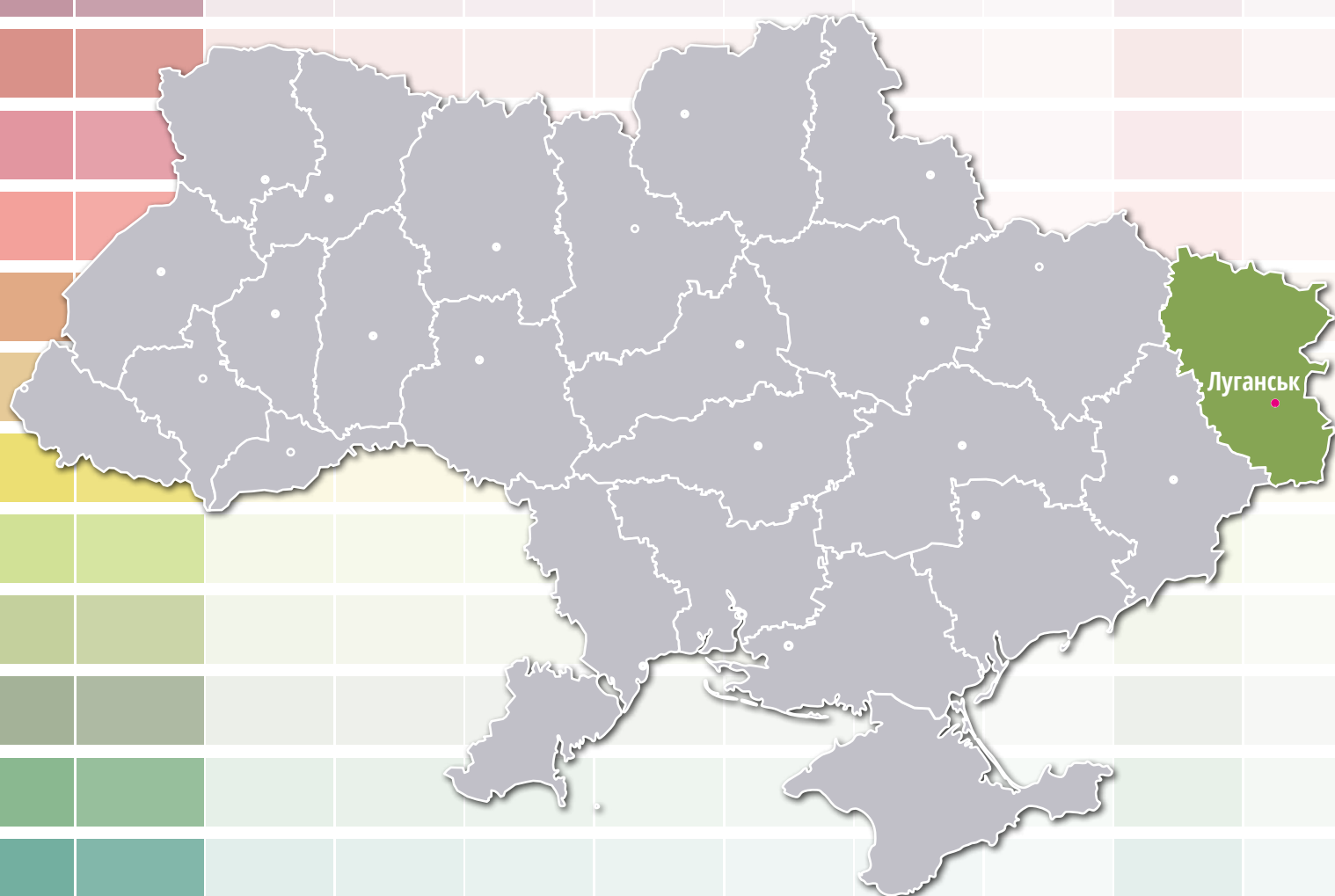


ЗВІТ

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

У **ЛУГАНСЬКІЙ**
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ЛУГАНСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК

0-93

Авторський колектив:

Трощій Юлія – регіональний координатор дослідження, головний лікар Луганського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, лікар-інфекціоніст;

Ключник Інна – консультант-аналітик, завідувач відділом профілактично-організаційно-методичної роботи та моніторингу Луганського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, лікар-епідеміолог;

Ольхова Анастасія – консультант з аналізу, обробки даних та проведення оцінки програми; соціальний працівник відділу профілактично-організаційно-методичної роботи та моніторингу Луганського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом;

Батуревич Тетяна – консультант з аналізу, обробки даних та проведення оцінки програми; помічник епідеміолога відділу профілактично-організаційно-методичної роботи та моніторингу Луганського обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом. За методичної та організаційної підтримки:

Надута-Скринник Ксенія – національний координатор по Донецькій та Луганській області проекту Оцінки регіональних програм; фахівець ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», к. мед. н. зі спеціальності соціальна медицина, економіка та організація охорони здоров'я, лікар-статистик.

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Луганській області. Звіт** – Трощій Ю., Ключник І., Ольхова А., Батуревич Т., Надута-Скринник К. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 80 с.

ISBN 000-000-000-000-0

У Звіті представлено результати проведеної оцінки Обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки в Луганській області.

Звіт містить інформацію про основні тенденції індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції за період 2009–2016 років, основні сильні та слабкі сторони відповіді регіону на епідемію в Луганській області у рамках виконання заходів Обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки, а також описує пропозиції щодо шляхів вирішення виявлених проблем.

Інформація буде корисною для фахівців Департаменту охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації, закладів охорони здоров'я області, неурядових організацій, що працюють у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу, членів обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

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

ISBN 000-000-000-000-0

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
I. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	8
II. ВСТУП	11
III. МЕТОДОЛОГІЯ	12
IV. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	16
1. Стан епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу на підконтрольній території Луганської області станом на 01.01.2017 р.	16
2. Крос-секційний каскад лікування ЛЖВ станом на 01.01.2017 року	21
3. Аналіз заходів регіональної Програми за 5 напрямками ВООЗ.	23
3.1. Антитретровірусна терапія	23
3.2. Тестування і консультування на ВІЛ	28
3.3. Профілактичні послуги для ЛВІН	32
3.3-3.4. Профілактичні послуги для ОСБ та ЧСЧ	36
V. ВИСНОВКИ	37
VI. ОБМЕЖЕННЯ У ПРОВЕДЕННІ ОЦІНКИ	40
VII. РЕКОМЕНДАЦІЇ	44
VIII. ПЛАН ЗАХОДІВ з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Луганській області за результатами проведеної Оцінки заходів на 2018-2020 рр.	49
IX. ДОДАТОК. Таблиця вводу значень індикаторів впливу	54

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

З метою посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування Загальнодержавної та регіональної цільових соціальних програм з протидії ВІЛ/СНІДу на 2019-2023 рр. протягом квітня-вересня 2017 року в Україні, в тому числі і у Луганській області, проводилась оцінка діючих регіональних програм.

Оцінка відповіді Луганської області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу була проведена регіональною командою фахівців служби СНІДу у співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

Підхід у проведенні оцінки поєднував рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Було застосовано вторинний аналіз даних, включаючи статистику та документи. Оцінка базувалась на аналізі даних за 2009-2016 рр., які стосувалися окремої території області, де органи державної влади продовжують здійснювати свої повноваження (далі – підконтрольна територія) після розмежування внаслідок військового конфлікту.

У даному звіті представлені результати оцінки впливу впроваджених у регіоні заходів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу за ключовими індикаторами (захворюваність, смертність, поширеність) і очікуваними результатами, які узагальнено за п'ятьма напрямками, які роблять найбільший внесок у каскад лікування: антиретровірусна терапія (АРТ), консультування і тестування на ВІЛ (КіТ), профілактичні ВІЛ-послуги для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН), чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ), осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду (ОСБ). Кожен і з напрямків було оцінено за п'ятьма питаннями, рекомендованими ВООЗ:

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

Ключові висновки проведеного аналізу

У Луганській області заходи з впровадження АРТ не дозволяють ефективно впливати на епідемію ВІЛ-інфекції та випереджати темпи її розвитку. Ситуація зумовлена низкою причин, а саме: централізацією послуг з АРТ, початком лікування антиретровірусними препаратами (АРВП) на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції, слабким рівнем інтегрованості та відсутністю спрямованості послуг, що надаються, на потреби пацієнтів, низькою ефективністю впровадження заходів з формування прихильності до АРТ у людей, які живуть з вірусом імунодефіциту (ЛЖВ) неурядовими організаціями (НУО) та закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), неактуальністю національної політики щодо планування та забезпечення регіону антиретровірусними препаратами (АРВП). Ситуація ускладнюється некоректністю посмертних діагнозів, наявними обмеженнями даних та, як наслідок, недостатнім розумінням ситуації щодо утримання на АРТ ключових груп населення.

Запроваджені у регіоні заходи з тестування і консультування на ВІЛ не відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту. Доступ до послуг з тестування на ВІЛ (ПТВ) зростає, але залишається обмеженим, особливо для осіб з груп ОСБ та ЧСЧ через наявну стигматизацію та дискримінацію.

Таку ситуацію зумовлюють декілька причин, а саме:

- недостатня децентралізація послуг з КіТ;
- обмежене коло надавачів КіТ;
- відсутність у регіоні лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції;
- неефективність системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними ЗОЗ;
- відсутність відповідної підготовки сімейних лікарів та фахівців вузького профілю з оцінки ризиків інфікування ВІЛ, навичок з роботи з ключовими групами населення (КГН);
- низька активність лікарів ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів щодо обстеження пацієнтів з ініціативи медичного працівника;
- невідповідність фактичного фінансування компоненту КіТ запланованому, розширення доступу населення до КіТ лише за рахунок благодійних коштів.

ЛВІН у регіоні охоплені заходами з КіТ, АРТ, профілактичними послугами, однак, враховуючи наявні щодо цієї групи обмеження щодо їхньої оціночної кількості, а також відсутність результатів біоповедінкових досліджень (БПД) у регіоні, неможливо об'єктивно оцінити повноту цього охоплення. Є проблеми нерівномірного доступу ЛВІН до послуг асистованого тестування на ВІЛ, низької залученості та прихильності ЛВІН до АРТ, послуг зі зменшення шкоди. Профілактичними програмами у регіоні не охоплені партнери ЛВІН; у спектрі послуг профільної НУО відсутній психосоціальний супровід; ЛВІН разом з іншими ЛЖВ мають бар'єри щодо діагностики туберкульозу та вірусних гепатитів (ТБ та ВГ).

У регіоні працює програма видачі шприців, голок та антисептичних серветок, однак не практикується обмін на використані, що посилює стигматизацію ЛВІН спільнотою; фінансування профілактики ВІЛ серед ЛВІН планується та здійснюється тільки за рахунок коштів Глобального фонду, що зумовлює значну залежність регіону від зовнішнього фінансування.

Відсутність стратегічної інформації щодо оціночної кількості ОСБ та ЧСЧ для підконтрольної території області не дозволяє зробити адекватні висновки щодо масштабів та ефективності заходів з протидії ВІЛ серед цих уразливих груп .

В умовах військового конфлікту, коли соціальний портрет ОСБ у районах «сірої зони» та дислокації військовослужбовців набув особливого значення та форм, сформовано нову групу ризику – населення районів «сірої зони» та дислокації військовослужбовців, яке практикує ризиковану поведінку щодо інфікування ВІЛ та має обмежений доступ до ВІЛ-послуг. В місця дислокації військових частин приїжджають жінки з метою надавати сексуальні послуги за грошову чи матеріальну винагороду, інколи практикується співжиття «громадянським шлюбом» на короткий термін, що також можна вважати одним з шляхів отримання вигод за надання, між іншим, сексуальних послуг. Таким чином, військові, що перебувають на території «сірої зони» та на лінії розмежування, можуть стати групою-містком для розповсюдження ВІЛ інфекції.

Зважаючи на особливі умови у регіоні, особливо гострого значення набуває необхідність проведення БПД серед КГН, а також військовослужбовців, які стали додатковими містками, як партнери ОСБ, що впливають на епідемічний процес. Відсутність фінансування на профілактику ВІЛ серед ОСБ та ЧСЧ у межах регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки не дозволяє надати адекватну відповідь на епідемію для цих ключових груп.

Ефективність запроваджених на підконтрольній території Луганської області заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІДу суттєво обмежена через відсутність регіональної системи МіО, яка після розмежування територій і переміщення РЦ СНІДу так і не була відновлена та не розвинена для прийняття управлінських рішень і координації дій.

Проведена оцінка показників Програми свідчить про наявність в області прогалин у відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, оскільки військовий конфлікт, який розпочався у 2014 році та дотепер триває у регіоні, не міг не призвести до негативних наслідків, у т.ч. і у сфері протидії ВІЛ/СНІДу, а саме: у період активних бойових дій (з липня 2014 року до квітня 2015 року) у деяких районах, наближених до лінії розмежування (Новоайдарський, Станично-Луганський, Попаснянський), через часткову руйнацію лікарень, надання медичної допомоги, у т.ч. і ВІЛ-послуг, періодично призупинялось, РЦ СНІДу не функціонував взагалі, налагоджена регіональна система моніторингу та оцінки була повністю зруйнована. З початку 2014 р. на території області припинила діяти Регіональна програма протидії епідемії ВІЛ/СНІДу; програма на наступний період (2016-2018 рр.) була розроблена та затверджена лише у травні 2016 р.

Виявлені у регіоні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції свідчать, насамперед, про необхідність розробки заходів регіональної програми з урахуванням особливостей умов існування регіону в останні роки, наявних обмежень та слабких місць, виявлених під час оцінки ресурсів.

За результатами оцінки надано основні рекомендації, що включають:

- розширення доступу населення до тестування на ВІЛ-інфекцію;
- оптимізацію системи перенаправлення та руху ВІЛ-позитивних осіб між різними ЗОЗ;
- підвищення активності лікарів ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів щодо обстеження пацієнтів з ініціативи медичного працівника;
- децентралізацію ВІЛ-послуг надання АРТ за місцем проживання в усі регіони області;

- розвиток мережі сайтів інтегрованих послуг на базі протитуберкульозних, наркологічних та психоневрологічних диспансерів, служби СНІДу;
- підвищення ефективності заходів з формування прихильності ЛЖВ до АРТ, особливо ЛВІН;
- облаштування відділу діагностики ВІЛ та ВГ у лабораторії РЦ СНІДу;
- координацію системи взаємодії ПТС, патологоанатомічної та судово-медичної служб з обміну та верифікації даних щодо причин смерті ЛЖВ;
- посилення заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД);
- розробку та впровадження стратегії профілактики ВІЛ-інфекції серед ОСБ та ЧСЧ;
- зниження рівня стигматизації та дискримінації ЛЖВ та КГН серед постачальників медичних послуг та у суспільстві загалом;
- розширення доступу ЛЖВ та КГН до послуг з профілактики, догляду та підтримки через впровадження механізму соціального замовлення, через використання інтервенцій з доведеною ефективністю;
- запровадження заходів щодо охоплення партнерів ЛВІН профілактичними програмами;
- усунення наявних бар'єрів щодо діагностики ТБ та ВГ;
- підвищення рівня знань і навичок медичних працівників щодо толерантного ставлення до ЛЖВ, ЛВІН, ОСБ, ЧСЧ та надання їм медичних послуг;
- відновлення роботи РЦ МіО, розбудова системи МіО на регіональному рівні;
- проведення у регіоні додаткових досліджень серед КГН (біоповедінкові тощо).

У межах підготовки нової регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області, результати проведеної оцінки є основним джерелом стратегічної інформації.

I. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
БПД	біоповедінкові дослідження
ВГ	вірусні гепатити
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВДТБ	вперше діагностований туберкульоз
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДБ	держаний бюджет
ДОЗ	департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я

ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення України
КЗ	комунальний заклад
КІТ	послуги з тестування на ВІЛ
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
ЛОЦПБСНІД	Луганський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІД
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МЛ	міська лікарня
МН	медичний нагляд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НУО	неурядова організація
ОДА	обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ОСБ	особи, що надають сексуальні послуги за винагороду,
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
РЦ СНІДу	регіональний центр СНІДу
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз

ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	управління охорони здоров'я
ХЗВ	хвороби, зумовлені ВІЛ-інфекцією
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦСССДМ	центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
CDC	Центри США з контролю та профілактики захворювань
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
«сіра зона»	райони Луганської області, наближені до лінії розмежування територій (прифронтові), де органи державної влади продовжують здійснювати свої повноваження. Впродовж 2016 року їх склад був постійним: окремі населенні пункти Новоайдарського, Попаснянського, Станично-Луганського районів

II. ВСТУП

Метою Проекту Оцінки регіональних програм в Луганській області є аналіз відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надання рекомендацій щодо формування регіональної програми на 2019–2023 рр. і внесення обґрунтованих пропозицій для формування наступної Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. (далі – Загальнодержавна програма).

Основними завданнями оцінки було:

1. Визначити тенденції динаміки індикаторів впливу на епідемію, досягнення показників Загальнодержавної програми, національного плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної програми протидії (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».
2. Оцінити хід реалізації заходів протидії ВІЛ/СНІДу за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).
3. Проаналізувати результати впровадження регіональної програми, розглянувши ті заходи, які пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, що потребують найбільшої уваги.
4. Надати рекомендації для формування регіональної програми на 2018–2023 рр., внести зміни до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на обласному рівні.

Державна політика у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області протягом 2009–2013 рр. здійснювалася на підставі обласної цільової соціальної програми. На наступний період – з 2014 року до травня 2016 року – через складну соціально-економічну ситуацію у регіоні Програма не розроблялась, доки не розпорядженням голови обласної державної адміністрації – керівника обласної військово-цивільної адміністрації № 283 від 18.05.2016 була затверджена Регіональна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки, яка діє на підконтрольній території області.

У Луганській області через особливості контексту регіону замість оцінки регіональної програми було проведено оцінку відповіді області на епідемію ВІЛ-інфекції, базуючись на оцінці реалізації в регіоні заходів Загальнодержавної програми.

Враховуючи постійну залежність від зовнішнього фінансування та обґрунтовану необхідність зміцнення системи охорони здоров'я на місцевому рівні у напрямку організації та подальшого впровадження відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, існує необхідність у створенні нової регіональної програми протидії ВІЛ/СНІДу, яка повинна бути спрямована на сталість та ефективність запроваджених заходів.

За результатами оцінки отримано звіт, у якому основними досягненнями визначені як прогресивні кроки Луганської області щодо відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, так і проблемні аспекти, які потребують посилення уваги і конкретних дій. Результати оцінки та напрацьовані рекомендації є джерелом стратегічної інформації і мають бути враховані в процесі підготовки регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019-2023 роки.

III. МЕТОДОЛОГІЯ

Мета проведеного дослідження – оцінка відповіді Луганської області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та визначення рекомендацій щодо формування регіональної програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми. Процес оцінки в Луганській області відбувався, базуючись на підході, запропонованому проектом МЕТИДА, який поєднував рекомендації ВООЗ та Глобального Фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Оцінка регіональної програми передбачала кабінетне дослідження та вторинний аналіз даних, який здійснювався за п'ятьма напрямками програмних заходів регіональної Програми, які роблять свій внесок у каскад лікування:

- Антиретровірусна терапія (АРТ) (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ).
- Консультування і тестування на ВІЛ (KіT) (включно з KіT серед КГН).
- Профілактичні ВІЛ-послуги для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).
- Профілактичні ВІЛ-послуги для чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).
- Профілактичні ВІЛ-послуги для осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, (ОСБ).

Кожен з цих напрямків був оцінений за п'ятьма запитаннями, які пропонує ВООЗ:

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

Внаслідок військового конфлікту у 2015 році було втрачено доступ до частини районів Луганської області (Антрацит, Брянка, Кіровськ, Алчевськ, Краснодон, Красний Луч, Первомайськ, Ровеньки, Свердловськ, Стаханов, Антрацитівський, Краснодонський, Лутугинський, Перевальський, Слов'яносербський райони), з липня 2015 року збір рутинної статистики на всій території області призупинився. З цього часу епіднагляд за ВІЛ-інфекцією став можливим лише на тих територіях, де органи державної влади продовжують здійснювати свої повноваження, а саме: Сєвєродонецьк, Лисичанськ, Рубіжне, Сватівський, Кремінський, Старобільський, Новоайдарський, Новопсковський, Троїцький, Міловський, Білокуракинський, Біловодський, Попаснянський, Станично-Луганський, Марківський райони. Таким чином, з метою отримання релевантних

даних до проведення оцінки були включені лише вказані території: за період, що передував розмежуванню районів (2009-2014 рр.), з загальнообласних звітів було здійснено вибірку даних за цими районами, а за 2015-2016 рр. використовувались дані звітності переміщеного РЦ СНІДу, який здійснює епідагляд за ВІЛ-інфекцією лише на території вказаних районів.

Під час кабінетного етапу дослідження аналізувалися статистичні дані, отримані від обласних органів державної статистики, наявні статистичні та звітні дані СЕМ, РЕН, доступні у Луганському обласному центрі з профілактики та боротьби зі СНІДом. Щодо даних моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих БПД, а також даних прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу у програмі Spectrum, їхній збір був обмеженим через використання вибірки територій. Збір персоніфікованої інформації протягом кабінетного етапу дослідження не здійснювався; залучення людей як об'єктів досліджень не передбачалося.

Джерелами даних для кабінетного етапу дослідження стали:

1. Відповіді на офіційні запити за формою, підготовленою регіональною командою з оцінки, що містили дані рутинної статистики (державні медичні установи) та програмного моніторингу (НУО), направлені фахівцями РЦ СНІДу керівникам відповідних закладів та відомств (ЗОЗ, Департамент охорони здоров'я, Департамент освіти та науки, обласний військовий комісаріат, Луганське обласне відділення БВО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді).
2. Форми облікової документації:
 - Форма звітності №2 ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20__ рік».
 - Форма звітності «Стани та хвороби, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), у ВІЛ-інфікованих громадян України».
 - Форма звітності №59 «Звіт про проведення медикаментозної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції за рік».
 - Форма № 2/1 (місячна) «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)».
 - Щомісячна інформація про кількість ВІЛ-інфікованих дітей і дітей, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ, та які перебувають під медичним наглядом.
 - Форма звітності №3 – ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію».
 - Форма звітності №56 «Звіт про надання антиретровірусної терапії ВІЛ-інфікованим особам станом на 01.__.20__ року».
 - Форма звітності №57 «Звіт про дорослих та дітей, які розпочали антиретровірусну терапію у когорті та лікуються 6, 12, 24, 36... місяців, станом на 01.__.20__ року».
 - Форма звітності №58 «Звіт про проведення діагностики, профілактики та лікування туберкульозу та вірусних гепатитів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів за 20__ рік».
 - Форма звітності №63-1 (річна) «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини за 20__ рік».
 - Форма звітності №63 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини за 20__ рік».
 - щорічний звіт за регіональними показниками МіО відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції в Україні.

3. Інформаційні бюлетені щодо аналізу епідеміологічної ситуації та ефективності впроваджених заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області (за 2009–2014 роки).
4. Дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, отримані за допомогою програмного забезпечення Spectrum/ERP (оціночна чисельність ЛЖВ та КГН). Прогноз розраховувався для Луганської області загалом. Для проведення оцінки необхідно було обрати методику відокремлення від обласних значень лише тієї частки, яка стосується підконтрольних районів. Було зроблене припущення про пропорційність часток оціночної чисельності ЛЖВ та групи МН у вибірці територій. Враховуючи це, з використанням даних за 2009–2014 рр. була виведена середня частка осіб групи МН підконтрольної території у обласній групі МН–45,7% та отримано результат в 2470 ЛЖВ, ця чисельність у регіоні і була затверджена Координаційною радою з протидії ВІЛ/ТБ у 2017 р. як оціночна кількість ЛЖВ. При розрахунку цього показника було використано лінійний прогноз Spectrum/ERP без врахування регіональних особливостей через військові події.

Для отримання оціночної кількості осіб з КГН для підконтрольної території області було обрано схожу методику, а саме: розрахунки проведені шляхом визначення середньої за 2009–2014 рр. частки постійного населення, яке проживало у підконтрольних районах, від загальної чисельності населення по області з подальшим відокремленням цієї частки осіб від загальнообласної оціночної кількості ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ.

Загальнообласна оціночна кількість осіб з уразливих груп була отримана за результатами відповідного дослідження в рамках проекту «Залучення місцевих організацій до розвитку МіО у сфері ВІЛ/СНІДу в Україні» (МЕТІДА, 2016 р.) з використанням п'ятих джерел даних. При її розділенні на дві розмежовані території області бралось до уваги лише одне з п'яти джерел – офіційна статистика щодо чисельності населення, без врахування, наприклад, кількості осіб, які перебувають на обліку у наркологічних диспансерах, даних НУО щодо охоплення послугами представників ключових груп, результатів БПД, даних щодо кількості профілів на сайтах знайомств для ЧСЧ тощо. Усі ці дані неможливо виокремити лише для підконтрольної території.

5. Аудіоматеріали регіональної зустрічі за участю зацікавлених сторін.

Отримані матеріали (аудіозапис) було використано за погодженням усіх учасників, яких було попереджено про запис, та яким було надано на погодження протокол проведення зустрічі.

Дані БПД, що до 2015 року проводилися на території Луганської області, стосувалися лише тих районів, доступ до яких в подальшому було втрачено внаслідок військового конфлікту, що не дало змогу екстраполювати їх на підконтрольні райони та застосувати для оцінки. В інший час БПД на території Луганської області не проводилися.

Оцінка розпочалась з регіональної зустрічі за участі зацікавлених сторін, на якій було обговорено проблемні аспекти протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в області, прийняте рішення провести кабінетне дослідження. На зустрічі було досягнуто домовленості у підтримці проекту оцінки усіма залученими до відповіді на епідемію ВІЛ в області установами шляхом обміну даними та інформацією, участі зацікавлених сторін в обговоренні проміжних та остаточних результатів оцінки.

Наступним етапом став збір та систематизація кількісних даних, необхідних для оцінки індикаторів впливу. Було використано індикатори Плану МіО, додаткові показники, запропоно-

вані національною командою з оцінки, а також сформовані регіональною командою з оцінки з урахуванням специфіки регіону (*див. Додаток до звіту – Таблицю значень індикаторів впливу*). На основі аналізу індикаторів сформульовано висновки щодо тенденцій епідемічного процесу ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні і побудовано каскад лікування, зроблено попередні висновки щодо можливих причин виявлених проблем.

Для уточнення даних і отримання додаткової інформації для відповідей на запитання щодо реалізації п'яти обраних напрямків були зроблено повторні запити. За допомогою інструменту "Матриця" були зібрані та проаналізовані додаткові кількісні дані, а також проведено співставлення впроваджених заходів із визначеними «проблемними» індикаторами та питаннями.

Під час регіональних зустрічей і консультацій також збирались дані щодо попередніх результатів оцінки від представників усіх обласних установ, залучених до відповіді на епідемію ВІЛ. Під час робочих зустрічей з надавачами послуг робились спроби отримати відповіді на проблемні запитання щодо можливостей, потреб та ресурсів для розширення медичних, профілактичних і соціальних послуг населенню області, в тому числі особам з КГН. Для визначення відповідей на ключові питання було зроблено синтез результатів, отриманих з різних джерел інформації.

У підсумку були розроблені рекомендації щодо усунення прогалин і слабких сторін реалізації заходів протидії та формування плану заходів нових Загальнодержавної та обласної програм протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2019-2023 роки, які формувались на основі попередніх розділів оцінки та пропозицій зацікавлених сторін. Поширення результатів дослідження планується у вигляді оприлюднення результатів Звіту з оцінки на офіційних веб-сайтах ОДА, ДОЗ, РЦ СНІДу. Результати можуть бути використані для публікації членами авторського колективу у спеціалізованих журналах, та оприлюднені на фахових конференціях та зустрічах зацікавлених сторін (Координаційна Рада, МРГ).

IV. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

1. Стан епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу на підконтрольній території Луганської області станом на 01.01.2017 р.

Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу та каскаду ВІЛ-послуг на підконтрольній території Луганської області є вкрай важливими для розробки подальших стратегій подолання епідемії ВІЛ у нетипових для України умовах, зокрема, в ситуації тривалого військового конфлікту на сході України та окупації частини територій.

З періоду початку здійснення епідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією (1992 рік) та станом на 01.01.2017 р. на підконтрольній території Луганської області було офіційно зареєстровано 4095 випадків ВІЛ-інфекції, 1309 випадків захворювань на СНІД та 556 випадків смерті від захворювань, ним зумовлених. У закладах служби СНІДу станом на 01.01.2017 на обліку перебували 2072 ВІЛ-інфіковані особи (291,0 на 100 тис. населення), у тому числі 460 хворих на СНІД (64,6 на 100 тис. населення).

За даними СЕМ, впродовж 2014-2016 рр. поширеність ВІЛ серед населення регіону утримується на рівні близько 0,6%, повторюючи тенденції загальнонаціонального показника, але не досягаючи його рівня (близько 1%).

Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб старших 15 років у різних регіонах підконтрольної території області нерівномірна. У 2016 р., при регіональному показнику поширеності ВІЛ-інфекції 317,7 на 100 тис. населення, у п'яти районах цей показник був значно вищим: Рубіжне (775,3 на 100 тис. населення (464 особи)), Сватівський район (596,6 на 100 тис. населення (211 осіб)), Кременський район (400,9 на 100 тис. населення (163 особи)), Лисичанськ (380,4 на 100 тис. населення (441 особа)), Сєвєродонецьк (337,4 на 100 тис. населення (401 особа)).

Впродовж 2014-2015 рр. захворюваність на ВІЛ-інфекцію за СЕМ зафіксована як нижча аналогічного показника за РЕН (*рис. 1*). У 2016 р. обидва показники захворюваності на ВІЛ-інфекцію наближуються один до одного, що свідчить про активізацію роботи служби СНІДу після припинення активних військових дій. В таких умовах достатньо важко оцінити якість та стабільність системи раннього виявлення ВІЛ та залучення ЛЖВ до медичного нагляду.

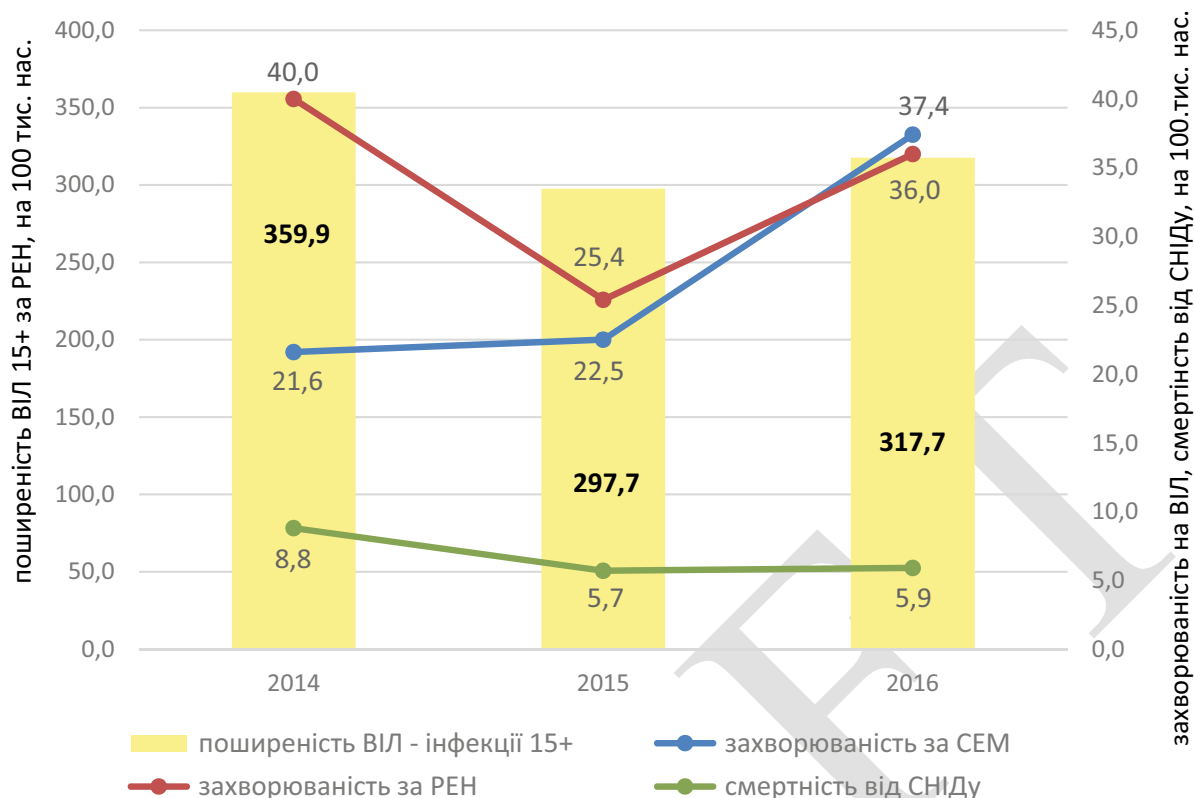


Рис. 1. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ та РЕН, поширеність ВІЛ-інфекції за РЕН (15+) та смертність від СНІДу, на 100 тис. населення, Луганська область (підконтрольна територія), 2014-2016 рр.

Рівень захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію впродовж 2014–2015 рр. мав загальну тенденцію до зниження – з 267 до 183 випадків (38,3 та 25,4 на 100 тис. населення відповідно). Проте у 2016 р. у порівнянні з попереднім роком зафіксовано зростання значення показника до 256 (36,0 на 100 тис. населення); темп приросту становив +41,3%, що є результатом активного включення у діяльність обласної служби СНІДу (див. Рис. 1). Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію у регіоні впродовж усього періоду оцінки був нижчим за загальний по країні (43,2 на 100 тис. населення у 2009 р., 40,0 – у 2016 р.). Щорічно високі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію спостерігаються у п'яти районах, де інтенсивні показники іноді у рази перевищують середній рівень по регіону (2016 р.: середньорегіональний – 36,0 на 100 тис. населення, Рубіжне – 72,4, Лисичанськ – 57,8, Кременський район – 49,8, Сєвєродонецьк – 41,6, Сватівський район – 39,6), що, за припущенням, зумовлене значною концентрацією на цих територіях ЛВІН. Припущення може бути підтверджене лише результатами БПД у цій групі.

Спостерігається стала тенденція зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію (за результатами СЕМ) молодих людей у віці 15-24 роки (з 4 випадків (0,31%) у 2013 р. до 2 випадків (0,21%) у 2016 р.), а також зменшення їхньої частки серед усіх уперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції (з 14 (5,2%) у 2014 р. до 11 (4,3%) у 2016 р.). Згідно з рекомендаціями ЮНЕЙДС та ВООЗ, реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед осіб молодшого віку до певної міри відображає рівень, так званих, «нових» випадків інфікування вірусом, оскільки загроза для цієї групи виникла порівняно недавно.

У 2014-2016 рр. рівень поширеності ВІЛ серед вагітних мав незначну тенденцію до зниження (з 0,48% у 2014 р. до 0,41% у 2016 р.), але стабільно на 28-30% перевищував середній по країні (0,36% у 2014 р. та 0,32% у 2016 р.).

Аналогічні тенденції має і показник ЧПМД у регіоні: за останні роки він суттєво знижується – з 4,9% у 2009 р. до 3,9% у 2016 р., але все ще не досягає середнього показника по країні (3,3% у 2016 році) та, найімовірніше, не досягне і цільового значення за планом МіО (2018 р.-1,0%).

Серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб переважає частка чоловіків, цей показник з 2009 р. поступово зростає та у 2016 р. досяг майже 70% (151 особа). У віковій структурі захворюваності на ВІЛ-інфекцію переважали особи у віці 25-49 років, їх питома вага у загальній тенденції захворюваності щорічно складала біля 70%. Додатковий аналіз статеві-вікового складу пацієнтів дозволив стверджувати, що жінки залучаються до епідпроцесу у більш ранньому віці, ніж чоловіки. Так, за статистичними даними 2016 р., частка осіб у віці 15-29 років серед ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку (15-49 років) становила 26,3% (19 осіб), а серед ВІЛ-позитивних чоловіків тієї ж вікової групи – 11,9% (13 осіб). У 2015 р. ці показники мали менше розходження значень (25,0% (15 осіб) та 29,5% (20 осіб) відповідно).

Наявні дані свідчать, що, як правило, епідемії ВІЛ-інфекції у регіоні впливає на міське населення, частка якого через осіб, вперше взятих під МН щорічно становить понад 85%. У 2016 р. інтенсивні показники захворюваності містян були вищими ніж серед мешканців сільської місцевості у 3,2 рази (219 та 37 осіб, 961,6 проти 304,6 на 100 тис. населення, відповідно).

У структурі шляхів інфікування ВІЛ серед вперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб в області стабільно зростає статевий шлях (з урахуванням показника ЧПМД): з 54,7% (146 випадків) у 2014 р. до 61,3% (157 випадків) у 2016 р. Парентеральний шлях передачі ВІЛ при вживанні ін'єкційних наркотичних препаратів також є достатньо суттєвим: за останні 3 роки частка ЛВІН у структурі шляхів передачі не збільшується, але постійно зберігається на рівні 20-30% (50-70 вперше узятих під нагляд осіб).

У групі МН, як і серед уперше взятих під нагляд, переважали чоловіки (1246 осіб (56,1%) у 2014 р., 1027 (52,1%) у 2015 р., 1082 (52,2%) у 2016 р.); особи вікової групи 25–49 років (2016 р. – 1729 (83,4%)); містяни (2016 р. – 1797 (86,7%)). Серед шляхів передачі ВІЛ у групі МН також постійно превалює статевий шлях: з урахуванням показника ЧПМД його значення стало зросло з 56,2% (1249 випадків) у 2014 р. до 64,4% (1335 випадків) у 2016 р.

Серед ВІЛ-позитивних осіб, виявлених у рамках СЕМ, 16 осіб (8,0%) у 2015 р. та 59 осіб (18,7%) у 2016 р. залишилися поза МН. До того ж, впродовж цих років значна частина ЛЖВ мала низьку прихильність до активної групи МН з різних причин (367 осіб (18,6%) у 2015 р. та 279 (13,5%) у 2016 р.).

Основною перешкодою на шляху подолання епідемії СНІДу залишається пізня діагностика ВІЛ-інфекції. За результатами спостереження відмічалася чітка тенденція до зростання кількості та питомої ваги ЛЖВ у віці 15 років та старших, яких було вперше взято під МН на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції; значення показника щорічно перевищує цільове за планом МіО (рис. 2). Серед усіх нових випадків СНІДу суттєво зростала частка випадків первинної діагностики ВІЛ-інфекції вже на стадії СНІДу: з 25 (21,0%) у 2014 р. до 53 (40,8%) у 2016 р. ТБ залишається найпоширенішим СНІД-індикаторним захворюванням та однією з основних причин смерті ЛЖВ.

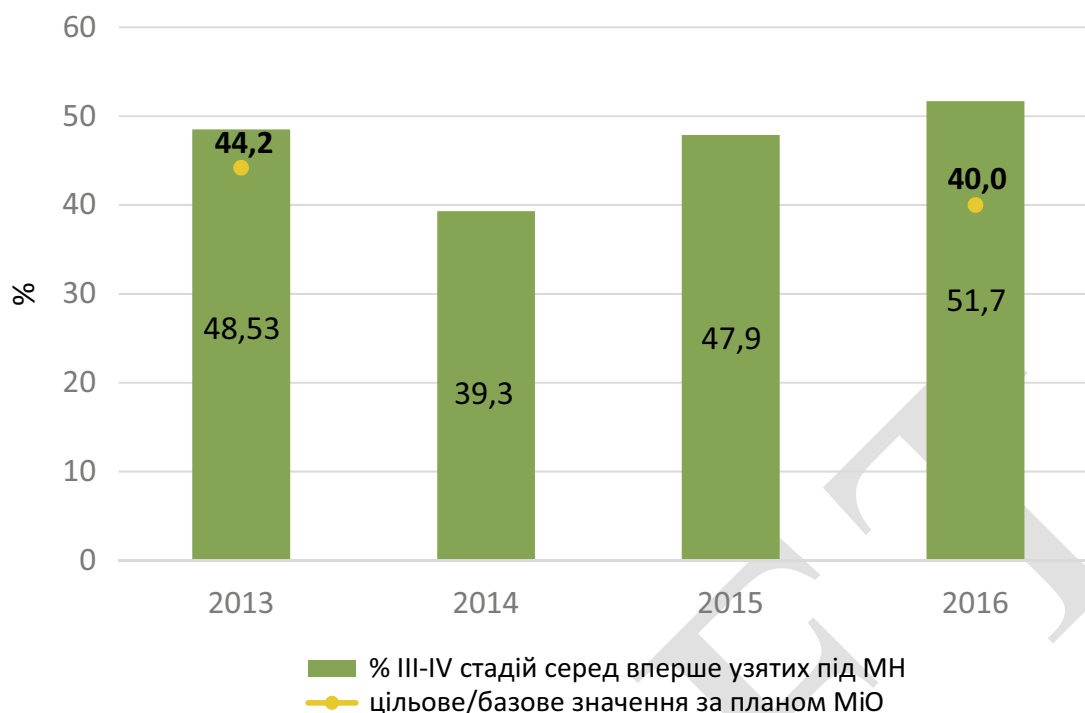


Рис. 2. Відсоток осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом «ВІЛ-інфекція», Луганська область (підконтрольна територія), 2013-2016 рр.

У 2016 р. від СНІДу померло 42 хворих проти 41 у 2015 р. та 59 – у 2014 р.; рівень смертності знизився з 8,8 на 100 тис. населення до 5,9. Зменшення рівня смертності від СНІДу в області відбувалося на фоні суттєвого зростання захворюваності на СНІД (темپ приросту з 2014 по 2016 р. склав +73,1%) (див. Рис. 3). У структурі причин смертності ЛЖВ переважала питома вага смертей від СНІДу, але з тенденцією до зменшення (з 59,6% у 2014 р. до 42,4% у 2016 р.). Таким чином, тенденція рівня захворюваності на СНІД не повторює зміну рівня смертності від СНІДу, що може бути зумовлене некоректністю встановлення ЛЖВ посмертних діагнозів.

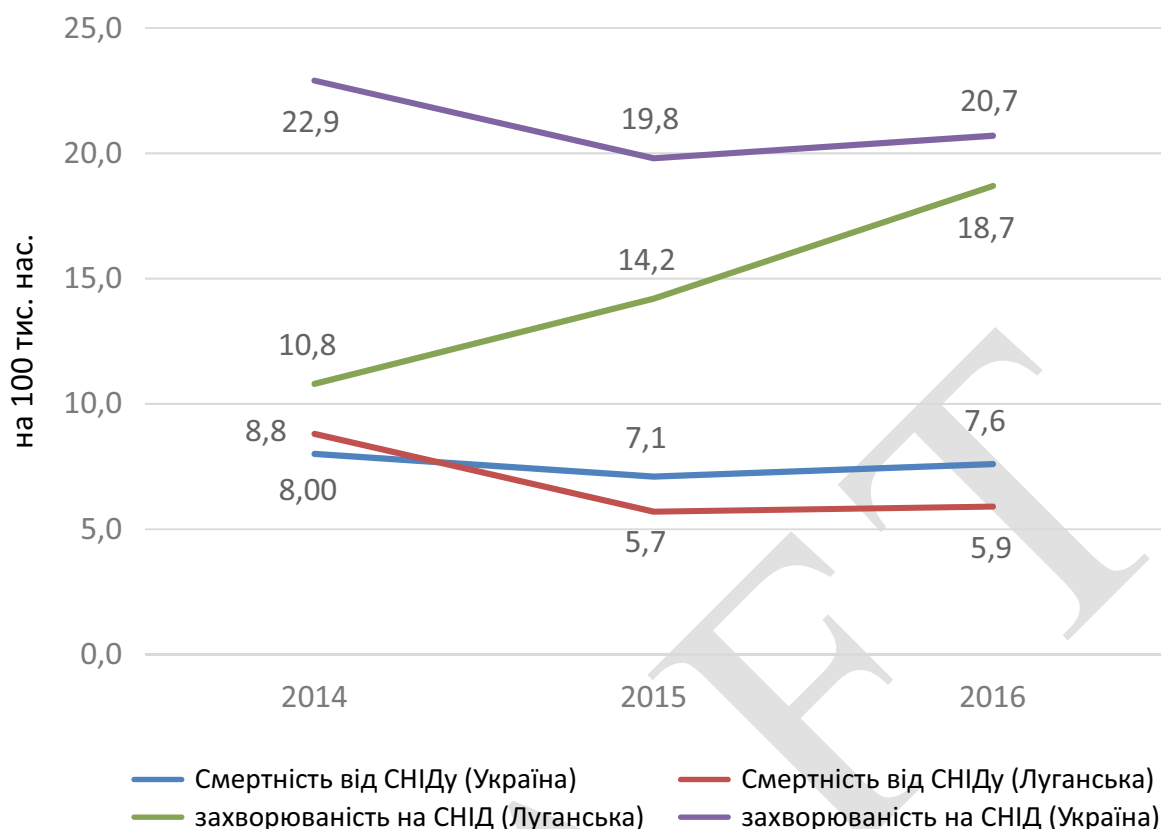


Рис. 3. Захворюваність на СНІД та смертність від СНІДу, на 100 тис. населення, Україна та Луганська область (підконтрольна територія), 2014-2016 рр.

У 2016 р. найвищі показники смертності від СНІДу реєструвалися у районах з високим рівнем поширення ВІЛ, перевищуючи середній рівень по області у 1,5–3 рази: Сєвєродонецьк – 11 хворих або 9,4 на 100 тис. населення, Лисичанськ – 9 або 7,8 на 100 тис. населення, Кременський – 6 або 14,9 на 100 тис. населення та Сватівський – 6 або 17,0 на 100 тис. населення райони, Рубіжне – 4 або 6,7 на 100 тис. населення.

У структурі смертності від СНІДу переважають чоловіки: 46 осіб (78,0%) у 2014 р., 23 (56,1%) у 2015 р. та 28 (66,7%) у 2016 р.

Ефективність запроваджених на підконтрольній території Луганської області заходів з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу суттєво обмежена відсутністю регіональної системи МіО, яка, після розмежування територій і переміщення РЦ СНІДу, досі не відновлена та не розвинена.

Проведений аналіз дозволив визначити наступні основні тенденції епідемічного процесу стосовно ВІЛ на підконтрольній території Луганської області:

- зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних жінок, який, втім, перевищує середній показник по Україні;
- стала тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед молоді (15-24 роки);

- стабільно високі рівні захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції на окремих територіях регіону (Сєверодонецьк, Лисичанськ, Рубіжне, Сватівський та Кременський райони);
- невідповідність динаміки захворюваності населення регіону на СНІД тенденції рівня смертності ЛЖВ від СНІДу;
- зростання кількості випадків діагностики ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях;
- зниження частки пацієнтів, які перебувають під наглядом та охоплені активним медичним наглядом;
- зростання чисельності випадків інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів;
- залучення до епідпроцесу ВІЛ-інфекції жінок у більш ранньому віці у порівнянні з чоловіками;
- динамічне зниження ЧПМД, хоча значення показника все ж залишається високим і не досягає цільового;
- відсутність інформації про рівень поширеності ВІЛ серед ОСБ та ЧСЧ.

2. Крос-секційний каскад лікування ЛЖВ станом на 01.01.2017 року

За результатами 2016 року на підконтрольній території Луганської області існуючі показники стратегії Fast-Track ("90-90-90") виглядають наступним чином – **«81-73-58»**:

- 2005 ЛЖВ або **81,2%** від оціночної кількості **знають про свій ВІЛ-позитивний статус**;
- 1463 ЛЖВ або **73,0%** від ЛЖВ, які знають свій статус (81,6% від групи активного МН. або 59,2% від оціночної кількості ЛЖВ), станом на 01.01.2017 р. **отримували АРТ**;
- 854 ЛЖВ або **58,4%** від осіб, які отримували АРТ (34,6% від оціночної кількості ЛЖВ) **досягли невизначального рівня ВН ВІЛ**.

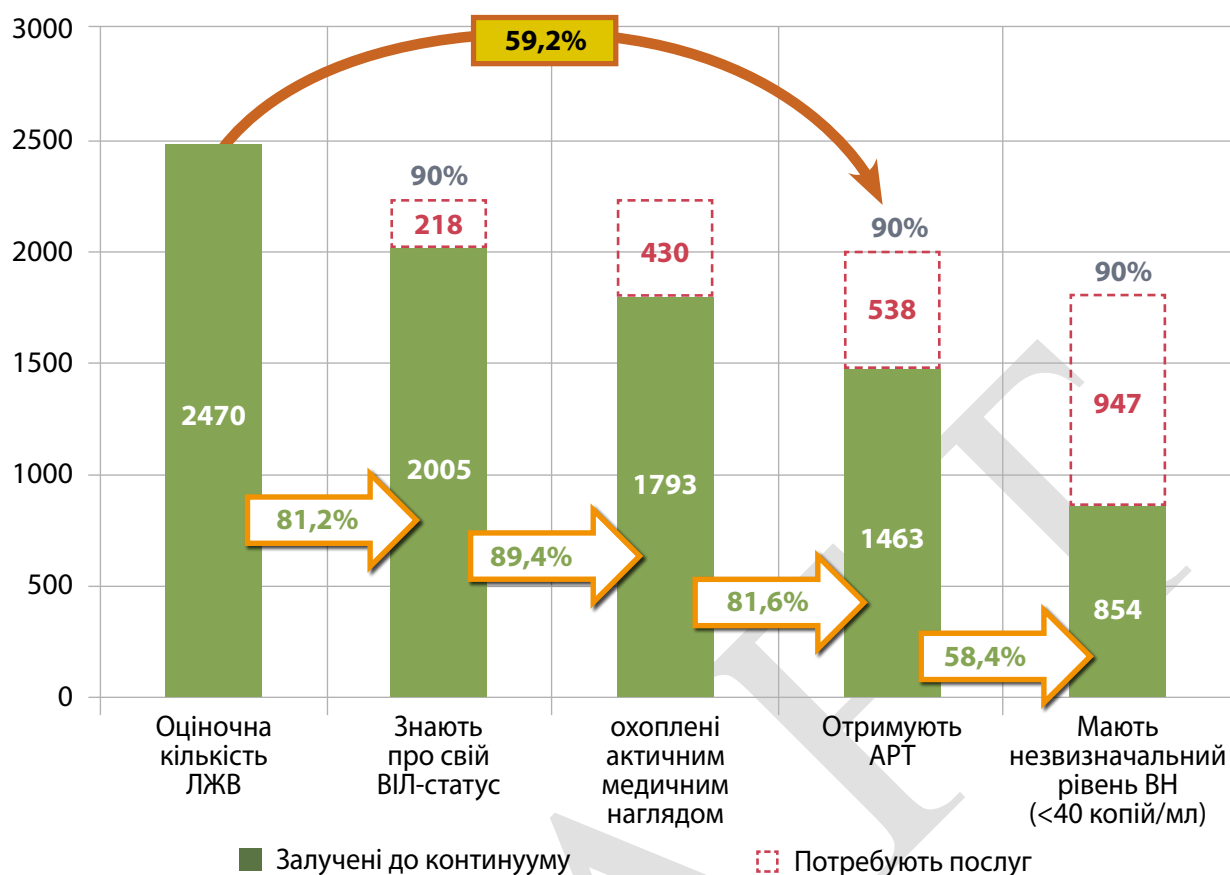


Рис. 4. Крос – секційний каскад лікування ЛЖВ, Луганська область, станом на 01.01.2017 р.

На основі аналізу представленого каскаду лікування ЛЖВ можна вказати на наявність наступних прогалин у регіоні (рис.4):

1. 218 осіб з оціночної кількості ЛЖВ ще не знають про свій позитивний ВІЛ-статус та не залучені до медичного нагляду, що може свідчити про обмеженість доступу населення до тестування на ВІЛ, низький рівень ініціативи лікарів щодо обстеження населення, недосконалість КіТ, а також може бути зумовлене відсутністю на регіональному рівні лабораторії з діагностики ВІЛ, недостатньою забезпеченістю районів швидкими тестами, недоліками системи перенаправлення та руху ВІЛ-позитивних осіб.
2. 212 осіб з групи МН не охоплені мониторингом стану здоров'я, а за цілями Fast-Track – 430 ЛЖВ, що, ймовірно, є наслідком централізації ВІЛ-послуг у області, активної міграції населення через проблеми соціально-економічного розвитку регіону, недостатність рівня формування прихильності ЛЖВ до нагляду.
3. 330 осіб з групи активного МН не отримують АРТ, а для досягнення цілей стратегії Fast-Track до лікування треба залучити ще 538 ЛЖВ. Основними перешкодами призначення АРТ могли бути: централізація послуг, невідповідність реальним потребам пацієнтів наданої квоти АРВП, затримки постачання АРВП, закуплених за рахунок ДБ, недостатньо ефективні заходи з формування прихильності до початку пацієнтами терапії.
4. Основною прогалиною у каскаді ВІЛ-послуг в області є низький рівень частоти вірусологічної ефективності АРТ. Так, для досягнення цілей стратегії Fast-Track

слід знизити до невизначального (<40 копій/мл) рівень вірусного навантаження ВІЛ у 947 осіб. У цьому напрямку наявні проблеми з лабораторним моніторингом ВН через відсутність вірусологічного відділу у лабораторії регіонального рівня (проводяться відділено, матеріал для аналізу передається в Харків у обсягах, які не відповідають потребам). За результатами 2016 р. лише 50% ЛЖВ були двічі охоплені моніторингом рівня ВН, як того вимагає клінічний Протокол. Є припущення, що невелика ефективність АРТ у області додатково зумовлена низькою прихильністю пацієнтів до лікування.

Для досягнення цілей стратегії Fast-Track до 2020 року у Луганській області необхідно розробити та запровадити ефективні заходи з урахуванням виявлених прогалин та їхніх причин.

3. Аналіз заходів регіональної Програми за 5 напрямками ВООЗ

3.1. Антитретровірусна терапія

ЧИ ПРИВОДЯТЬ ЗДІЙСНЮВАНІ ЗАХОДИ ДО ЗМІН?

Смертність населення від хвороб, зумовлених ВІЛ, залишається важливим індикатором доступу до профілактики, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ЛЖВ.

Впродовж 2009-2016 рр. цей індикатор у регіоні мав виражену тенденцію до зниження – з 58 випадків до 42 (з 10,0 до 5,9 на 100 тис. населення, темп зниження складав 41,0%), але його динаміка протилежна тенденції захворюваності на СНІД протягом останніх років (зростання з 10,8 на 100 тис. населення (119 випадків) у 2014 р. до 18,7 на 100 тис. населення (133 випадки) у 2016 р., темп приросту склав +73,1%). Частка померлих від СНІДу у загальній структурі смертності ЛЖВ знижується на фоні зростання частки смертей від інших захворювань, що, ймовірно, обумовлене некоректною реєстрацією посмертних діагнозів.

Серед осіб групи, яка перебуває під МН, спостерігається суттєве зниження частки випадків смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією: з 56 випадків (5,2%) у 2009 р. до 42 (2,0%) в 2016 р. У 2016 р. частка випадків смерті від ХЗВ серед пацієнтів, які отримували АРТ, була майже вдвічі нижчою, аніж у групі ЛЖВ, які не перебували на АРТ (23 особи (1,6%) проти 19 (3,1%)).

Частка смертей серед чоловіків стабільно переважає частку жінок майже в усіх групах нагляду: у загальній групі МН (2,6% (28) чоловіків та 1,4% (14) жінок), серед вперше зареєстрованих протягом звітного періоду (8,6% (13) та 7,9% (8) відповідно), у групі пацієнтів, які отримували АРТ (1,9% (14) чоловіків та 1,2% (9) жінок), серед тих, хто АРТ не отримував (4,1% та 1,9% відповідно).

У 2016 р. серед пацієнтів, вперше взятих під МН, частка померлих від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, перевищила аналогічну частку серед інших пацієнтів групи МН у 6,8 рази – 8,2% проти 1,2%. Ті, хто розпочав АРТ, у даній групі помирили від ХЗВ у 2,4 рази рідше,

ніж усі вперше взяті під МН (4,8% (7) проти 2,0% (42)). Варто зазначити, що у 2016 р. 108 випадків інфікування ВІЛ (51,7%) були виявлені на III та IV клінічних стадіях захворювання. Таким чином, основною причиною, що зумовила смертність від СНІДу даної групи пацієнтів, стало виявлення ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях.

Питома вага ЛЖВ, які померли від ХЗВ, та потребували, але не отримували АРТ, несуттєво знизилася з 47,4% (28) у 2014 р. до 45,2% (19) у 2016 р. Основні причини, що заважали ранньому початку АРТ та зумовили смертність у цих випадках – пізнє виявлення хвороби (9 випадків, 47,4%) та відмова від лікування (6 (31,6%)) (за даними 2016 р.).

Серед померлих, які отримували АРТ на момент смерті, частка тих, для кого терапія тривала 12 місяців та більше, за останні 3 роки залишалась практично сталою (17 хворих (54,8%) у 2014 р. та 13 (56,5%) у 2016). Аналіз причин смерті пацієнтів, які отримували АРТ 12 та більше місяців, та померли у 2016 р. показав, що 16 ЛЖВ (69,2%) мали низьку прихильність до лікування, а у 7 випадках (30,8%) було виставлено некоректний посмертний діагноз (на момент смерті хворі мали достатньо високий рівень CD4 лімфоцитів – від 313 до 807 – та невизначений рівень вірусного навантаження). Отже, визначальним фактором, що впливає на рівень смертності ВІЛ-інфікованих пацієнтів регіону, які отримували АРТ, є низька прихильність до лікування.

У Луганській області питома вага смертності ЛЖВ від ко-інфекції ВІЛ/ТБ знизилась з 64,4% (38 випадків) у 2014 р. до 23,8% (10 випадків) у 2016 р. З 2013 р. по 2016 р. частка померлих від ВІЛ/ТБ серед усіх хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ знизилась ще значніше: з 40,7% до 9,2%. У 2016 р. частка померлих внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ серед вперше узятих під МН з таким діагнозом склала 18,3% (11 осіб) проти 8,2% (21) померлих від ХЗВ серед усіх вперше узятих під нагляд. Ко-інфекція ВІЛ/ТБ залишається основною причиною смерті ВІЛ-інфікованих.

Впродовж 2015-2016 рр. серед ЛЖВ-ЛВІН, які перебували під МН, частка померлих від СНІДу майже не відрізнялася від показників загальної групи МН, склавши 2,8% (17 осіб) та 2,3% (14) за ці роки. Серед ЛЖВ-ЛВІН, яким був вперше поставлений діагноз у 2016 р., 5 ЛВІН (10,0%) померло від СНІДу, серед усіх померлих від СНІДу у даній групі хворих – майже кожен четвертий. В групі ЛВІН, які отримували АРТ, у 2016 р. відсоток випадків смерті від ХЗВ у 4,9 рази вищий, ніж в загальній групі ЛЖВ на АРТ (7,5% (10) проти 1,6% (23) відповідно), а також вищий ніж в групі ЛВІН без АРТ (3,0% (15)), що може бути зумовлене початком даними пацієнтами АРТ на пізніх стадіях хвороби або їх низькою прихильністю до АРТ з причин поведінкових особливостей.

Окремо варто зауважити, що частка померлих від ХЗВ у групі ЛВІН, які отримували АРТ і ЗПТ, у 2016 р. була нижчою частки померлих у загальній групі ЛВІН, які отримували АРТ, у 2,7 рази, що відповідає світовим практикам щодо високої прихильності хворих до отримання інтегрованих послуг АРТ і ЗПТ.

ЧИ ОХОПЛЕНІ ПОТРІБНІ ЛЮДИ?

В Луганському регіоні на підконтрольній території серед осіб усієї групи МН спостерігалася стабільно позитивна тенденція до зростання показника охоплення АРТ з 62,8% (1238) у 2015 р. до 70,6% (1463) у 2016 р. Станом на 01.01.2017 р. охоплення АРТ складало 81,6% від групи активного МН та 59,2% від оціночної кількості ЛЖВ регіону (2470).

У 2016 р. доступ до АРТ жінок був дещо кращим, ніж чоловіків (73,3% (726) та 68,1% (737), відповідно). Доступ до АРТ дітей у віці 0-18 років складав 100%, дорослих осіб – 95,3%.

Показники охоплення АРТ ЛЖВ-ЛВІН складали 22,6% (139 осіб) у 2015 р. та 21,4% (133) у 2016 р., що значно нижче частки охоплених лікуванням у групі МН ЛЖВ-не ЛВІН (81% (1099) у 2015 р. та 91,8% (1331) – у 2016). Така тенденція може бути обумовленою низькою прихильністю ЛЖВ-ЛВІН до початку лікування.

Показник охоплення АРТ пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ складав 84,2% (59 хворих) у 2015 р. та 83,5% (91) у 2016 р.. При додатковому аналізі було встановлено, що основною причиною нео-тримання лікування ВІЛ/ТБ була належність хворих до неактивної групи МН.

Протягом 2016 р. АРП/АРТ було охоплено 49 (93,0%) ВІЛ-позитивних вагітних; 28% з них визна-ли про свій ВІЛ-позитивний статус лише у III триместрі вагітності та, відповідно, розпочали ком-плекс послуг з ППМД у пізні терміни і мали високий ризик інфікувати дитину. Переважно, це жінки з «сірої зони» регіону та з категорії трудових мігрантів.

Показники охоплення АРВ-профілактикою дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, складали 100% (35) у 2015 р. та 98,0% у 2016 (49 з 50 – мати однієї дитини категорично відмови-лась від отримання її дитиною АРВП).

Відсоток ЛЖВ/ЛВІН, які залучені до ЗПТ та отримували інтегровану допомогу ЗПТ/АРТ, зріс з 65,6% (40 осіб) у 2015 р. до 74,8% (77) у 2016 р. На покращення ситуації у регіоні суттєво впли-нули, по-перше, розширення фінансування програми ЗПТ на державному рівні, по-друге, роз-ширення доступу клієнтів до ЗПТ на підконтрольній території, оскільки на початку 2016 р. було відкрито додатковий сайт ЗПТ у Рубіжне.

Дещо зросла частка ЛЖВ, які входили до активної групи МН, потребували АРТ, але її не отри-мували (70 осіб (4,4%) у 2015 р., 96 (5,4%) у 2016 р.).

На тлі загострення соціально-економічної кризи в регіоні, особливо відчутної в районах, на-ближених до зони розмежування, мешканці «сірої зони» можуть бути особливо уразливими до ВІЛ, формувати нові групи-містки або навіть окрему КГН, характерну саме для даного регіону. Для таких осіб доступ до КіТ, АРТ та інших послуг став більш обмеженим, ніж той, що передував військовим подіям.

ЧИ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ У ДОСТАТНЬОМУ ОБСЯЗІ (МАСШТАБІ)?

У Луганській області станом на 01.01.2017 р. послуги АРТ надавали 5 ЗОЗ, з них один – це РЦ СНІДу, а також чотири сайти АРТ, розташовані на базі МЛ, ТМО. Додаткові сайти АРТ у регіоні не відкривались з 2010 року, якщо не враховувати сайт на базі ДОЦПБСНІД, котрий раніше розміщу-вався у Луганську та відновив діяльність на підконтрольній території у 2015 р.

Кабінети «Довіра» і такі, що виконують їх функції, та сайти АРТ у області організовані на базі ЗОЗ вторинної та третинної медичної допомоги, на базі закладів ПМД їх на даний час немає.

Соціально-психологічний супровід з боку фахівців служби СНІДу області ВІЛ-інфіковані от-римують лишена сайтах АРТ; ВІЛ-інфіковані діти та, частково, вагітні – на базі ЦСССДМ кожно-го адміністративного району. Також підтримку ЛЖВ у регіоні здійснюють фахівці БО «Луганське відділення МБФ «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ» та БФ «АНТИСНІД в Україні», які працюють у налагодженій співпраці з ЗОЗ у містах з найбільшими рівнями поширеності ВІЛ. До надання послуг залучені 11 соціальних працівників вищезгаданих НУО, з них 3 – за принципом «рівний-рівному».

За даними МБФ «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ» охоплення клієнтів-ЛЖВ з групи МН послугами з догляду та підтримки, які надаються фахівцями БФ, у 2015 р. складало 61,5%, у 2016 р. – 65,9% . Беручи до уваги рівень прихильності ЛЖВ до АРТ, ефективність цих заходів у регіоні занижка.

Інтегровані послуги АРТ/ТБ/ЗПТ надаються в області лише трьома ЗОЗ вторинної медичної допомоги, які працюють у основних місцях концентрації групи ЛЖВ-ЛВІН (Сєверодонецьк, Лиси-чанськ та Рубіжне).

ЧИ ПРАВИЛЬНО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ?

Рівень утримання на АРТ пацієнтів з когорти 2015 року через 12 місяців після початку лікування склав 89,1% (156 осіб).

За результатами аналізу причин переривання пацієнтами АРТ, переважають немедичні причини (відмова, трудова міграція), що доводить наявність прогалин у психосоціальному супроводі хворих, які отримують терапію.

Стандартний графік роботи сайтів АРТ – з 8.00 до 15.00 – створює бар'єри в отриманні ВІЛ-послуг серед певних груп ЛЖВ, наприклад, працюючого населення та трудових мігрантів.

Вірусологічна ефективність лікування АРВП у пацієнтів, які отримують АРТ протягом 6 місяців і більше, у 2016 р. становила 62,7% (854 осіб). Відсоток випадків неефективності лікування серед усіх обстежених вірусологічно значно перевищив загальний показник по Україні (13,6% проти 9,3%). Ці індикатори підтверджують факти низької прихильності ЛЖВ до АРТ.

У зв'язку з відсутністю приміщень та кадрового дефіциту фахівців лабораторної служби РЦ СНІДу, імуноферментні дослідження, аналізи на визначення ВН на місці не здійснюються, як і імунологічні дослідження для окремих груп пацієнтів (вагітні, діти, пацієнти групи ЛЖВ на АРТ). Для визначення кількості CD4 лімфоцитів, в основному для забезпечення можливості раннього взяття хворих під МН, використовуються три портативні аналізатори Alere PIMA, але через відсутність у закладі санітарного транспорту наблизити цю послугу до місць проживання ЛЖВ неможливо.

Усі вказані дослідження здійснюються у лабораторії КУ «Харківський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», який розташований на відстані 300 кілометрів від обласного Центру СНІДу. Біологічний матеріал транспортується на дослідження раз в тиждень, що означає тривалий період очікування результату. Враховуючи існуюче навантаження лабораторії у Харкові, обсяги проведених досліджень не задовольняють на 100% потреб ЛОЦПБСНІД, тим більше, що періодично виникають ще й додаткові обмеження у проведенні досліджень (відсутність тест-систем та діагностичних матеріалів).

Саме тому, через обмеження у організації та забезпеченні лабораторного моніторингу у регіоні у 2016 р. визначену Протоколом подвійну оцінку вірусологічної ефективності АРТ пройшло лише 50% ЛЖВ (651 особа), а імунологічними дослідженнями при узятті під МН охоплено 64,8% (160 осіб). Пацієнти не мають можливості отримати результат лабораторного дослідження одразу після обстеження або у відповідні короткі терміни.

ЧИ Є ЗДІЙСНЮВАНІ ЗАХОДИ ПРАВИЛЬНИМИ/РЕЛЕВАНТНИМИ?

Національні політики (нормативні документи), методичні рекомендації (протокол лікування ВІЛ) містять стратегії, спрямовані на широке охоплення ВІЛ-позитивних осіб лікування. Наказ МОЗ України від 22.12.2015 №887 про затвердження змін до клінічного протоколу АРТ надає можливість починати лікування пацієнтів незалежно від рівня CD4. Національні методичні рекомендації містять спеціальні розділи щодо лікування пацієнтів, які знаходяться на ЗПТ, приймають препарати від туберкульозу чи для лікування ВГ. Лікарі-інфекціоністи РЦ СНІДу чітко націлені на взаємодію з ПТБ та наркологічною службами задля інтегрованого ведення випадку, призначення пацієнтам АРТ та ЗПТ (для ЛВІН), РТ та лікування ТБ, ВГВ – для ко-інфікованих.

У регіоні існують локальні протоколи (медичні маршрути) для переадресації ко-інфікованих пацієнтів ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ВГ (затверджені наказами ДООЗ ЛОДА від 20.10.2015 р. № 36/1 та 23.05.2016 р. № 36/1 «Про затвердження та впровадження локальних протоколів»).

Однією з основних причин формування низької прихильності до АРТ, особливо у пацієнтів з віддалених районів та трудових мігрантів, є наявна система централізованого постачання АРВП, яка призвела до складнощів з управління запасами на регіональному рівні, та, в свою чергу, зумовила видачу АРВ-препаратів пацієнтам з високою прихильністю на короткий (незручний для них) термін (не на 3 місяці, а на тиждень/місяць). Завдяки суттєвим додатковим зусиллям лікарів-інфекціоністів, які працюють на сайтах АРТ, за останні 2 роки у Луганській області не було жодного випадку переривання пацієнтом курсу терапії через відсутність препаратів.

Впродовж 2-3 місяців у 2015 р. у регіоні зовсім не було AZT/3TC, що призводило до затримки призначення АРТ окремим найвним пацієнтам, а також вплинуло на зменшення темпу охоплення АРТ у регіоні у цей період часу.

Система планування розподілу АРВ-препаратів, закуплених за кошти державного бюджету, починається у регіоні з наданої квоти. Квота Луганського регіону 2016 року складала 72,7% від реальної потреби пацієнтів. Потреба у розширенні АРТ у 2016 р. була перекрита препаратами, які закуповувались за кошти Глобального фонду та PEPFAR. При формуванні потреб АРТ враховується кількість хворих, які вже приймають терапію; дані групи активного МН та вперше взятих під нагляд; дані щодо залишків АРВ-препаратів; рекомендації Центру громадського здоров'я, МОЗ, ГФ, PEPFAR.

В умовах затримок поставок АРВ-препаратів перевага в призначенні лікування ВІЛ-інфекції надається, в першу чергу, вагітним жінкам, дітям, підліткам. Вибір схем АРТ проводився з урахуванням наявності вільних схем, препаратів на складі та чинного протоколу лікування. Однак, зазначені прогалини у системі постачання епізоотично призводили до неоптимальних змін схем лікування.

За останні 3 роки середнє навантаження на 1 лікаря-інфекціоніста служби СНІДу у регіоні зросло з 168 до 180 ЛЖВ, а у різних районах досить суттєво варіюється – від 4 до 180 осіб, на сайтах АРТ – від 220 до 490 осіб; це зумовлює нерівномірність можливостей медичного персоналу приділяти увагу пацієнтам. З урахуванням перспектив розширення охоплення АРТ у рамках цілей Fast-Track, це може суттєво погіршити ситуацію щодо навантаження на кадри служби СНІДу стосовно якості та своєчасності надання ВІЛ-послуг.

Інформаційна система для відстеження прогресу у сфері надання послуг з АРТ функціонує у регіоні неповноцінно, вона лише починає відновлюватися після розмежування територій області.

Таким чином, на підконтрольній території Луганської області:

- **Заходи з АРТ призводять до змін**, зумовлюючи зниження рівнів смертності у різних групах ЛЖВ, які отримують терапію, **але ці зміни не можна вважати достатніми**, бо у структурі смертності продовжують переважати випадки смерті ЛЖВ на фоні терапії, а тривалість періоду лікування не має суттєвого впливу на рівень смертності від ХЗВ. Повнота оцінки заходів у цьому напрямку суттєво обмежена некоректністю посмертних діагнозів ЛЖВ, браком даних для аналізу серед ЧСЧ, ОСБ і засуджених.
- **Ситуація з охоплення АРТ людей, які її потребують, покращується, однак, до повного охоплення ще далеко**: понад 1000 хворих згідно з оціночною кількістю ЛЖВ за SPECTRUM не залучені до АРТ; охоплення АРТ ЛЖВ-ЛВІН ледь перевищує 20%, що втричі нижче, ніж серед інших пацієнтів групи МН; біля 25% пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ та 10% з числа тих, хто перебуває на регулярному моніторингу стану здоров'я та потребує терапії, так її і не розпочали. Переважаючи випадки діагностики ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях зумовлюють пізній початок АРТ. Через брак даних неможливо оцінити рівень охоплення АРТ серед ОСБ та ЧСЧ, а також каскад лікування серед мешканців «сірої зони» та військових.

- **Заходи з АРТ впроваджені в недостатньому обсязі**, бо не дозволяють забезпечити відповідний рівень доступу ЛЖВ до АРВ-терапії та інших послуг для ефективного контролю епідемії ВІЛ; послуги з АРТ, інтегровані послуги у регіоні є централізованими, що суттєво обмежує доступ до них ЛЖВ з сільської місцевості та «сірої зони».
- **Деякі запроваджені заходи з АРТ здійснюються неправильно, а саме:**
 - заходи з формування прихильності ЛЖВ до утримання на АРТ недостатньо ефективні як і ті, що впроваджуються ЗОЗ, так і ті, які адмініструють НУО (частка утримання на терапії становить біля 80%, основні причини переривання – немедичні; показник вірусологічної ефективності лікування АРВП ледь перевищив 60%);
 - послуги залишаються недостатньо інтегрованими, неспрямованими на потреби пацієнтів;
 - наявні значні бар'єри для доступу ЛЖВ до лабораторного моніторингу, що впливає на своєчасність їхнього охоплення медичним наглядом та терапією, обмежує оцінку вірусологічної ефективності АРТ;
 - наявна система централізованого постачання препаратів АРТ зумовлює, у деяких випадках, відтермінування призначення терапії, зміни схем лікування;
 - оцінка утримання ключових груп на АРТ обмежена браком даних.
- **заходи щодо планування та здійснення АРТ є частково релевантними**, не повною мірою відповідають потребам пацієнтів, епідемічному контексту області. Основними перешкодами до цього були прогалини у плануванні АРТ, невідповідність наданої квоти регіону щодо АРВП реальним потребам пацієнтів, затримки постачання АРВП, закуплених за рахунок ДБ.

3.2. Тестування і консультування на ВІЛ

ЧИ ПРИВОДЯТЬ ЗДІЙСНЮВАНІ ЗАХОДИ ДО ЗМІН?

Послуги з КіТ є одним із основних компонентів каскаду послуг для ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД.

За результатами СЕМ, поширеність ВІЛ серед постійного населення регіону за 2015-2016 роки коливалася у межах 0,03 – 0,04%. Проте, динаміка кількості осіб, які були залучені до МН (за результатами СЕМ), мала виражену негативну тенденцію, знизившись з 92,0% у 2015 р. до 81,3% у 2016 р.

Залучення до МН ЛВІН, переадресованих з НУО за результатами асистованого тестування, досягало 86,4% (19 з 22) у 2015 р. та 83,3% (10 з 12) – у 2016 р.

Частка ЛЖВ, вперше взятих під МН на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, мала чітку тенденцію до зростання – з 48,5% (149 ЛЖВ) у 2013 р. до 51,7% (107) у 2016 р., а серед ЛВІН досягала 60% у 2016 р.

У період 2012-2016 рр. на підконтрольній території Луганської області відсоток осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та охоплені ВІЛ-послугами, від оціночної кількості ЛЖВ (за даними Spectrum/EPP), коливався у різні роки від 82,5% (1862 особи) до 98,0% (2090 осіб); у 2016 р. він досягав 83,3% (2005 осіб). Слід зазначити, що в окремі роки (2013-2014 рр.) цей індикатор перевищував цільові 90%, а у 2016 р. значно перевищив загальний показник по країні (54%). Особливості розрахунку оціночних даних щодо кількості ЛЖВ для підконтрольної території було описано вище (*див. Розділ III. Методологія*). Слід мати на увазі, що програма SPECTRUM не враховує ймовірність збільшення кількості ЛЖВ через військові дії, тому оцінка за 2015-2016 роки може бути заниженою.

ЧИ ОХОПЛЕНІ ПОТРІБНІ ЛЮДИ?

У регіоні відмічається тенденція до зростання охоплення населення послугами КіТ (без урахування донорів та вагітних) з 19 797 осіб (2,8%) у 2014 р. до 39 656 (5,6%) у 2016 р. Розширення доступу населення до КіТ відбулося за рахунок використання ШТ.

Обсяги тестування на ВІЛ в 2016 р. значно збільшились у порівнянні з попереднім роком за рахунок обстежень населення за клінічними показниками, за власним бажанням та анонімно (за кодами 113, 116 та 114), що призвело до зниження у загальній кількості обстежених питомої ваги осіб з КГН (за кодами 101.2, 102, 103, 104, 105.2) з 32,9% (4739) у 2015 р. до 10,5% (4170) у 2016. (з 4739 (32,9%) до 4170 (10,5%)).

У регіоні відсутні сервісні НУО, зокрема, діючі комплексні профілактичні програми для ЧСЧ та ОСБ. Група ЧСЧ залишається найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп в області. Оцінку обсягів охоплення КіТ ОСБ та ЧСЧ, рівня поширеності ВІЛ серед представників цих груп провести неможливо, бо тестування у рамках СЕМ осіб з цих груп за 2014-2016 рр. були поодинокими. Враховуючи дані РЕН щодо кількості ЧСЧ з групи МН (6 (0,3%) у 2016 р.), кількість позитивних результатів тестування на ВІЛ серед даної цільової групи (1 у 2014-2016 рр.), за умов відсутності досліджень та інших джерел даних, крім РЕН, важко оцінити вплив ЧСЧ на епідемію ВІЛ-інфекції в регіоні. Поширеність ВІЛ серед ЛВІН, за результатами СЕМ, зросла з 0,6% (16) у 2015 р. до 1,0% (38) у 2016 р., збільшувалась і частка ЛВІН серед позитивних результатів тестування на ВІЛ: з 9,8% (17) у 2014 р. до 14,3% (38) у 2016 р.

Кількість взятих під медичний нагляд ЛВІН у 2015-2016 рр. склала 35 та 50 осіб, відповідно, з них 54,3% (19) та 20% (10) були переадресовані з НУО.

ЧИ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ У ДОСТАТНЬОМУ ОБСЯЗІ (МАСШТАБІ)?

Динаміка обсягів тестувань на ВІЛ в Луганській області (без урахування донорів та вагітних), зокрема відсотку загального населення регіону, охопленого послугами КіТ за останні три роки, чітко відтворює негативний вплив військового конфлікту, періоду окупації та тривалого відновлення робочого режиму роботи служби СНІДу, незважаючи на продовження конфлікту: було проведено 19 797 (3,0%) тестувань у 2014 р., 14 405 (2,0%) – у 2015, 39 656 (5,6%) – у 2016. У зв'язку з військовим конфліктом у області у період з 2014 р. до квітня 2015 р. було зруйновано існуючу повноцінну систему моніторингу послуг з КіТ, лабораторна база служби СНІДу та частина звітності залишилися на непідконтрольній території, зумовивши значні обмеження для роботи у цьому напрямку.

Активізація роботи стосовно КіТ у 2016 р. зумовлена відновленням організаційно-методичної роботи РЦ СНІДу, переглядом його фахівцями основних маршрутів руху біологічного матеріалу

для тестування, перенаправленням пацієнтів з ВІЛ, відновленням роботи пунктів тестування на ВІЛ та фахівців кабінетів «Довіра» у «сірій зоні», частковим відновленням лабораторних досліджень у регіоні, розширенням доступу населення до КіТ швидкими тестами.

У Луганській області послуги з КіТ надаються у 22 ЗОЗ, 15 з них – заклади спеціалізованої медичної допомоги, інші 7 – ЗОЗ ТМД (РЦ СНІДу, наркологічний диспансер, протитуберкульозні, дерматовенерологічні та психоневрологічні диспансери).

У закладах первинної медичної допомоги послуги з КіТ не надаються.

На території області впроваджено одну з прогресивних стратегій стосовно охоплення тестуванням ЛВІН – асистоване тестування у супроводі соціального працівника НУО на скринінговому етапі з подальшою переадресацією позитивних випадків до ЗОЗ. За останні 2 роки кількість унікальних клієнтів, охоплених асистованим тестуванням, не зростала (2015 р. – 1980, 2016 р. – 1963), а відсоток осіб з позитивними результатами обстежень, перенаправлених до ЗОЗ, знижувався (з 1,2% (23 особи) до 0,6% (12)), що може вказувати про певну ефективність профілактичних заходів у цій ГПР.

3 жовтня 2016 р. на території області працює одна мобільна амбулаторія, отримана БО «Обрій» для впровадження профілактичних програм серед ЛВІН. Завдяки роботі амбулаторії додатково до профілактичної програми були залучені мешканці семи віддалених сіл (Краснореченськ, Бараниківка Кременського району; Мостки, Нижня Дуванка Сватівського району; Воронове та смт. Борівське) з найбільшою концентрацією ЛВІН. Існує потреба у розширенні території, охоплених діяльністю профільних сервісних організацій для ЛВІН, особливо у регіонах «сірої зони», зокрема у Попаснянському та Старобільському районах.

У 2016 р. 49 345 осіб отримали післятестове консультування, з них 17 146 (34,7%) – донори та вагітні. У загальній структурі значна частина консультувань була проведена фахівцями служби СНІДу – 28 110 (57,0%), а співробітниками наркологічної та протитуберкульозної служб – менше 1%. Це вказує на низьку активність лікарів, особливо тих, які працюють безпосередньо з представниками ключових груп, щодо впровадження підходу «тестування за ініціативою медичного працівника». Потрібен додатковий аналіз обсягів охоплення тестуванням на ВІЛ пацієнтів кожного ЗОЗ, які працюють з КГН, та вивчення обізнаності та мотивованості лікарів, щодо визначення показань для тестування на ВІЛ.

З 2014 по 2015 рр. населення регіону мало суттєве обмеження доступу до КіТ з через залишення лабораторної бази служби СНІДу на непідконтрольній території (Луганськ). У 2016 р., порівняно 2014 р., обсяги тестувань значно збільшились за рахунок отримання ШТ у якості благодійної допомоги від ГФ, фонду Клінтона та АНФ (з 7597 тестувань з використанням ШТ до 39551).

БО «Луганське відділення МБФ «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ» та БФ «АНТИС-НІД в Україні», які працюють у сфері надання ВІЛ-послуг, не є надавачами послуг КіТ. У ЦСССМД можливості для надання послуг КіТ на ВІЛ також обмежені – тільки один фахівець має відповідну підготовку, проте, до КіТ не залучений.

ЧИ ПРАВИЛЬНО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ?

У 2014-2015 рр. доступність послуг з КіТ у Луганській області була суттєво обмежена через військовий конфлікт, незважаючи на певне відновлення нормального процесу, послуги дотепер залишаються централізованими, що суттєво обмежує доступ до них для мешканців віддалених сільських районів.

За результатами 2016 р. загальні «втрати» на різних етапах КіТ склали 8850 осіб, з них: 7315 (11,4%) втрачені між дотестовим інформуванням і лабораторним обстеженням, та 1535 (2,8%) –

між лабораторним обстеженням і післятестовим консультуванням. Переважання втрат на етапі лабораторної діагностики ВІЛ у регіоні зумовлене проведенням верифікаційних досліджень у Харкові, отримання результатів цих досліджень лікарем можливе не раніше ніж через 7 днів.

Показник охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб у ЗОЗ служби СНІДу від кількості виявлених за даними СЕМ у регіоні знизився з 92,0% (183) у 2015 р. до 81,3% (256) у 2016 р. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, отриманим у 2016 р., які у цьому ж році були залучені до МН, знизилась ще більше – з 79,0% у 2015 р. до 69,9% у 2016 р. Під час додаткового аналізу даних за 2016 р. було встановлено, що зниження показника відбулося лише за рахунок сільського населення, яке має суттєво обмежений доступ до усіх ВІЛ-послуг.

Послуги тестування та консультування у регіоні інтегровані з наданням медичної допомоги у протитуберкульозних, дерматовенерологічних, наркологічних та психіатричних, пологодопоміжних закладах, у Старобільському слідчому ізоляторі. КіТ здійснюється у кабінетах «Довіра» кожного адміністративного району, на обласній станції переливання крові та її філіях.

У Луганській області послуги з КіТ не розширені до первинного рівня надання медичної допомоги (сімейних лікарів), до надання послуг залучені партнери лише однієї сервісної організації, профільної для ЛВІН.

Менеджмент тестування та консультування має низку прогалин у регіоні, що пов'язано з особливостями контексту територій в останні роки.

ЧИ Є ЗДІЙСНЮВАНІ ЗАХОДИ ПРАВИЛЬНИМИ/РЕЛЕВАНТНИМИ?

Робота НУО щодо перенаправлення клієнтів здійснюється у співпраці з фахівцями ЗОЗ, із застосуванням прийому відстеження маршруту пацієнта (окремо за кожним прізвищем) епідеміологом РЦ СНІДу, що забезпечило залучення до медичного нагляду 86,4% (19 з 22) переадресованих ВІЛ-інфікованих клієнтів у 2015 р. та 83,3% (10 з 12) – у 2016 р.

За результатами 2016 р. обсяги фінансування КіТ у регіоні були незадовільними як на рівні обласного (58,8 тис. грн. або 19,6% від запланованого Програмою), так і на рівні міських (70,90 тис. грн. або 29,5%) бюджетів.

Таким чином, наявні у Луганській області інтервенції з тестування і консультування хворих на ВІЛ не повністю відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області, регіональна політика у цьому напрямку має прогалини, людські ресурси надання послуг з тестування та консультування не відповідають запланованим.

Підсумовуючи, можна стверджувати:

- **На підконтрольній території Луганської області заходи з КіТ поки не призводять до очікуваних змін**, бо не сприяють ранньому виявленню ЛЖВ та залученню до медичних послуг (серед вперше узятих під нагляд переважають пацієнти на III та IV клінічних стадіях, показник охоплення ЛЖВ МН знижується). Це не могло не вплинути на рівень захворюваності на СНІД, своєчасність охоплення ЛЖВ немедичними та медичними послугами.
- **Кількість охоплених тестуваннями на ВІЛ суттєво зростає після відновлення служби СНІДу, але досі не усі групи, які потребують тестування на ВІЛ, охоплені послугою адекватно до потреби.** У 2014-2015 рр. доступність КіТ на ВІЛ була суттєво обмежена умовами військового конфлікту, дотепер послуги

залишаються централізованими. Доступ до КіТ серед ОСБ та ЧСЧ залишається обмеженим з причин дискримінації та стигматизації, відсутності профільних НУО.

- **Заходи щодо КіТ у області здійснюються не у достатньому обсязі/масштабі, бо коло надавачів послуг обмежене**, послуги КіТ не розширені до первинного рівня надання медичної допомоги, внесок інших ЗОЗ, окрім акушерсько-гінекологічної служби, служби крові та закладів ВІЛ-служби, до КіТ є незначним.
- **Деякі заходи КіТ у регіоні здійснюються неправильно, а саме:**
 - система перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними ЗОЗ працює неефективно, що відтерміновує процедуру залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом, ризикованою поведінкою до медичних та немедичних послуг;
 - відсутня безперервність надання КіТ на ВІЛ від етапу залучення/звернення до етапу постановки осіб з позитивним результатом тестування під МН, що значною мірою зумовлено відсутністю на регіональному рівні лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції;
 - відсутня відповідна підготовка сімейних лікарів та фахівців вузького профілю щодо роботи з КГН, часто послуги КіТ надаються неякісно;
 - фактичне фінансування компоненту КіТ не відповідає запланованому, доступ населення до КіТ розширено лише за рахунок благодійності.

3.3. Профілактичні послуги для ЛВІН

Заходи з доведеною ефективністю щодо протидії ВІЛ серед ЛВІН мають включати комплексний пакет послуг зі зменшення шкоди, спрямований саме на дану групу ризику, до яких відносяться: програми обміну голочок та шприців (ПОШ), замісна підтримувальна терапія (для споживачів опіоїдів), цільові профілактичні програми з інформування, навчання та просвіти ЛВІН та їхніх статевих партнерів, а також послуги, спрямовані на населення в цілому (АРТ, КіТ та інші).

Найбільшого ефекту від програм, що застосовуються до ЛВІН, можна досягти при умові наявності, доступності та охоплення ЛВІН комплексом узгоджених послуг, основними з яких є АРТ, ЗПТ та ПОШ.

Також важливими структурними факторами, які можуть бути бар'єрами до змін серед ЛВІН, є дискримінуючі політики, соціальні норми чи законодавство.

ЧИ ПРИВОДЯТЬ ЗДІЙСНЮВАНІ ЗАХОДИ ДО ЗМІН?

За результатами СЕМ, поширеність ВІЛ серед ЛВІН у регіоні зросла з 0,6% у 2015 р. до 1,0% у 2016 р., а за даними БО «Обрій» знижувалась (з 3,8% (13) у 2013 р. до 0,6% (12) у 2016 р.) – в даному випадку мається на увазі когорта тих клієнтів, які отримали профілактичні послуги, що свідчить про певний позитивний вплив впроваджених заходів. Дані БПД, які проводилися в Луганську, аналізувати некоректно, оскільки місто з 2014 року розташоване на непідконтрольній території.

ЧИ ОХОПЛЕНІ ПОТРІБНІ ЛЮДИ?

ЛВІН є найбільш поширеною КГН у регіоні.

Станом на 01.01.2017 р. кількість ЛВІН, які перебували під МН, складала 624 особи (30,1% усієї групи МН), що практично відповідає рівню 2015 р. (616 осіб (31,3%)).

За останні 3 роки збільшилась частка ЛВІН серед позитивних результатів тестувань на ВІЛ – з 9,8% (17) у 2014 р. до 14,3% (38) у 2016 р.

З усіх ключових груп у регіоні профілактичними програмами, які впроваджуються у районах підконтрольної території з 2009 р., охоплені тільки ЛВІН.

За 2015-2016 рр. послугами АРТ були охоплені 139 (22,6%) та 133 (21,4%) ЛЖВ-ЛВІН, відповідно, це майже втричі нижче частки охоплених лікуванням у групі ЛЖВ – не ЛВІН (81% (1099) у 2015 р. та 91,8% (1331) у 2016). Якщо частка охоплених АРТ ЛЖВ – не ЛВІН суттєво зростає, то частка іншої групи, навпаки, знижується. Станом на 01.01.2017 р. було охоплено АРТ 133 активних ЛВІН, що складало 79,2% від усіх активних людей, що вживають ін'єкційні наркотики, хто перебував під МН та потребував лікування.

Станом на 1.01.2017 до програми ЗПТ було залучено 278 ЛВІН (46,0% від тих, хто перебував на обліку у нарколога з опіоїдною залежністю).

На території підконтрольних районів серед групи ЛВІН було проведено одне єдине БПД (Сєвєродонецьк, 2009 р.). За його результатами було встановлено, що 73% ЛВІН практикують незахищений секс, 41,6% проінформовані про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції, високий відсоток ЛВІН (92,1%) вказали на практику безпечних ін'єкцій. Однак, з того часу минуло понад 7 років, протягом яких у регіоні серед ЛВІН вже було запроваджено цілу низку заходів у рамках профілактичних програм, ознаки позитивного впливу котрих вже простежуються, проте вплив важко оцінити за відсутності актуальних БПД.

ЧИ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ У ДОСТАТНЬОМУ ОБСЯЗІ (МАСШТАБІ)?

У Луганській області впроваджуються послуги зменшення шкоди серед ЛВІН, які включають у себе видачу стерильного інструменту для ін'єкцій, послуги асистованого тестування на ВІЛ з переадресацією до ЗОЗ, програми видачі презервативів та інформування, є можливість стати учасником програми ЗПТ, отримувати профілактику, діагностику, лікування ТБ та інших опортуністичних інфекцій для ЛЖВ-ЛВІН. Наприкінці 2016 р. після отримання профільною сервісною організацією, яка надає послуги ЛВІН (БО «Обрій») мобільної амбулаторії, з'явилася можливість розширення доступу осіб з цієї КГН до профілактичних програм.

З 2012 р. у регіоні почала працювати БО «Обрій» – організація-субгрантер МБФ «Альянс громадського здоров'я» в рамках програми ГФ. Вона забезпечує ЛВІН презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, швидкими тестами на ВІЛ та ВГС, інформаційними та консультативними послугами (далі – пакет профілактичних послуг).

Обсяги надання профілактичних послуг для ЛВІН у регіоні поступово зростали – з 1624 ЛВІН у 2013 р. до 2415 – у 2016. Також у 2016 р. суттєво збільшилась кількість шприців, розданих ЛВІН у рамках програми зменшення шкоди (2015 р. – 195780, 2016 р. – 394050, 50 шт. на рік на одного ЛВІН, враховуючи оціночну чисельність цієї КГН).

Послуги зі зменшення шкоди здійснюються на територіях з високими рівнями поширеності ВІЛ та концентрації групи ЛВІН. У рамках програми функціонує один стаціонарний пункт обміну шпри-

ців (Сєвєродонецьк), додатково здійснюється розповсюдження роздаткових матеріалів (презервативів, лубрикантів, голок та шприців) та консультативна допомога на 9-и аутріч маршрутах.

У жовтні 2016 р. БО «Обрій» отримала мобільну амбулаторію, надану «Альянсом громадського здоров'я», що дозволило наблизити послуги до місць проживання ЛВІН, розширити їхній доступ до профілактичних заходів. До програми зменшення шкоди були залучені мешканці 7 віддалених сіл з найбільшою концентрацією ЛВІН. Враховуючи короткий термін надання профілактичних послуг у цих регіонах, робити висновки про якийсь їхній вплив ще зарано. Існує потреба у розширенні територій, охоплених діяльністю профільної сервісної організації, яка надає послуги для ЛВІН, особливо у регіонах «сірої зони» – у Попаснянському та Старобільському районах.

Існуючі перешкоди щодо отримання АРТ для ЛЖВ-ЛВІН регіону – це переважно індивідуальні чинники, а не обмеження системи надання послуг. Низька залученість ЛВІН до програм лікування зумовлена їхньою низькою поінформованістю щодо переваг АРТ, низькою прихильністю групи ЛЖВ-ЛВІН до початку лікування.

Охоплення АРТ ЛЖВ, які є клієнтами програми ЗПТ, за останні 2 роки зросло з 65,6% (40) у 2015 р. до 74,8% (77) у 2016 р. ЗПТ надається у 3-х містах області (Сєвєродонецьк, Лисичанськ та Рубіжне).

В області працює широка мережа аптек, де можна без рецепту придбати стерильні вироби медичного призначення для ін'єкцій. Навіть у найвіддаленіших районах області відсутні проблеми з доступом до аптечної мережі.

ЧИ ПРАВИЛЬНО ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ ЦІ ЗАХОДИ?

У області відсутні обставини, які створювали б системні зовнішні бар'єри до отримання АРТ представниками групи ЛВІН, до призначення профілактики та лікування ТБ та інших опортуністичних інфекцій.

Для залучення до програми ЗПТ існують певні вимоги, а саме: консультація обласного нарколога та стаціонарне лікування у наркологічному диспансері.

У регіоні наявні певні бар'єри щодо діагностики позалегеневого ТБ (відсутність спеціалістів ПТС з діагностики/лікування позалегеневого ТБ, спеціалістів з проведення люмбальної пункції у деяких районах, відсутність бактеріологічної лабораторії з діагностики ТБ) та у діагностиці ВГ (відсутність ІФА та ПЛР лабораторій).

Щодо розповсюдження стерильного ін'єкційного інструментарію, то з боку національної та місцевої політик обмеження відсутні. Правоохоронні органи не втручаються у роботу ПОШ, не чинять опору та не створюють перепони для ЛВІН. Існують певні обмеження щодо повноцінного впровадження інтервенції зі зменшення шкоди – наприклад, здійснюється видача виробів медичного призначення, але не збирається використаний інструментарій через відсутність коштів у НУО, яка адмініструє ПОШ, на його дезінфекцію та подальшу утилізацію. Ситуація призводить до засмічення громадських місць, викликає обурення населення, посилюючи дискримінацію ЛВІН. Також у області відсутні підприємства, які мають ліцензію на здійснення операцій у сфері поводження з небезпечними відходами та відповідне сертифіковане обладнання. Однак, позитивним чинником є те, що клієнти ПОШ не зобов'язані повертати використаний інструмент для отримання нового, що не створює зайвих бар'єрів для отримання послуги.

За даними БО «Обрій» у межах діючого гранту діяльність організації орієнтована тільки на профілактичну роботу з ЛВІН, не охоплює послугами їхніх партнерів, у рамках гранту організація не залучена до психосоціального супроводу ЛВІН, здійснює переадресацію клієнтів з позитивними результатами тестувань на ВІЛ до профільних спеціалістів ЗОЗ без активного супроводу соціального працівника, але у співпраці з фахівцями ЗОЗ.

Суттєвою є нестача в області соціальних працівників, які пройшли спеціальну професійну підготовку для роботи з ЛВІН, а також брак коштів на оплату їхніх послуг на постійній основі. Більшість соціальних працівників працюють у ВІЛ-сервісній НУО за сумісництвом. Багато хто працює в програмах профілактики для ЛВІН за принципом «рівний-рівному», що створює плінність кадрів через періодичні проблеми з вживання наркотичних речовин. Здійснювати контроль за якістю інформаційних послуг та оцінювати їхню повноту при такій ситуації складно.

ЧИ Є ЗАХОДИ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬСЯ, ПРАВИЛЬНИМИ/РЕЛЕВАНТНИМИ?

Переадресація клієнтів БО «Обрій» з позитивним результатом тестування на ВІЛ виконується соціальним працівником чи консультантом за принципом «рівний – рівному», які мають всю інформацію щодо надавачів медичної допомоги та КіТ на ВІЛ в регіоні і контактують з ЗОЗ безпосередньо.

Надання послуг на пунктах обміну шприців (ПОШ) практикується для ЛВІН та ОСБ-ЛВІН. У межах ПОШ здійснюється інформування, але не проводиться мотиваційне консультування з метою модифікації поведінки.

Через велику впізнаваність мобільної амбулаторії, особливо під час роботи в сільській місцевості, не можна гарантувати клієнтам повну конфіденційність щодо їхньої участі у програмах зменшення шкоди. Це може бути певним бар'єром для звернення ЛВІН до амбулаторії за отриманням профілактичних послуг.

Регіональною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки передбачене фінансування профілактики ВІЛ серед ЛВІН лише за рахунок коштів Глобального фонду. Це зумовлює значну залежність регіону від зовнішнього фінансування, формуючи фінансовий тягар, який, після завершення проектів міжнародної допомоги, буде покладено на бюджетні джерела фінансування. Також у разі закінчення донорської підтримки, та за умови, що не знайдеться інша фінансова підтримка, існує загроза припинення діяльності НУО, яка надає профілактичні послуги для ЛВІН.

Таким чином, у Луганській області:

- **Заходи протидії епідемії ВІЛ-інфекції серед ЛВІН призводять до певних позитивних змін** (суттєве зниження поширеності ВІЛ у когорті ЛВІН, яка охоплена профілактичними послугами); однак, враховуючи обмеження даних щодо оціночної кількості ЛВІН, а також відсутність результатів БПД у цій групі у регіоні, сформулювати коректні висновки щодо наявних змін неможливо.
- **ЛВІН охоплені профілактичними послугами.** Зростає охоплення ЛВІН заходами протидії ВІЛ/СНІДу: суттєво збільшувалась середня кількість розданих шприців на одного ЛВІН, **системних** бар'єрів щодо можливості отримати АРТ для ЛЖВ-ЛВІН немає. Існує потреба у розширенні територій, охоплених діяльністю профільної сервісної організації, яка надає послуги зі зменшення шкоди для ЛВІН, особливо у регіонах «сірої зони», у Попаснянському та Старобільському районах.
- **Деякі заходи серед ЛВІН впроваджуються неправильно**, оскільки профілактичними послугами у регіоні не охоплені партнери ЛВІН; у спектрі послуг профільної до ЛВІН сервісної НУО відсутній психосоціальний супровід ЛВІН; ЛВІН разом з іншими ЛЖВ мають бар'єри щодо діагностики ТБ, ВГ. Однак, позитивним є те, що послуги КіТ для ЛВІН в Луганській області проводяться із застосуванням прогресивного підходу – асистованого тестування.

- ***Не всі запроваджені щодо ЛВІН заходи є релевантними, а саме:***
інтервенція зі зменшення шкоди – обмін голочок та шприців – у регіоні передбачає лише видачу шприців, голочок та антисептичних серветок, без обміну на використані, що посилює стигматизацію спільноти до ЛВІН; Регіональною цільовою соціальною програмою протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки передбачене фінансування профілактики ВІЛ серед ЛВІН тільки за рахунок коштів Глобального фонду, що зумовлює значну залежність регіону від зовнішнього фінансування та створює ризики щодо припинення роботи профільної до ЛВІН НУО.

3.3-3.4. Профілактичні послуги для ОСБ та ЧСЧ

Оцінити поширеність ВІЛ серед груп ОСБ та ЧСЧ за даними СЕМ, РЕН, БПД неможливо. Аналіз обмежений поодинокими випадками залучення осіб з цих груп до тестування на ВІЛ, повною відсутністю відповідних БПД на підконтрольній території, некоректністю отриманих оціночних даних щодо чисельності цих груп.

За результатами практичних спостережень фахівців служби СНІДу та працівників БО «Обрій» існує припущення, що більша частина ОСБ мають подвійний статус – одночасно вони є і ЛВІН. За такої умови ця частина ОСБ охоплюється профілактичними послугами БО «Обрій», але наявна клієнтська база не відображає реальної картини охоплення послугами ОСБ-ЛВІН – соціальні працівники при взятті на облік в анкеті клієнта не позначають інші статуси, окрім ЛВІН, що потребує подальшої корекції у роботі.

Треба зазначити, що за останні 3 роки, в унікальних умовах розвитку епідемічного процесу стосовно ВІЛ-інфекції у регіоні, соціальний портрет групи ОСБ змінився, перетворившись на «секс для виживання». Жінки «сірої зони» залучаються до надання сексуальних послуг військовослужбовцям у місцях їхньої дислокації. На сьогодні відсутні результати будь-яких досліджень, які дозволили б оцінити залученість військовослужбовців до епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, ступінь їхнього впливу на епідемію.

Також існують припущення про несуттєвий вплив представників групи ЧСЧ на епідемію ВІЛ-інфекції в Луганській області.

Група ЧСЧ в регіоні важкодоступна у зв'язку з великою стигматизацією та дискримінацією. Відсутні умови для надання профілактичних послуг, орієнтованих безпосередньо на ЧСЧ (клуби, кафе, громадські організації). Для реальної оцінки ситуації щодо ЧСЧ у області потрібно розпочати роботу з картування місць локалізації цієї КГН.

Жодна з НУО у регіоні не надає профілактичні послуги ЧСЧ.

*Отже, відсутність надійних даних щодо оціночної кількості ОСБ та ЧСЧ для підконтрольної території області та відсутність результатів БПД у цих групах не дозволяють **зробити адекватні висновки щодо наявності змін, щодо їхнього охоплення запровадженими заходами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також оцінити масштаби та ефективність цих заходів.** Існує гіпотеза щодо часткового залучення до профілактичних програм ОСБ-ЛВІН. Профілактичні послуги для ЧСЧ взагалі не надаються.*

V. ВИСНОВКИ

1. Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ, досягнення індикаторів Загальнодержавної програми, показників національного плану моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної програми протидії (Плану МіО) на підконтрольній території Луганської області:

- зниження показника поширеності ВІЛ серед вагітних жінок, який, проте, перевищує середній показник по країні;
- стабільна тенденція до зниження поширеності ВІЛ серед молоді (віком 15-24 роки);
- стабільно високі рівні захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції на окремих територіях регіону (Сєвєродонецьк, Лисичанськ, Рубіжне, Сватівський та Кремінський райони);
- невідповідність динаміки захворюваності населення регіону на СНІД тенденції рівня смертності ЛЖВ від СНІДу;
- зростання кількості випадків діагностики ВІЛ-інфекції на пізніх стадіях;
- зниження частки пацієнтів, які перебувають під наглядом та охоплені активним медичним наглядом;
- зростання чисельності випадків інфікування ВІЛ внаслідок незахищених статевих контактів;
- залучення до епідпроцесу ВІЛ-інфекції жінок у більш ранньому віці у порівнянні з чоловіками;
- динамічне зниження ЧПМД, але значення показника залишається високим і не досягає цільового;
- дані СЕМ та програмного моніторингу щодо поширеності ЛВІН демонструють різні тенденції, тому зробити однозначний висновок досить важко;
- відсутність інформації про рівень поширеності ВІЛ серед ОСБ та ЧСЧ

2. За результатами каскадного аналізу:

Низький рівень обізнаності про свій позитивний ВІЛ-статус та недостатня залученість до медичного нагляду може свідчити про обмеженість доступу населення до тестування на ВІЛ, про низький рівень ініціативи лікарів щодо обстеження загального населення, низьку якість КіТ, що може бути зумовлене відсутністю на регіональному рівні лабораторії з діагностики ВІЛ, недо-

статною забезпеченістю районів швидкими тестами, недоліками системи перенаправлення ВІЛ-позитивних осіб; централізації ВІЛ-послуг у області, активної міграції населення через складність соціально-економічного розвитку регіону, недостатністю рівня формування прихильності ЛЖВ до медичного нагляду.

Основними перешкодами призначення АРТ можуть бути: централізація послуг, невідповідність наданої квоти з АРВП реальним потребам пацієнтів, затримки постачання АРВП, які закуплені за рахунок ДБ, недостатньо ефективні заходи щодо формування прихильності пацієнтів до початку терапії. Основною прогалиною у каскаді ВІЛ-послуг в області є низький рівень вірусологічної ефективності АРТ. Так, для досягнення цілей стратегії Fast-Track потрібно знизити до невизначального (<40 копій/мл) рівень вірусного навантаження ВІЛ у 947 осіб. Досягненню успіху у цьому напрямку перешкоджають суттєві проблеми з лабораторним моніторингом ВН через відсутність вірусологічного відділу у лабораторії регіонального рівня (матеріал для досліджень відправляється у Харків у обсягах, які не відповідають потребам). За результатами 2016 р. тільки 50% ЛЖВ були двічі охоплені моніторингом рівня ВН, як того вимагає клінічний Протокол.

3. Заходи з АРТ у Луганській області не дозволяють ефективно впливати на епідемію ВІЛ-інфекції у регіоні, випереджати темпи її розвитку.

Ситуація зумовлена низкою причин, а саме: централізацією послуг з АРТ, початком лікування АРВП на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції, слабкою інтегрованістю та відсутністю спрямованості послуг, що надаються, на потреби пацієнтів, низькою ефективністю заходів НУО та ЗОЗ з формування прихильності ЛЖВ до АРТ, неактуальністю національної політики щодо планування та забезпечення регіону АРВП. Ситуація ускладнюється некоректністю посмертних діагнозів, наявними обмеженнями даних та, як наслідок, недостатнім розумінням ситуації щодо утримання на АРТ ключових груп населення.

4. Запроваджені у регіоні заходи з тестування і консультування на ВІЛ не відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Доступ до ПТВ зростає, але залишається обмеженим, особливо для осіб з груп ОСБ та ЧСЧ через стигматизацію та дискримінацію даної уразливої групи.

Така ситуація пояснюється декількома причинами, а саме: недостатньою децентралізацією послуг з КіТ; обмеженням колом надавачів послуг КіТ; відсутністю у регіоні лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції; неефективністю системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними ЗОЗ; відсутністю відповідної підготовки сімейних лікарів та фахівців вузького профілю щодо оцінки ризиків інфікування ВІЛ, навичок з роботи у КГН; низькою активністю лікарів ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів щодо обстеження пацієнтів за ініціативою медичного працівника; невідповідністю фактичного фінансування компоненту КіТ запланованому, розширення доступу населення до КіТ лише за рахунок благодійних коштів.

5. ЛВІН у регіоні охоплені заходами з КіТ, АРТ, профілактичними послугами, однак, враховуючи наявні обмеження щодо цієї групи осіб у визначенні їх оціночної кількості, а також відсутність результатів БПД, неможливо об'єктивно оцінити повноту цього охоплення. Є проблеми з нерівномірним доступом ЛВІН до послуг тестування на ВІЛ, низькою залученістю та прихильністю ЛВІН до АРТ, послуг зі зменшення шкоди. Профілактичними програмами у регіоні не охоплені партнери ЛВІН; у спектрі послуг профільної до ЛВІН НУО відсутній психосоціальний супровід; ЛВІН разом з іншими ЛЖВ мають бар'єри щодо діагностики ТБ та ВГ.

У регіоні працює програма видачі шприців, голок та антисептичних серветок, але без обміну на використані, що посилює стигматизацію спільноти до ЛВІН; фінансування профілактики ВІЛ серед ЛВІН планується та здійснюється тільки за рахунок коштів Глобального фонду, що зумовлює значну залежність регіону від зовнішнього фінансування.

6. Відсутність стратегічної інформації щодо оціночної кількості ОСБ та ЧСЧ для підконтрольної території області, відсутність результатів БПД у цих групах не дозволяють зробити адекватні висновки щодо масштабів та ефективності заходів з протидії ВІЛ серед представників даних цільових груп. Існує гіпотеза щодо часткового залучення до профілактичних програм ОСБ-ЛВІН, профілактичні послуги для ЧСЧ взагалі не надаються.

В умовах військового конфлікту, коли соціальний портрет ОСБ у районах «сірої зони» та дислокації військовослужбовців набув особливого значення та форм, сформовано нову групу ризику – населення районів «сірої зони» та дислокації військовослужбовців, яке практикує ризикову поведінку щодо інфікування ВІЛ та має обмежений доступ до ВІЛ-послуг. У регіоні не оцінено вплив військовослужбовців на епідемічний процес стосовно ВІЛ-інфекції, хоча вони стали додатковими містками, як партнери ОСБ з новим соціальним портретом. Таким чином, проведення БПД серед КГН та військовослужбовців набуває особливо актуального значення. Відсутність фінансування на профілактику ВІЛ серед ОСБ та ЧСЧ у межах регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки не дозволяє надати адекватну відповідь на епідемію для цих ключових груп.

7. Ефективність запроваджених на підконтрольній території Луганської області заходів протидії епідемії ВІЛ/СНІД суттєво обмежена відсутністю регіональної системи МіО, яка після розмежування територій і переміщення РЦ СНІДу не відновлена та не розвинена.

VI. ОБМЕЖЕННЯ У ПРОВЕДЕННІ ОЦІНКИ

При проведенні оцінки впливу заходів щодо протидії ВІЛ-інфекції у Луганській області за 2009-2016 рр. виникли певні обмеження щодо збору та аналізу даних, обумовлені особливостями соціально-економічного та політичного розвитку регіону в останні роки, розмежуванням територій у результаті військового конфлікту. З 2015 р. дані щодо епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією у районах, де органи державної влади тимчасово припинили здійснювати свої повноваження, стали недоступними.

ЛОЦПБСНІД при переміщенні з непідконтрольної території до Сєвєродонецька фактично втратив усю матеріально-технічну базу, кадровий потенціал, електронні реєстри пацієнтів та звітність.

З моменту переміщення РЦ СНІДу регіональна система моніторингу і оцінки заходів дотепер повністю не відновлена, що також зумовило значні обмеження.

1. ОБМЕЖЕННЯ СТОСОВНО ОБЧИСЛЕННЯ ІНДИКАТОРІВ ВПЛИВУ/ ПОКАЗНИКІВ ПЛАНУ МІО

Ретроспективний аналіз впливу окремих чинників на епідемічний процес ВІЛ-інфекції на підконтрольній території Луганської області ускладнився частковим знищенням документації служби СНІДу Попаснянського та Станично-Луганського районів під час активних бойових дій. У ході дослідження не вдалося знайти шляхи для відновлення втрачених даних. Саме це призвело до виключення даних по цих територіях з розрахунку деяких індикаторів за окремі роки, а саме: показника захворюваності на ВІЛ- інфекцію за результатами СЕМ за 2009-2013 рр.; показника смертності від СНІДу за 2009-2013 р.; показника кількості пацієнтів групи МН за 2013 р. (виключено тільки Попаснянський район) та подальшого використання його в розрахунку індикаторів.

Також у рамках дослідження з різних причин не вдалося здійснити повний збір даних для обчислення деяких індикаторів впливу, зокрема:

- дані щодо кількості померлих від ко-інфекції ВІЛ/ТБ за 2009-2012 рр. недоступні (втрачені ПТС при переміщенні на підконтрольну територію);
- недоступна чисельність когорти пацієнтів 2013 р., які отримували АРТ через 12 місяців після її початку (неможливо відокремити кількість пацієнтів підконтрольної території зі звітної форми № 57, що стосується усієї області);

- дані щодо охоплення засуджених тестуванням на ВІЛ за 2013-2014 рр. недоступні;
- дані щодо охоплення ЗПТ осіб з опіоїдною залежністю за 2013 р. недоступні (неможливо розділити на дві території загальнобласні значення);
- дані щодо підготовки за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ у ЗНЗ регіону за 2013 р. недоступні (неможливо обласні значення розділити на дві території).

Обмеження у використанні оціночної кількості ЛЖВ та осіб з КГН, які виникли у регіоні під час оцінки, були описані вище (*див. Розділ III. Методологія*). Оціночні дані, отримані за допомогою програмного забезпечення Spectrum/EPP, також застосовувались для розрахунку деяких індикаторів.

На території підконтрольних районів БПД проводилося лише раз (група ЛВІН, Сєвєродонецьк, 2009 р.). Зібрані дані вже не мають дозорної цінності з причини давності. Результати інших досліджень, які здійснювалися у Луганську, не можуть бути використані для окремих територій.

Саме відсутність результатів БПД та відсутність стратегічної інформації щодо оціночної чисельності КГН не дозволили обрахувати наступні індикатори впливу:

- відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24, 2009-2016 рр. (показник № 6 плану МІО);
- відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 7 плану МІО);
- відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 8 плану МІО);
- відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, у віці 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.;
- відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, у віці 15+, 2009-2016 рр.;
- відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, у віці 15+, 2009-2016 рр.;
- рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник № 28 плану МІО);
- відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МІО);
- відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МІО);
- відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МІО).

Регіональна програма протидії епідемії ВІЛ/СНІДу у Луганській області припинила діяти з початку 2014 р., на наступний період (2016-2018 рр.) була розроблена та затверджена лише у травні 2016 р., що обмежило розрахунок наступних індикаторів:

- обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр., (показник №1 плану МіО) – за 2013-2016 рр.,
- відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр., (показник №2 плану МіО) – за 2013 – 2015 рр.

Для обчислення усіх індикаторів впливу по підконтрольній території Луганської області використані дані щодо кількості постійного населення на кінець звітного року за 2009-2016 рр. Дані щодо кількості середньорічного населення по окремих територіях отримати не вдалося.

Для оцінки розвитку епідемії ВІЛ-інфекції у регіоні були розроблені додаткові індикатори впливу, метою яких була спроба визначити епідемічне значення військовослужбовців, сконцентрованих у місцях дислокації їхніх підрозділів на території Луганської області. Але інформація щодо кількості військовослужбовців є стратегічною, особливо в умовах військового конфлікту, тож збір даних щодо цього компоненту, визначений як важливий, але в рамках оцінки підтриманим не був.

2. ОБМЕЖЕННЯ ЗА ОБЧИСЛЕННЯМ ІНДИКАТОРІВ ЗА 5-ма НАПРЯМКАМИ ВООЗ

Обмеження за цим етапом дослідження у Луганській області ще значніші. Джерелами для обчислення показників передбачені, в основному, дані електронних реєстрів надання ВІЛ-послуг (з моніторингу отримання пацієнтами послуг АРТ, утримання їх на терапії, лабораторного моніторингу тестувань на ВІЛ, імунологічних обстежень ВІЛ-інфікованих та оцінки вірусологічної ефективності АРТ, реєстру пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, ЛЖВ у закладах пенітенціарної служби). База даних після переміщення ЛОЦПБСНІД створювалася заново, почала повноцінно функціонувати лише з II кварталу 2016 року, що суттєво обмежило можливості збору даних та їхню подальшу оцінку.

Для обчислення більшості індикаторів дані доступні лише за 2016 р., а за деякими стратифікаціями – недоступні взагалі, а саме:

- **частка випадків смерті серед ЛЖВ, які перебувають під МН (блок 1 – АРТ, п.1.1)**, при стратифікації за віком, ТБ/ВІЛ – дані недоступні за 2009-2012 рр., ЛВІН – за 2009-2014 рр., за групою активного МН – за 2009-2016 рр.;
- **відсоток випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунки загального значення індикатора, його стратифікація за статтю, за віком, ЛВІН, ТБ/ВІЛ, отримання АРТ неможливі за 2009-2015 рр.; дані щодо засуджених, активної групи МН недоступні за 2009-2016 рр.;
- **відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунки загального значення індикатора, його стратифікація за статтю, за віком, ЛВІН, ТБ/ВІЛ неможливі за 2009-2015 рр., дані щодо засуджених недоступні за 2009-2016 рр.;
- **відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ серед померлих ЛЖВ у звітному році (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок загального значення індикатора неможливий за 2009-2013 рр., стратифікація індикатора за статтю, ЛВІН – за 2009-2015 рр., за віком – за 2009-2014 рр., ТБ/ВІЛ – 2009-2013 рр., дані щодо засуджених взагалі недоступні;

- **відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 місяців і більше серед померлих у звітному році ЛЖВ, які отримували АРТ (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок загального значення індикатора неможливий за 2009-2013 рр., стратифікація індикатора за статтю – за 2009-2015 рр., за у віці, ТБ/ВІЛ – 2009-2013 р., дані щодо ЛВІН, засуджених взагалі недоступні;
- **відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, хто отримував АРТ 12 місяців і більше (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок загального значення індикатора, стратифікація його за віком неможливі за 2009-2015 рр., дані щодо ЛВІН, засуджених, ТБ/ВІЛ взагалі недоступні;
- **відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ, серед усіх випадків смерті (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок загального значення показника, його стратифікація за ТБ/ВІЛ неможливі за 2009-2013 рр., за статтю, ЛВІН – за 2009-2015 рр., за віком – 2009-2014 рр.
- **відсоток випадків смерті ЛЖВ, які не отримували АРТ, серед усіх ЛЖВ, хто АРТ не отримував (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок загального значення показника, його стратифікація за віком, ТБ/ВІЛ неможливі за період 2009-2013 рр., за статтю, ЛВІН – за 2009-2015 рр., дані щодо засуджених взагалі недоступні;
- **індикатори щодо основних причин смерті ЛЖВ, які перебували на АРТ (блок 1 – АРТ, п.1.1)** – розрахунок індикаторів за патологіями неможливий за 2009-2015 рр., окрім туберкульозу, де дані недоступні за 2009-2013 рр.;
- **усі індикатори блоку 1 – АРТ п. 1.2** – дані недоступні за 2009-2014 рр.;
- **відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені обстеженням на ВН (блок 1 – АРТ, п. 1.4)** – дані недоступні за 2009-2015 рр.;
- **відсоток ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН (блок 1 – АРТ, п. 1.4)** – дані недоступні за 2009-2015 рр.;
- **відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки (блок 1 – АРТ, п. 1.4)** – дані недоступні за 2009-2014 рр.;
- **індикатори блоку 2** – КіТ щодо охоплення послугою КГН – дані недоступні за 2009-2016 рр.
- З причини браку даних БПД, відсутності інформації щодо оціночної кількості усіх груп ризику, за блоком Матриці 3 (ЛВІН) дані для обчислення індикаторів обмежені суттєво, а за блоками 4-5 (ОСБ та ЧСЧ) недоступні майже у 100%.

Отже, наявні обмеження даних не дозволяють зробити адекватні висновки щодо реальних тенденцій індикаторів під впливом різних факторів, обмеження даних щодо КГН – оцінити їхнє охоплення запровадженими заходами, зміни у результаті їх впливу, що, в цілому, суттєво обмежує оцінку масштабів та ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у регіоні.

VII. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації, що містяться у цьому розділі, безпосередньо стосуються слабких сторін, визначених у розділі V; вони допоможуть у формулюванні завдань та заходів нової Загальнодержавної та обласної програм з протидії ВІЛ-інфекції СНІДу на 2019–2023 роки.

За напрямком КІТ	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатня децентралізація послуг КІТ у регіоні.		1. Розширити доступ населення та КГН до КІТ за рахунок тестувань на ВІЛ (ШТ) в амбулаторіях сімейного лікаря за місцем проживання. 2. Вирішити питання придбання швидких тестів для діагностики ВІЛ-інфекції за рахунок місцевих бюджетів.
	2. Обмежене коло надавачів КІТ.	1. Затвердити план розвитку кадрових ресурсів щодо надання послуг КІТ на ВІЛ у межах загальної стратегії розвитку кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я.	Розширити підготовку соціальних працівників діючих НУО/ЦСССДМ щодо проведення КІТ з подальшим залученням їх до надання послуг.
	3. Бар'єри з доступу КГН до КІТ через стигматизацію та дискримінацію.	1. Внести зміни до законодавчих та нормативно-правових актів щодо виключення дискримінаційних норм положень щодо ЛЖВ, представників КГН.	1. Організувати проведення навчальних семінарів для медичних працівників щодо подолання стигми та дискримінації серед ЛЖВ та КГН. 2. Забезпечити висвітлення питань недопущення дискримінації у ЗМІ.
	4. Відсутність лабораторії з діагностики ВІЛ на регіональному рівні.		1. Забезпечити облаштування та відкриття лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції на регіональному рівні для скорочення витрат часу на залучення пацієнта до системи медичних послуг (проведення ІФА, імунологічних та біохімічних досліджень за один візит).

	5. Відсутність відповідної підготовки сімейних лікарів та фахівців вузького профілю щодо оцінки ризиків до інфікування ВІЛ, навичок з роботи у КГН.		1. Провести підготовку сімейних лікарів та фахівців вузького профілю щодо оцінки ризиків стосовно інфікування ВІЛ та клінічних показань до тестування. 2. До програм регіональних медичних учбових закладів з підготовки та підвищення кваліфікації лікарів і медичних сестер ПМД включити питання щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, КІТ на ВІЛ.
	6. Низька активність лікарів ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фізотричного профілів щодо обстеження пацієнтів з ініціативи медичного працівника.		1. Організувати та провести методичні семінари для навчання фахівців вказаних служб: з оцінки ризиків до інфікування ВІЛ, навичок роботи з КГН; з обстеження пацієнтів з ініціативи медичного працівника. 2. Розробити та затвердити наказом ДЗО алгоритм залучення до КІТ КГН, що звернулися за медичною допомогою до вказаних ЗОЗ та звітні форми, що включають обсяг охоплення тестуванням на ВІЛ. 3. Запровадити здійснення щорічних моніторингових візитів фахівців ЛОЦПБСНІД до зазначених закладів.
	7. Неефективність системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ-позитивних осіб між різними ЗОЗ, що зумовлює значні втрати пацієнтів на різних етапах консультування та зниження рівня охоплення медичним наглядом ВІЛ-позитивних осіб.		1. Розробити медичні маршрути пацієнта із чітким алгоритмом перенаправлення та індикаторами ефективності. 2. Розробити систему індикаторів для моніторингу причин втрати пацієнтів на етапах доведення до лікування. 3. Розробити механізм залучення соціальних працівників, які працюють у сфері ВІЛ, до супроводу пацієнта до ЗОЗ на основі співпраці з сімейними лікарями, інфекціоністами.
	8. Невідповідність фактичного фінансування компоненту КІТ запланованому, розширення доступу населення до КІТ здійснюється лише за рахунок благодійних коштів.		1. Забезпечити фінансування заходів з КІТ на ВІЛ за рахунок місцевих бюджетів, у тому числі і придбання швидких тестів.
	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напрямком АРТ	1. Послуги з АРТ централізовані.		1. З метою децентралізації послуг АРТ відкрити сайти АРТ/пункти видачі АРВП на базі Кремінського, Старобільського, Новоайдарського, Новопсковського, Троїцького, Міловського, Станично- Луганського та Марківського РТМО, Біловодської, Білокуракинської та Попаснянської ЦРЛ.

2. Початок лікування АРВ-препаратами на пізніх стадіях через пізню діагностику ВІЛ-інфекції.		1. Розширити доступ населення до тестування з використанням швидких тестів сімейними лікарями та в ЗОЗ, що надають послуги КГН. 2. Впровадити інтервенції з доведеною ефективністю «Кроки до здоров'я», «Знайди – тестуй – лікуй». 3. Ініціювати створення на обласному телебаченні циклу передач або соціальної реклами з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції серед населення регіону.
3. Низька ефективність заходів НУО та ЗОЗ щодо формування прихильності ЛЖВ до АРТ.		1. Визначити обсяги та закупити за кошти місцевих бюджетів соціальні послуги з профілактики ВІЛ/СНІДу, догляду та супроводу сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюванням на ВІЛ-інфекцію, належать до КГН. 2. Провести навчання лікарів та соціальних робітників, які працюють у сфері ВІЛ, стратегіям формування прихильності до АРТ.
4. Недостатня інтегрованість та відсутність спрямованості послуг, що надаються, на потреби пацієнтів.		1. Відкрити сайти інтегрованих послуг для КГН на базі протитуберкульозних диспансерів, центру психічного здоров'я. 2. Інтегрувати послуги АРТ/ТБ/ЗПТ до діяльності РЦ СНІДу.
5. Неактуальність національної політики щодо планування та забезпечення регіону АРВП.	1. Забезпечити пріоритетне планування централізованої закупівлі АРВП за відповідною бюджетною програмою; змінити систему планування потреб АРТ з урахуванням кількості ЛЖВ, які вже її отримують, які її очікують та прогнозованої кількості нових випадків ВІЛ-інфекції.	
6. Прогалини у системі взаємодії ПТС, патологоанатомічної та судово-медичної служб з обміну та верифікації даних щодо причин смерті ВІЛ-інфікованих осіб, зокрема, прийняття спільних рішень про встановлення причин смерті від ВІЛ/ТБ чи безпосередньо від ТБ.		1. Провести семінари щодо діагностики, клініки ВІЛ-інфекції з фахівцями патологоанатомічної служби, судово-медичної експертизи. 2. Забезпечити щомісячний розбір випадків реєстрації некоректно встановлених посмертних діагнозів ЛЖВ на сумісних нарадах за участю фахівців патологоанатомічної служби, судово-медичної експертизи, ПТС, служби СНІДу.
7. Невідповідність показника ЧПМД середньому по країні та цільовому за планом МіО.		1. Провести поглиблений аналіз запроваджених у регіоні заходів з ЧПМД, розробити план щодо оптимізації цих заходів, забезпечити контроль виконання плану.

За напрямком ЧСЧ	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсутність результатів БПД серед ЧСЧ.		1. Лобіювати питання проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ЧСЧ у регіоні за підтримки МБО «Альянс громадського здоров'я».
	2. Недоступність профілактичних послуг для ЧСЧ.		1. Активізувати пошук представників ЧСЧ шляхом залучення волонтерів-активістів з групи ЧСЧ для роботи за принципом «рівний – рівному». 2. Розширити доступ ЧСЧ до каскаду ВІЛ-послуг шляхом використання інтервенції з доведеною ефективністю «Знайди – тестуй – лікуй».
За напрямком ОСБ	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсутність результатів БПД серед ОСБ.		1. Лобіювати питання проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ОСБ у регіоні за підтримки МБО «Альянс громадського здоров'я».
	2. Недоступність профілактичних послуг для ОСБ.		1. Рекомендувати НУО, що працюють у регіоні, взяти участь у конкурсі на надання гранту за напрямком ОСБ.
За напрямком ЛВІН	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Нерівномірність доступу ЛВІН до послуг асистованого тестування на ВІЛ, до послуг зі зменшення шкоди.		1. ВІЛ-сервісним організаціям, які надають послуги ЛВІН, розширити територію надання послуг зі зменшення шкоди.
	2. Профілактичними програмами не охоплені партнери ЛВІН.		1. Рекомендувати наркологам залучати партнерів ЛВІН до тестування на ВІЛ; НУО (за умови відповідного фінансування) – видачу їм презервативів, інформаційних матеріалів, перенаправлення до ЗОЗ для тестування на ВІЛ. 2. Рекомендувати соціальним службам роздачу презервативів (за умови наявності гуманітарної допомоги).3. Запровадити ефективну інтервенцію «Здоров'я партнера».

	4. Відсутність психосоціального супроводу ЛВІН у спектрі послуг сервісної для ЛВІН НУО в регіоні.		1. Включити психосоціальний супровід ЛВІН у спектр послуг сервісної для ЛВІН НУО. 2. Посилити спроможність БО «Обрій» до розширення спектру послуг шляхом використання механізму соціального замовлення, пошуку ресурсів міжнародної технічної допомоги.
	5. Відсутність у заходах програми зменшення шкоди для ЛВІН компоненту збору використаного інструментарію, безпечної утилізації.		1. Лобювати питання з вирішення проблеми відсутності компоненту збору використаних шприців та голок у програмі зменшення шкоди для ЛВІН перед МБО «Альянс громадського здоров'я», Головним управлінням Національної поліції, органами державної влади.
	6. Значна залежність регіону від зовнішнього фінансування надання профілактичних послуг ЛВІН.		1. Використовувати законодавчі можливості для забезпечення сталості послуг з використанням регіональних ресурсів, у тому числі через механізм соціального замовлення.
	7. Відсутність результатів БПД серед ЛВІН.		1. Лобювати питання проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ЛВІН у регіоні за підтримки МБО «Альянс громадського здоров'я».
За іншими напрямками	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, наявні в регіоні та виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні
	1. Відсутність у регіоні системи МіО для прийняття управлінських рішень.	1. Забезпечити навчання фахівців з питань роботи з інформаційними системами, проведення аналізу даних епідеміологічного нагляду та МіО протидії ВІЛ на регіональному рівні, на рівні ЗОЗ.	1. Відновити роботу РЦ МіО, забезпечити розбудову системи МіО на регіональному рівні.
	2. Наявність у регіоні бар'єрів щодо діагностики ТБ, ВГ.		1. Забезпечити потреби регіону у спеціалістах ПТС (з діагностики/лікування позалегенового ТБ, спеціалістах з проведення люмбальної пункції). 2. Забезпечити розміщення та оснащення у регіоні бактеріологічної лабораторії з діагностики ТБ, лабораторій ІФА та ПЛР з діагностики ВГ

VIII. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у Луганській області за результатами проведеної Оцінки заходів на 2018-2020 рр.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Розширити доступ населення та КГН до КІТ, в тому числі ШТ, для діагностики ВІЛ-інфекції в амбулаторіях сімейного лікаря за місцем проживання.	2018-2019 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної адміністрації, мережа ПМСД	- 100% амбулаторій сімейного типу забезпечено ШТ; - 100% сімейних лікарів пройшли підготовку з питань КІТ; - суттєво скорочено період отримання результатів підтверджувальних досліджень з ВІЛ, залучення ЛЖВ до медичних послуг; - досягнуті цілі Fast Track 90-90-90.
2.	Забезпечити відповідність обсягів фінансування заходів з КІТ на ВІЛ за рахунок обласного та місцевих бюджетів запланованим Програмою, у т.ч. і для придбання ШТ для діагностики ВІЛ-інфекції.	Щорічно, у рамках фінансування місцевих Програм	Департамент охорони здоров'я обласної адміністрації, райдержадміністрації, міськвиконкоми	- 100% амбулаторій сімейного типу забезпечено ШТ; - суттєво скорочено період отримання підтверджувальних досліджень з ВІЛ; залучення ЛЖВ до медичних послуг; - досягнуті цілі Fast Track 90-90-90.
3.	Облаштувати та відкрити у регіоні лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції, бактеріологічну лабораторію з діагностики ТБ, ІФА та ПЛР лабораторії з діагностики ВГ.	2018-2019 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної адміністрації	- відкриті та функціонують лабораторії з діагностики ВІЛ-інфекції, ТБ, ІФА та ПЛР з діагностики ВГ; - суттєво скорочено період отримання результатів підтверджувальних досліджень з ВІЛ, залучення ЛЖВ до медичних послуг.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
4.	Відкрити сайти АРТ/пункти видачі АРВП на базі Кременського, Старобільського, Новоайдарського, Новосковського, Троїцького, Міловського, Станично-Луганського та Марківського РТМО, Біловодської, Білокуракинської та Попаснянської ЦРЛ	2018 р.	Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, ЛОЦПБСНІД, ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги	- відкрито 11 сайтів АРТ / пунктів видачі АРВП; - у кожному РТМО функціонує сайт АРТ / пункт видачі АРВП.
5.	Відкрити сайти інтегрованих послуг на базі обласного центру психічного здоров'я, Луганського та Лисичанського обласних протитуберкульозних диспансерів.	2018 – 2020 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації	- відкрито 3 сайти інтегрованих послуг; 40% ЛЖВ групи МН охоплено інтегрованими послугами.
6.	Інтегрувати послуги АРТ/ТБ/ЗПТ до діяльності РЦ СНІДу.	2018-2019 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, ЛОЦПБСНІД	відкрито та функціонує сайт ЗПТ на базі РЦ СНІДу.
7.	Відновити роботу РЦ МіО, забезпечити розбудову системи МіО на регіональному рівні.	2018-2020 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, ЛОЦПБСНІД	- повністю відновлено роботу РЦ МіО, регіональна система МіО у сфері ВІЛ/СНІДу відповідає національним стандартам; - функціонує електронна база даних щодо ВІЛ-послуг; 5 спеціалістів пройшли навчання з питань МіО.
8.	Забезпечити закупівлю соціальних послуг з профілактики ВІЛ/СНІДу, догляду та супроводу сімей та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах, пов'язаних з захворюванням на ВІЛ-інфекцію, чи належать до КГНю	Щорічно	Департамент соціального захисту населення обласної державної адміністрації	- місцевий бюджет включає фінансування на закупівлю соціальних послуг щодо ВІЛ/СНІДу; - оголошено конкурс на закупівлю соціальних послуг щодо ВІЛ/СНІДу; 90% ЛЖВ під МН охоплені послугами догляду та підтримки.
9.	Провести поглиблений аналіз запроваджених у регіоні заходів з ППМД, розробити план оптимізації цих заходів, забезпечити контроль виконання плану.	I квартал 2018 р., згідно з термінами розробленого плану	Департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, ЛОЦПБСНІД	- доведення значення показника ЧПМД до цільового за планом МіО; - ЧПМД становить 1,0% у 2018 році.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
10.	Розробити та затвердити алгоритм залучення до КІТ представників КГН, які звернулися за медичною допомогою до ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів, а також звітні форми для цих закладів з обсягами охоплення тестуваннями на ВІЛ.	2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД	розроблено та затверджено алгоритм залучення до КІТ КГН у різних ЗОЗ.
11.	Розробити медичні маршрути пацієнта із чітким алгоритмом перенаправлення між різними ЗОЗ та індикаторами ефективності.	I квартал 2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД	затверджено медичні маршрути пацієнта щодо отримання ВІЛ-послуг.
12.	Розробити систему індикаторів для моніторингу причин втрати пацієнтів на етапах доведення до лікування.	I квартал 2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД	розроблено та затверджено систему індикаторів.
13.	Розробити та затвердити графік моніторингових візитів служби СНІДу до ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів, забезпечити здійснення візитів відповідно до графіку.	I квартал 2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД	- розроблено та затверджено процедуру моніторингу ЗОЗ наркологічного, дерматовенерологічного, фтизіатричного профілів; - щорічно здійснено 5 моніторингових візитів з боку РЦ СНІДу.
14.	Організувати та провести підготовку фахівців соціальної сфери, які працюють у сфері ВІЛ, щодо: - проведення КІТ з подальшим їх залученням до надання послуг; - стратегій формування прихильності до АРТ.	2018 р.	ЛОЦПБСНІД, ОЦСССМД (за умови фінансування благодійних фондів)	100% фахівців соціальної сфери навчено основам КІТ та стратегіям формування прихильності до АРТ.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
15.	Організувати та провести навчальні семінари для медичних працівників, які працюють у сфері ВІЛ, щодо: • подолання стигми та дискримінації серед ЛЖВ, КГН; • стратегій формування прихильності до АРТ.	2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД (за умови фінансування благодійних фондів)	- проведено 5 семінарів для медичних працівників щодо питань стигми стосовно ЛЖВ;- 150 медичних працівників отримали навички мотиваційного консультування для формування прихильності до АРТ.
16.	Провести підготовку сімейних лікарів, фахівців наркологічної, дерматовенерологічної, фтизіатричної служб стосовно клінічних показань до тестування, оцінки ризиків до ВІЛ, обстеження пацієнтів за ініціативою медичного працівника.	2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД (за умови фінансування благодійних фондів)	- навчанням щодо клінічних показань до тестування охоплено 160 сімейних лікарів, фахівців наркологічної, дерматовенерологічної, фтизіатричної служб.
17.	Включити до програм підготовки та підвищення кваліфікації лікарів та медичних сестер ПМД питання щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, добровільного КІТ на ВІЛ.	з 2018 р.	Департамент освіти та науки, Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації	- у межах підготовки та підвищення кваліфікації лікарів та медичних сестер ПМД, розроблено та затверджено курс щодо ВІЛ-інфекції;- курс викладається у всіх закладах, які здійснюють підготовку відповідних спеціалістів.
18.	Забезпечити наявність у регіоні фахівців з діагностики/лікування нелегенового ТБ, спеціалістів з проведення люмбальної пункції.	2018 р.	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації	- укомплектованість штатів фтизіатрів на 100%; - набуття фахівцями ПТС навичок з проведення люмбальної пункції.
19.	Забезпечити проведення сумісних нарад за участю фахівців патологоанатомічної служби, судово-медичної експертизи, ПТС, служби СНІДу з розбору випадків реєстрації некоректно встановлених посмертних діагнозів ЛЖВ.	Щомісяця	Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, ЛОЦПБСНІД, Луганське обласне бюро судово-медичної експертизи	- проведення 12 сумісних нарад фахівців.
20.	Запровадити у регіоні інтервенції з доведеною ефективністю «Кроки до здоров'я», «Знайди-тестуй-лікуй», «Здоров'я партнера»	2018 р.	ЛОЦПБСНІД, БО «Обрій» (при фінансуванні благодійними фондами)	- імплементовано вказані інтервенції Згідно з протоколу та керівництв.

п/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
21.	Лобіювати питання вирішення проблеми відсутності компоненту збору використаних шприців та голок у програмі зменшення шкоди для ЛВІН перед МБО «Альянс громадського здоров'я», Головним управлінням Національної поліції, органами державного самоврядування.	2018 р.	ЛОЦПБСНІД, БО «Обрій»	- впроваджено обмін шприців на базі КУ «Сверодонецька міська багатопрофільна лікарня».
22.	Лобіювати питання проведення інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ЛВІН, ОСБ та ЧСЧ у регіоні за підтримки МБО «Альянс громадського здоров'я».	2018-2020 рр.	Департамент охорони здоров'я обласної адміністрації, ЛОЦПБСНІД	- члени регіональної координаційної ради з протидії ВІЛ/ТБ взяли участь у робочих зустрічах стосовно обговорення протоколу БПД;- протокол БПД серед КГН включає проведення дослідження на підконтрольних територіях Луганської області.
23	Активізувати пошук представників ЧСЧ шляхом залучення волонтерів-активістів з групи ЧСЧ для роботи за принципом «рівний – рівному».	Щорічно	ЛОЦПБСНІД, волонтери – активісти з групи ЧСЧ (за згодою)	- 2 ЧСЧ пройшли навчання щодо надання послуг за принципом «рівний – рівному»; - проведено дослідження картування місць локалізації ЧСЧ у регіоні.
24.	Рекомендувати залучення/перенаправлення партнерів ЛВІН до тестування на ВІЛ, видачу їм презервативів, інформаційного матеріалу.	з 2018 р., постійно	Центр психічного здоров'я, ЦСССДМ, БО «Обрій»	- 1200 партнерів ЛВІН охоплені профілактичними послугами.
25.	Діючим у регіоні НУО рекомендувати: • розширити межі діяльності, включивши компонент КІТ/компонент психосоціального супроводу клієнтів; • прийняти участь у конкурсі на надання гранту за напрямком ОСБ; • розширити території з надання ЛВІН послуг зі зменшення шкоди.	2018-2019 рр.	БО «Луганське відділення МБФ «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ», БФ «АНТИСНІД в Україні», БО «Обрій»	- базовий пакет послуг місцевих ВІЛ-сервісних НУО включає КІТ ШТ та психосоціальний супровід; - у регіоні діє ВІЛ-сервісна НУО, що надає послуги ОСБ; - 500 ОСБ охоплено профілактичними послугами.
26.	Запровадити проведення на обласному телебаченні циклу передач та соціальної з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції; забезпечити висвітлення питань профілактики дискримінації ЛЖВ у ЗМІ.	з 2018р., постійно	Департамент масових комунікацій, Департамент охорони здоров'я обласної адміністрації, ЛОЦПБСНІД	- проведено 3 передачі, створено та запроваджено один соціальний ролик, 3 статті у ЗМІ.

ІХ. ДОДАТОК.

Таблиця вводу значень індикаторів впливу (Луганська область, територія, де органи державної влади здійснюють свої повноваження)

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
1. Індикатори Впливу, план МІО												
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (показник № 9 плану МІО)	4,88	5,0	4,0	3,23	4,7	3,9					2009-2012 рр. – відповіді 303 на запит ЛОЦПБСНІД (конкретно за чисельником та знаменником); 2013-2014 рр. – звітна форма 63-1 по підконтрольній території області (звіти переміщеного центру СНІДу 2015-2016 рр.)
	чисельник	2	2	2	2	2	2					
	знаменник	41	40	50	62	43	51					
	цільове значення					2%			2,5%		1%	
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 4 плану МІО)	10,00	11,58	11,98	8,39	7,57	8,83	5,70	5,90			
	чисельник	70	80	82	57	51	59	41	42			2009-2013 рр. – значення чисельника – з аналітичних бюлетенів (у розрізі адміністративних районів області); 2014-2016 рр. – звітна форма СНІД – 2 (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	значенник	697046	690792	684466	679000	673460	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітнього року. Отримати дані щодо середньорічної кількості населення по окремій території області практично неможливо.
	цільове значення		13,6 на 100 тис. населення			11,5 на 100 тис. населення					9,9 на 100 тис. населення	
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 26 плану МіО)	X	X	X	X	4,90	5,69	1,81	1,40			
	чисельник	X	X	X	X	33	38	13	10			2009-2012 рр. – дані відсутні, отримати їх від ПТРС нема можливості (втрачені при переміщенні з невідконтрольної території); 2013 р. – т. 3002 звітної форми СНІД – 2, надані керівниками 303 підконтрольної території за запитом; 2014-2016 рр. – т. 3002 звітної форми СНІД – 2 (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	знаменник	697046	690792	684466	679000	673460	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітнього року. Отримати дані щодо середньорічної кількості населення по окремій території області немає можливості.
	цільове значення								4,5 на 100 тис. населення		3,0 на 100 тис. населення	
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей у віці 15–24 років, % (показник № 3 плану МІО)	X	X	X	X	0,31	0,42	0,04	0,21			Необчислені регіоном за 2009-2012 рр. через недоступність даних за кодами 109.1.1 та 109.1.2 доступні у затвердженій звітній формі № 2 -ВІЛ/СНІД за ці роки
	чисельник	X	X	X	X	4	4	1	2			2013 р. – т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані регіонами за запитом ЛОЦПБСНІД; 2014-2016 рр. – т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	знаменник	X	X	X	X	1289	961	2696	958			2013 р. – т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані регіонами за запитом ЛОЦПБСНІД; 2014-2016 рр. – т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території)
	цільове значення								0,30%		0,27%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (показник № 5 плану МіО)	0,48	0,62	0,6	0,72	0,58	0,68	0,35	0,47			2009-2014 рр. – відповіді ЛПЗ на запит ЛОЦПБСНД (конкретно за значенням чисельника та знаменника); 2015-2016 рр. – дані електронної бази серомоніторингу (ВІЛ – позитивні вагітні) за вказані роки, а знаменник – дані щодо кількості вагітних жінок у регіоні, надані Обласним координаційним центром за запитом.
	чисельник	37	48	51	57	43	43	16	22			
	знаменник	7747	7787	8434	7935	7461	6286	4631	4716			
	цільове значення								0,62%		0,49%	
6.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24, 2009-2016 рр. (показник № 6 плану МіО)											Регіоном не обчислено з причини наявних обмежень даних.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								5,3%		3,5%	
7.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 7 плану МіО)											Регіоном не обчислено з причини наявних обмежень даних.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					5,0%					1,4%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
8.	Відсоток чоловіків, що мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (показник № 8 плану МіО)											Регіоном не обчислено з причини наявних обмежень даних.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					7,5%			3,2%		2,1%	
Індикатори впливу, додаткові, Оцінка												
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	43,22	41,11	36,78	40,86	52,69	26,06	22,52	37,35			
	чисельник	261	246	218	232	307	174	162	266			2009-2013 рр. – з дослідження виключено 2 райони (Попаснянський та Станично-Луганський райони); за іншими регіонами – дані взяті з т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані керівниками ЗОЗ за запитами ЛОЦПБСНІД; 2014-2016 рр. – т. 1000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	знаменник	603881*	598352*	592712*	567738*	582669*	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітнього року. Отримати дані щодо середньорічної кількості населення по окремій території області нема можливості. За період 2009-2013 рр. з загальної кількості населення виключене населення 2х районів області (*), значення чисельника за котрими також виключене з дослідження.
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	38,30	37,49	37,55	41,68	53,60	39,98	25,44	35,95			
	чисельник	267	259	257	283	361	267	183	256			2009-2013 рр. – значення чисельника взяті з аналітичних бюлетенів (у розрізі адмін. районів); 2014-2016 рр. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	знаменник	697046	690792	684466	679000	673460	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітнього року. Отримати дані щодо кількості середньорічного населення по окремій території області нема можливості.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними SPECTRUM серед осіб у віці 15+, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	X	X	X	22,46	23,36	23,42	21,59	22,27			
	чисельник	X	X	X	133	137	136	135	138			Оціночні дані перераховані у відсотковому співвідношенні випадків нових випадків захворювань на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН по підконтрольній та неподконтрольній Уряду України територіям області за 2009-2014 рр.
	знаменник	X	X	X	592037	586378	580672	625417	619751			Для розрахунку використана чисельність постійного населення 15+ на кінець звітного року. Отримати дані щодо кількості середньорічного населення по окремій території області нема можливості.
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	16,72	18,38	16,20	14,27	15,96	14,82	13,76	13,90			
	чисельник	101	110	96	89	93	99	99	99			2009-2013 рр. – з дослідження виключено 2 райони (Попаснянський та Станично-Луганський райони); за іншими регіонами – дані взяті з т. 3002 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані керівниками лікувальних закладів за запитами ЛОЦПБСНІД; 2014-2016 рр. – т. 3002 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	знаменник	603881*	598352*	592712*	567738*	582669*	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітного року. Отримати дані щодо середньорічної кількості населення по окремій території області нема можливості. За період 2009-2013 рр. з загальної кількості населення виключене населення 2х районів області (*), значення чисельника за котрим виключене з дослідження.
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	10,0	11,58	11,98	8,39	7,57	8,83	5,70	5,90			
	чисельник	70	80	82	57	51	59	41	42			2009-2013 рр. – значення чисельника узяті з аналітичних бюлетенів (у розрізі адмін. районів); 2014-2016 рр. – з т. 3002 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	знаменник	697046	690792	684466	679000	673460	667812	719417	712139			Для розрахунку використана чисельність постійного населення на кінець звітного року. Отримати дані щодо середньорічної кількості населення по окремій території області нема можливості..

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
14.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними SPECTRUM серед осіб у віці 15+, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	X	X	X	16,58	13,64	11,37	10,39	13,88			
	чисельник	X	X	X	99	80	66	65	86			Оціночні дані перераховані у відсотковому співвідношенні випадків смертей ЛЖВ за даними РЕН по підконтрольній та невідконтрольній території області за 2009-2014 рр.
	знаменник	X	X	X	592037	586378	580672	625417	619751			Для розрахунку використана чисельність постійного населення 15+ на кінець звітного року. Отримати дані щодо кількості середньорічного населення по окремій території області нема можливості.
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, серед осіб у віці 15+, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	189,6	203,9	267,6	285,5	316,7	359,9	297,7	317,7			
	чисельник	1153	1229	1598	1690	1857	2090	1862	1969			2009-2013 рр. – основа інформації – т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надана керівниками лікувальних закладів підконтрольної території за запитом ЛОЦПБС-НІД; за деякими районами у окремі роки дані взяті з аналітичних бюлетенів Луганської області; 2014-2016 рр. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	знаменник	608012	602754	597252	592037	586378	580672	625417	619751			Для розрахунку використана чисельність постійного населення 15+ на кінець звітнього року. Отримати дані щодо кількості наявного населення по окремій території області нема можливості.
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними SPECTRUM, серед осіб у віці 15+, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	X	X	X	321,09	342,3	367,33	360,72	381,55			
	чисельник	X	X	X	1901	2007	2133	2256	2364			Оціночні дані перераховані у відсотковому співвідношенні кількості ВІЛ – інфікованих пацієнтів, які перебувають під медичним наглядом за даними РЕН, по підконтрольній та невідконтрольній території України територіях області за 2009-2014 рр.
	знаменник	X	X	X	592037	586378	580672	625417	619751			Для розрахунку використана чисельність постійного населення 15+ на кінець звітнього року. Отримати дані щодо кількості середньорічного населення по окремій території області нема можливості.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
17.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, у віці 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	6,7		2,4		3,2		7,5				БІОПОВЕДІНКОВИЙ ІНДИКАТОР Звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» за 2009, 2011, 2013, 2015 рр. «Результати біоповедінкового дослідження серед СНІВ». Посилання http://aph.org.ua/uk/resursy/wydannya-alyansu/ . У 2009 році проводилося у Сєвєродонецьк, інші – проведені у районах невідконтрольної території
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					18,2%						
18.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, які живуть з ВІЛ, у віці 15+, 2009-2016 рр.	0		0		0		2,7				БІОПОВЕДІНКОВИЙ ІНДИКАТОР Звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» за 2009, 2011, 2013, 2015 рр. «Результати біоповедінкового дослідження серед ЖС». Посилання http://aph.org.ua/uk/resursy/wydannya-alyansu/
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					6,6%						

[illegible]

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (показник № 19 плану МіО).					48,53	39,3	47,9	51,7			
	чисельник					149	86	71	108			2013 р. – з т. 3000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНІД. За цей рік з дослідження виключено Попаснянський район, де дані знищені під час бойових дій. 2014–2016 рр. – з т. 3000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти передані до Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	знаменник					307	219	148	209			2013 р. – з т. 3000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНІД. За цей рік з дослідження виключено Попаснянський район, де дані знищені під час бойових дій. 2014–2016 рр. – з т. 3000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти передані до Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	цільове значення								40,0%		37,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб які знаходились під медичним наглядом протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (показник № 20 плану МіО)					86,55	82,40	81,38	86,53			
	чисельник					1602	1831	1604	1793			2013 р. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНІД. За цей рік з дослідження виключено Попаснянський район, де дані знищені під час бойових дій. 2014-2016 рр. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти перемищеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	знаменник					1851	2222	1971	2072			2013 р. – з т. 2000 звітної форми СНІД – 2, що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНІД. За цей рік з дослідження виключено Попаснянський район, де дані знищені під час бойових дій. 2014-2016 рр. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти перемищеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	цільове значення								80,0%		85,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник № 24 плану МіО)					0	82,5	89,14				
	чисельник					0	33	156				2013 р.- дані стосуються усієї області, не взяті; 2014 – 2015 р. – звітна форма 57 переміщеного Центру СНІДу стосується лише підконтрольної території.
	знаменник					0	40	175				2014 – 2015 р. – звітна форма 57 переміщеного Центру СНІДу стосується лише підконтрольної території.
	цільове значення							85,0%	86,0%			
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник № 28 плану МіО).											Регіоном не обчислено, дані обмежені.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення							зниження на 20% від базового значення	зниження на 50% від базового значення			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
25.	Кількість людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №14 плану МіО).					2693	2676	2381	2420			Дані «Альянсу громадського здоров'я»
26.	Кількість осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №15 плану МіО).					0	0	0	0			Дані «Альянсу громадського здоров'я»
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №16 плану МіО).					0	0	0	0			Дані «Альянсу громадського здоров'я»
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (показник №21 плану МіО)					55,54	91,58	61,54	65,88			
	чисельник					1028	2035	1213	1365			Дані інформації щодо охоплення клієнтів послугами з догляду та підтримки за підтримки БО «Мережа ЛЖВ», що надана до ЦГЗ

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	значенник					1851	2222	1971	2072			2013 р. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД, наданої керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом, без врахування Попаснянського району, де звіти втрачені в АТО; 2014–2016 рр. – з т. 2000 №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%		Дорослі – 100% Діти – 100%	
29.	Відсоток людей, що вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО)					31,0		21,1				БІОПОВЕДІНКОВИЙ ІНДИКАТОР Звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» за 2013, 2015 роки «Результати біоповедінкового дослідження серед споживачів ін'єкційних наркотиків».
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								45,0%		55,0%	
30.	Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за вигором, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО)					89,8		66,7				БІОПОВЕДІНКОВИЙ ІНДИКАТОР Звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» за 2013, 2015 рр. «Результати біоповедінкового дослідження серед працівників комерційного сексу».
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								65,0%		70,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МіО)					34,0						БІОПОВЕДІНКОВИЙ ІНДИКАТОР Звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» за 2013, 2015 рр. «Результати біоповедінкового дослідження серед чоловіків, які мають секс з чоловіками». У 2015 в Луганськ не проводилося.
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								45,0%		55,0%	
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №13 плану МіО)					X	X	X	142,86			
	чисельник					X	0	0	540			З інформації, наданої Мініюстом України за запитом ДУ «ЦІЗ» (вих № 1819/25/48-17) – з наданого переліку установ виконання покарань Луганської області на підконтрольній території залишився тільки Старобільський слідчий ізолятор. Значення чисельника індикатора за 2013 -2015 рр. відсутнє – переміщений центр СНІДу моніторинг ще не здійснював, у відповіді на запит Міністерства юстиції інформація також відсутня.
	знаменник					436	426	467	378			
	цільове значення								40,0%		60,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, що потребують АРТ і які на теперішній час її отримують, 2013-2016 рр. (показник № 22 плану МіО).					1144	1221	1238	1463			2013-2014 рр. – значення індикатору узяті з аналітичних бюлетенів (у розрізі адмін. районів); 2015 – 2016 рр. – звітна форма 56 переміщеного Центру СНІДу стосується лише підконтрольної території.
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (показник № 25 плану МіО)					56,3	58,9	77,2	84,8			
	чисельник					58	53	61	89			2013 р. – значення індикатора враховане з використанням даних додатку 6, затвердженого наказом ДОЗ ЛОДА, «інформація щодо стану надання профілактичної та лікувально – діагностичної допомоги хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ (квартальна)», що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНІД. За цей період виключено з дослідження Попаснянський район, де звіти знищено під час бойових дій. 2014-2016 рр. – інформація щодо зареєстрованих ВІЛ – інфікованих пацієнтів з ТБ та ХР ТБ, які отримують АРТ, надана ЦГЗ.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	знаменник					103	90	79	105			2013 р. – значення індикатора враховане з використанням даних додатку 6, затвердженого наказом ДОЗ ЛОДА, «Інформація щодо стану надання профілактичної та лікувально – діагностичної допомоги хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ (квартальна)», що надані керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом ЛОЦПБСНД. За цей період виключено з дослідження Попаснянський район, де звіти знищено під час бойових дій.
	цільове значення								55,0%		70,0%	2014-2016 рр. – інформація щодо зареєстрованих ВІЛ – інфікованих пацієнтів з ТБ та ХР ТБ, які отримують АРТ, надана ЦІЗ .
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (показник №23 плану МіО).					92,86	100,0	95,3	100,0			2013-2014 р. – дані взяті з аналітичних бюлетенів Луганської області (у розрізі регіонів від загальнообласних даних);
	чисельник					39	41	41	43			2015 – 2016 рр. – звітна форма 56 переміщеного Центру СНД, стосується лише підконтрольної території

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	значенник					42	41	43	43			2013 р. – дані взяті з аналітичних бюлетенів Луганської області (у розрізі регіонів від загальнообласних даних); 2014-2016 рр. – з т. 3000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).
	цільове значення								99,0%		100,0%	
36.	Відсоток осіб з опієюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр., (показник №27 плану МіО).					X	41,29	31,88	46,03			Відповідь обласного наркологічного диспансеру на запит Центру;
	чисельник					X	211	183	278			Регіоном з дослідження виключено 2013 р. – надані дані знаменника по усій області. Відокремити дані, що стосуються лише підконтрольної території неможливо.
	значенник					X	511	574	604			
	цільове значення								20,0%		35,0%	
37.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр., (показник №1 плану МіО).											Регіоном не обчислено з причини обмежень

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
38.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр., (показник №2 плану МіО).					X	X	X	92,3			Регіональна програма затверджена розпорядженням голови обласної державної адміністрації – керівника обласної військово-цивільної адміністрації «Про затвердження Регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області на 2016-2018 роки» від 18.05.2016 № 283. Звіт з виконання завдань та заходів Регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Луганській області за 2016 рік (фінансування). До 2016 р. розмежувати фінансування Програми на дві території нема можливості.
	чисельник					X	X	X	20508,895			
	знаменник					X	X	X	22226,71			
	цільове значення								100,0%		100,0%	
39.	Відсоток ЗНЗ, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №17 плану МіО).					X	0	25,7	50,8			У 2014 р. підготовка фахівців та учнів у цьому напрямку не проводилася у зв'язку зі складною ситуацією у регіоні. Дані 2013 р. у запиті стосуються усієї Луганської області – виключені з дослідження.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
	чисельник					X	0	79	152			Відповідь на наш запит Департаменту освіти та науки ЛОДА (конкретно за чисельником та знаменником)
	знаменник					X	315	307	299			Відповідь на наш запит Департаменту освіти та науки ЛОДА (конкретно за чисельником та знаменником)
	цільове значення								90%		100%	
40.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					60,78	66,68	77,18	81,59			
	чисельник					1125	1221	1238	1463			2013-2014 рр. – значення чисельника узяті з аналітичних бюлетенів (у розрізі адмін. районів); 2015 – 2016 рр. – звітна форма 56 переміщеного Центру СНІДу; стосується лише підконтрольної території.
	знаменник					1851	1831	1604	1793			2013 р. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІ/СНІД, наданої керівниками ЛПЗ підконтрольної території за запитом. Виключено з дослідження за цей рік Попаснянський район (звіти знищено); 2014-2016 рр. – з т. 2000 звітної форми №2 ВІ/СНІД (звіти переміщеного Центру СНІДу стосуються лише підконтрольної території).

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
41.	Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазідом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					79,94	84,20	83,78	72,12			
	чисельник					574	517	532	582			2013-2014 рр. – за нашим запитом ЛПЗ підконтрольної території надані копії затвердженого наказом ДООЗ ЛОДА додатку 6 «Інформація щодо стану надання профілактичної та лікувально – діагностичної допомоги хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ (квартальна)»; 2015-2016 рр. – дані узагальненого по підконтрольній території додатку 6, що вказаний вище.
	знаменник					718	614	635	807			дивись – чисельник
42.	Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р									1463		звітна форма 56 переміщеного Центру СНІДу стосується лише підконтрольної території станом на 01.01.2017 р.
43.	Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.									1194		Додаток 11 до Комплексного плану

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
44.	Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.									854		Додаток 11 до Комплексного плану
45.	Інфікованість ВІЛ серед ув'язнених осіб, %, чисельник знаменник								1,37	Х		У період 2014-2015 рр. переміщений центр СНІДу Луганської області ще не здійснював серомоніторинг серед осіб, які знаходились у Старобільському слідчому ізоляторі (єдина установа виконання покарань, що залишилась на підконтрольній території) – дані щодо чисельника та знаменника відсутні.
									8	Х		
									583	Х		
Індикатори впливу діючої регіональної програми, що відсутні в регіональному плані МІО та будуть додатково використані в рамках оцінки на рівні Луганської області												
46.	Поширеність ВІЛ серед військовослужбовців, 2015-2016 рр., % чисельник знаменник	Х	Х	Х	Х	Х	Х	0	0,34	Х	Х	Дані взяті з електронного реєстру позитивних результатів тестувань на ВІЛ 2015 – 2016 рр. (підконтрольна територія, Луганська область).
		Х	Х	Х	Х	Х	Х	0	12	Х	Х	З т. 1 000 звітної форми №2 ВІЛ/СНІД (звіти переміщеного Центру), дані стосуються лише підконтрольної території області.
		Х	Х	Х	Х	Х	Х	455	3554	Х	Х	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки/джерела
47.	Відсоток військовослужбовців, у яких виявлені серологічні маркери ВІЛ, та які прибули до Луганської області з інших регіонів України, 2015-2016 рр., %	X	X	X	X	X	X	0	66,67	X	X	
	чисельник	X	X	X	X	X	X	0	8	X	X	Дані електронного реєстру позитивних результатів тестувань на ВІЛ 2015 – 2016 рр. (підконтрольна територія, Луганська область).
	знаменник	X	X	X	X	X	X	0	12	X	X	Дані електронного реєстру позитивних результатів тестувань на ВІЛ 2015 – 2016 рр. (підконтрольна територія, Луганська область).

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

ЗВІТ

Автори звіту:

Ю. Троций
І. Ключник
А. Ольхова
Т. Батуревич
К. Надута-Скринник
Ю. Новак

Рецензент:

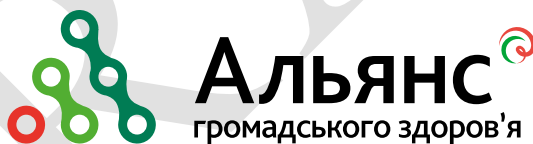
Ю. Середа

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

І. Андрущенко



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 00x00/0
Ум. друк. арк. 0,00
Тираж 00 прим. Замовл. № 00/0

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

