 2009-2016 рр. (додатковий)	8,8	7,8	7,5	5,3	6,6	5,6	7,9	6,4
	чисельник	96	86	95	69	93	77	103	103
	знаменник	1094	1099	1269	1302	1405	1383	1309	1598
6.	Частка жінок віком 15–24 роки серед взятих на облік ВІЛ+ вагітних з уперше діагностованою ВІЛ-інфекцією, %, 2009-2016 рр. (додатковий)	35,5	19,8	21,6	15,6	24,0	15,3	15,7	18,3
	чисельник	43	23	29	19	29	20	16	19
	знаменник	121	116	134	122	121	131	102	104
7.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)	X	X	X	X	0,67	0,65	0,64	0,67
	чисельник	X	X	X	X	244	230	224	217
	знаменник	X	X	X	X	36421	35515	35222	32 505
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	0,62
8.	Поширеність ВІЛ серед вагітних за даними СЕМ, 2009-2017 рр., % (додатковий)	0,54	0,58	0,69	0,68	0,40	0,44	0,42	0,46
	чисельник	208	221	296	273	170	178	158	160
	знаменник	38815	38122	42620	40071	42977	40302	37971	35076

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
9.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)	4,9	Х	9,4	Х	15,8	Х	2,6	Х
	чисельник	5	Х	10	Х	7	Х	Х	Х
	знаменник	97	Х	103	Х	65	Х	Х	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	15,2
10.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МіО)	5,8	Х	6,2	Х	13,1	Х	8,7	Х
	чисельник	5	Х	10	Х	21	Х	Х	Х
	знаменник	94	Х	166	Х	162	Х	Х	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	7,5	Х	Х	12,5
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	109,6	123,0	125,4	117,6	105,8	96,1	88,1	98,5
	чисельник	3043	3435	3519	3347	3023	2766	2553	2864
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907142
12.	Показник своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих осіб під медичний нагляд, %	Х	Х	Х	Х	42,5	45,1	46,1	51,4
13.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	40	39,4	45,4	46,1	49,0	48,1	45,2	55,0
	чисельник	1094	1077	1269	1302	1405	1383	1309	1598
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907142
	ут.ч. СНІД	376	369	469	456	470	499	480	535
	чоловіки 15+	499	502	605	641	726	717	698	909

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	жінки 15+	324	345	413	417	445	424	386	458
	дорослі разом 15+	823	847	1018	1058	1171	1141	1084	1367
	парентеральний шлях, у т.ч. за стадіями:	498	490	529	538	470	413	327	423
	I стадія	128	102	102	27	24	44	36	43
	II стадія	138	117	73	89	120	105	86	86
	III стадія	177	198	204	289	233	165	125	175
	IV стадія	55	73	150	133	93	99	80	119
14.	Відсоток осіб 15+, у яких встановлено статевий шлях інфікування ВІЛ	39,5	47,9	48,7	53,4	59,9	65,3	71,0	69,1
	статевий шлях, у т. ч.:	325	406	496	565	701	745	770	944
	чоловіки 15+	134	174	214	260	366	396	449	571
	гетеросексуальний шлях, у т.ч. за стадіями:	308	379	455	497	570	609	590	704
	I стадія	198	211	190	116	148	200	211	217
	II стадія	48	67	57	109	164	169	144	155
	III стадія	55	67	115	186	140	119	105	140
	IV стадія	24	34	93	86	118	121	130	192
	гомосексуальний шлях, у т.ч. за стадіями:	17	27	41	68	131	136	180	240
	I стадія	14	15	24	19	47	70	98	131
	II стадія	2	8	3	23	53	45	49	55
	III стадія	0	4	9	20	25	13	18	26
	IV стадія	1	0	5	6	6	8	15	28

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
15.	Відсоток чоловіків, які мали секс з чоловіками, серед загальної кількості чоловіків зі статевим шляхом інфікування ВІЛ, %	12,7	15,5	19,2	26,2	35,8	34,3	40,1	42,0
16.	Захворюваність на СНІД за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	13,8	13,2	16,7	16,2	16,4	17,3	16,6	18,4
17.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
	чисельник								
	знаменник								
18.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	7,5	9,0	7,6	8,9	10,7	11,0	9,7	11,8
	чисельник	209	251	212	253	305	316	282	343
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907409
19.	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.	6,5	7,1	6,4	7,5	6,7	6,9	6,3	6,9
	чисельник	181	198	179	213	192	199	182	201
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907409
20.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	249,8	268,0	295,2	318,3	350,9	382,2	407,0	409,5
	чисельник	6847	7388	8182	9015	9913	10875	11654	11738
	знаменник	2775331	2792165	2806729	2845023	2856900	2878300	2897300	2907409

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
21.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	25,6	X	25,8	X	20,2	X	20,4	X
	чисельник	104	X	131	X	101	X	81	X
	знаменник	407	X	508	X	500	X	399	X
	цільове значення	X	X	X	X	18,2	X	X	X
22.	Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	24,6	X	24,0	X	2,0	X	1,9	X
	чисельник	64	X	72	X	6	X	4	X
	знаменник	260	X	300	X	300	X	200	X
	цільове значення	X	X	X	X	6,6	X	X	X
23.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	7,5	X	7,0	X	17,0	X	15,3	X
	чисельник	15	X	28	X	68	X	15	X
	знаменник	200	X	400	X	400	X	100	X
	цільове значення	X	X	X	X	7,9	X	X	X
24.	Відсоток молодих людей віком 15-24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013-2016 рр. (Показник № 18 плану МіО)	40	21,4	X	17	28,5	23	26,9	X
	чисельник	X	X	X	X	128	X	X	X
	знаменник	X	X	X	X	449	X	X	X
	цільове значення	X	95	X	X	X	X	X	X

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
25.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загальної кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	52,7	45,2	42,8	49,6
	чисельник	Х	Х	Х	Х	621	522	469	684
	знаменник	Х	Х	Х	Х	1179	1156	1097	1378
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	40
26.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли МН протягом року, серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих осіб, що перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	79,8	90,8	80,5	86,2
	чисельник	Х	Х	Х	Х	7604	9538	9138	9878
	знаменник	Х	Х	Х	Х	9534	10508	11352	11454
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	80
27.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	90,8	90,4	89,4	93,3
	чисельник	Х	Х	Х	Х	802	836	828	84
	знаменник	Х	Х	Х	Х	883	925	926	90
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	85
28.	Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	19644	19295	24422	23597

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
29.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2009-2015 рр. (додатковий)	47,7	X	32,5	X	74,5	X	X	X
	чисельник	194	X	165	X	372	X	X	X
	знаменник	407	X	508	X	500	X	X	X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	60	X
30.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15-24 роки, охоплених профілактичними програмами, 2009-2015 рр. (додатковий)	26,5	X	20,5	X	61,8	X	X	X
	чисельник	26	X	21	X	40	X	X	X
	знаменник	97	X	103	X	65	X	X	X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	X
31.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які використовували стерильний інструментарій під час останньої ін'єкції, 2009-2015 рр. (додатковий)	94,1	X	97,4	X	99,2	X	97,4	X
	чисельник	383	X	495	X	496	X	388	X
	знаменник	407	X	508	X	500	X	399	X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	X
32.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, 2009-2015 рр. (додатковий)	42,1	X	37,2	X	61,8	X	45,2	X
	чисельник	171	X	189	X	309	X	180	X
	знаменник	407	X	508	X	500	X	399	X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	X

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
33.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 15 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	6417	6774	6808	6550
34.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2009-2015 рр. (додатковий)	42,2	Х	45	Х	74,6	Х	82	Х
	чисельник	109	Х	135	Х	120	Х	164	Х
	знаменник	259	Х	300	Х	150	Х	200	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	60
35.	Відсоток працівників комерційного сексу, які повідомили про використання презерватива під час останнього статевого контакту з клієнтом, 2009-2015 рр. (додатковий)	87,9	Х	71,6	Х	94,5	Х	98,9	Х
	чисельник	227	Х	214	Х	141	Х	198	Х
	знаменник	259	Х	300	Х	150	Х	200	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
36.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 16 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	9022	11109	12610	14130
37.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2009-2015 рр. (додатковий)	49,7	Х	73	Х	60,6	Х	69	Х
	чисельник	99	Х	292	Х	242	Х	41	Х
	знаменник	200	Х	400	Х	400	Х	100	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	60	Х

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
38.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які повідомили про використання презерватива під час останнього анального статевого контакту з партнером-чоловіком, 2009-2015 рр. (додатковий)	45,4	X	73,3	X	81,8	X	91	X
	чисельник	91	X	293	X	327	X	91	X
	знаменник	200	X	400	X	400	X	100	X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X		X
39.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник № 21 плану МіО)	X	X	X	X	69,5	87,0	43,3	62,4
	чисельник	X	X	X	X	6492	9458	5049	7011
	знаменник	X	X	X	X	9945	10875	11654	11237
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	80
40.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2015 рр. (Показник № 10 плану МіО)	28,4	X	33,1	X	62,3	X	36,5	X
	чисельник	X	X	X	X				
	знаменник	407	X	508	X	500	X		X
	цільове значення	X	X	X	X	X	X	X	45
41.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків вікової групи 15-24 роки, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (додатковий)	21,5	X	29	X	55,5	X	43,2	X
	чисельник	21	X	68	X	36	X	X	X
	знаменник	97	X	103	X	65	X	X	X

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
42.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2015 рр. (Показник № 11 плану МіО)	53,2	Х	37,3	Х	60,2	Х	80,5	Х
	чисельник	150	Х	112	Х	90,3	Х	161	Х
	знаменник	259	Х	300	Х	150	Х	200	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	65
43.	Відсоток працівників комерційного сексу вікової групи 15-24 роки, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2015 рр. (додатковий)	49,3	Х	38,5	Х	70,6	Х	79,3	Х
	чисельник	25	Х	35	Х	23	Х		Х
	знаменник	51	Х	91	Х	33	Х		Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х
44.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО)	62,2	Х	51	Х	61,4	Х	66	Х
	чисельник	124	Х	204	Х	245	Х	66	Х
	знаменник	200	Х	400	Х	400	Х	100	Х
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	
45.	Відсоток чоловіків вікової групи 15-24 роки, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2009-2015 рр. (додатковий)	60	Х	48	Х	51,7	Х	Х	Х
	чисельник	56	Х	80	Х	83	Х	Х	Х
	знаменник	94	Х	166	Х	162	Х	Х	Х
46.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ та які наразі її отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	3622	4499	5021	6693

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
47.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	61,9	45,8	62,3	70,2
	чисельник	Х	Х	Х	Х		258	356	388
	знаменник	Х	Х	Х	Х		563	571	553
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	55
48.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	92,8	91,1	94,9	94,6
	чисельник	Х	Х	Х	Х	141	154	168	175
	знаменник	Х	Х	Х	Х	152	169	177	185
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	99
49.	Відсоток осіб з опіoidною залежністю, які отримують ЗПТ, 2013-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)	Х	Х	Х	Х	11,5	13,9	13,8	16,9
	чисельник	Х	Х	Х	Х	744	844	829	990
	знаменник	Х	Х	Х	Х	6442	6084	6024	5852
	цільове значення	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	20
50.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.	Х	Х	Х	Х	47,6	47,2	54,9	67,8
	чисельник	Х	Х	Х	Х	3622	4499	5021	6693
	знаменник	Х	Х	Х	Х	7604	9538	9138	9878
51.	Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	6693
52.	Кількість ЛЖВ віком 15+, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.	Х	Х	Х	Х	Х	Х	Х	5809

Оцінка міської цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2012–2016 роки у місті Києві

ЗВІТ

Автори звіту:

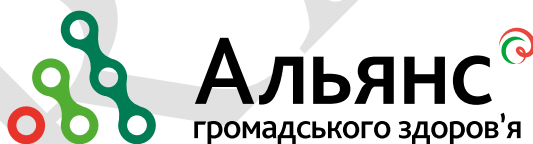
О. Юрченко
Ж. Антоненко
Н. Бугаєнко
Ю. Новак
В. Яцик

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 60x90/8
Ум. друк. арк. 7,44
Тираж 50 прим. Замовл. № 34/2

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