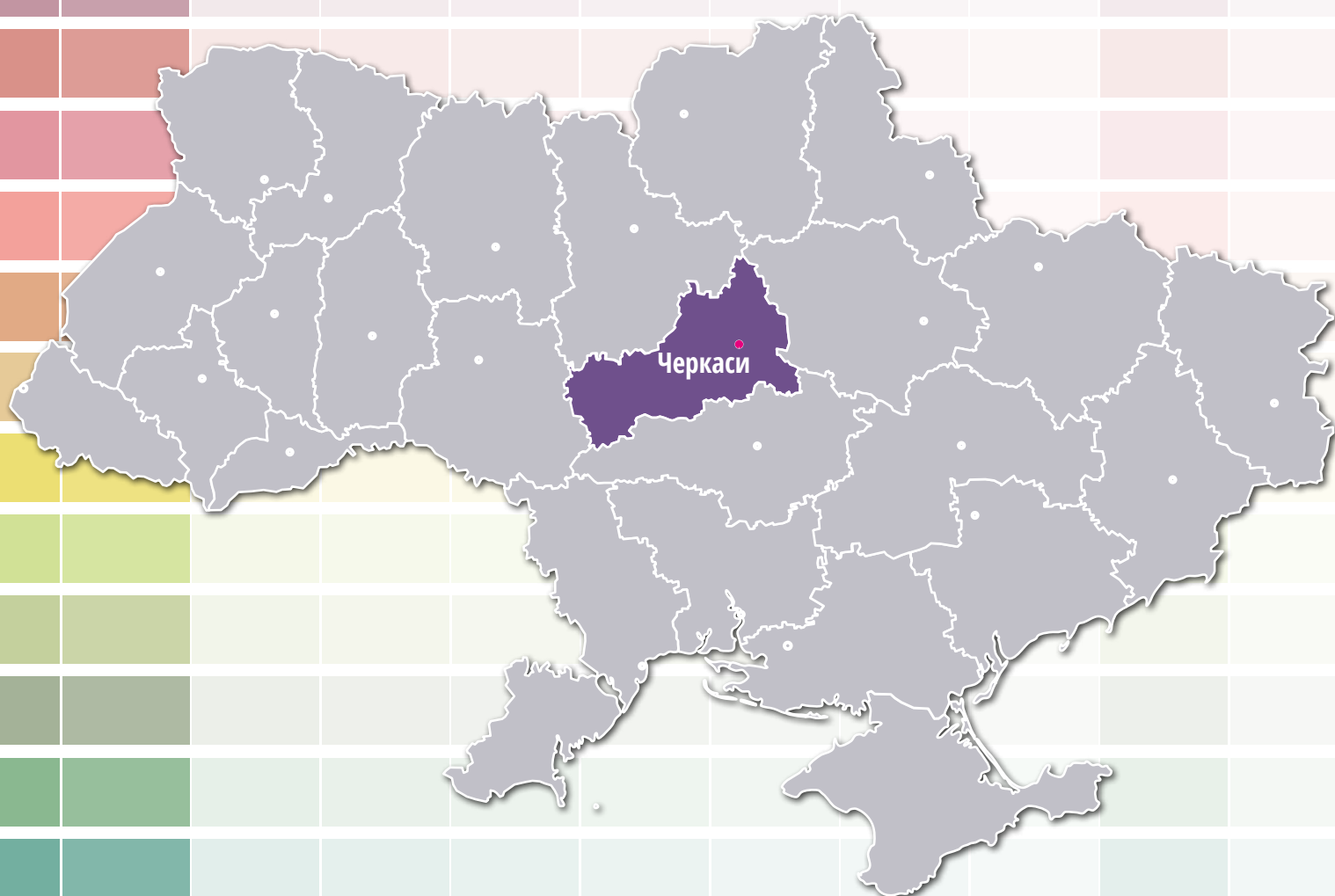


ЗВІТ

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

У ЧЕРКАСЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ЧЕРКАСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.46)](047.32)

О-93

Авторський колектив:

Ю. Левченко – Комунальний заклад «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради
Головний лікар

А. Пономаренко – Комунальний заклад «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради
Завідувач Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Д. Єрмілов – Комунальний заклад «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради
Соціальний працівник

О. Недужко – Національний ментор, БО «Український інститут політики громадського здоров'я»
Науковий співробітник

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Черкаській області. Звіт** – Левченко Ю., Пономаренко А., Єрмілов Д., Недужко О., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 80 с.

ISBN 978-966-137-094-3

У Звіті представлено результати проведеної оцінки Обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки в Черкаській 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 Черкаській 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 Черкаській обласній державній 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 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.46)](047.32)

ЗМІСТ

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
1. СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	6
2. ВСТУП	8
3. МЕТОДОЛОГІЯ	10
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	11
4.1. Стан епідемічної ситуації в області станом на 01.01.2017 року	11
4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 року	18
4.3. Аналіз заходів Програми у відповідності з п'ятьма напрямками ВООЗ	20
Консультування і тестування на ВІЛ	26
Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики	32
Профілактичні ВІЛ-сервіси для осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду	35
Профілактичні ВІЛ-сервіси для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками	38
4.4. Питання для подальшого вивчення.	40
5. ВИСНОВКИ	41
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	45
7. ПЛАН ЗАХОДІВ	49
з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області за результатами проведеної Оцінки Програми.	49
ДОДАТОК 1. Таблиця значень індикаторів. Черкаська область	51
Опис індикаторів	74

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Оцінка регіональних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу проведена регіональними фахівцями служби СНІДу у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

У даному звіті оцінено вплив обласної Програми на епідемію ВІЛ-інфекції за ключовими індикаторами впливу (захворюваність, смертність, поширеність), її очікуваними результатами та узагальнено результати п'яти напрямів програмних заходів регіональної Програми, які мають найбільше значення у каскаді лікування: антиретровірусна терапія; консультування і тестування на ВІЛ; профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, а також осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду. Кожен з напрямів оцінено за п'ятьма запитаннями, рекомендованими Всесвітньою організацією охорони здоров'я: (1) Чи приводять здійснювані заходи до змін? (2) Чи охоплені потрібні люди? (3) Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)? (4) Чи здійснюються ці заходи правильно? (5) Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Ключові результати

За критеріями ВООЗ, епідемія ВІЛ-інфекції в області характеризується як концентрована, де поширеність ВІЛ-інфекції серед окремих груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ перевищує 5%. Зростає поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок (0,89%) та серед осіб віком 15–24 роки (0,30%).

Незважаючи на зменшення у 2015–2016 рр. кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, рівень поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу зростає. Збільшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції найчастіше спостерігається у групах підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (люди, які вживають ін'єкційні наркотики, чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками) – на 22,7% у 2015 р. та 42,7% у 2016 р. відносно 2014 р. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу найбільш поширена серед осіб працездатного віку – 18–49 років.

Люди, які вживають ін'єкційні наркотики, залишаються основною групою ризику в Черкаській області. Так, за даними біоповедінкових досліджень, серед представників цієї групи зафіксовано найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції – 36,3% (2015 р.). Також спостерігається зростання рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (18,6%), та чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (15,6%), на відміну від даних сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, що може свідчити про тестування їх за іншими кодами або помилкову класифікацію через стигму до цих груп ризику.

Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, та осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, надають переважно неурядові організації за кошти міжнародних донорів у містах та є вкрай недостатніми у районах області.

З огляду на зростання гетеросексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції, спостерігається недостатній рівень використання презервативів у групах підвищеного ризику, і можна припустити, що роль групи-містка виконують статеві партнери людей, які вживають ін'єкційні наркотики, чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, та осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду.

Аналіз каскаду лікування для людей, які живуть з ВІЛ, демонструє тенденцію до усунення прогалин у виявленні ВІЛ-інфікованих осіб. Протягом 2009-2016 рр. відсоток взяття під медичний нагляд зріс з 53,9% до 84,5%.

Незважаючи на зростання у 2016 р. кількості людей, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусні препарати, до 1922 осіб, рівень охоплення цієї групи антиретровірусною терапією (57% від тих, хто перебуває під медичним наглядом, та 33% від оціночної кількості) та наявності у них невизначуваного вірусного навантаження (88,8% від обстежених та 28,5% від оціночної кількості) не відповідають цілям стратегії Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу – Fast Track) у досягненні цільових показників припинення епідемії після 2015 р. – «90-90-90» (до 2020 р.) та «95-95-95» (до 2030 р.).

Зменшилася до 2% частота випадків передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Показник смертності населення від захворювань, зумовлених ВІЛ, є нижчим (7,5 на 100 тис. нас.) від цільових значень обласної Програми (10,7 на 100 тис. нас.). Частка осіб, яких було взято під медичний нагляд у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, протягом 2013–2016 рр. зменшилася до 34,6% і досягла цільового значення обласної Програми (40%). Рівень смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ за останні роки зменшився на 14,6% і стабілізувався у межах 4,1–4,2 на 100 тис. нас.

Частка осіб з опіоїдною залежністю, які отримують медикаментозне лікування препаратами замісної підтримувальної терапії, залишається недостатньою – 12,7% від тих, хто перебуває на медичному обліку.

Мережа установ, де можна отримати послуги з консультування та тестування на ВІЛ, призначення антиретровірусної терапії, у містах і районах області в цілому є достатньо розгалуженою, а ось з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, – недостатньою.

Аналіз показників Програми свідчить про те, що було сформовано міцний фундамент для наступних регіональних заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції, однак для покращення профілактики, догляду і лікування ВІЛ серед загального населення та в групах підвищеного ризику необхідно внести зміни до програмних документів, заходів та послуг.

Основні рекомендації передбачають:

- більш широке застосування тестування швидкими тестами на ВІЛ-інфекцію;
- збільшення масштабів послуг антиретровірусної та замісної підтримувальної терапії;
- зниження рівня стигматизації та дискримінації у суспільстві взагалі та серед постачальників медичних послуг зокрема;
- розробку та впровадження стратегії профілактики ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, та осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду;
- розширення доступу людей, які живуть з ВІЛ, та груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ до профілактичних послуг та догляду і підтримки через впровадження механізму соціального замовлення;
- децентралізацію ВІЛ-послуг з надання антиретровірусної терапії за місцем проживання в усіх регіонах області;
- розширення інтегрованих послуг антиретровірусної терапії, профілактики і лікування туберкульозу, замісної підтримувальної терапії у всіх районах області.

1. СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
БПД	біоповедінкові дослідження
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ДІ	95%-й довірчий інтервал
ДіП	догляд і підтримка
ДУ	державна установа
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
МБФ	Міжнародний благодійний фонд

МіО	моніторинг і оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
CDC	Центри США з контролю та профілактики захворювань

2. ВСТУП

Питання протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики України у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, зокрема щодо стратегії Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу (UNAIDS – прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу – Fast Track) у досягненні цільових показників припинення епідемії після 2015 р. – «90-90-90» (до 2020 р.) та «95-95-95» (до 2030 р.).

Оцінка обласних Програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу здійснювалася у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

Зважаючи на погіршення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції в Черкаській області, зокрема зростання захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції, смертності від захворювань, зумовлених ВІЛ, зростання статевого шляху передачі ВІЛ-інфекції, недостатня ефективність програмних заходів із залучення до медичного нагляду (МН) ВІЛ-позитивних осіб та охоплення їх антиретровірусною терапією (АРТ), обмеження моніторингу лікування, зумовили проведення оцінки виконання заходів обласних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009–2016 рр. Також обласна Програма має обмеження і частково відповідає стратегіям UNAIDS: «90-90-90» (до 2020 р.) та «95-95-95» (до 2030 р.).

Мета проведення оцінки Програми – оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування регіональної програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до діючої комплексної Програми.

Основні завдання оцінки:

1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів регіональної програми, індикаторів плану моніторингу та оцінки ефективності виконання обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. (Плану МіО), цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію регіональної програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).
3. Проаналізувати реалізацію регіональної програми, розглянувши заходи, пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, що потребують посиленої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування регіональної програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії UNAIDS на обласному рівні.

Враховуючи залежність від зовнішнього фінансування та обґрунтовану необхідність зміцнення системи охорони здоров'я на місцевому рівні у роботі з організації та подальшого впровадження відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції, існує потреба створення нової регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, яка має бути спрямована на сталість та ефективність відповідних заходів.

За результатами оцінки отримано деталізований та структурований звіт, у якому відображено як основні досягнення і прогресивні кроки Черкаської області щодо відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, так і проблемні аспекти, що потребують посилення уваги і конкретних дій. Результати оцінки та напрацьовані рекомендації мають бути джерелом стратегічної інформації і враховані під час підготовки нової регіональної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. та відповідати стратегії UNAIDS.

3. МЕТОДОЛОГІЯ

Державна політика у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області протягом 2009–2016 рр. здійснювалася згідно обласної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., затвердженої рішенням Черкаської обласної ради від 27.11.2009 №30-4/V, та обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр., затвердженої рішенням Черкаської обласної ради від 28.08.2015 №42-4/30-4/VI.

Під час оцінки Програми застосовано кабінетний метод дослідження, за яким аналізувалися статистичні дані, отримані від обласних органів державної статистики, наявні статистичні та звітні дані сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ (СЕМ), рутинного епідеміологічного нагляду (РЕН), доступні у комунальному закладі «Черкаський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» Черкаської обласної ради (обласний центр СНІДу) та комунальному закладі «Черкаський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики» Черкаської обласної ради, дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення (КГН) за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (БПД), дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX). Передусім оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього було обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність, поширеність), включаючи індикатори впливу Плану МіО. Також оцінювалося виконання інших індикаторів Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів.

При побудові каскаду лікування людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), використано каскадний аналіз даних, що здійснювався на основі розрахункових і медичних статистичних даних обласного центру СНІДу та оціночних розрахунків програми Spectrum.

На основі проведеного синтезу даних та аналізу досягнення визначених індикаторів сформовано перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчили про необхідність додаткового вивчення ситуації. Проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами, для відповіді на які зібрано додаткові кількісні вторинні дані та проведено обговорення попередніх результатів із зацікавленими сторонами. Під час проведення робочих зустрічей з надавачами послуг з'ясовувалися відповіді на проблемні питання щодо можливостей, потреб та ресурсів для розширення медичних, профілактичних і соціальних послуг населенню області, у тому числі особам із груп підвищеного ризику.

Рекомендації щодо усунення прогалин і слабких сторін реалізації заходів Програми та формування плану заходів нових загальнодержавної та обласної програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. формувалися на основі попередніх розділів Оцінки та пропозицій зацікавлених сторін.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

4.1. Стан епідемічної ситуації в області станом на 01.01.2017 року

За період 1988–2016 рр. у Черкаській області зареєстровано 7136 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 2592 випадки захворювання на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та 1040 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.01.2017 року в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) області на медичному обліку перебувало 3504 ВІЛ-інфіковані особи та 1118 хворих на СНІД.

Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини протягом 2009–2014 рр. вдалося знизити із 7,9% до 2,0% (Рис. 1).

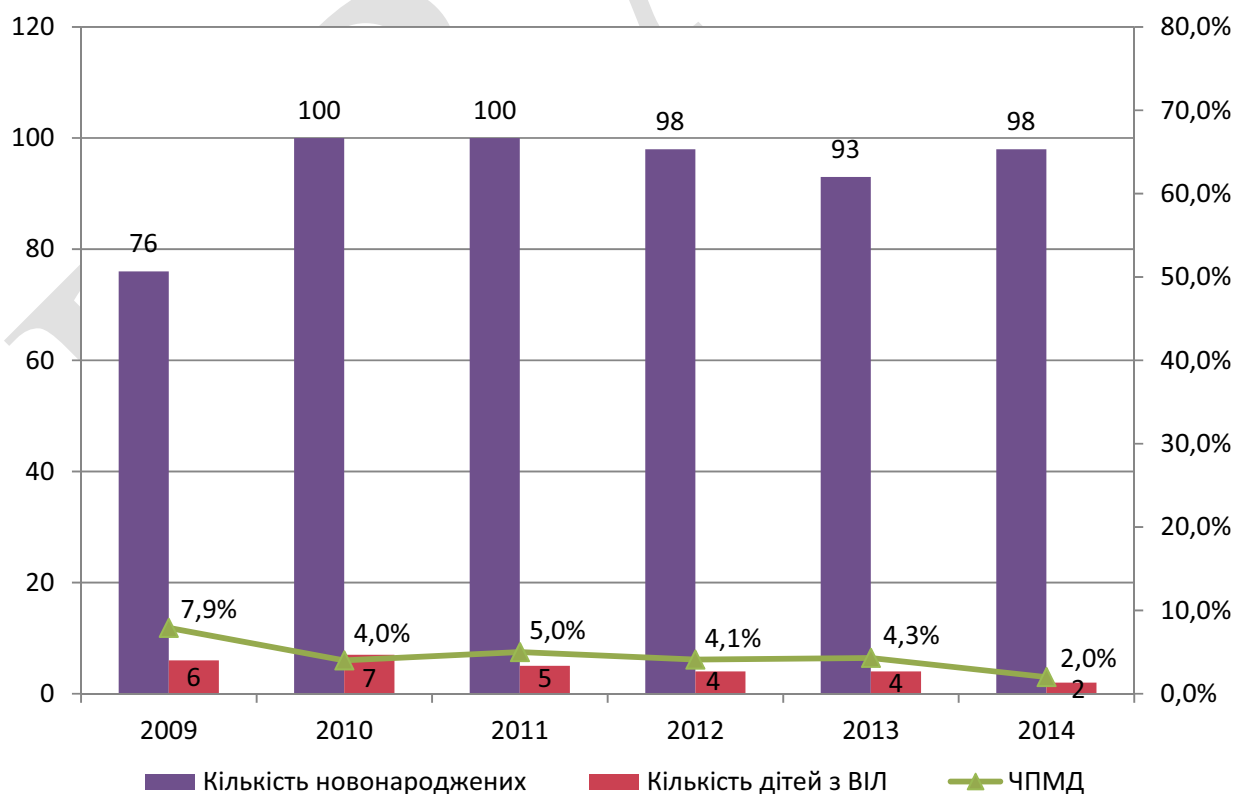


Рис. 1. Рівень передачі ВІЛ від матері до дитини (%), 2009–2014 рр.

У структурі шляхів інфікування серед ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом (МН), переважає статевий шлях передачі – 2053 особи (58,6%). Частка парентерального шляху передачі ВІЛ складає 35,0% (1227 осіб), частка шляху передачі від ВІЛ-інфікованої матері до дитини – 6,4% (224 особи) (2016 р.). У структурі шляхів інфікування серед ВІЛ-інфікованих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції також переважає статевий шлях передачі, який складає 59,7% (338 осіб), частка парентерального шляху – 26,0% (147 осіб), частка шляху передачі від ВІЛ-інфікованої матері до дитини – 14,3% (81 особа).

Захворюваність на ВІЛ-інфекцію

Аналіз показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію за результатами сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ (СЕМ) (**Індикатор №9**) та даними рутинного епідеміологічного нагляду (РЕН) (**Індикатор №10**) свідчить про поширення епідемії ВІЛ-інфекції в Черкаській області. Так, захворюваність на ВІЛ-інфекцію протягом 2009–2016 рр., за результатами СЕМ, зросла з 41,9 до 47,5 на 100 тис. нас. (+13,4%), за даними РЕН – з 30,0 до 45,9 на 100 тис. нас. (+53%) (**Рис. 2**). Подібність тенденцій захворюваності на ВІЛ-інфекцію за двома показниками є свідченням зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед осіб, які отримали позитивний результат тестування за даними СЕМ (на 17,9%), взяття під МН осіб з уперше в житті встановленим діагнозом за даними РЕН (на 45,5%) та якісного налагодження системи виявлення та взяття під МН уперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб.

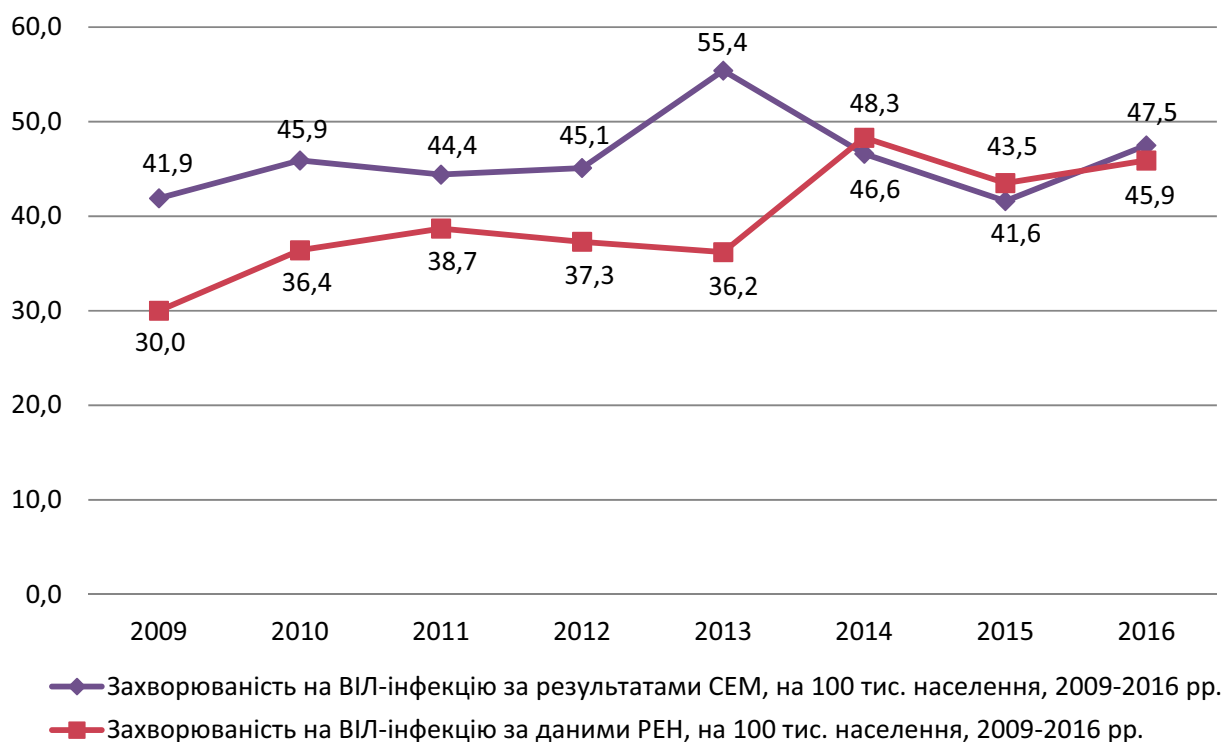


Рис. 2. Динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію за даними СЕМ, РЕН, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр.

Найбільша кількість випадків ВІЛ-інфекції реєструється серед міського населення – 65,4% (370 осіб). За період 2009–2016 рр. спостерігається тенденція до незначного зростання частки реєстрації випадків ВІЛ-інфекції серед міського населення області – з 62,2% (242 особи) до 65,4% (370 осіб) та зменшення серед сільського населення – з 37,8% (147 осіб) до 34,6% (196 осіб).

Серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих осіб переважає та поступово зростає питома вага чоловіків – з 58,4% (227 осіб) у 2009 р. до 60,4% (342 особи) у 2016 р. Відносно знижується питома вага жінок – відповідно з 41,6% (162 особи) до 39,6% (224 особи).

Аналіз вікової структури первинних випадків ВІЛ-інфекції за період 2009–2016 рр. свідчить, що найбільш ураженою залишається вікова група 25–49 років, яка в загальній структурі складає відповідно 60,9% та 71,0%. Спостерігається тенденція до збільшення частки людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), серед вікової категорії 50 років і старше – з 1,5% у 2009 р. до 9,2% у 2016 р.

У структурі шляхів інфікування серед ВІЛ-інфікованих з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції за період 2009–2016 рр. спостерігається тенденція до зростання статевого шляху передачі ВІЛ – з 43,2% (168 осіб) до 59,7% (338 осіб) та зменшення частки парентерального шляху – з 33,7% (131 особа) до 26,0% (147 осіб) і шляху передачі від ВІЛ-інфікованої матері до дитини – з 22,9% (89 осіб) до 14,3% (81 особа) відповідно. Незважаючи на багаторічну тенденцію до зниження парентерального шляху передачі його частка залишається ще достатньо високою. Частка гомосексуального шляху передачі ВІЛ-інфекції серед осіб, взятих під МН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, протягом 2009–2016 рр. залишається незмінно низькою – 0,5% (2 особи) та 0,4% (2 особи) відповідно.

Разом з тим, у структурі позитивних результатів на ВІЛ-інфекцію, за результатами СЕМ 2016 року, найбільша частка серед груп підвищеного ризику припадає на людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН – код 102) – 13%, серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ – коди 101.2, 103) – 0,3%, серед осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС – код 105.2) – 0%. Рівень інфікованості серед ЛВІН складає 0,99%, ЧСЧ – 0,24%, ПКС – 0%.

Найвищі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2016 р. зареєстровано в Жашківському районі (78,3 на 100 тис. нас.), м. Ватутіне (69,0), Канівському районі (65,2), м. Черкаси (62,1), м. Сміла (51,8) та Маньківському районі (50,4).

Можливими причинами зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію є:

- збільшення кількості осіб, у яких виявлено та підтверджено ВІЛ-позитивний статус;
- збільшення кількості уперше взятих під МН ВІЛ-позитивних осіб протягом року;
- підвищення своєчасності взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих медичним наглядом від кількості виявлених за даними СЕМ, яка у період 2009–2016 рр. зросла з 53,9% до 84,5%;
- зменшення середньорічної чисельності постійного населення області;
- зростання рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед загального населення за рахунок збільшення частки статевого шляху передачі – з 43,2% до 59,7% протягом 2009–2016 рр.

Захворюваність на СНІД (**Індикатор № 45**) **зросла вдвічі** – до 20,2 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 10,0 на 100 тис. нас. у 2009 р. на тлі зменшення чисельності постійного населення області та значного **зростання (у 1,9 разу)** кількості ЛЖВ, які беруться під МН з уперше в житті встановленим діагнозом СНІДу (з 129 до 249 осіб). Це можна пояснити:

- пізнім зверненням ВІЛ-позитивних, які вже перебувають у стадії СНІДу, за медичною допомогою;

- втратою ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які були виявлені у попередні роки, але не перебували під МН (несвоєчасне взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих МН від кількості виявлених за даними СЕМ у 2009 р. – 54% та поступовим його зростанням до 84,5% у 2016 р.).

Разом з тим, з 2015 року спостерігається тенденція до зменшення відносного значення показника – 21,0 на 100 тис. нас. проти 22,7 на 100 тис. нас. у 2014 р. та абсолютної кількості хворих на СНІД з 284 осіб (2014 р.) до 261 особи (2015 р.).

Поступове зниження показника захворюваності на СНІД до 20,2 на 100 тис. нас. у 2016 р. можна пояснити підвищенням рівня своєчасності взяття ВІЛ-інфікованих на медичний облік від кількості виявлених за даними СЕМ до 84,5%.

Найвищі рівні захворюваності на СНІД реєструються в Канівському районі (38,2 на 100 тис. нас.), м. Ватутіне (34,5), м. Черкаси (32,3), Маньківському (28,9), Жашківському (27,0), Тальнівському (26,2) та Катеринопільському (24,6) районах.

Рівень охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію серед вагітних жінок становить 100% (11 982 особи). Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням ВІЛ-позитивних вагітних збільшився з 95% у 2012 р. до 100% у 2016 р. та серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, з 97% у 2014 р. до 100% у 2016 р. Результатом стало суттєве (у 4 рази) зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини: з 7,9% у 2009 р. до 2,0% у 2014 р.

У 2016 році частка вагітних жінок, які отримували АРТ за станом здоров'я, становила 100% проти 97% у 2014 р., з них 80,2% жінок, які народили, продовжили АРТ після пологів (47,4% – у 2014 р.). Разом з тим, спостерігається високий рівень випадків пізнього виявлення осіб з клінічними ознаками ВІЛ-інфекції (III–IV стадії) серед вагітних – 26,5% (когорта 2014 р.).

Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей протягом 2013–2016 рр. зросла з 97,4% до 98,9%. Сто відсотків дітей, які народилися від ВІЛ-інфікованих матерів, отримували безкоштовно дитячі суміші.

Смертність

Смертність населення від захворювань, зумовлених ВІЛ (**Індикатор № 2**), за даними Державної служби статистики України, **зросла** до 7,5 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 6,2 у 2009 р. на тлі щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та приблизно однакової кількості померлих (80–90 осіб).

Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (Індикатор № 13), зросла до 5,8 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 4,9 у 2009 р. на тлі щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та незначного збільшення кількості померлих (з 63 до 72 осіб).

Значення показників рівня смертності населення від захворювань, зумовлених ВІЛ, за даними різних джерел (**Індикатори № 2** (дані Державної служби статистики України) та **№ 13** (дані форми № 2 ВІЛ/СНІД)) мають певні розбіжності. Причиною цього є різниця в термінах збору даних та подачі звітів.

Абсолютні та відносні значення показника смертності від ВІЛ за період 2009–2016 рр. мають тенденцію до зростання на фоні щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та незначного збільшення кількості померлих (до 10 осіб). Незважаючи на різні значення абсолютних та відносних показників, вони є співвідносними. Разом з тим, показник смертності населення від захворювань, зумовлених ВІЛ, був і залишається значно нижчим (7,5 на 100 тис. нас.) від цільових значень Національного плану МіО та обласної Програми (10,7 на 100 тис. нас.) у 2016 р. (**Рис. 3**).

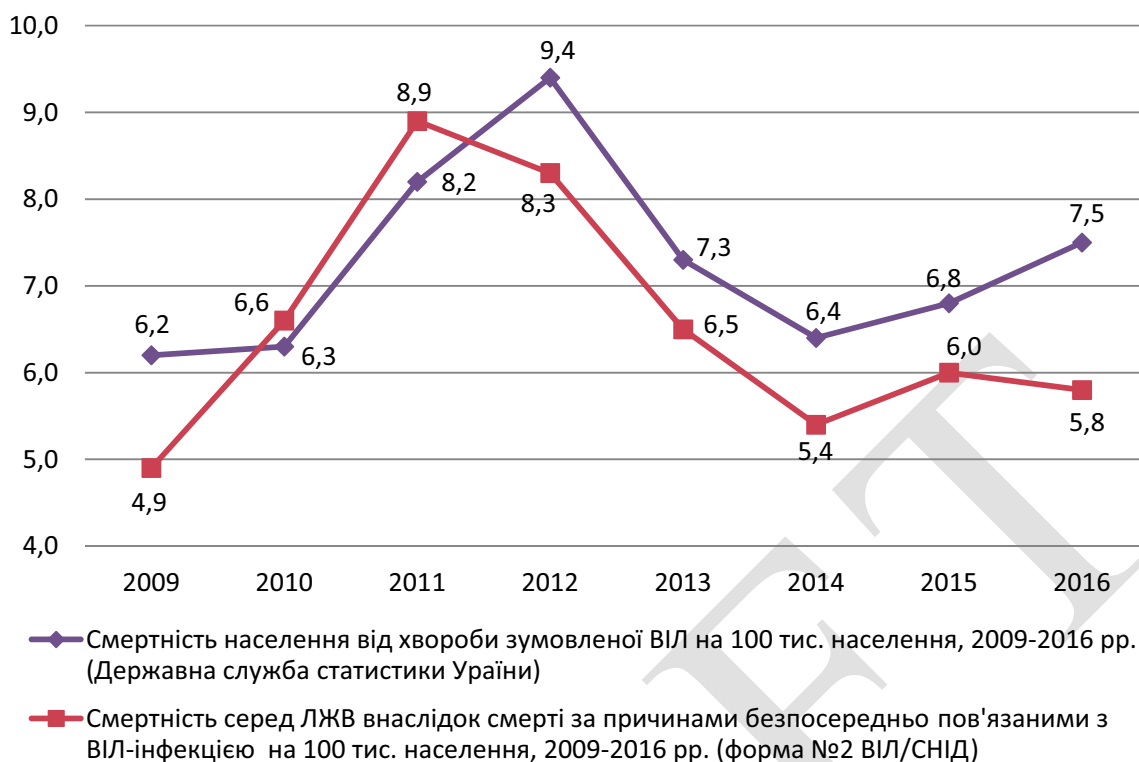


Рис. 3. Смертність серед ЛЖВ внаслідок захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр. (за даними Державної служби статистики України та річної звітної Форми № 2 ВІЛ/СНІД).

Причинами зростання показника смертності від ВІЛ є пізня діагностика та взяття під МН осіб з уперше встановленим діагнозом СНІДу. У 2016 році він залишався досить високим – 34,6% проти 42,8% у 2013 р.

Основним контингентом ризику летальних випадків серед осіб, які померли від ВІЛ-інфекції, є ЛВІН, частка яких в структурі померлих становить 45,8% (33 особи). Серед померлих переважали особи віком 25–49 років, питома вага яких складала 94,4%.

Найвищі показники смертності від ВІЛ у 2016 р. зареєстровано у м. Ватутіне (28,7 на 100 тис. нас.), Тальнівському (23,3), Корсунь-Шевченківському (13,9), Маньківському (10,8) районах області, а також у м. Черкаси (8,9).

Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті (**Індикатор № 12**) **зросла вдвічі** – до 14,8 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 6,9 у 2009 р. на тлі зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та значного (удвічі) зростання кількості осіб, яких було знято з обліку внаслідок смерті (незалежно від причини) з 90 до 182 осіб. Однак варто зазначити, що в період 2009–2012 рр. не враховувалися особи, які померли з інших причин, що було пов'язано із діючою на той час системою обліку померлих (враховувалися зняті з обліку померлі з інших причин та внутрішня міграція).

Найбільша частка летальних випадків серед ЛЖВ у 2016 р. реєструється в середовищі міського населення області – 72,5% (132 особи), серед сільського населення – 24,5% (50 осіб). За віковою структурою найбільше випадків смерті реєструється серед вікової групи 25–49 років (161 особа), яка в загальній структурі складає 88,5%.

Серед померлих ВІЛ-інфікованих осіб переважає, але поступово знижується питома вага чоловіків – з 75,5% (108 осіб) у 2009 р. до 68,9% (125 осіб) у 2016 р., відносно підвищується питома вага жінок – з 24,5% (35 осіб) до 31,3% (57 осіб) відповідно.

Можливими причинами зростання показника смертності населення є:

- пізня діагностика та взяття під МН ВІЛ-інфікованих осіб з уперше встановленим діагнозом СНІДу;
- пізнє призначення антиретровірусної терапії (АРТ) через недостатню кількість схем/курсів/АРВ-препаратів;
- недостатній рівень прихильності до АРТ серед тих, хто почав отримувати лікування, та серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ;
- відмова від лікування/прийому АРТ;
- наявність опортуністичних інфекцій;
- зменшення середньорічної чисельності постійного населення області (для відносних показників).

Показник смертності від туберкульозу (ТБ) серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ **є відносно стабільним (Індикатор № 3)** і склав у 2016 р. 4,1 на 100 тис. нас. проти 3,8 у 2009 р., фактично досягнувши цільового значення показника Програми – 4,0 на 100 тис. нас. Найвищий рівень смертності зафіксовано у 2012 р. (6,2 на 100 тис. нас.). Кількість померлих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ за останні три роки коливається у межах 51–58 осіб на фоні щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області.

Частка осіб, які померли від ко-інфекції ВІЛ/ТБ, з числа тих, кого було знято з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією (Ф. № 2 ВІЛ/СНІД), за період 2013–2016 рр. **зменшилася** з 75,6% до 63,9%. Істотний вплив на зменшення даного показника має охоплення АРТ, утримання на лікуванні, однак обсяги призначення АРТ все ще є недостатніми. Так, відсоток осіб, які отримували АРТ, з числа тих, хто помер безпосередньо від ко-інфекції ВІЛ/ТБ протягом 2013–2016 рр., **зріс** з 22,3% до 39,1%, а відсоток осіб, які отримували АРТ 12 міс. і більше, з числа тих, хто помер безпосередньо від ко-інфекції ВІЛ/ТБ, зріс з 42,9% у 2013 р. до 72,2% у 2016 р. Відсоток осіб, які потребували, але не отримували АРТ, з числа тих, хто помер безпосередньо від ко-інфекції ВІЛ/ТБ, **знизився протягом** 2013–2016 рр. з 77,4% до 56,5%.

Загальна летальність від СНІДу, за даними РЕН (**Індикатор № 51**), за період 2011–2013 та 2014–2016 рр. **зменшилася удвічі** – з 23,5% до 11,6% на фоні зменшення кількості померлих від СНІДу (зі 190 до 92 осіб) та відносно сталої кількості хворих, у яких було встановлено діагноз СНІДу (808 проти 794). **Зниження** рівня летальності відбувалося за рахунок підвищення рівня своєчасності взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих МН (з 61,4% до 85,1%) та призначення і охоплення АРТ.

Поширеність ВІЛ-інфекції

Оціночна кількість ЛЖВ в Черкаській області станом на 01.01.2017 року становить 5900 осіб.

Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки (**Індикатор № 4**) зростає протягом 2013–2016 рр. з 0,23% до 0,30% і перевищила цільове значення показника обласної Програми – 0,23% (на 2016 р.). Однак варто враховувати, що зростання показника відбувалося на фоні зменшення кількості вагітних, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ – з 13 осіб у 2013 р. до 9 осіб у 2016 р. та кількості вагітних у 1,9 разу (3036 осіб), які були обстежені в скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію.

Поширеність ВІЛ серед вагітних (**Індикатор № 5**) **зростає** протягом 2009–2016 рр. з 0,71% до 0,89% на тлі щорічного зменшення загальної кількості вагітних жінок та приблизно однакової

кількості вагітних, які мають ВІЛ-позитивний статус – 90–100 осіб. Цільового значення показника Програми 0,66% у 2016 р. досягнути не вдалося.

Причинами зростання показника поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних є зменшення їх кількості в області.

Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, серед осіб віком 15+ (**Індикатор № 15**) протягом 2009–2016 рр. **зросла майже вдвічі** – з 166,6 до 308,9 на 100 тис. нас. на фоні зменшення чисельності постійного населення області та **значного (у 1,8 разу) зростання** кількості ЛЖВ, які перебувають під наглядом на кінець звітного року з діагнозом ВІЛ-інфекції (з 1874 до 3297 осіб) (**Рис. 4**).

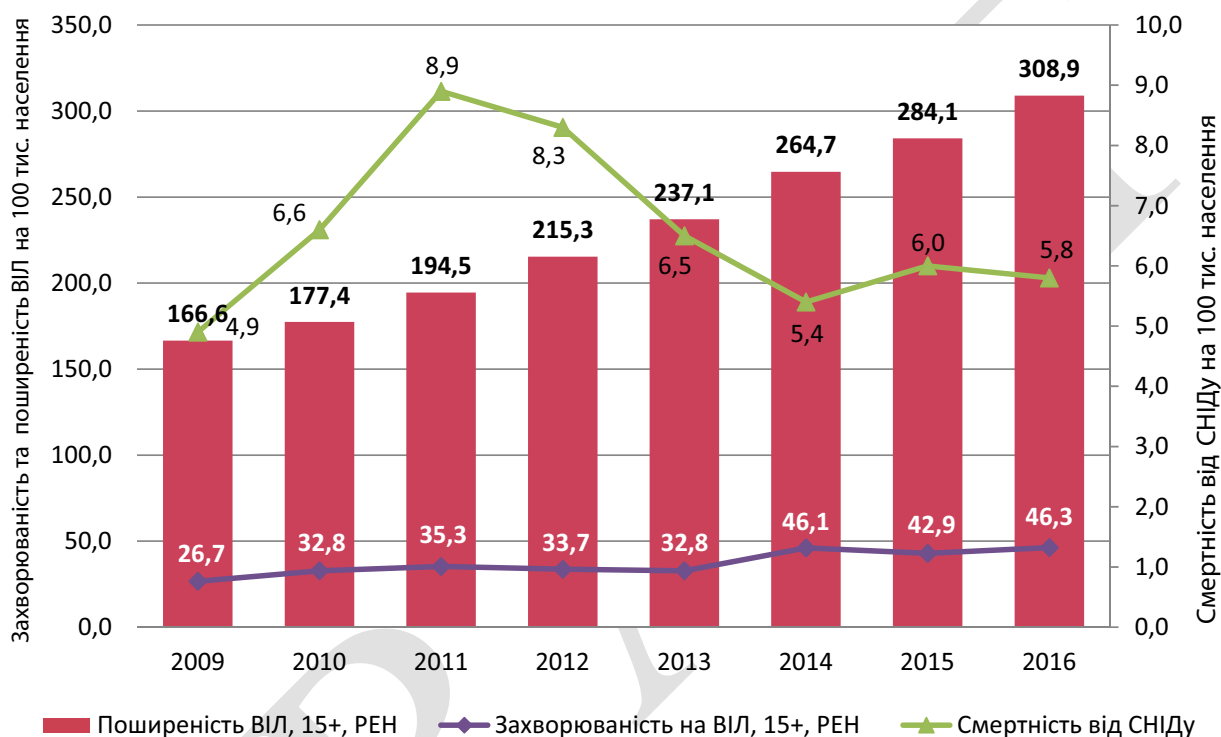


Рис. 4. Динаміка захворюваності, поширеності ВІЛ та смертності від СНІДу, РЕН, 2009–2016 рр., на 100 тис. нас.

Найбільшу частку ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом, зафіксовано серед міського населення області – 68,9% (2272 особи). Серед сільського населення цей показник склав 31,1% (1025 осіб). За період 2009–2016 рр. спостерігається тенденція до зменшення частки міського населення в поширеності ВІЛ-інфекції – з 76,6% (1436 осіб) до 68,9% (2272 особи) та збільшення частки сільського населення – з 23,4% (438 осіб) до 31,1% (1025 осіб).

Поширеність ВІЛ-інфекції серед чоловіків переважає, але їх питома вага поступово знижується – з 61,2% (1147 осіб) у 2009 р. до 54,7% (1802 особи) у 2016 р. Відносно зростає питома вага ВІЛ-позитивних жінок – з 38,8% (727 осіб) до 45,3% (1495 осіб) відповідно.

Аналіз вікової структури поширеності ВІЛ-інфекції протягом 2009–2016 рр. свідчить, що найбільш ураженою залишається вікова група 25–49 років, яка в загальній структурі складає 89,5% та 88,8% відповідно. Спостерігається тенденція до збільшення частки ВІЛ-інфікованих серед вікової категорії 50 років і старше – з 2,2% у 2009 р. до 7,6% у 2016 р.

У структурі шляхів інфікування серед ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом, переважає статевий шлях передачі, який у 2016 р. складав 2053 особи (58,6%) проти 764

(40,8%) у 2009 р.; гомосексуальний шлях передачі ВІЛ-інфекції залишається незмінно низьким – 0,5% (18 осіб) та 0,4% (3 особи) відповідно. Частка парентерального шляху передачі ВІЛ у 2016 р. зменшилася до 37,2% (1227 осіб) проти 59,3% (1112 осіб) у 2009 р.

Найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції у 2016 р. зареєстровано в м. Черкаси (588,4 на 100 тис. нас.), Канівському районі (559,2), м. Ватутіне (417,8), Тальнівському районі (363,9).

Можливими причинами зростання показника поширеності ВІЛ-інфекції серед осіб віком 15+ є:

- зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД та відносно стабільної смертності ЛЖВ внаслідок захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією;
- підвищення рівня своєчасності взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих медичним наглядом;
- зменшення кількості втрат ВІЛ-інфікованих пацієнтів від виявлених до поставлених під медичний нагляд;
- зменшення чисельності постійного населення області на кінець року (для відносних показників).

Епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в Черкаській області на 01.01.2017 року, за критеріями ВООЗ, можна охарактеризувати як концентровану, де поширеність ВІЛ-інфекції перевищує 5%. Рівень її поширеності, за даними БПД 2015 р., серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ становить 36,3%, 18,6% та 15,6% відповідно. Частка ЛВІН, які знаходяться під МН, з парентеральним шляхом передачі ВІЛ, за даними РЕН 2016 р., складає 37,3%. Разом з тим, поширеність ВІЛ-інфекції менша за 1% серед вагітних жінок у містах області.

4.2. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 року

Показник невизначуваного рівня вірусного навантаження (ВН) побудований на основі аналізу даних Форми № 030-5/0 «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою» в ЗОЗ (кабінети «Довіра»/сайт АРТ) та даних БО «Черкаське відділення Мережі ЛЖВ», які здійснюють супровід АРТ в пенітенціарних установах області в рамках проектної діяльності. Для обрахування значення показника невизначуваного рівня ВН <40 РНК копій/мл серед ув'язнених використано дані неурядової організації через відсутність звітних даних від пенітенціарних установ за Формою № 030-5/0 «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою», оскільки вони інформують міжрегіональне управління з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України, яким безпосередньо підпорядковані.

1. **5900 ЛЖВ** складає оціночна їх кількість в Черкаській області станом на 01.01.2017 року (**Рис. 5**). Оціночні дані отримано за допомогою програмного забезпечення Spectrum/EPP (версія 5.50).
2. **3373 ЛЖВ** (57% від оціночної кількості) – кількість осіб, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під МН в обласному центрі СНІДу та кабінетах «Довіра» ЗОЗ області станом на 01.01.2017 року. Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track до 2020 р. необхідно виявити та взяти під МН 1937 ЛЖВ.

3. **1922 ЛЖВ** (33% від оціночної кількості) – кількість осіб, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 року. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track до 2020 р. необхідно залучити до АРТ ще **2857 ЛЖВ**.
4. **1280 ЛЖВ** (22% від оціночної кількості) – кількість осіб, які отримували АРТ та досягли невизначуваного рівня ВН <40 РНК копій/мл станом на 01.01.2017 року, згідно аналізу даних Форми № 030-5/0 «Контрольна карта диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою» в ЗОЗ (кабінети «Довіра»/сайт АРТ) та даних БО «Черкаське відділення Мережі ЛЖВ», які здійснюють супровід АРТ в пенітенціарних установах області. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast Track необхідно, щоб до 2020 р. у **3021 ЛЖВ**, який отримуватиме АРТ, рівень ВН був невизначуваним. Вірусологічна ефективність АРТ за 2016 рік серед осіб з рівнем <40 РНК копій/мл склала **88,8%** із **1441** обстеженої особи, яка отримувала АРТ 6 міс. і більше.

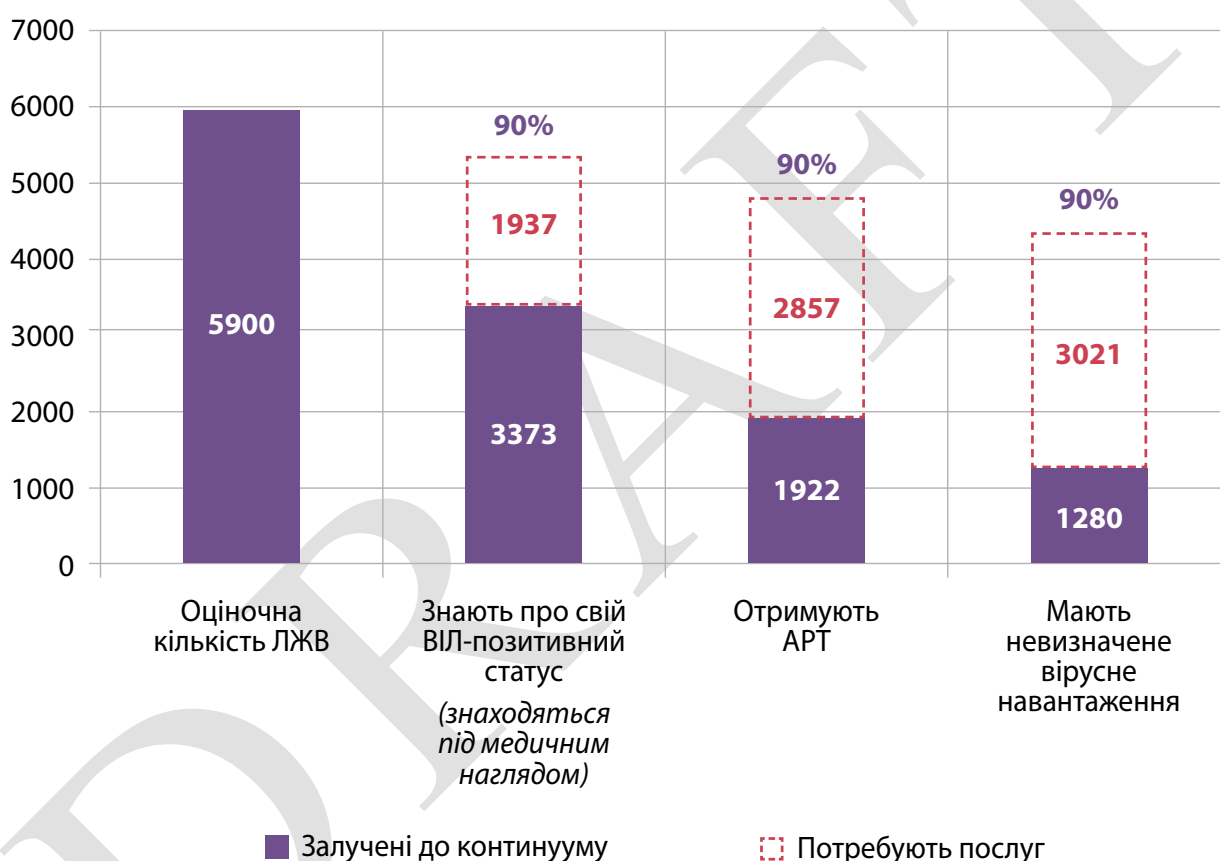


Рис. 5. Основні дані каскаду послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 року

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

Антиретровірусна терапія

АРТ є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам. Метою АРТ є профілактика ВІЛ-інфекції/СНІДу, зниження рівня захворюваності та смертності, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією. АРТ в Черкаській області розпочата з 2005 р. і послуги з її призначення можна отримати у ЗОЗ області, зокрема в обласному центрі СНІДу, наркологічному та протитуберкульозному диспансерах, кабінетах «Довіра» з функціями сайту АРТ, міських та центральних районних лікарнях.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Протягом 2009–2016 рр. частка летальних випадків серед ЛЖВ внаслідок захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, зменшилася з 3,1% до 2,1% із коливаннями в межах 2,1%–4,7%. Найбільше смертей зафіксовано у 2011 р. (4,8%), і реєструвалися вони частіше серед чоловіків (65,3%, 2016 р.), хоча їх частка поступово зменшується. Поодинокі випадки смерті від ВІЛ серед вікової категорії 0–14 років реєструвалися у 2012 та 2014 роках.

Переважаюча кількість смертей від ВІЛ фіксується серед ЛВІН, хоча їх частка у період 2009–2016 рр. зменшилася з 58,7% до 45,8%. Разом з тим, серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ рівень смертності зріс з 49,2% до 63,9%. Серед засуджених зареєстровано один випадок у 2015 р.

Оцінити рівень смертності від ВІЛ серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ, згідно оціночних даних Спектрум, неможливо через відсутність цих даних, що є певним обмеженням оцінки смертності від ВІЛ серед груп підвищеного ризику.

Частка летальних випадків серед ЛЖВ від нововиявлених та зареєстрованих на медичному обліку протягом 2012–2016 рр. скоротилася з 7,6% до 3,7%. Частка чоловіків серед них є переважаною (52,4%), однак у порівнянні з 2012 р. вона зменшилася. Спостерігається зниження рівня смертності серед ЛВІН з 52,8% до 28,6% та серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ – з 69,4% до 47,6%. Серед померлих від захворювань, пов'язаних з ВІЛ, які перебували на медичному обліку протягом року, кількість і частка померлих, які отримували АРТ, зменшилася з шести (16,7%) до трьох осіб (14,3%), а тих, які не отримували АРТ, зросла з 83,3% до 85,7%, незважаючи на зменшення абсолютної кількості осіб з 30 до 18 (Рис. 6).

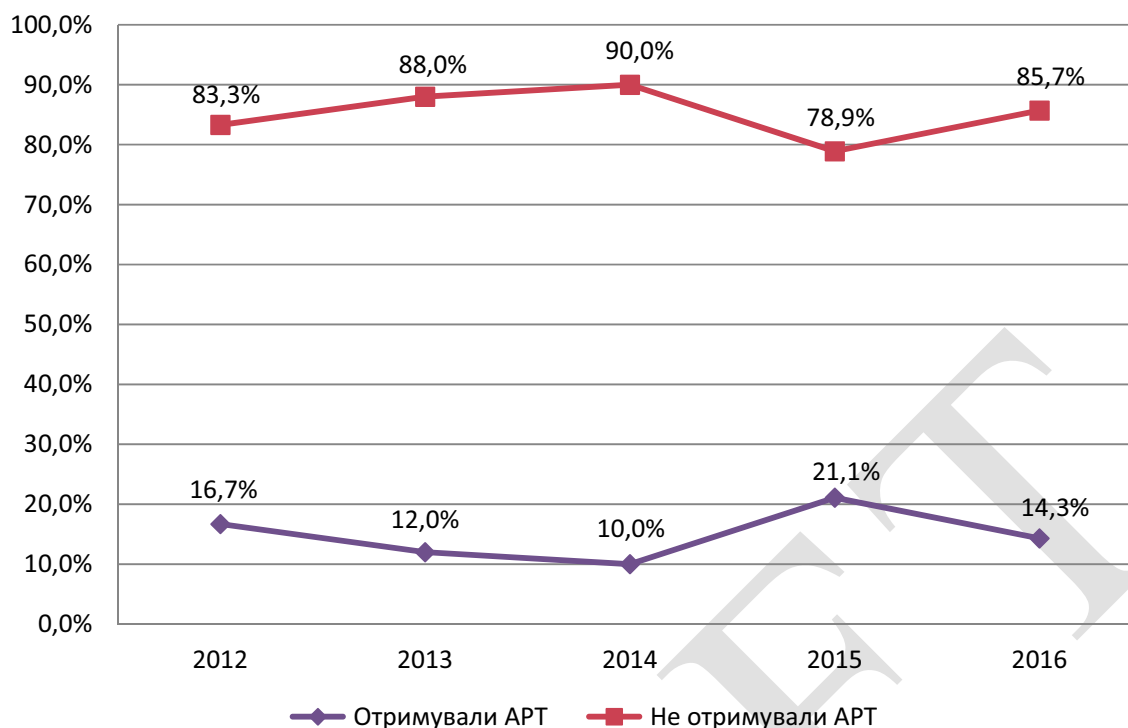


Рис. 6. Частка померлих внаслідок захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, залежно від прийому АРТ серед нововиявлених ЛЖВ, РЕН, 2012–2016 рр.

Разом з тим, за даними РЕН, щорічна кількість летальних випадків від СНІДу за період з 2009 по 2016 рік знизилася удвічі – з 26,1% до 12,9%.

Частка смертей серед ЛВІН, які отримували АРТ, зменшилася з 60% до 42,3%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зросла з 20% до 69,2%.

Частка ЛЖВ, які померли від захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, та отримували АРТ 12 міс. і більше, відносно кількості ЛЖВ, які отримували АРТ та померли у звітному році, протягом 2010–2016 рр. зросла з 16,7% до 26,2%. Переважно це чоловіки (68,8%), хоча їх частка зменшилася. Зросла частка ЛВІН (з 0 до 56,3%) та зменшилася частка осіб з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ (зі 100% до 81,3%), яка є ще досить значною.

Частка ЛЖВ, які померли від захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, та отримували АРТ 12 міс. і більше, відносно кількості ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше у звітному році, протягом 2013–2016 рр. зросла з 3,1% до 5,2%. Співвідношення чоловіків і жінок практично є сталим – 68,8% і 31,2%. Частка ЛВІН дещо зменшилася – з 60% до 56,3%, серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зросла – з 60% до 81,3%.

Незважаючи на те, що частка ЛЖВ, які не отримували АРТ та померли від захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, від загальної кількості ЛЖВ протягом 2013–2016 рр. зменшилася з 44,8% до 25,3%, а серед тих, хто отримував АРТ, зросла з 12,6% до 14,3%, ефективність АРТ є відчутною (Рис. 7).

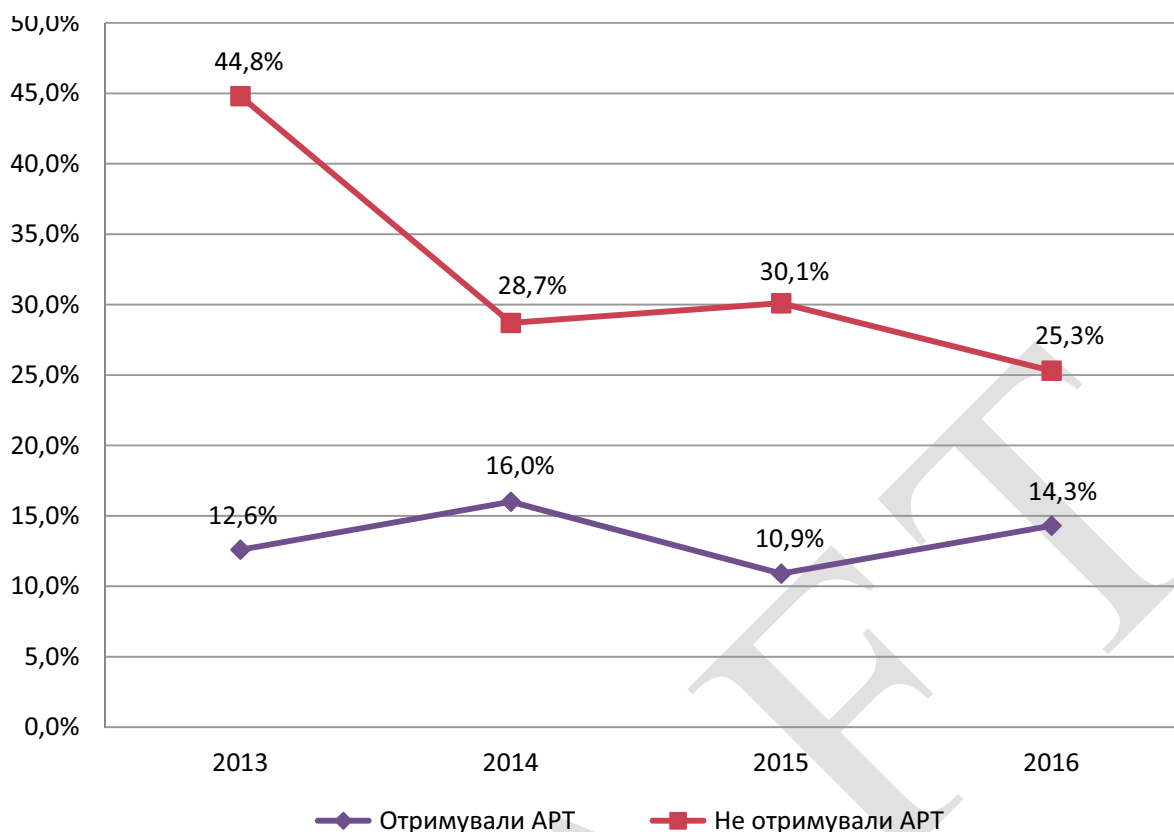


Рис. 7. Частка ЛЖВ, які померли внаслідок захворювань, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, залежно від прийому АРТ, РЕН, 2013–2016 рр.

Частка ЛЖВ, які не отримували АРТ та померли від ВІЛ, від кількості померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ, протягом 2013–2016 рр. залишалася практично сталою – 83,1% та 83,6%. Зросла частка жінок – з 28,1% до 32,6%. Частка ЛВІН зменшилася з 60,9% до 50,0%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ – з 75,0% до 60,9%.

Переважаюча частина летальних випадків серед ЛЖВ, які отримували АРТ, за період 2013–2016 рр. сталася внаслідок смерті від ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Разом з тим, їх частка поступово зменшується – з 77,8% до 69,8%.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Протягом 2009–2016 рр. частка ЛЖВ, які перебували під медичним наглядом та були охоплені АРТ, зросла з 9,2% до 54,9% (Рис. 8).

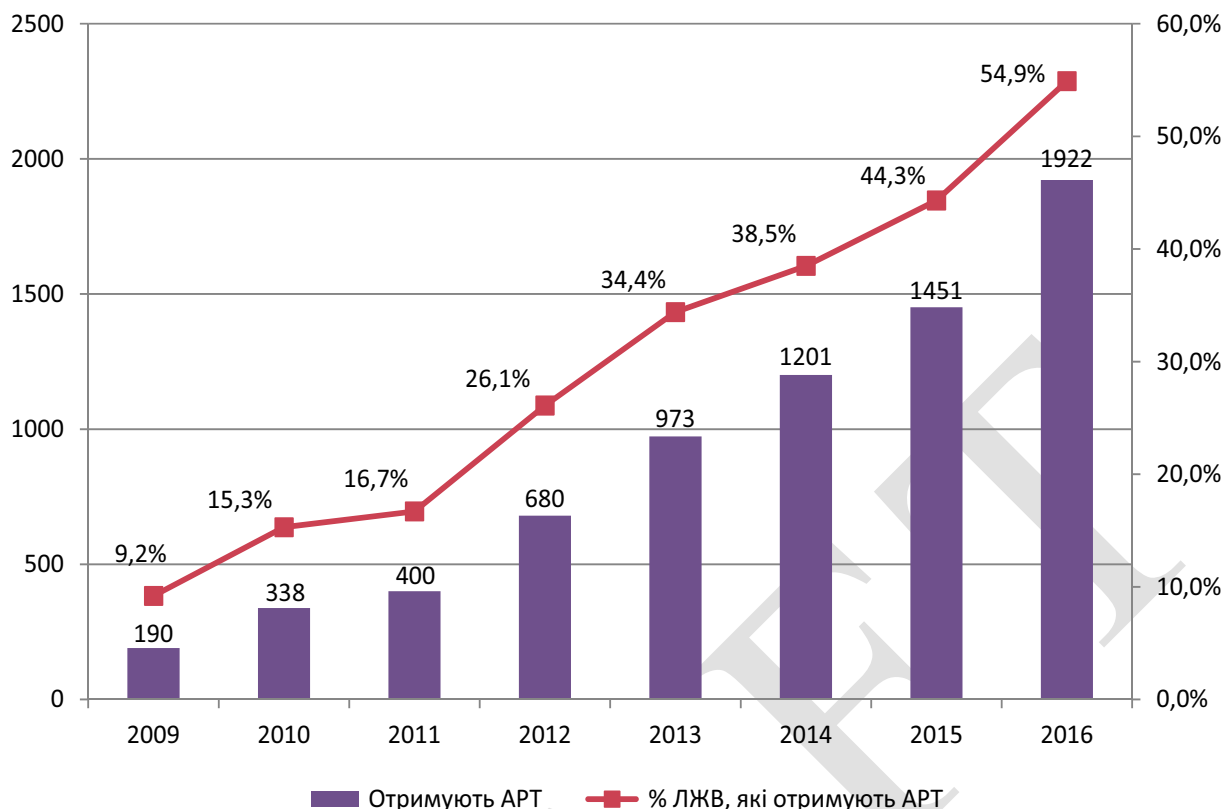


Рис. 8. Охоплення АРТ серед ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, РЕН, 2009–2016 рр.

Частка дітей віком 0–14 років, охоплених АРТ, зменшилася з 13,7% до 3,6%, а осіб віком 15+ зросла з 86,3% до 96,4%. Охоплення АРТ є достатньо високим, але рівень доступу до лікування для ЛВІН знизився з 58,1% до 31,2%, ув'язнених – з 5,3% до 4,8%, ПКС – з 0,7% до 0,4%. Дещо зріс рівень охоплення АРТ серед ЧСЧ – з 0,2% до 0,5%.

Завдяки функціонуванню 22 сайтів призначення та видачі АРТ доступність лікування для ЛЖВ є високою, однак мешканці Драбівського, Жашківського, Лисянського, Христинівського, Чорнобаївського та Смілянського районів не мають можливості отримувати АРТ за місцем проживання. Необхідне подальше розширення послуг з призначення та надання АРТ ЛЖВ у всіх містах і районах області.

Частка осіб з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ, зросла у період 2009–2016 рр. з 4,1% до 35,2%, однак все ще є недостатньою.

Зросла частка ЛЖВ активної диспансерної групи, які не отримували АРТ протягом 2013–2016 рр. – з 2,8% до 3,9%. Причинами неотримання АРТ є відмова від лікування, відсутність прихильності до лікування та недостатність АРВ-препаратів.

Упродовж 2013–2016 рр. зареєстровано 48 випадків ускладнень/побічної дії АРТ серед ВІЛ-інфікованих. Разом з тим, їх частка відносно тих, хто отримував АРТ, зменшилася з 4,9% до 2,5%.

Доступ ВІЛ-інфікованих до послуг з АРТ для груп підвищеного ризику та інших груп населення в містах і районах області покращився, але все ще залишається недостатнім. Причинами неотримання/відмови від лікування є обмежена кількість схем АРТ, обмеження прихильності до лікування, особливо серед ЛВІН, та втома від прийому ліків.

3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Кількість ЗОЗ області, які надають послуги з АРТ, протягом 2009–2016 рр. зросла з 2 до 22, з них у закладах третинного рівня – з 1 до 3, вторинного – з 1 до 19; за місцем розташування: у містах – з 1 до 8, у районах – з 1 до 14. Кількість сайтів є ще недостатньою у районах області. Основне навантаження з обслуговування ЛЖВ припадає на обласний центр СНІДу, який надає 50% АРТ та охоплює 49% медичним наглядом.

Послуги з догляду і підтримки (ДіП) ЛЖВ надає лише одна НУО (БО «Черкаська мережа»), яка знаходиться у м. Черкаси, за рахунок реалізації проектної діяльності та за підтримки донорів. НУО працює також в інших регіонах області, однак потреби ЛЖВ щодо отримання послуг за місцем проживання є значно більшими та затребуваними. Рівень охоплення послугами ДіП протягом 2013–2016 рр. дещо знизився – з 60,3% до 58,0%.

Частка ЗОЗ області, які надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, протягом 2009–2016 рр. зросла – з 7,4% до 78,6%, а ВІЛ/ТБ/ЗПТ – з 0% до 21,4%, однак потребує подальшого розширення.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Моніторинг за лікуванням ЛЖВ є недостатнім, оскільки обстеження на ВН виконується у межах виділених квот, передбачених для області, за рахунок фінансування Державного бюджету. У 2016 році частка ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВН, склала 75% (1441 особа). Вірусологічна ефективність АРТ серед осіб з рівнем ВН < 40 РНК копій/МЛ серед усіх обстежених, які отримують АРТ 6 міс. і більше, склала 88,8% (1280 осіб), а серед осіб, які знаходяться під МН та отримують АРТ – 66,6%.

Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, впродовж 2013–2016 рр. дещо зменшився – з 87,9% до 86,8%. Рівень утримання пацієнтів на АРТ через 12 міс. після її початку є достатньо високим і досяг цільового значення, через 24 міс. становив 82,5%, а через 36 міс. – 77,9%.

Рівень отримання послуг з ДіП серед груп підвищеного ризику з числа ЛЖВ серед тих, хто перебував під МН, є недостатнім: упродовж 2013–2016 рр. він знизився з 39,8% до 29,3%. Частка ЛВІН, які отримували послуги, зменшилася з 76,6% до 69,2%, а серед ЧСЧ зросла з 22,2% до 55,6%. Серед ПКС розрахувати частку неможливо через відсутність даних щодо кількості представників цієї групи, що перебувають під МН. В абсолютних значеннях їх кількість є незначною і в період 2013–2016 рр. зменшилася з восьми до семи осіб. Можливими причинами зменшення кількості послуг ДіП, отриманих групами підвищеного ризику з числа ЛЖВ, є зменшення кількості інтервенцій, які надаються БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ» за підтримки донорів, проектів міжнародних організацій, відсутність надання послуг за рахунок коштів місцевих бюджетів, зростання кількості ЛЖВ, що перебувають під МН.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Надання АРТ вагітним, новонародженим та дітям є пріоритетним і задовольняється в повному обсязі за умови перебування їх під медичним наглядом. У разі виявлення вагітної у потужному періоді АРТ жінці та дитині надається відповідно до вимог Клінічного протоколу АРТ, дорослим та підліткам – так, щоб максимально задовольнити їхні потреби за наявності антиретровірусних препаратів (АРВП). Хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ намагаються якнайшвидше призначити АРВП за умови відсутності протипоказань, наявності прихильності до лікування та препаратів. Є проблеми з охопленням АРТ серед хворих на гепатити, дискордантних пар (їх виявлення), серед засуджених. Потребує покращення охоплення лікуванням ЛВІН та тих з них, хто отримує ЗПТ. Введення практики соціального супроводу АРТ в районах області дасть змогу покращити охоплення групи ЛЖВ. Лабораторний моніторинг АРТ в обласному центрі СНІДу відповідає вимогам та забезпе-

чений у повному обсязі. Разом з тим, у містах і районах він потребує покращення, зокрема щодо закупівлі за місцеві бюджети вакутайнерів для взяття крові на CD4 і ВН та забезпечення доставки зразків санітарним транспортом у визначені графіком дні до лабораторії обласного центру СНІДу.

АРТ призначається та надається представникам групи ЛЖВ згідно Національного та обласних локальних протоколів, затверджених наказами МОЗ України та УОЗ ОДА.

Обсяги фінансування АРТ за кошти Державного бюджету та інших джерел (донорів) протягом 2009–2016 рр. збільшився у 5,1 рази (з 1694,7 до 8650,3 тис. грн.). Разом з тим, частка фактичного фінансування АРТ від запланованого зменшилася зі 100% до 77%.

У період 2009–2016 рр. зросло навантаження на одного лікаря-інфекціоніста з обслуговування ЛЖВ, що перебувають під МН, з 76,2 до 125,1 осіб. Зросло навантаження на лікаря, який працює як у місті, так і в районі. Разом з тим, у місті воно є доволі значним (зросло з 222,4 до 372,8 осіб) та недостатнім у ЗОЗ районного рівня – з 25,1 до 56,1 особи.

Планування потреб щодо АРТ формується медичними працівниками обласного центру СНІДу на основі електронної форми заявки, затвердженої Наказом МОЗ України від 16.12.2009 № 936 «Про затвердження Методики розрахунку в АРВП» з урахуванням пацієнтів, які отримують АРТ, з розрахунком розширення пацієнтів, вагітних, новонароджених. Разом з тим, квота, яка надається області, не задовольняє її потреби.

Медичними працівниками систематично здійснюються моніторингові візити на міські/районні сайти АРТ з метою надання методичної допомоги, контролю надання АРТ, її ефективності та вчасності, ведення облікової документації, підготовки до введення в АРТ нових хворих.

Перебоїв у видачі АРВ-препаратів серед ЛЖВ не було. Разом з тим, через перебої у постачанні препарати видавалися у терміни від одного тижня до трьох місяців.

Сучасна модель надання АРТ не відповідає вимогам стратегії Fast Track «90-90-90». Потребує удосконалення система виявлення нових ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пошуку тих, хто виявлений раніше та не перебуває під МН, забезпеченості АРВ-препаратами та дотримання графіку їх поставок.

Висновки

Упродовж 2009–2016 рр. охоплення ЛЖВ антиретровірусною терапією зросло з 9,2% до 54,9%. Незважаючи на зростання у 10 разів охопленості АРТ, відсоток випадків смерті від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, серед представників цієї групи, які отримували АРТ, залишається сталим – 1,5%–1,4%. Смертність серед ЛВІН, які отримували АРТ, зменшилася з 60% до 42,3%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зросла з 20% до 69,2%.

Протягом 2012–2016 рр. серед померлих від ВІЛ, які були зареєстровані і перебували на медичному обліку протягом року, частка померлих, які отримували АРТ, зменшилася з 16,7% до 14,3%, а серед тих, хто не отримував АРТ, зросла з 83,3% до 85,7%, незважаючи на зменшення абсолютної кількості осіб з 30 до 18.

Рівень смертності ЛЖВ від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, серед тих, хто не отримував АРТ, протягом 2013–2016 рр. залишалася на високому рівні (коливалася у межах 83%). Разом з тим, відсоток ЛВІН зменшився з 60,9% до 50,0%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ – з 75,0% до 60,9%.

Рівень смертності від хвороб, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, протягом 2013–2016 рр. зріс з 3,1% до 5,2%, серед ЛВІН зменшився з 60% до 56,3%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зріс з 60% до 81,3%.

Залишається недостатньою АРТ серед ЛВІН (31,2%) та вкрай обмеженою серед ПКС (0,4%), ЧСЧ (0,5%) і ув'язнених (4,8%).

Надання послуг АРТ ВІЛ-інфікованим за місцем проживання є відносно доступним, але все ще недостатнім. Потребує розширення послуг з призначення та надання АРТ у шести районах області.

Рівень охоплення послугами з інтегрованої допомоги ВІЛ/ТБ є високим (78,6%), а ВІЛ/ТБ/ЗПТ недостатнім (21,4%) і потребує розширення.

Вірусологічна ефективність АРТ за 2016 рік серед осіб з рівнем ВН < 40 РНК копій/МЛ є достатньо високою – 88,8% серед усіх обстежених, які отримують АРТ 6 міс. і більше, та 66,6% серед осіб, які перебувають під МН та отримують АРТ.

Рівень утримання пацієнтів на АРТ через 12 міс. після початку лікування досяг цільового значення (86,8%) і був достатньо високим, через 24 міс. складав 82,5%, а через 36 міс. – 77,9%.

Рівень отримання послуг з ДіП серед груп підвищеного ризику з числа ЛЖВ був недостатнім – 29,3%.

Обсяги фінансування АРТ за кошти Державного бюджету та інших джерел (донорів) за період 2009–2016 рр. збільшився у 5,1 разу. Разом з тим, частка фактичного фінансування від запланованого зменшилася зі 100% до 77%.

Консультування і тестування на ВІЛ

Послуги з консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію (КіТ) спрямовані на виявлення ВІЛ-інфікованих осіб як серед загального населення, так і серед ГПР. Послуги КіТ надаються як медичними працівниками у ЗОЗ області, так і в НУО соціальними працівниками, які впроваджують профілактичні проекти з компонентом асистованого тестування клієнтів організацій.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Частка ВІЛ-інфікованих осіб (віком 15+), яких було взято під медичний нагляд в III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загальної кількості уперше в житті взятих під МН ВІЛ-інфікованих (віком 15+) протягом 2013–2016 рр. зменшилася з 42,8% до 34,6% і досягла цільового значення показника (40%). Однак серед ЛВІН вона є значно вищим, хоча має тенденцію до зниження – з 67,9% до 47,3%. Існуюча система КіТ у ЗОЗ області забезпечує своєчасне виявлення та залучення до медичних послуг представників групи ЛЖВ.

Оцінити рівень перебування ЛЖВ (віком 15+) та ЛВІН під МН, згідно оціночних даних Спектрум, неможливо через їх відсутність, що є певним обмеженням процесу оцінювання.

Існує обмеження щодо даних ПКС та ЧСЧ, оскільки ці групи достатньо закриті і не бажають розкривати свій статус та ризики медичному працівнику під час проведення КіТ. Тому вони в основному потрапляють у реєстрацію СЕМ та РЕМ під іншими кодами обстеження. Також існує проблема зміни кодування обстеження при переадресації виявлених швидкими тестами (ШТ) ЛЖВ для підтвердження ВІЛ-статусу. Потребує удосконалення система кодування ЧСЧ, у т.ч. тих, хто перебуває у місцях позбавлення волі або є статевим партнером ЛЖВ.

Рівень дискримінаційного ставлення до ЛЖВ та ГПР серед медичних працівників ЗОЗ через особисте несприйняття статусу цих осіб та ВІЛ-інфекції/СНІДу як хвороби обмежує послуги не тільки з тестування, а й консультування щодо ризиків інфікування ВІЛ та заходів профілактики. Найчастіше це проявляється серед медичних працівників у ЗОЗ районного рівня, відповідно, впливає на ефективність та якість проведення КіТ, доведення ЛЖВ/ГПР до ЗОЗ для обстеження на ВІЛ та довіряння свого статусу медичному працівникові.

Результати анкетування учасників першого тренінгу, проведеного для медичних працівників 303 м. Черкаси та Черкаського району в рамках проекту USAID RESPECT «Толерантність в медицині – уміння жити разом», свідчить, що рівень стигматизації та дискримінації щодо ВІЛ зменшився на 10–15% при початковому 60%.

Лікарі первинного рівня надання медичної допомоги (сімейні лікарі) мало обізнані з питань ВІЛ, проведення КіТ і мають перестороги щодо цих питань та надання медичних послуг ЛЖВ і ГПР.

Дискримінація медичних працівників та загального населення по відношенню до ГПР, особливо щодо ЧСЧ, знижує ефективність профілактичних заходів. Так, клієнти не хочуть розкривати свій статус, в анамнезі говорять неправду, прагнучи таким чином уникнути дискримінації та аутингу (публічне повідомлення про свою приналежність до ЧСЧ).

2. Чи охоплені потрібні люди?

За даними біоповедінкових досліджень (БПД), відсоток ЛВІН, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. і знають свій результат, за період з 2013 по 2015 р. зріс з 36,9% (ДІ 30,0 – 43,1) до 38,8% (ДІ 33,4 – 44,1), серед ЧСЧ зменшився з 86,3% (ДІ 78,5 – 93,8) до 72% (ДІ 66 – 78). Частка ПКС, які зробили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, зросла з 45,3% у 2011 р. до 56,8% у 2015 р.

Частка хворих на туберкульоз, охоплених тестуванням на ВІЛ, за період 2013–2016 рр. збільшилася з 94% до 98%.

Відсоток осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ (за даними СЕМ) серед ЛВІН від оціночної кількості за період 2009–2016 рр. зменшився з 17,5% до 14,8%, серед ув'язнених – з 7,0% до 5,1%. Однак варто враховувати, що поширеність ВІЛ серед ЛВІН, за даними БПД, зросла з 11,1% до 36,3%, що може свідчити про тестування ЛВІН за іншими кодами СЕМ.

Результати тестування на ВІЛ серед ПКС та ЧСЧ (за даними СЕМ), ймовірно, занижені та стабільно низькі. Кількість та частка ВІЛ-позитивних результатів за період 2009–2016 рр. серед ЧСЧ фіксувалася у межах двох – шести осіб (0,4%–0,3%), а серед ПКС протягом 2013–2016 рр. зменшилася з 5 до 0 осіб (з 0,7% до 0%). Разом з тим, поширеність ВІЛ серед ЧСЧ, за даними БПД, зросла з 5,3% до 15,6%, а серед ПКС становила 18,6%. Результати тестування на ВІЛ (за даними СЕМ) мають певні обмеження, оскільки є проблеми з ідентифікацією ГПР, особливо ПКС та ЧСЧ, та їх кодуванням під час проведення КіТ. Дані БПД свідчать, що поширеність ВІЛ серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ є достатньо високою.

3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Мережа закладів, де можна отримати КіТ на ВІЛ, є достатньо розгалуженою, яка протягом 2009–2016 рр. дещо скоротилася – з 59 до 55 закладів за рахунок зменшення кількості НУО та відомчих ЗОЗ. КіТ можна отримати у дев'яти ЗОЗ третинного рівня та у 41-му вторинного рівня, зокрема у 24-х ЗОЗ, де є акушерсько-гінекологічна служба, одному обласному центрі СНІДу, наркологічній, протитуберкульозній та дерматовенерологічній службах, двох службах станції переливання крові, 28 кабінетах «Довіра», які знаходяться у ЗОЗ вторинного рівня. Переважна кількість ЗОЗ і НУО, які надають послуги з КіТ, знаходяться у містах (63,6%), у районах вони складають 36,4%.

Послуги з КіТ є достатніми у ЗОЗ вторинного та третинного рівнів, але потребують широкого впровадження у закладах первинного рівня – центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД).

Такі послуги надаються також НУО, однак їх кількість за період 2009–2016 рр. зменшилася з семи до п'яти, що пов'язано зі скороченням підтримки їхньої проектної діяльності. Переважна кількість НУО – чотири (80%) надають послуги ЛВІН, дві – ПКС. Лише одна НУО надає послуги

ЧСЧ. Кількість протестованих на ВІЛ клієнтів НУО у Черкаській області збільшилася – у 2016 р. цей показник склав 7193 ЛВІН (у 2013 р. – 2993 ЛВІН), 1156 ПКС (у 2013 р. – 940 ПКС), 803 ЧСЧ (у 2013 р. – 320 ЧСЧ). Всі НУО працюють у містах обласного значення, інтервенції також спрямовані у райони області – пункти надання послуг діють в Звенигородці, Христинівці, Маньківці, Тальному, Кам'янці, Ватутіному, Смілі, Умані; мобільна амбулаторія виїжджає в Канів, Жашків, Золотоношу; аутріч-робота ведеться в селах Червона Слобода, Геронимівка та ін.

Послуги з КіТ, що надаються НУО, є достатніми у містах, оскільки вони безпосередньо там розміщені, та обмежені у районах області. НУО необхідно розширювати свою діяльність та надавати послуги з КіТ у районах області шляхом створення нових аутріч-маршрутів, стаціонарних пунктів обміну шприців, залучаючи до роботи ініціативних людей серед ЛЖВ та ГПР, які мешкають на цих територіях.

Разом з тим, ці послуги переведено на асистоване самотестування. Цілі з тестування були збільшені в 1,5 разу для охоплення більшої кількості клієнтів. З роками відзначається зниження відсотка виявлення ВІЛ. Серед нових клієнтів цей відсоток є значно вищим, ніж серед регулярних клієнтів НУО, що свідчить про досягнення головної цілі профілактичних проектів.

Існують труднощі щодо самотестування, коли клієнт не завжди може проколоти собі палець, бо-ячись крові (не серед представників групи ЛВІН), правильно набрати кров. При самотестуванні соціальний працівник асистує виконання процесу (розповідає, як провести самотестування, як набрати кров, додає розчинник, допомагає клієнту інтерпретувати результат тесту тощо згідно СОП). Самотестування за допомогою слинових тестів не використовується, оскільки є значно дорожчим (один виробник). Не завжди забезпечується конфіденційність при проведенні КіТ, особливо серед ЧСЧ.

Кількість післятестових консультувань протягом 2010–2016 рр. зросла із 77 793 до 82 004 (+ 5,4%). У 2016 році найбільше післятестових консультувань проведено в акушерсько-гінекологічній службі – 27,2%, НУО – 13,5%, службі СНІДу (включно з кабінетами «Довіра») – 12,6%, найменше – в службі переливання крові – 2,8%, протитуберкульозній службі – 1,6%, міжрегіональному управлінню з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України – 1,5%, наркологічній та дерматовенерологічній службах – 0,4% (Рис. 9).

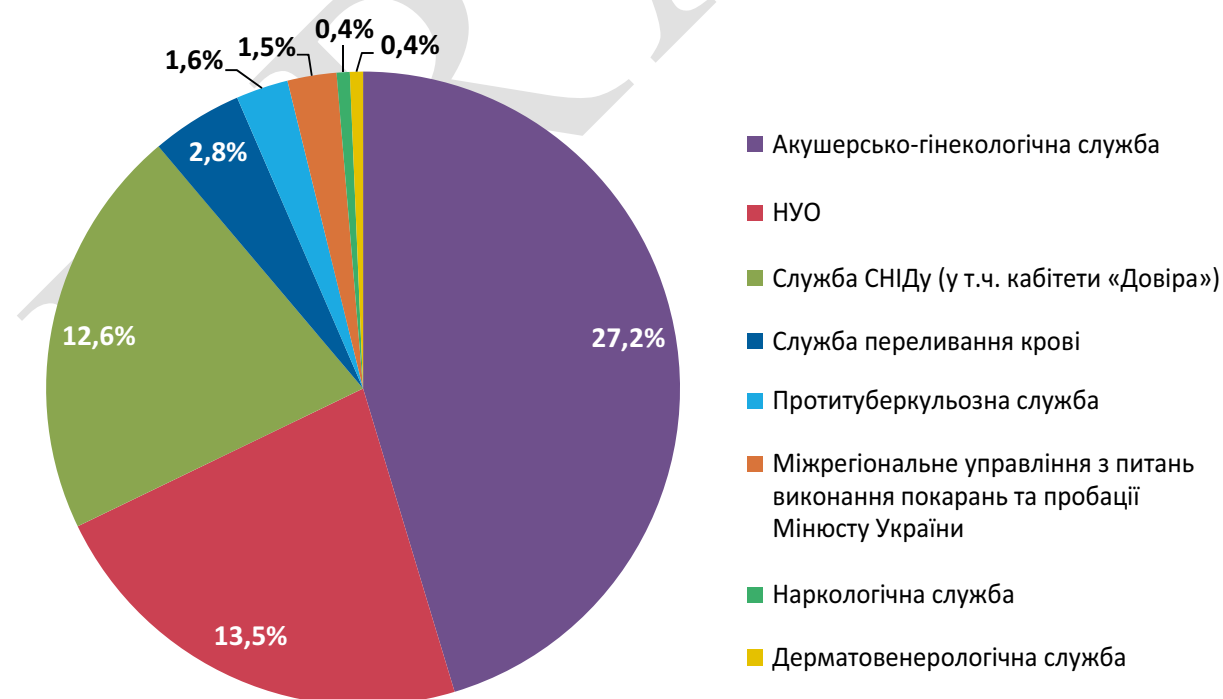


Рис. 9. Розподіл закладів за часткою наданих післятестових консультувань на ВІЛ-інфекцію, %, 2009–2016 рр.

Різниця між передтестовим та післятестовим консультуванням у 2016 р. становила 13,8%. Відсутні втрати в НУО. Найменша частка втрат зафіксована у протитуберкульозній службі – 0,1%, міжрегіональному управлінні з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції України – 4,6%, наркологічній – 5,0%, акушерсько-гінекологічній службі – 5,6%, службі СНІДу (включно з кабінетами «Довіра») – 7,8%, найбільші – дерматовенерологічній службі – 16,9%, службі переливання крові – 76,2%.

Загалом в області забезпечено доступ населення до послуг КіТ, однак їх кількість та якість проведення потребує покращення. Кількість КіТ є недостатньою у протитуберкульозній, наркологічній та дерматовенерологічній службах. Недостатньо використовуються ШТ, що не дозволяє пацієнту одразу отримати результат тестування на ВІЛ, а пацієнтам з позитивним результатом тестування не бути втраченим для медичного нагляду.

Серед засуджених існує обмежений доступ до КіТ, оскільки вони лише один раз тестуються при потраплянні в колонію. Повторно/кратно вони не тестуються оскільки адміністрація/медична служба вважає, що у них відсутні ризики інфікування ВІЛ.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

За даними програмного моніторингу, відсоток осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під МН, протягом 2013–2016 рр. зріс з 50,4% до 72,9%: серед ЛВІН – з 43,9% (43 із 98 осіб) до 71,7% (33 із 46 осіб), залишалося відносно сталим серед ЧСЧ – 100% при значному скороченні абсолютних значень позитивних результатів тестування на ВІЛ (з 13 до 2 осіб). Збільшення відсотка серед ЛВІН пояснюється наявністю супроводу клієнтів НУО (інтервенція кейс-менеджменту). Відсутні випадки взяття під МН осіб з числа ПКС у 2014–2016 рр. проти наявності таких осіб (3 особи) та їх частки (50%) при взятті під МН у 2013 р.

Частка осіб, яких було взято під МН протягом року (крім дітей у стадії підтвердження діагнозу), відносно кількості осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ, за період 2009–2016 рр. зросла з 55,6% до 83,3%.

У цілому система надання послуг КіТ є ефективною і якісною. Існує проблема доступу до послуг у ЦПМСД.

Медичними працівниками обласного центру СНІДу проводяться практичні заняття для лікарів та молодшого медичного персоналу ЗОЗ вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги щодо підвищення якості послуг тестування та супервізії практичних навичок із застосуванням ШТ. Розпочато роботу з проведення тренінгів щодо консультування, тестування та діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою ШТ для медичних працівників ЦПМСД. Система супервізії надання послуг КіТ в НУО здійснюється працівниками самої організації за принципом «рівного рівним» та «менш досвідченого більш досвідченим».

Взаємодія і координація між надавачами послуг КіТ та інших медичних послуг наявна, однак потребує постійного контролю та удосконалення, особливо в ЗОЗ вторинного рівня, шляхом проведення спільних нарад, участі у семінарах/тренінгах, конференціях тощо. Взаємодія між надавачами послуг КіТ та провайдерами соціальних послуг практично відсутня.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Підходи до надання послуг КіТ для загального населення є адекватними, оскільки наявність фахівців та мережа установ, де можна отримати ці послуги, рівномірно розподілена по території області. Однак для ГПР надання послуг КіТ потребує удосконалення, оскільки вони не повною мірою відповідають епідемічній ситуації в області. Медичні працівники мають надавати послуги більш якісно, враховуючи ризики інфікування ВІЛ особами, які звертаються до них за медичною допомогою.

Однак, враховуючи необхідність раннього виявлення ЛЖВ, уникнення втрат пацієнтів на етапі до- та післятестового консультування, взяття їх під МН та своєчасного доступу до ВІЛ-послуг, є необхідність проведення тестування населення на ВІЛ швидкими тестами у ЗОЗ первинного рівня та закупівлі їх за кошти місцевого бюджету.

За період 2009–2016 рр. частка тестувань на ВІЛ, які були проведені ШТ в закладах вторинного та третинного рівнів, зросла з 8,3% до 17,4%.

Визначення завдань із надання послуг КіТ передбачено наказом УОЗ ОДА на підставі Наказу МОЗ України і поширюється на всі адміністративні території та ЗОЗ, пенітенціарні установи, НУО, які там розташовані. На підставі даних аналізу здійснюється планування заходів на рік та п'ятирічної регіональної програми. Відповідно до заходів Програми впроваджуються відкориговані попередніми результатами заходи із надання послуг КіТ. Разом з тим, КіТ не проводиться у ЗОЗ первинного рівня. Залучення ЦПМСД до надання цих послуг та забезпеченість їх ШТ надасть можливість розширити доступ населення до послуг КіТ.

У цілому послуги КіТ (тестування методом імуноферментного аналізу (ІФА)) відповідають фінансово-економічній ситуації в області та фінансово забезпечені. Відсоток фінансування заходів з КіТ обласною програмою з ВІЛ/СНІДу від запланованого за період 2009–2016 рр. зменшився з 111,4% до 47,1%, хоча обсяги фінансування зросли у 1,8 разу (з 434,5 до 800,8 тис. грн.).

КіТ на ВІЛ-інфекцію у ЗОЗ проводять лікарі, психологи, однак їх кількість все ще залишається недостатньою. Необхідним є залучення сімейних лікарів, які працюють на первинному рівні надання медичної допомоги у ЦПМСД, забезпечення навчання медичних працівників щодо проведення КіТ та діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою ШТ. Консультування на ВІЛ у НУО проводиться соціальними працівниками, кількість яких у цілому є достатньою.

Алгоритми дослідження на виявлення маркерів ВІЛ та проведення верифікації регламентовані Наказом МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 «Про затвердження порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» (у редакції Наказу МОЗ України від 17.09.2012 № 718). При проведенні скринінгових досліджень на наявність маркерів ВІЛ використовуються діагностичні тест-системи 3-го та 4-го поколінь різних виробників, зареєстрованих в Україні: 3-тє покоління діагностичних тест-систем виявляє антитіла, 4-тє – антиген Р24 з сумарними антитілами, що уможливорює виявлення інфікування на ранніх стадіях і попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини та від донора до реципієнта. 3-тє покоління діагностичних тест-систем використовується для обстеження контингентів ризику і закуповується за кошти обласного бюджету, 4-тє надається за кошти державного бюджету централізовано для обстеження вагітних та донорів.

Також для обстеження контингентів ризику та вагітних у пологах без статусу ВІЛ застосовуються ШТ, отримані від МБФ «Фонд Вільяма Дж. Клінтона».

При проведенні підтверджувальних досліджень на наявність маркерів ВІЛ використовуються діагностичні тест-системи різних виробників 3-го та 4-го поколінь, а також діагностичні тест-системи з високим рівнем специфічності, тест-системи для виявлення та підтвердження р24 антигену та метод імунного блоту. Всі підтверджувальні дослідження здійснюються централізовано. Необхідності використання інших видів тестових систем, зміни постачальників та механізмів постачання немає.

Проблема забезпечення тестовими системами (ІФА, ШТ, скринінг, підтвердження) та пов'язаними з тестуванням медичними виробами є надзвичайно актуальною, вирішити яку можна вирішити шляхом розділення централізованих постачань на дві складові з урахування термінів придатності на рік.

Перебоїв у постачанні тестових систем для здійснення підтверджувальних досліджень на ВІЛ не спостерігалось, однак були поодинокі випадки постачання тест-систем з обмеженим терміном придатності (менше одного року).

Моніторинг надання послуг КіТ в області є складовою національної системи МіО заходів у відповідь на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу. Щоденна реєстрація послуг консультування проводиться 303 у Журналі реєстрації добровільного перед- та післятестового консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію (форма № 503/о), затверджену Наказом МОЗ України від 19.08.2005 р. № 415. Моніторинг ведення первинної облікової документації консультування за статистичними формами у службах та закладах, їх оцінка здійснюються обласним центром СНІДу та відповідальною за послуги КіТ особою. Звіт про надання послуг КіТ від служб та закладів проводиться за електронною формою звітності №3-ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ інфекцію».

Висновки

Діюча система КіТ у ЗОЗ області сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ. Мережа закладів, де можна пройти КіТ на ВІЛ, є достатньо розгалуженою – 55 ЗОЗ та п'ять НУО.

Зменшилася частка виявлених ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції – до 34,6%, у т. ч. серед ЛВІН – до 47,3%.

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ЛВІН, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. і знають свій результат, за період 2013–2015 рр. зріс – з 36,9% до 38,8%, серед ЧСЧ зменшився – з 86,3% до 72%. Частка ПКС, які зробили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, зросла з 45,3% у 2011 р. до 56,8% у 2015 р.

Частка хворих на туберкульоз, охоплених тестуванням на ВІЛ, зросла до 98%.

Зменшується частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ (за даними СЕМ) серед ЛВІН та ув'язнених – до 14,8% та 5,1%, а серед ПКС та ЧСЧ – до 0,3% та 0%, однак показники ці, ймовірно, занижені, оскільки поширеність ВІЛ, за даними БПД, серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ зросла – до 36,3%, 18,6% та 15,6% відповідно.

Кількість післятестових консультувань протягом 2010–2016 рр. зросла на 5,4%. Найбільше їх проводиться в акушерсько-гінекологічній службі – 27,2%, НУО – 13,5%, службі СНІДу (включно з кабінетами «Довіра») – 12,6%, найменше – в службі переливання крові – 2,8%, протитуберкульозній службі – 1,6%, міжрегіональному управлінні з питань виконання кримінальних покарань та пробації Міністерства юстиції – 1,5%, наркологічній та дерматовенерологічній службах – 0,4%.

Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під МН, за даними програмного моніторингу, зросла до 72,9%, зокрема серед ЛВІН – до 71,7%, та є сталою серед ЧСЧ – 100%. Також зріс відсоток взяття під МН осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ, до 83,3%.

- Частка тестувань на ВІЛ, які були проведені ШТ, зросла до 17,4%.
- Відсоток фінансування заходів з КіТ зменшився до 47,1%.

Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики

Послуги ЛВІН з профілактики ВІЛ та охоплення їх профілактичними програмами надаються НУО.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

ВІЛ-інфекція в області концентрується переважно серед ЛВІН, які є основним джерелом поширення ВІЛ серед загального населення. Завдяки профілактичним втручанням, які реалізують НУО області, досягнуто прогресу на шляху подолання ВІЛ-інфекції/СНІДу серед цієї групи, але і в подальшому ЛВІН залишатимуться у фокусі епіднагляду за ВІЛ-інфекцією.

Незважаючи на зростання кількості ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, рівень виявлення ВІЛ протягом 2009–2016 рр. зменшився, за даними СЕМ, з 11,0% до 1,0%, а серед протестованих НУО – з 4,2% до 1,0% (2013–2016 рр.) (нові випадки). Поширеність ВІЛ серед ЛВІН, за даними БПД, зросла за період 2009–2015 рр. з 11,1% до 36,3%.

Оцінити рівень захворюваності ЛВІН на ВІЛ-інфекцію, згідно оціночних даних Спектрум, неможливо через їх відсутність, що є певним обмеженням щодо оцінки епідемії ВІЛ-інфекції серед ЛВІН.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до послуг та рівень їх використання ЛВІН визначаються за результатами БПД. Так, протягом 2009–2015 рр. рівень використання презервативу серед ЛВІН залишається на сталому рівні – 61,7%–62,3%.

Під час проведення робочих зустрічей з надавачами послуг декількома учасниками була озвучена інформація щодо низької якості презервативів, але даних досліджень або результатів експертизи цієї інформації немає.

Рівень використання ЛВІН стерильного інструментарію (голка/шприц) під час останньої ін'єкції протягом 2013–2015 рр. зріс з 95,3% до 97,9%, що пов'язано із збільшенням кількості виданого інструментарію – з 83 до 97 шт. на одну особу (2013–2016 рр.) від їх оціночної кількості. Разом з тим, кількість виданого інструментарію ЛВІН від охоплених профілактичними програмами зменшилася з 143 до 135 шт. на одну особу. Клієнти також отримували профілактичне консультування, що могло вплинути на їхню поведінку.

Рівень знань ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, протягом 2009–2013 рр. зріс з 54,5% до 62,9%, однак залишається недостатнім (Рис. 10).

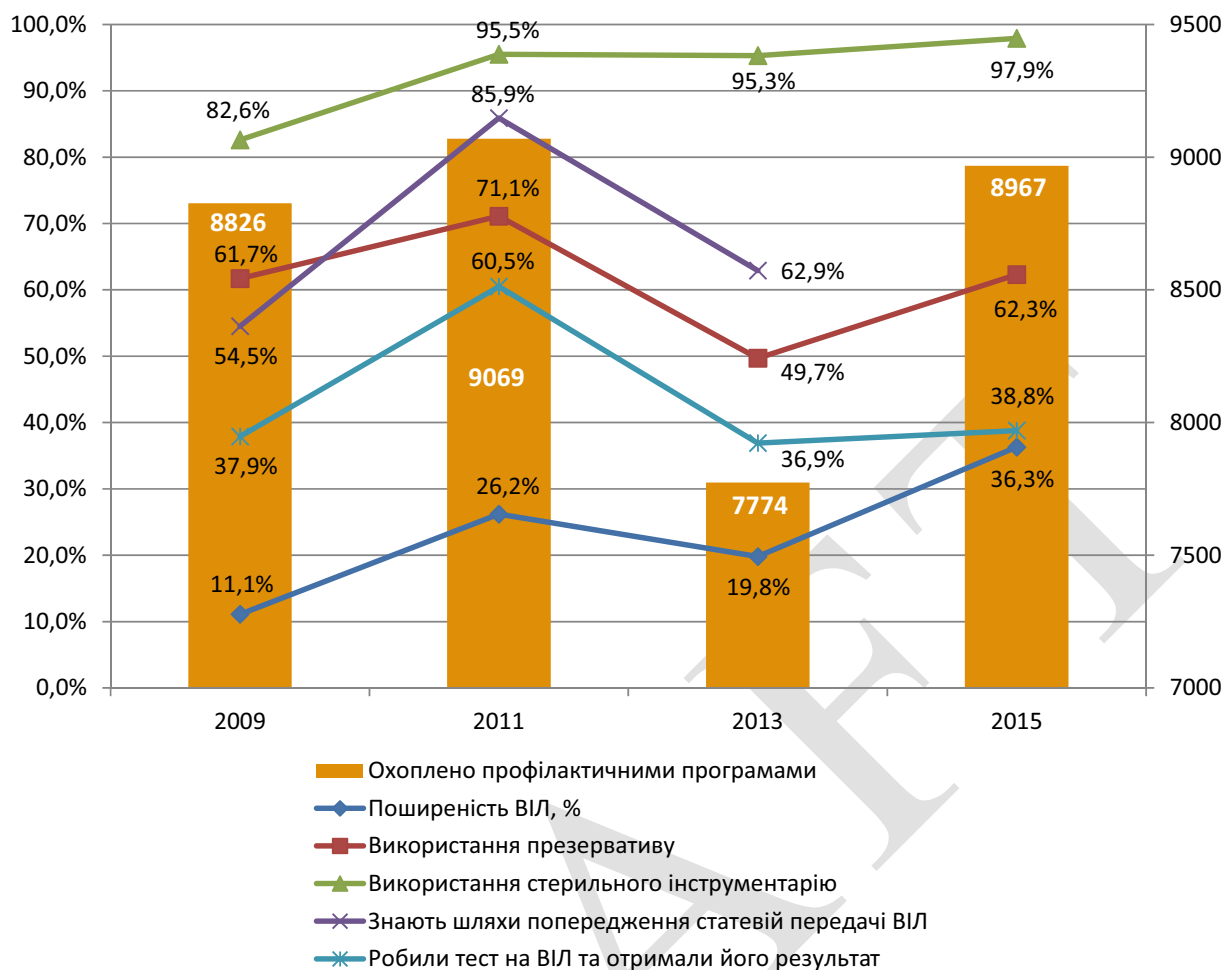


Рис. 10. Охоплення профілактичними послугами ЛВІН, характеристики ін'єкційної та статевої поведінки, поширеність ВІЛ та результати біоповедінкових досліджень, %, 2009–2015 рр.

3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Частка ЛВІН, які охоплені профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, протягом 2013–2016 рр. зросла з 58,5% до 71,2% від оціночної кількості ЛВІН та перевищує цільові показники, визначені обласною Програмою (7971 особа у 2016 р.). Кількість пунктів, які здійснюють обмін/роздачу стерильних шприців та презервативів, за цей період оптимізована – з 85 до 77 (–9,7%).

На недостатньому рівні залишається охоплення осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН, яка протягом 2013–2016 рр. є стабільно низькою (1,4%–1,6%), а відносно тих, хто перебуває під МН, хоча й зросла з 11,1% до 12,7%, однак не відповідає очікуванім результатам обласної Програми (25%).

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з профілактики ВІЛ серед ЛВІН та їхніх партнерів надаються у містах обласного значення, інтервенції також спрямовані у райони області – пункти надання послуг діють в Звенигородці, Христинівці, Маньківці, Тальному, Кам'янці, Ватутіному, Смілі, Умані; мобільна амбулаторія виїжджає в Канів, Жашків, Золотоношу; аутріч-робота ведеться в селах Червона Слобода, Геро-

нимівка та ін. У районах послуга обмежується видачею роздаткових матеріалів, асистованим тестуванням і профілактичними консультаціями. У містах ЛВІН можуть отримувати більший обсяг послуг. Відсутній механізм закупівлі послуг для ЛВІН за кошти місцевого бюджету.

У містах області, де працюють НУО, профілактичні послуги для ЛВІН є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами. Одночасно надаються послуги АРТ/ЗПТ у шести ЗОЗ, АРТ/ТБ – 21 ЗОЗ, АРТ/ЗПТ/ТБ – п'яти ЗОЗ. Доступ до послуг профілактики для засуджених ЛВІН забезпечується НУО, однак обсяг послуг, який ними надається, залишається недостатнім. Існує потреба випуску інформаційних пам'яток для ЛВІН з переліком місць та послуг, які вони могли б отримувати на території області.

Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (КіТ, АРТ, ЗПТ) надаються лише окремими ЗОЗ (обласний центр СНІДу, обласні наркологічний та протитуберкульозний диспансери) та чотирма НУО (БФ «Інсайт», ЧБО ЛЖВ «Від серця до серця», БФ «Воля», інформаційно-консультативний центр захисту сім'ї та особистості «Діалог»). Державні установи послуги ЛВІН не надають. До розробки обласних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу залучалися представники НУО – надавачів послуг з профілактики для ЛВІН.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Програми з обміну шприців відсутні в ЗОЗ та державних установах. Обмін шприців здійснюється в НУО і потребує розширення. Лікування наркозалежності забезпечується не повною мірою через недостатню закупівлю медичних препаратів («Сібазон», «Бупренорфіна гідрохлорид») за кошти обласного бюджету. Доступ до АРТ задовольняється не в повному обсязі через незадовільне забезпечення АРВ-препаратами. Система менеджменту та взаємодії ЗОЗ щодо профілактики та лікування ВІЛ/ТБ серед ЛВІН налагоджена, однак є труднощі в організації забезпечення (закупівлі та отримання за рахунок гуманітарної допомоги) медичними препаратами для лікування вірусних гепатитів. У виправних закладах послуги надаються ЛЖВ без виокремлення статусу ЛВІН. Аутріч-робота з охоплення цієї групи соціальними послугами надається НУО на територіях, де вони розташовані, а отже, не покриваючи всієї області.

Операційні керівництва, локальні протоколи, маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН/наркоспоживачів в області відсутні.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЛВІН обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

НУО, які забезпечують послугами з профілактики ВІЛ серед ЛВІН у місцях надання цих послуг, не мають достатньо людських ресурсів. У районах області їх також недостатньо.

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН за рахунок коштів обласного і місцевих бюджетів не здійснюється, а покривається частково за рахунок донорів/гуманітарної допомоги через НУО.

Висновки

Незважаючи на те, що рівень виявлення ВІЛ серед ЛВІН, за даними СЕМ та результатами тестування НУО, у 2016 р. зменшився до 1%, ЛВІН залишається групою з найвищим ризиком інфікування ВІЛ в області, що підтверджується результатами БПД. Так, поширеність ВІЛ серед представників цієї групи протягом 2009–2015 рр. зросла з 11,1% до 36,3%.

Зважаючи на збільшення кількості та частки ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, спостерігається зростання рівня використання ними стерильного інструментарію до 97,9%, рів-

ня знань про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції – до 62,9%. Разом з тим, результати БПД 2009–2015 рр. свідчать про те, що представники цієї групи не стали частіше використовувати презерватив у своїх статевих стосунках (61,7%–62,3%), тому ризик інфікування статевих партнерів ЛВІН є доволі високим.

Залишається на низькому рівні охоплення ЗПТ ЛВІН від оціночної кількості осіб з опіоїдною залежністю (1,6%), а відносно тих, хто перебуває під МН – 12,7%.

Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН надаються у двох ЗОЗ та чотирьох НУО за місцем їх розташування.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЛВІН обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ЛВІН, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

Профілактичні ВІЛ-сервіси для осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду

Послуги особам, які надають сексуальні послуги за винагороду (ПКС), з профілактики ВІЛ та охоплення їх профілактичними програмами надаються НУО, оскільки ця група залишається однією з найбільш закритих серед ГПР.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Незважаючи на зростання кількості ПКС, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, кількість осіб цієї групи з позитивним результатом тестування на ВІЛ, виявлених протягом 2009–2016 рр., за даними СЕМ, зменшилася з 5 до 0, а серед протестованих НУО – з 8 до 2 (2013–2016 рр.). НУО (БО «Від серця до серця») надає послуги особам, які належать до подвійної групи підвищеного ризику – ПКС-ЛВІН. Разом з тим, поширеність ВІЛ серед ПКС, за даними БПД, дещо зросла за період 2009–2015 рр. з 17,9% до 18,6%.

Оцінити рівень захворюваності ПКС, згідно оціночних даних Спектрум, неможливо через їх відсутність, що є певним обмеженням щодо оцінки епідемії серед ПКС.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Рівень знань ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, протягом 2009–2011 рр. зріс з 61,4% до 89,7%.

Доступ до послуг та рівень їх використання визначається за результатами БПД. Частка ПКС, які зробили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, протягом 2009–2015 рр. була незначною, проте залишалася достатньо сталою – 53,9%–56,8%.

Рівень використання презервативу серед ПКС під час останнього сексуального контакту з клієнтом протягом 2009–2015 рр. залишався на сталому рівні – коливався у межах від 89,4% до 90,1% (Рис. 11).

Під час проведення робочих зустрічей з надавачами послуг декількома учасниками була озвучена інформація щодо низької якості презервативів, але даних досліджень або результатів експертизи цієї інформації немає.

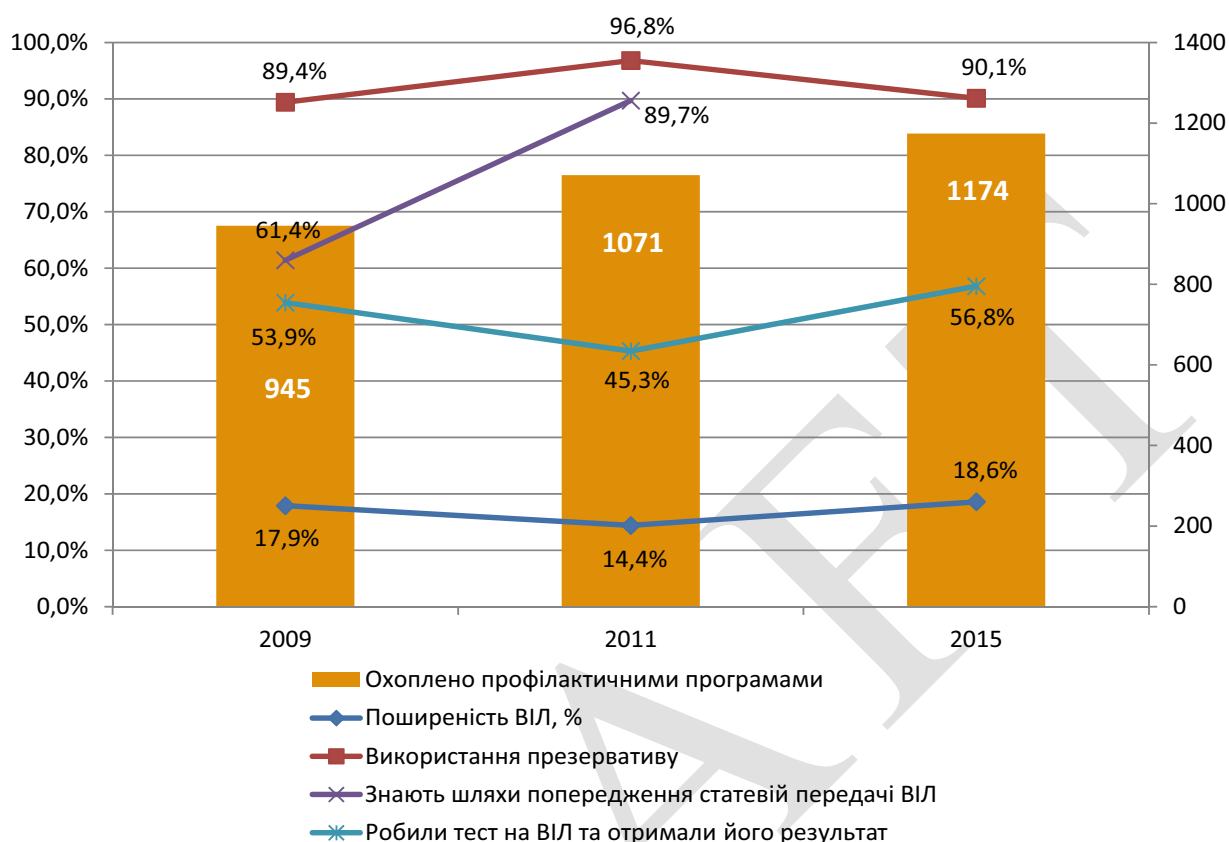


Рис. 11. Охоплення профілактичними послугами ПКС, характеристики статевої поведінки, поширеність ВІЛ та результати біоповедінкових досліджень, %, 2009–2015 рр.

3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Частка ПКС, які охоплені профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, протягом 2013–2016 рр. зменшилася з 79,2% до 66,9% від оціночної кількості і не досягла цільових показників, визначених обласною Програмою (1340 осіб у 2016 р.). Індикатор виконаний на 95% (1272 ПКС).

Разом з тим, кількість пунктів, які здійснюють роздачу презервативів, надають послуги з профілактики, догляду та підтримки ПКС, за період 2013–2016 рр. збільшилася з 22 до 33 (+33,3%).

Однак середня кількість розданих презервативів на одну ПКС від оціночної кількості протягом 2013–2016 рр. зменшилася з 156 до 84 шт., а від охоплених профілактичними програмами – зі 197 до 126 шт.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС та їхніх партнерів надаються лише у двох містах області (Черкаси, Умань), де розміщені та проводять свою проектну діяльність дві НУО (ЧБО ЛЖВ «Від серця до серця», БФ «Воля»). В інших містах і районах області послуги для ПКС відсутні.

У містах області, де працюють НУО, профілактичні послуги для ПКС є частково інтегрованими з іншими медичними та ВІЛ-послугами. Оскільки група ПКС є закритою, тому відслідковувати їх доходження до медичних послуг є проблематичним. Однак після відвідання ними мобільної амбулаторії або НУО, виявлення у них ВІЛ-інфекції або ІПСШ вони перенаправляються до обласного центру СНІДу, дерматовенерологічної служби/кабінету ЗОЗ для проходження повторного тестування та лікування виявлених захворювань.

До розробки обласних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу залучалися представники НУО – надавачів послуг з профілактики для ПКС.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

В області проведено оцінку розміру популяції ПКС, яка складає 1900 осіб. Послуги з надання їм презервативів, лубрикантів, КіТ на ВІЛ, догляду і підтримки, гендерно-чутливих послуг, профілактики і лікування ІПСШ, зниження уразливості (включаючи запобігання насильству за ознакою статі) проводилися лише НУО. Лікування ВІЛ-інфекції АРВ-препаратами серед ПКС, ймовірно, проводилося, однак обрахувати їх кількість неможливо через проблеми ідентифікації за даними СЕМ та РЕН.

Операційні керівництва, маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи в області відсутні.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ПКС обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ПКС, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

НУО, які забезпечують послуги профілактики ВІЛ серед ПКС у місцях надання цих послуг, не мають достатньо людських ресурсів, у районах області їх також недостатньо.

Забезпечення презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ПКС за рахунок коштів обласного і місцевих бюджетів не здійснювалося, а покривалося частково за рахунок донорів/гуманітарної допомоги через НУО.

Висновки

Незважаючи на те, що у 2016 році рівень виявлення ВІЛ серед ПКС зменшився, за даними СЕМ, до 0%, а за результатами тестування НУО – до 0,2%, ПКС залишається групою з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ, що підтверджується результатами БПД. Так, поширеність ВІЛ серед цієї групи протягом 2009–2015 рр. є високою і достатньо сталою – 17,9%–18,6%.

Попри збільшення кількості та частки ПКС, охоплених профілактичними програмами, результати БПД 2009–2015 рр. свідчать про те, що частка представників цієї групи, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з клієнтом, залишається сталою – 89,4%–90,1%, а тих, хто зробив тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримав його результат, є невисокою, проте достатньо сталою – 53,9%–56,8%.

Разом з тим, рівень знань ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, протягом 2011–2013 рр. зріс до 89,7%.

Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС та їхніх партнерів надаються двома НУО у двох містах області.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ПКС обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ПКС, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

Профілактичні ВІЛ-сервіси для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Послуги ЧСЧ з профілактики ВІЛ та охоплення їх профілактичними програмами надаються НУО, оскільки ця група залишається однією з найбільш закритих серед ГПР.

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Незважаючи на зростання кількості ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, кількість осіб з позитивним результатом тестування, виявлених протягом 2009–2016 рр., за даними СЕМ, фіксувалася у межах двох – шести осіб, а серед протестованих НУО – зменшилася з 13 до двох осіб (2013–2016 рр.). Поширеність ВІЛ серед ЧСЧ, за даними БПД, зросла за період 2009–2015 рр. з 5,3% до 15,6%.

Оцінити рівень захворюваності ЧСЧ, згідно оціночних даних Спектрум, неможливо через їх відсутність, що є певним обмеженням щодо оцінки епідемії серед ЧСЧ.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Доступ до послуг та рівень їх використання ЧСЧ визначаються за результатами БПД. Відсоток представників цієї групи, які зробили тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримали його результат, зріс протягом 2009–2015 рр. з 30,3% до 72,2%.

Рівень знань ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, протягом зріс з 61,9% до 80,0%.

Відзначається зростання протягом 2009–2015 рр. частки ЧСЧ, які повідомили про використання презервативу під час останнього сексуального контакту з чоловіком – з 51,5% до 82,0%, що пов'язано зі збільшенням кількості розданих презервативів на одного ЧСЧ з 25 до 33 шт. від їх оціночної кількості та з 79 до 95 шт. – від охоплених профілактичними програмами (**Рис. 12**).

Під час робочих зустрічей з надавачами послуг декількома учасниками була озвучена інформація щодо низької якості презервативів, проте даних досліджень або результатів експертизи цієї інформації немає.

3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

За даними програмного моніторингу, частка ЧСЧ, які охоплені профілактичними програмами, від їх оціночної кількості протягом 2013–2016 рр. зросла з 31,3% до 34,7%. Кількість пунктів, які здійснюють роздачу презервативів, надають послуги з профілактики, догляду та підтримки ЧСЧ, протягом 2013–2016 рр. збільшилася з 4 до 10 (у 2,5 разу).

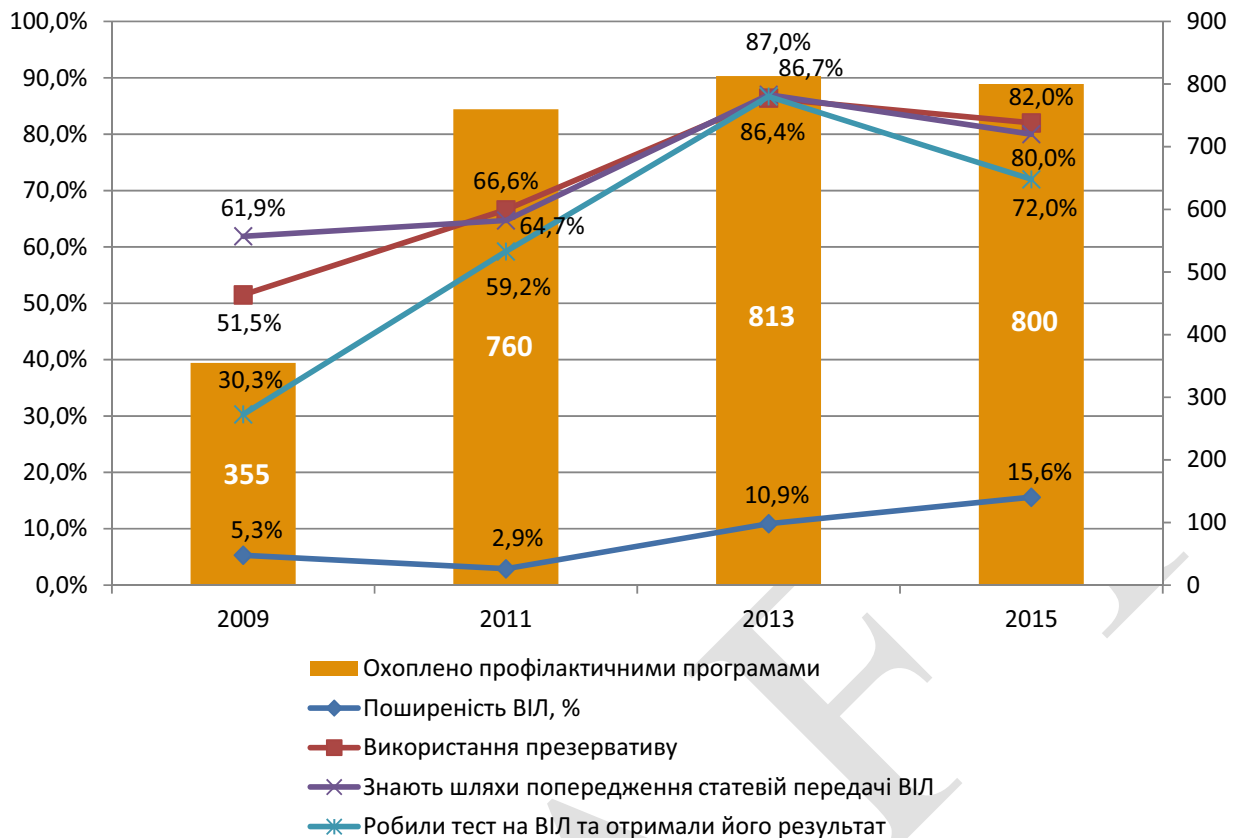


Рис. 12. Охоплення профілактичними послугами ЧСЧ, характеристики статевої поведінки, поширеність ВІЛ та результати біоповедінкових досліджень, %, 2009–2015 рр.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги для ЧСЧ вдалося децентралізувати в місті Черкаси. Але це неможливо зробити в інших містах і районах області через обмеженість бюджету на їх реалізацію та закритістю групи. Змінилася картина знайомств – з плешок на Інтернет. Відтак змінюються і вдосконалюються підходи до надання послуг.

Послуги для ЧСЧ є інтегрованими і синергічними, оскільки для них відкрито доступ до ВІЛ-послуг як в НУО, так і в ЗОЗ області. Однак послуги з переадресації, тестування та лікування не завжди є адекватними. Наявні послуги з догляду та підтримки.

Послуги з профілактики серед ЧСЧ надаються лише обласним центром СНІДу та однією НУО (БО «Черкаська Мережа»). Державні установи їх не надають. До розробки регіональних програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу залучалися представники НУО – надавачів послуг з профілактики для ЧСЧ.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Здійснюється ідентифікація та оцінка розміру популяції ЧСЧ в області НУО. Надаються послуги із забезпечення презервативами, лубрикантами, КіТ на ВІЛ, профілактикою та лікуванням ІПСШ. Потребує удосконалення послуг з лікування ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки.

Алгоритм роботи та обслуговування клієнтів з числа ЧСЧ, маршрут пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції запроваджені на рівні НУО, однак на обласному рівні він відсутній.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, яку впроваджує НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

Людських ресурсів для якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ в НУО недостатньо через недостатню кількість оплачуваних (підтриманих фінансово в рамках проектів) соціальних працівників – 1,5 ставки на 1000 клієнтів.

Забезпечення презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЧСЧ за рахунок коштів обласного і місцевих бюджетів не здійснюється, а покривається частково за рахунок донорів/гуманітарної допомоги через НУО. Існує потреба забезпечення тестами на гепатити В і С та інформаційними матеріалами.

Висновки

Незважаючи на те, що у 2016 році рівень виявлення ВІЛ серед ЧСЧ, за даними СЕМ та результатами тестування НУО, знизився, однак ЧСЧ залишається групою з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ в області, що підтверджується результатами БПД. Так, поширеність ВІЛ серед ЧСЧ протягом 2009–2015 рр. зросла з 5,3% до 15,6%.

З огляду на збільшення кількості та частки ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, результати БПД 2009–2015 рр. свідчать про те, що зросла частка ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту з чоловіком, до 82,0%, а тих, хто зробив тест на ВІЛ за останні 12 міс. та отримав його результат – до 72,0%. Підвищився рівень знань ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, до 80,0%.

Послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ надаються однією НУО.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ.

4.4. Питання для подальшого вивчення

1. Вплив АРТ на смертність серед ПКС та ЧСЧ.

2. Аналіз взяття під медичний нагляд виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом одного, трьох місяців після отримання ними позитивного результату тестування на ВІЛ.

3. Визначення оціночної кількості ЛЖВ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за даними Спектрум.

5. ВИСНОВКИ

Реалізація обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. передбачає зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних та доступних послуг з профілактики і діагностики насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду й підтримки ЛЖВ. Результатом виконання заходів Програми має бути:

- зменшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед населення з поступовим його унеможливленням, – за даними РЕН, протягом 2015–2016 років спостерігається зменшення показника відповідно на 15,4% та 8,1% у порівнянні з 2014 роком;
- зменшення на 50 відсотків ризику інфікування ВІЛ медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам, – протягом 2015–2016 років випадків інфікування медичних працівників під час надання медичної допомоги пацієнтам зафіксовано не було;
- зменшення на 50 відсотків кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед представників ГПР, – за даними РЕН, протягом 2015–2016 років спостерігалось зростання відповідно на 22,7% та 42,7% кількості нових випадків серед ЛВІН, ПКС, ЧСЧ у порівнянні з 2014 роком, проте ці дані мають суттєві обмеження;
- зменшення до один відсоток кількості випадків інфікування внаслідок передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, – за даними РЕН, показник вертикальної трансмісії у 2014 році становив 2%;
- забезпечення доступу представників ГПР щодо інфікування ВІЛ до участі у профілактичних програмах, – за даними програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» та БО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», у 2016 році рівень охоплення профілактичними програмами ЛВІН, ПКС, ЧСЧ становив відповідно 8967, 1174, 800 осіб;
- охоплення 100 відсотків учнів та студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя, – рівень охоплення учнів навчанням за профілактичними програмами ВІЛ у 2016 році зменшився до 46,6%;
- забезпечення ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ, медичною допомогою та соціальними послугами з догляду та підтримки – станом на 01.01.2017 року охоплення активним медичним наглядом ЛЖВ зросло до 83,3%, а рівень охоплення послугами ДіП стабілізувався у межах 58%–60%;
- забезпечення доступу до безперервного лікування препаратами антиретровірусної терапії ЛЖВ та хворих на СНІД, які цього потребують, – станом на 01.01.2017 року охоплення АРТ становило 57% від потреби (загальної кількості ЛЖВ, які знаходяться під МН);

- зменшення на 50 відсотків смертності від туберкульозу серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ, – *за даними медичної статистики, смертність від ТБ серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ протягом 2014–2016 років зменшилася на 14,6% та стабілізувалася у межах 4,2–4,1 на 100 тис. нас.*
- залучення до постійної участі у програмах ЗПТ не менш як 35% ЛВІН, які цього потребують, а також у програмах реабілітації, – *за даними медичної статистики, станом на 01.01.2017 року охоплення осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, залишалося на недостатньому рівні (від оціночної кількості ЛВІН – 1,6%; тих, хто перебуває під МН, – 12,7%);*
- формування у населення толерантного ставлення до ЛЖВ і представників ГПР щодо інфікування ВІЛ та зниження на 50% рівня їхньої дискримінації, – *протягом 2015–2016 років показник рівня дискримінації не обрховувався.*

В області спостерігається зростання рівня захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції, захворюваності на СНІД, насамперед серед осіб, що належать до ГПР щодо інфікування ВІЛ, за рахунок збільшення епідемічної значимості статевого шляху передачі ВІЛ та якісного налагодження системи виявлення і взяття під МН уперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб. Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу найбільш поширена серед осіб працездатного віну – 18–49 років.

Показник смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ, хоча й залишається нижчим (7,5 на 100 тис. нас.) від цільових значень обласної Програми (10,7 на 100 тис. нас.), однак має тенденції до поступового зростання, що пов'язано із взяттям під МН осіб з уперше встановленим діагнозом СНІДу та пізнім призначенням АРТ. Однак частка осіб, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, протягом 2013–2016 рр. поступово зменшувалася – з 42,8% до 34,6% і досягла цільового значення обласної Програми (40%).

Вдалося досягти прогресу щодо зниження передачі ВІЛ від матері до дитини до 2,0% у 2014 р.

За оціночними даними, в області станом на 01.01.2017 року налічувалося 5900 ЛЖВ, з них 3373 (57%) перебувають під МН у ЗОЗ області, 1922 (33%) отримують АРТ, 1280 (22%) мають дані щодо невизначуваного рівня ВН. Вірусологічна ефективність АРТ (<40 РНК копій ВІЛ в мл) за 2016 рік склала 88,8% серед 1441 обстеженої особи, що отримувала АРТ 6 міс. і більше. Для досягнення 90% стратегії Fast Track до 2020 р. необхідно виявити та взяти під МН 1937 ЛЖВ, залучити до АРТ 2857 осіб та забезпечити досягнення невизначуваного ВН у 3021 пацієнта.

В області, за критеріями ВООЗ, епідемія ВІЛ-інфекції характеризується як концентрована, де поширеність ВІЛ-інфекції перевищує 5%. Рівень поширеності ВІЛ, за даними БПД 2015 р., серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ становить 36,3%, 18,6% та 15,6% відповідно. Частка ЛВІН, які знаходяться під МН з парентеральним шляхом передачі ВІЛ, за даними РЕН 2016 р., складає 37,3%. Водночас зростає поширеність ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок (0,89%) та серед осіб віком 15–24 роки (0,30%).

План МіО виконання Програми в області не прийнято. Область звітує про виконання Програми за 17-ма цільовими показниками очікуваних результатів, затверджених у Програмі та 22-ма показниками Національного плану МіО, з них чотири – це індикатори впливу. Не звітує область за шістьма показниками («Відсоток ЛВІН, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки», «Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки», «Відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки», «Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ», «Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається», «Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ») через відсутність джерел отримання даних.

При звітуванні за 16-ма показниками МіО спостерігаються позитивні тенденції щодо досягнення їх результатів, а в шести показниках наявні негативні тенденції, з них три – це показники

впливу («Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки», «Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ», «Поширеність ВІЛ серед вагітних»).

Завдяки розгалуженій мережі медичних закладів (55 установ), послуги КіТ стали доступними в усіх містах і районах області, що дало змогу більшій кількості осіб дізнатися про свій статус. Однак доступ ЧСЧ та ПКС до послуг КіТ є недостатнім, а серед ЛВІН незначним, що пов'язано з дискримінаційним ставленням до них з боку медичних працівників та суспільства в цілому. Результати тестування на ВІЛ, за даними СЕМ, свідчать про зменшення частки осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (14,8%), ув'язнених (5,1%), ПКС (0,3%), ЧСЧ (0%). Однак показники ці, ймовірно, занижені, оскільки поширеність ВІЛ, за даними БПД, серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ зростає і станом на 2015 р. є доволі високою – 36,3%, 18,6% та 15,6% відповідно.

Найчастіше послуги з КіТ надаються в ЗОЗ області (акушерсько-гінекологічна служба, служба СНІДу спільно з кабінетами «Довіра») та НУО. Обмежений доступ до КіТ є в ЗОЗ наркологічного та дерматовенерологічного профілів. Потребують впровадження послуг КіТ заклади первинного рівня надання медичної допомоги.

Зростає рівень охоплення ЛЖВ медичним наглядом за результатами підтверджувального тестування на ВІЛ – до 83,3% та охоплення профілактичними послугами за даними програмного моніторингу – до 72,9%, зокрема серед ЛВІН – до 71,7%.

Значно ширше впроваджується використання ШТ під час тестування на ВІЛ – з 8,3% до 17,4%, але послуги з використання ШТ потребують подальшого розширення.

Незважаючи на зростання у десять разів обсягу охоплення ВІЛ-інфікованих АРТ, рівень доступу до лікування не відповідає цілям стратегії Fast Track «90-90-90» та потребам ЛЖВ і ГПР з їх числа. Протягом 2009–2016 рр. цей показник серед ЛЖВ зріс з 9,2% до 54,9%, а відсоток випадків смерті від хвороб, зумовлених ВІЛ, серед ЛЖВ, які отримували АРТ, залишився сталим – 1,5%–1,4%. З числа усіх померлих від СНІДу лише 14,3% отримували АРТ. Зменшилася частка летальних випадків серед ЛВІН, які отримували АРТ – з 60% до 42,3%, а серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зросла – з 20% до 69,2%.

Рівень смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше у звітному році, протягом 2013–2016 рр. підвищився з 3,1% до 5,2%, а серед ЛВІН знизився з 60% до 56,3%, серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ зріс з 60% до 81,3%.

Рівень охоплення АРТ є недостатнім серед ЛВІН (31,2%) та вкрай обмеженим для ПКС (0,4%), ЧСЧ (0,5%), ув'язнених (4,8%). Доступ до АРТ за місцем проживання суттєво покращився, але існує необхідність організації сайтів видачі АРТ у шести районах області.

Переважає більшість хворих на ВІЛ/ТБ (78,6%) отримують лікування в одному закладі, водночас лише 21,4% хворих на потрібну патологію – інтегровані ВІЛ/ТБ/ЗПТ-послуги в одному місці.

Рівень отримання послуг з ДіП серед ГПР з числа ЛЖВ є недостатнім – 29,3%.

Незважаючи на те, що рівень виявлення ВІЛ серед ЛВІН, за даними СЕМ та результатами тестування НУО у 2016 р., зменшився до 1%, ЛВІН залишаються групою з найвищим ризиком інфікування ВІЛ в області, що підтверджується результатами БПД. Так, поширеність ВІЛ серед ЛВІН протягом 2009–2015 рр. зросла з 11,1% до 36,3%, що може свідчити про тестування представників цієї групи за іншими кодами СЕМ.

Рівень виявлення ВІЛ серед ПКС, за даними СЕМ та результатами тестування НУО, складає 0%. Однак ПКС є групою з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ в області, що підтверджується результатами БПД, де поширеність ВІЛ протягом 2009–2015 рр. складала 17,9%–18,6%, що може свідчити про тестування представників цієї групи за іншими кодами СЕМ.

Незважаючи на те, що у 2016 році рівень виявлення ВІЛ серед ЧСЧ, за даними СЕМ та результатами тестування НУО, знизився до 0,2%, дані БПД свідчать про те, що поширеність ВІЛ серед

представників цієї групи протягом 2009–2015 рр. зростає з 5,3% до 15,6%. ЧСЧ є групою з високим рівнем ризику інфікування ВІЛ в області і темпи поширення ВІЛ-інфекції серед них швидко зростають, що може свідчити про тестування ЧСЧ за іншими кодами СЕМ.

Послуги з профілактики ВІЛ-інфекції серед КГН надаються переважно НУО у містах та районах області. Для збільшення рівня охоплення необхідно збільшувати кількість пунктів надання послуг у районах.

Операційні керівництва, маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції для ЛВІН, ПКС, ЧСЧ, які були б затверджені на обласному рівні, відсутні. Лише на рівні НУО запроваджено алгоритм роботи та обслуговування клієнта, маршрут пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції з числа ЧСЧ. НУО здійснюють переадресацію клієнтів з позитивним результатом тесту на ВІЛ до ЗОЗ згідно розробленого та затвердженого на національному рівні Алгоритму.

Фінансування АРТ здійснюється за кошти Державного бюджету та інших джерел (донорів). За період 2009–2016 рр. обсяги фінансування АРТ збільшилися у 5,1 разу. Разом з тим, частка фактичного фінансування від запланованого зменшилася зі 100% до 77%. Фінансування заходів з КіТ здійснюється переважно за кошти обласного та місцевого бюджетів і забезпечено у 2016 р. на 47,1% від запланованого в рамках Програми.

Фінансування заходів з профілактики ВІЛ серед ЛВІН, ПКС, ЧСЧ обласними програмами з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу протягом 2009–2016 рр. не здійснювалося. Програми профілактики ВІЛ серед ГПР, які впроваджують НУО, покриваються за рахунок ГФСТМ. Забезпечення засобів профілактики покривається частково за рахунок донорів/гуманітарної допомоги через НУО.

Потребують додаткового вивчення питання взяття під МН виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом одного, трьох місяців після отримання ними позитивного результату тестування на ВІЛ, визначення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЛЖВ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ за даними Спектрум та впливу АРТ на смертність серед ПКС та ЧСЧ.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації, що містяться у цьому розділі, безпосередньо стосуються слабких сторін, визначених у розділі 5. Планується, що вони допоможуть у формулюванні завдань та заходів нової Загальнодержавної та обласної програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр.

За напрямком КІТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатній доступ до послуг КІТ з використанням ШТ у ЗОЗ області для ГПР		1. Впровадити КІТ із використанням ШТ у ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги, фокусуючи увагу на особах з ГПР
	2. Обмеженість щодо кодування СЕМ на ВІЛ-інфекцію серед ГПР		2. Покращити підходи та навички медичних працівників щодо проведення КІТ, дезагрегації кодів СЕМ, диференціації шляху інфікування шляхом проведення навчальних тренінгів
	3. Недостатня кількість обстежень на ВІЛ-інфекцію серед засуджених під час перебування їх у пенітенціарних установах	3. Збільшити кратність тестування на ВІЛ-інфекцію серед засуджених (1-2 рази на рік) та затвердити спільним Наказом МОЗ України та Міністерством юстиції України	
	4. Недостатній рівень доступу закритої групи ЧСЧ до отримання послуг з профілактики (27% від оціночної кількості); недостатній рівень доступу ГПР до отримання послуг лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та ДіП, на що може вплинути зміна відношення медичного персоналу до ГПР, налагодження соціального супроводу для всіх ГПР, постійна наявність тестових систем та препаратів, безкоштовні дослідження, наявність інформації щодо переліку таких послуг та місць, де їх можна отримати		4. Випуск інформаційних матеріалів для ГПР з переліком місць та послуг з надання профілактики та лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та ДіП

	5. Наявні ризики несвоєчасності/припинення тестування на ВІЛ-інфекцію внаслідок перебоїв у постачанні тестових систем для здійснення підтверджувальних досліджень на ВІЛ	5. Для гарантування безперервності обстеження на ВІЛ населення області забезпечити постачання тестових систем підтверджувальної діагностики ВІЛ двічі на рік з урахуванням термінів придатності	
	6. КІТ, яке проводиться НУО методом асистованого самотестування, потребує вдосконалення та постійної супервізії	6. Організація і проведення внутрішньої супервізії якості асистованого тестування співробітниками НУО, а також залучення співробітників СНІД-центрів до проведення зовнішньої супервізії, додаткового навчання соціальних працівників; розглянути можливість впровадження слинових тестів	
	7. Відсутності інструкції для застосування ШТ на ВІЛ як медичного виробу для самоконтролю	7. Реєстрація ШТ для визначення антитіл до ВІЛ як виробу для самоконтролю та внесення його до переліку медичних виробів для діагностики in vitro	
За напрямком АРТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсутність послуг з лікування АРВП за місцем проживання у шести районах області		1. Відкриття сайтів видачі АРТ у шести районах області
	2. Рівень охоплення ЛЖВ АРТ та наявності у них невизначуваного рівня ВІЛ не відповідають цілі стратегії UNAIDS (прискорення заходів у відповідь на епідемію ВІЛ/СНІД – Fast Track) у досягненні цільових показників прогресу припинення епідемії після 2015 р. – «90-90-90» (до 2020 р.) та «95-95-95» до 2030 р.	2. З метою уникнення перебоїв у призначенні АРТ, необхідності збільшення клінічних візитів пацієнта для отримання запасу препаратів та необґрунтованої зміни схем лікування забезпечити формування квот та постачання АРВП відповідно до заявки області та визначених цілей «90-90-90». Забезпечити постачання препаратів із щонайменш 3/6-місячним строком придатності (у разі постачання препаратів на поточний рік)	2. Розширити доступ ЛЖВ та ГПР з їх числа до АРТ шляхом територіальної децентралізації послуг
За напрямком ЧСЧ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Відсутні дані щодо оціночної кількості ЧСЧ та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за даними Спектрум	1. Для забезпечення доказового обґрунтування планування, моніторингу та оцінки протиепідемічних заходів прийняти рішення щодо відповідальності національного чи регіонального рівня за визначення і затвердження оціночної кількості ЧСЧ за даними Спектрум	1. Розрахувати оціночну кількість ВІЛ-позитивних ЧСЧ та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за програмою Спектрум у разі відповідальності за визначення показників регіонального рівня

	2. Відсутність на обласному рівні стратегії щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ		2. Розробити та впровадити операційні керівництва/плани/локальні протоколи/маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ
	3. Відсутність достовірних даних СЕМ щодо виявлення ВІЛ-позитивних ЧСЧ	3. Удосконалити систему обліку ЧСЧ за кодами СЕМ, у т. ч. тих, що перебувають у місцях позбавлення волі або є статевими партнерами ЛЖВ	3. Забезпечити тестування ЧСЧ у ЗОЗ за кодом 103 СЕМ, у т. ч. клієнтів кейс-менеджменту НУО
	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напрямком ПКС	1. Відсутні дані щодо оціночної кількості ПКС та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за даними Спектрум	1. Для забезпечення доказового обґрунтування планування, моніторингу та оцінки протиепідемічних заходів прийняти рішення щодо відповідальності національного чи регіонального рівня за визначення і затвердження оціночної кількості ПКС за даними Спектрум	1. Розрахувати оціночну кількість ВІЛ-позитивних ОСБ та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за програмою Спектрум у разі відповідальності за визначення показників регіонального рівня
	2. Відсутність на обласному рівні стратегії щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС		2. Розробити та впровадити операційні керівництва/плани/локальні протоколи/маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС
	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напрямком ЛВІН	1. Відсутні дані щодо оціночної кількості ЛВІН та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за даними Спектрум	1. Для забезпечення доказового обґрунтування планування, моніторингу та оцінки протиепідемічних заходів прийняти рішення щодо відповідальності національного чи регіонального рівня за визначення і затвердження оціночної кількості ЛВІН за даними Спектрум	1. Розрахувати оціночну кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за програмою Спектрум у разі відповідальності за визначення показників регіонального рівня
	2. Відсутність на обласному рівні стратегії щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН		2. Розробити та впровадити операційні керівництва/плани/локальні протоколи/маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН
	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні

За іншими напрямками	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні
	1. Наявність стигми і дискримінації у суспільстві та серед медичних працівників до ЛЖВ та ГПР	1. Провести дослідження щодо визначення рівня дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ. Інтегрувати теми щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу, стигматизації і дискримінації у відповідні навчальні програми загальноосвітніх та вищих навчальних закладів	1. Проводити навчання для медичних працівників (первинного, вторинного, третинного рівнів) з питань толерантного ставлення до ЛЖВ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ
	2. Обмеженість інтегрованих послуг АРТ/ТБ/ЗПТ у ЗОЗ області		2. Розширити надання інтегрованих послуг АРТ/ТБ та ЗПТ (включаючи рецептурну форму видачі замісних препаратів) у всіх районах області
	3. Відсутність профілактичних послуг та ДіП для ЛЖВ і ГПР		3. Впровадити закупівлю соціальних послуг для ЛЖВ, ГПР у громадських об'єднань через механізм соціального замовлення за кошти місцевого бюджету
	4. Недостатність інформації з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу серед загального населення	4. Розробити цільову інформаційну кампанію на базі соціальних мереж та засобів масової інформації для підвищення рівня знань про ВІЛ і пропаганди здорового способу життя	4. Створення телевізійних роликів і друкованої продукції з питань профілактики ВІЛ-інфекції та розміщення, трансляції її у ЗОЗ, транспорті, громадських місцях, аптечній мережі тощо
	5. Відсутність бюджетних коштів на здійснення профілактичних заходів з протидії ВІЛ-інфекції серед ГПР		5. Передбачити кошти на здійснення профілактичних заходів для ГПР в обласній/місцевих програмах
	6. Недостатнє забезпечення ГПР засобами профілактики з ВІЛ-інфекції, яке покривається лише за рахунок проектної діяльності НУО		6. Забезпечити доступність презервативів, шприців для ГПР на регулярній основі за кошти місцевих бюджетів

7. ПЛАН ЗАХОДІВ

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

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Висвітлити результати дослідження з оцінки обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та її робочих групах	Грудень 2017 року	Обласний центр СНІДу	Оприлюднити результати відповіді області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та запланувати заходи з її протидії при формуванні обласної програми на 2019–2023 рр.
2.	Провести цикл тренінгів для медичного персоналу ЗОЗ області з питань толерантного ставлення до ЛЖВ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ	Протягом 2017–2018 рр.	Обласний центр СНІДу	Зменшення рівня стигматизації та дискримінації до ЛЖВ та ГПР
3.	Розробити та впровадити операційні керівництва/плани/локальні протоколи/маршрути пацієнтів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ПКС, ЧСЧ.	I квартал 2018 року	УОЗ ОДА	Наявність обласної стратегії та політики з профілактики ВІЛ-інфекції серед ГПР
4.	Запровадити соціальне замовлення соціальних послуг на обласному та місцевому рівнях	Грудень 2018 року	Черкаська обласна рада, міські та районні ради, департамент/управління соціального захисту населення ОДА/РДА/міськвиконкомів	Впроваджено закупівлю соціальних послуг для ЛЖВ, ГПР у громадських об'єднань через механізм соціального замовлення за кошти місцевого бюджету.
5.	Отримання коштів з місцевих бюджетів громадськими об'єднаннями для надання послуг ЛЖВ та ГПР	2018 рік	Міські та районні ради	Розширено доступ ЛЖВ та ГПР до профілактичних послуг та ДіП через впровадження механізму соціального замовлення.
6.	Проведення розрахунку оціночної кількості ЛЖВ, ВІЛ-позитивних ЛВІН, ПКС, ЧСЧ та нових випадків ВІЛ-інфекції серед них за даними Спектрум	I квартал 2018 року	Обласний центр СНІДу	Визначення оціночної кількості ЛЖВ, ЛВІН, ПКС, ЧСЧ та нових випадків інфікування ВІЛ

7.	Формування у ЛЖВ прихильності до лікування ВІЛ-інфекції шляхом здійснення соціального супроводу пацієнтів соціальними працівниками НУО у співпраці з медичними працівниками та 100% охоплення їх АРТ за місцем проживання	Протягом 2017–2018 рр.	Обласний центр СНІДу, кабінети «Довіра»/ сайти АРТ 303 міст і районів області, НУО	Покращено доступ ЛЖВ до отримання лікування АРВП
8.	Відкриття сайтів АРТ у шести районах області (Драбівський, Жашківський, Лисянський, Смілянський, Христинівський, Чорнобаївський)	До кінця 2017 року	Районні державні адміністрації, ЦРЛ	Отримання ЛЖВ ВІЛ-послуг з надання АРТ за місцем проживання
9.	Організувати надання ЛЖВ та ГПР інтегрованої медичної допомоги АРТ/профілактики та лікування туберкульозу/ЗПТ	Протягом 2017–2018 рр.	303 міст і районів області	Розширено надання інтегрованих послуг АРТ/ТБ/ЗПТ (включаючи рецептурну форму видачі замісних препаратів) у всіх районах області
10.	Провести цикли тренінгів для медичного персоналу 303 міських/районних лікарень, ЦПМСД і сімейних лікарів щодо КІТ та діагностики ВІЛ-інфекції за допомогою ШТ, дезагрегації кодів СЕМ, диференціації шляху інфікування ВІЛ	Протягом 2017–2018 рр.	Обласний центр СНІДу	Розширено доступ до КІТ із використанням ШТ за рахунок 303 первинного рівня надання медичної допомоги. Покращено підходи та навички медичних працівників щодо КІТ, СЕМ, шляху інфікування ВІЛ
11.	Розробка та виготовлення інформаційних матеріалів з профілактики ВІЛ-інфекції та пропаганди здорового способу життя і розміщення її у місцях великого скупчення людей та інформаційних ресурсів	2018 рік	УОЗ ОДА, Обласний центр СНІДу, обласний центр здоров'я, філія ПАТ «НСТУ» «Черкаська регіональна дирекція»	Створено якісну телевізійну соціальну рекламу і друковану продукцію з питань профілактики ВІЛ-інфекції та забезпечено її розміщення, транслявання у 303, транспорті, громадських місцях, аптечній мережі тощо
12.	Визначити потреби та пріоритети в соціальних послугах з консультування та соціальної профілактики ЛЖВ і ГПР для його фінансування у 2018 р. за кошти місцевого бюджету через механізм соціального замовлення	2018 рік	УОЗ ОДА, 303 міст і районів області	Передбачено кошти на здійснення профілактичних заходів для ГПР в обласній/місцевих програмах
13.	Виділяти кошти з місцевих бюджетів на закупівлю засобів профілактики (презервативи, шприци) для розповсюдження їх серед ГПР у 303	2018 рік	УОЗ ОДА, 303 міст і районів області, обласна, міські та районні ради	Забезпечено доступність засобів профілактики для ГПР на регулярній основі за кошти місцевих бюджетів
14.	Проведення супервізії асистованого тестування НУО	2018 рік	НУО	Забезпечено якість проведення тестування на ВІЛ-інфекцію

ДОДАТОК 1. Таблиця значень індикаторів. Черкаська область

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)	7,9%	4,0%	5,0%	4,1%	4,3%	2,0%					
	чисельник	6	7	5	4	4	2					2010-2014 рр. – ф.63-1 Табл. 1000 рядок 1.1, графа 1
	знаменник	76	100	100	98	93	98					ф.63-1 Табл. 1000 сума рядків 1.1 + 1.2, графа 1
	цільове значення					2%			2,5%		1%	
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)	6,2 на 100 тис. нас.	6,3 на 100 тис. нас.	8,2 на 100 тис. нас.	9,4 на 100 тис. нас.	7,3 на 100 тис. нас.	6,4 на 100 тис. нас.	6,8 на 100 тис. нас.	7,5 на 100 тис. нас.			Відзначається погіршення Дані Державної служби статистики До ЦГЗ показник подавався і розраховувався з 2016 р., але значення подано за 2015 р. Проведено перерахунок даних з 2009 р.
	чисельник	81	81	105	119	92	80	85	92			Дані Державної служби статистики
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
	цільове значення	13,6 на 100 тис. нас.				11,5 на 100 тис. нас. – Нацплан 2012-2013 рр. (ф.2 ВІЛ/СНІД)			10,7 на 100 тис. нас.		9,9 на 100 тис. нас.	Цілі по обласній Програмі

№ з/п	Індикатор		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
2.1	Структура померлих за місцем проживання	місто						39 (48,8%)	47 (55,3%)	41 (44,6%)			
		село						41 (51,3%)	38 (44,7%)	51 (55,4%)			
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)		3,8 на 100 тис. нас.	5,1 на 100 тис. нас.	4,8 на 100 тис. нас.	6,2 на 100 тис. нас.	4,8 на 100 тис. нас.	4,2 на 100 тис. нас.	4,7 на 100 тис. нас.	4,1 на 100 тис. нас.			До ЦІЗ показник подавався і розраховувався з 2014 р. Проведено перерахунок даних з 2009 р.
	чисельник		49	66	61	79	60	52	58	51			ф. №33-здоров Табл. 2200 рядок 15, графа 1
	знаменник		1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
	цільове значення									4,0 на 100 тис. нас.		3,0 на 100 тис. нас.	Цілі по обласній Програмі
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)						0,23%	0,24%	0,15%	0,30%			Цільового значення не досягнуто. Відмічається погіршення.
	чисельник						13	13	6	9			Ф. 2 –ВІЛ/СНІД табл. 1000 ВІЛ + (коди 109.1.1. + 109.1.2.)
	знаменник						5773	5441	3888	3026			Ф. 2 –ВІЛ/СНІД табл. 1000 Обстежені (коди 109.1.1. + 109.1.2.)
	цільове значення									0,23%		0,22%	Цілі по обласній Програмі

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)	0,71%	0,79%	0,77%	0,74%	0,88%	0,89%	0,57%	0,89%			Цільового значення не досягнуто. Відзначається погіршення. До ЦІЗ показник подавався і розраховувався з 2016 р. Проведено перерахунок даних з 2009 р.
	чисельник	93	100	101	94	115	111	66	98			2009-2011 рр. форма №21 табл. 2120 рядок 5.0 2012-2016 рр. форма №63, табл. 1000 сума рядків 2.0 + 3.0, графа 1
	знаменник	13152	12735	13089	12718	13094	12509	11670	10966			форма №21, табл. 2110 сума рядків 2.0 + 4.0
	цільове значення								0,66%		0,49%	Цілі по обласній Програмі
	Канівський регіон								2,34%			
	Христинівський район								1,57%			
	Городищенський район								1,50%			
	Чорнобаївський район								1,39%			
	Лисянський район								1,20%			
	Черкаський район								1,19%			
	Уманський район								1,15%			
	Катеринопільський район								1,14%			
	Жашківський район								1,0%			
6.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)	12,7%		5,8%		13,1%		ДВ				БПД Дані за 2015 р. відсутні. Не подавався до Нацплану МіО 2012-2013 рр.
	чисельник											
	знаменник	76		96		32						
	цільове значення								10,4%		7,7%	Цілі по РП МіО (не затверджений)

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
7.	Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 7 плану МіО)	5,2%		0,9%		-		0%				БПД У 2013 р. проводилося зондажне дослідження Не подавався до Нацплану МіО 2012-2013 рр.
	чисельник					-						
	знаменник	30		44		-						
	цільове значення					5,0%			0,8%		0,7%	Цілі по РП МіО (не затверджений)
8.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МіО)	3,3%		3,2%		4,7%		дв				БПД Дані за 2015 р. відсутні. Не подавався до Нацплану МіО 2012-2013 рр.
	чисельник											
	знаменник	29		58		23						
	цільове значення					7,5%			3,2%		2,1%	Цілі по РП МіО (не затверджений)
	Впливу додаткові, Оцінка											
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	41,9 на 100 тис. нас.	45,9 на 100 тис. нас.	44,4 на 100 тис. нас.	45,1 на 100 тис. нас.	55,4 на 100 тис. нас.	46,6 на 100 тис. нас.	41,6 на 100 тис. нас.	47,5 на 100 тис. нас.			
	чисельник	543	591	567	572	698	584	518	586			Ф. 2 –ВІЛ/СНІД табл. 1000, ВІЛ +, крім кодів тестування: 110 та 114
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	30,0 на 100 тис. нас.	36,4 на 100 тис. нас.	38,7 на 100 тис. нас.	37,3 на 100 тис. нас.	36,2 на 100 тис. нас.	48,3 на 100 тис. нас.	43,5 на 100 тис. нас.	45,9 на 100 тис. нас.			
	чисельник	389	468	494	474	456	605	541	566			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000, рядок 2.1, графа 1
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
	Жашківський район								78,3 на 100 тис. нас.			
	м. Ватутіне								69,0 на 100 тис. нас.			
	Канівський регіон								65,2 на 100 тис. нас.			
	м. Черкаси								62,1 на 100 тис. нас.			
	м. Сміла								51,8 на 100 тис. нас.			
	Маньківський район								50,4 на 100 тис. нас.			
10.1.1	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за статтю	чоловіки	227	266	265	238	348	309	342			
		жінки	162	228	209	218	257	232	224			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
10.1.2	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за віком	389	468	494	474	456	605	541	566			
	0–14 років	89	103	103	103	98	106	81	81			
	15–17 років	1	4	3	3	1	2	1	1			
	18–24 роки	56	43	68	47	33	53	29	30			
	25–49 років	237	307	304	301	302	410	384	402			
	50 років і старше	6	11	16	20	22	34	46	52			
10.1.3	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за місцем проживання	242	324	331	314	285	358	338	370			
	місто											
	село	147	144	163	160	171	247	203	196			
10.1.4	Структура захворюваності на ВІЛ за шляхами передачі	168	201	235	233	246	328	318	338			
	статевий											
	гомосексуальний	2	2	1	2	3	6	5	2			
	гетеросексуальний	166	199	234	231	243	322	313	336			
	парентеральний	131	164	156	138	112	171	142	147			
	від матері до дитини	89	103	103	103	98	106	81	81			
10.2	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр.	26,7 на 100 тис. нас.	32,8 на 100 тис. нас.	35,3 на 100 тис. нас.	33,7 на 100 тис. нас.	32,8 на 100 тис. нас.	46,1 на 100 тис. нас.	42,9 на 100 тис. нас.	46,3 на 100 тис. нас.			Табл. 2000, рядок 2.1.2 + 2.1.3 + 2.1.4 + 2.1.5, графа 1
	чисельник	300	365	391	371	358	499	460	485			Середньорічна чисельність постійного населення 15+
	знаменник	1123608	1112123	1106891	1099463	1090823	1081652	1072197	1048147			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
10.2.1	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за статтю											
	чоловіки	180	210	214	217	192	296	268	299			
	жінки	120	155	177	154	166	203	192	186			
10.2.2	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за віком	300	365	391	371	358	499	460	485			
	15–17 років	1	4	3	3	1	2	1	1			
	18–24 роки	56	43	68	47	33	53	29	30			
	25–49 років	237	307	304	301	302	410	384	402			
	50 років і старше	6	11	16	20	22	34	46	52			
10.2.3	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за місцем проживання											
	місто	185	264	269	253	233	306	300	311			
	село	115	101	122	118	125	193	160	174			
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник	1123608	1112123	1106891	1099463	1090823	1081652	1072197	1048147			Середньорічна чисельність постійного населення 15+
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	6,9 на 100 тис. нас.	9,1 на 100 тис. нас.	11,9 на 100 тис. нас.	12,7 на 100 тис. нас.	11,3 на 100 тис. нас.	12,0 на 100 тис. нас.	14,7 на 100 тис. нас.	14,8 на 100 тис. нас.			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000 2009-2011 табл. 2000, рядок 3.1 + 3.2, однак у дані не включено осіб, яких знято з обліку з іншої причини – рядок 3.5 (входили померлі з іншої причини та внутрішня міграція) 2013-2016 рр. табл. 3002, рядок 1.0
	чисельник	90	117	152	161	143	150	183	182			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
12.1	Структура померлих за статтю			35 (24,5%)	46 (30,7%)	55 (30,0%)	57 (31,3%)	128 (70,0%)	125 (68,9%)			
	чоловіки					108 (75,5%)	104 (69,3%)					
12.2	Структура померлих за віком											
	жінки					55 (30,0%)						
	0–14 років					0	3 (2%)	1 (0,5%)	0			
	15–17 років					0	0	0	0			
	18–24 роки					1 (0,7%)	1 (0,7%)	0	1 (0,5%)			
	25–49 років					128 (89,5%)	128 (85,3%)	160 (87,4%)	161 (88,5%)			
	50 років і старші					14 (9,8%)	18 (12%)	22 (12%)	20 (11,0%)			
12.3	Структура померлих за місцем проживання					98 (68,5%)	106 (70,7%)	128 (70,0%)	132 (72,5%)			
	місто					45 (31,5%)	44 (29,3%)	55 (30,0%)	50 (24,5%)			
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр.	4,9 на 100 тис. нас.	6,6 на 100 тис. нас.	8,9 на 100 тис. нас.	8,3 на 100 тис. нас.	6,5 на 100 тис. нас.	5,4 на 100 тис. нас.	6,0 на 100 тис. нас.	5,8 на 100 тис. нас.			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000 2009-2012 рр. - табл. 2000, 2001, рядок 3.1, графа 1 2013-2016 рр. - табл. 3000 рядок 1.10, графа 1
	чисельник	63	85	114	105	82	67	75	72			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			
	м. Ватутіне								28,7 на 100 тис. нас.			
	Тальнівський район								23,3 на 100 тис. нас.			
	Корсунь-Шевченківський район								13,9 на 100 тис. нас.			
	Маньківський район								10,8 на 100 тис. нас.			
	м. Черкаси								8,9 на 100 тис. нас.			

№ з/п	Індикатор		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
13.1	Структура померлих за статтю	чоловіки	43 (68,3%)	66 (77,7%)	83 (72,8%)	74 (70,5%)	59 (72,0%)	45 (67,2%)	50 (66,7%)	47 (65,3%)			
		жінки	20 (31,7%)	19 (22,3%)	31 (27,2%)	31 (29,5%)	23 (28,0%)	22 (32,8%)	25 (33,3%)	25 (34,7%)			
13.2	Структура померлих за віком		63	85	114	105							
	0–14 років		0	0	0	1 (1,0%)							
	15–17 років		0	0	0	0							
	18–24 роки		2 (3,2%)	2 (2,4%)	2 (1,8%)	4 (3,5%)							
	25–49 років		59 (93,6%)	80 (94,1%)	109 (95,6%)	94 (89,5%)							
	50 років і старше		2 (3,2%)	3 (3,5%)	3 (2,6%)	6 (5,7%)							
13.3	Структура померлих за місцем проживання	місто	48 (76,2%)	56 (65,9%)	88 (77,2%)	69 (65,7%)							
		село	15 (23,8%)	29 (34,1%)	26 (22,8%)	36 (34,3%)							
13.4	Кількість та відсоток осіб, які отримували АРТ, від загальної кількості померлих (абс., %)		–	–	–	–	18 (21,9%)	24 (35,8%)	20 (26,7%)	26 (36,1%)			
	у т.ч. 12 міс. і більше від загальної кількості померлих (абс., %)		–	–	–	–	10 (12,2%)	8 (11,9%)	11 (14,7%)	16 (22,2%)			
	у т.ч. 12 міс. і більше від тих, хто отримував АРТ (абс., %)						10 (55,6%)	8 (33,3%)	11 (55,0%)	16 (61,5%)			
13.5	Кількість та відсоток осіб, які потребували, але не отримували АРТ (абс., % від загальної кількості померлих від ВІЛ-інфекції)		–	–	–	–	64 (78,0%)	43 (64,2%)	55 (73,3%)	46 (63,9%)			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
13.6	Кількість та відсоток померлих внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ від загальної кількості померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, (абс., %)	–	–	–	–	62 (75,6%)	42 (62,7%)	53 (70,7%)	46 (63,9%)			
13.7	Структура померлих внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ за статтю											
	чоловіки	–	–	–	–	41 (66,1%)	33 (78,6%)	36 (67,9%)	32 (69,6%)			
	жінки	–	–	–	–	21 (33,9%)	9 (21,4%)	17 (32,1%)	14 (30,4%)			
13.8	Кількість та відсоток осіб, які отримували АРТ, від померлих внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ВТБ (абс., %)	–	–	–	–	14 (22,3%)	14 (33,3%)	13 (24,5%)	18 (39,1%)			
	у т.ч. 12 міс. і більше від кількості померлих внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ (абс., %)	–	–	–	–	6 (9,7%)	5 (11,9%)	8 (15,1%)	13 (28,3%)			
	у т.ч. 12 міс. і більше від тих, хто отримував АРТ (абс., %)	–	–	–	–	6 (42,9%)	5 (35,7%)	8 (61,5%)	13 (72,2%)			
13.9	Кількість та відсоток осіб, які потребували, але не отримували АРТ (абс., % від кількості померлих внаслідок ко-інфекції ВІЛ/ТБ)	–	–	–	–	48 (77,4%)	28 (66,7%)	40 (75,5%)	26 (56,6%)			
14.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник	1123608	1112123	1106891	1099463	1090823	1081652	1072197	1048147			Середньорічна чисельність постійного населення 15+

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	166,6 на 100 тис. нас.	177,4 на 100 тис. нас.	194,5 на 100 тис. нас.	215,3 на 100 тис. нас.	237,1 на 100 тис. нас.	264,7 на 100 тис. нас.	284,1 на 100 тис. нас.	308,9 на 100 тис. нас.			
	чисельник	1874	1984	2159	2376	2597	2875	3060	3297			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000, рядок 4.2 + 4.3 + 4.4 + 4.5
	знаменник	1124981	1118133	1110217	1103564	1095362	1086285	1077027	1067369			Чисельність постійного населення на кінець року віком 15+
	м. Черкаси								588,4 на 100 тис. нас.			
	Канівський регіон								559,2 на 100 тис. нас.			
	м. Ватутіне								417,8 на 100 тис. нас.			
	Тальнівський район								363,9 на 100 тис. нас.			
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник	1124981	1118133	1110217	1103564	1095362	1086285	1077027	1067369			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.
17.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	11,1%		26,2%		19,8%		36,3%				Цільового значення не досягнуто. Відзначається погіршення
	чисельник											
	знаменник	249		356		350		350				
	цільове значення					18,2%						Цільове значення РП МІО 2012-2013

[illegible]

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)					42,8%	43,6%	45,8%	34,6%			
	чисельник					195	264	248	196			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 3000 рядок 2.5+2.6+3.5+3.6+5.4+5.5
	знаменник					456	605	541	566			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000 рядок 2.1
	цільове значення								40,0%		37,0%	Цілі по обласній Програмі
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)					79,8%	81,2%	78,2%	83,3%			
	чисельник					2260	2534	2562	2918			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000, рядок 5.0
	знаменник					2832	3121	3279	3504			Ф. 2 – ВІЛ/СНІД табл. 2000, рядок 4.0
	цільове значення								83,0%		85,0%	Цілі по обласній Програмі
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)					87,9%	86,8%	86,8%	86,8%			
	чисельник					282	270	236	269			Ф. 57 – Когорта АРТ лише у 303
	знаменник					321	311	272	310			Ф. 57 – Когорта АРТ лише у 303
	цільове значення								86,9%		87%	Цілі по обласній Програмі

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО)					-	-	-	-			Дані відсутні
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення		зниження на 50% від базового значення	
25.	Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)					7774	6697	8967	9473			Річний звіт Альянсу
26.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 15 плану МіО)					1504	1766	1174	1272			Річний звіт Альянсу
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 16 плану МіО)					813	859	800	903			Річний звіт Альянсу

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник № 21 плану МіО)					60,3%	56,5%	39,2%	58,0% 58,0 - дорослі 41,2 % – діти			Цільового значення не досягнуто. Відзначається погіршення. Інформація МЕРЕЖІ УЦХ
	чисельник					1709	1764	1287	1911 1904 – дорослі 7 – діти			2013 -2015 рр. – 0 років і старше 2016 р. – 15 років і старше
	знаменник					2832	3121	3279	3297 3280 – дорослі 17 – діти			2013-2015 рр. – 0 років і старше 2016 р. – 15 років і старше
	Цільове значення								80% – дорослі 92,5% – діти		Дорослі – 100% Діти – 100%	Цілі по обласній Програмі
28-R	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр.					38%	52,9%	43,1%	54%			Дані RESPOND (ресурс «Регіональні профілі»)
	чисельник					1075	1652	1414	1891			
	знаменник					2832	3121	3279	3504			
29.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО)					36,9%		38,8%				БПД Цільового значення не досягнуто
	чисельник											
	знаменник					350		350				
	Цільове значення								45,0%		55,0%	Цілі по РП МіО (не затверджений)

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
30.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО)					-		56,8%				БПД Цільового значення не досягнуто. У 2013 р. проводилося зондажне дослідження
	чисельник					-						
	знаменник					-		150				
									65,0%		70,0%	Цілі по РП МіО (не затверджений)
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО)					86,3%		72%				БПД Цільового значення не досягнуто
	чисельник											
	знаменник					150		250				
	цільове значення								86,7%		87,0%	Цілі по РП МіО (не затверджений)
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 13 плану МіО)											БПД Дані відсутні
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення								40,0%		60,0%	
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)					973	1201	1451	1922			Дані ЦГЗ - 303 (ф. №56 Звіт про надання АРТ ВІЛ-інфікованим особам) 2013 р. – 921 2014 р. – 1148 2015 р. – 1387 2016 р. – 1830 Міністерство юстиції України (засуджені та взяті під варту) 2013 р. – 52; 2014 р. – 53; 2015 р. – 64; 2016 р. – 92

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)					–	45,2%	64,9%	67,5%			Цільового значення не досягнуто. Дані взяті у проти-туберкульозній службі
	чисельник					–	114	155	166			
	знаменник					–	252	239	246			
	Цільове значення								77,2%		77,3%	Цілі по обласній Програмі
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (Показник № 23 плану МіО)					97,4%	98,7%	98,8%	98,9%			
	чисельник					75	78	81	86			Ф. № 56 Звіт про надання АРТ ВІЛ-інфікованим особам табл. 1000, рядок 3, графа 1
	знаменник					77	79	82	87			Ф. № 56, табл. 1000, рядок 3, графа 3
	Цільове значення								99,0%		100,0%	Цілі по обласній Програмі
36.	Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, від диспансерної групи, 2013-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)					11,1%	13,3%	12,2%	12,7%			Цільового значення не досягнуто
	чисельник					167	202	189	193			Ф. № 11 Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин
	знаменник					1498	1522	1552	1517			Дані за 2013-2014 рр. перераховано до Д-обліку
	Цільове значення								20,0%		35,0%	Цілі по обласній Програмі

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	СІН (% від загальної суми витрат на профілактику)					2019337,00	3003760,00	4450770,56				
	(% від загальної суми витрат)					27,5%	43,2%	37,6%				
	РКС (% від загальної суми витрат на профілактику)					314633,00	266350,00	619949,31				
	(% від загальної суми витрат)					4,3%	1,9%	5,2%				
	ЧСЧ (% від загальної суми витрат на профілактику)					50744,00		329501,13				
	(% від загальної суми витрат)					0,7%		2,8%				
						0,3%		1,0%				
38.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО)					105,7%	31,8%	38,9%	57,0%			Цільового значення не досягнуто
	чисельник					6724,8 тис. грн.	2140,8 тис. грн.	7185,4 тис. грн.	11203,3 тис. грн.			
	знаменник					6360,4 тис. грн.	6731,3 тис. грн.	18454,0 тис. грн.	19644,8 тис. грн.			
	цільове значення								100,0%		100,0%	Цілі по обласній Програмі

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
39.	Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №17 плану МіО)					100%	85,4%	83,4%	46,6%			Цільового значення не досягнуто. Відзначається погіршення
	чисельник					643	546	524	289			2013 р. профілактичні програми з предметом «Основи здоров'я», 2014-2016 рр. – лише профілактичні програми ВІЛ
	знаменник					643	639	628	620			
	Цільове значення								90%		100%	Цілі по обласній Програмі
40.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					43,1%	47,4%	56,6%	65,9%			
	чисельник					973	1201	1451	1922			Дані ЦЗ – 303 2013 р. – 921 2014 р. – 1148 2015 р. – 1387 2016 р. – 1830 Міністерство юстиції України (засуджені та взяті під варту) 2013 р. – 52; 2014 р. – 53; 2015 р. – 64; 2016 р. – 92
	знаменник					2260	2534	2562	2918			Ф. № 2 ВІЛ/СНІД, рядок 5.0
41.	Охоплення профілактичним лікуванням ізоназидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					83,8%	98,9%	61,8%	76,7%			
	чисельник					615	528	817	1269			Форма № 58 (річна), табл. 1000, рядок 1, графа 1
	знаменник					734	534	1321	1655			Паспорт регіону протитуберкульозної служби

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
42.	Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.									1922		Дані ЦІЗ – 303 – (форма № 56) – 1830 осіб Міністерство юстиції України (засуджені та взяті під варту) – 92 особи
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.									1441		303 – (Обраховано, за формами № 030-5/0) – 1305 осіб. Міністерство юстиції України (засуджені та узяті під варту) – дані Благодійної організації «Черкаське відділення Мережі ЛЖВ», які здійснюють супровід АРТ) – 70 осіб
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.									1280		303 – (Обраховано, за формами № 030-5/0) – 1155 осіб. Пенітенціарна служба (дані Благодійної організації «Черкаське відділення Мережі ЛЖВ», які здійснюють супровід АРТ) – 63 особи
45.	Захворюваність на СНІД, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	10,0 на 100 тис. нас.	13,4 на 100 тис. нас.	20,3 на 100 тис. нас.	22,9 на 100 тис. нас.	20,5 на 100 тис. нас.	22,7 на 100 тис. нас.	21,0 на 100 тис. нас.	20,2 на 100 тис. нас.			
	чисельник	129	173	259	291	258	284	261	249			Ф. № 2 ВІЛ/СНІД табл. 2001, рядок 2.1, графа 1
	знаменник	1296105	1286672	1277715	1269467	1260793	1252257	1243762	1233457			Середньорічна чисельність постійного населення. Дані за 2016 р. взято із сайту Головного управління статистики в Черкаській обл.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	Канівський регіон								38,2 на 100 тис. нас.			
	м. Ватутіне								34,5 на 100 тис. нас.			
	м. Черкаси								32,3 на 100 тис. нас.			
	Маньківський район								28,9 на 100 тис. нас.			
	Жашківський район								27,0 на 100 тис. нас.			
	Тальнівський район								26,2 на 100 тис. нас.			
	Катеринопільський район								24,6 на 100 тис. нас.			
46.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, 2013-2016 рр.					58,5%	50,4%	67,4%	71,2%			
	чисельник					7774	6697	8967	9473			Річний звіт Альянсу
	знаменник					13300	13300	13300	13300			Оціночна кількість
47.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, 2013-2016 рр.					79,2%	92,9%	61,8%	66,9%			
	чисельник					1504	1766	1174	1272			Річний звіт Альянсу
	знаменник					1900	1900	1900	1900			Оціночна кількість

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
48.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, 2013-2016 рр.					31,3%	33,0%	30,8%	34,7%			
	чисельник					813	859	800	903			Річний звіт Альянсу
	знаменник					2600	2600	2600	2600			Оціночна кількість
49.	Інфікованість ВІЛ серед засуджених, 2013-2016 рр.					51,1%	3,3%	2,4%	1,9%			Розраховано за показником СЕМ ф. №2 – ВІЛ/СНІД табл. 1000
	чисельник					91	57 шт.	12	30 / 17 шт.			ВІЛ + (код 112)
	знаменник					178 / 0 шт.	1716 / 1600 шт.	508 / 471 шт.	1581 / 1529 шт.			Обстежені (код 112,)
50.	Летальність від СНІДу за даними РЕН, %, протягом року за період 2009-2016 рр.	26,1%	32,9%	29,3%	23,7%	17,4%	11,3%	10,7%	12,9%			Журнал смертності ВІЛ-інфікованих від СНІДу
	чисельник	37	57	76	69	45	32	28	32			
	знаменник	142	173	259	291	258	284	261	249			
51.	Летальність від СНІДу за даними РЕН, %, за період 2011-2013 та 2014-2016 рр.					23,5%			11,6%			Журнал смертності ВІЛ-інфікованих від СНІДу
	чисельник					190			92			
	знаменник					808			794			
52.	Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком, %, 2009-2016 рр.	53,9%	59,4%	65,6%	64,0%	54,5%	83,0%	87,7%	84,5%			
	чисельник	389	468	494	474	456	605	541	566			Ф. № 2 ВІЛ/СНІД, табл. 2000, рядок 2.1, графа 1
	знаменник	722	788	753	741	837	729	617	670			Ф. № 2 ВІЛ/СНІД, табл. 1000

Примітки:

ДВ – дані відсутні

ОПИС ІНДИКАТОРІВ

1. Рівень частоти передачі ВІЛ від матері до дитини (Показник № 9 плану МіО) знизився утричі – з 7,9% у 2009 р. до 2,0% у 2014 р. завдяки зменшенню кількості дітей (з 6 до 2), яким остаточно встановлено діагноз ВІЛ-інфекції, при стабільно орієнтованій кількості дітей 100 осіб, які народжуються від ВІЛ-інфікованих матерів. Разом з тим, досягти цільового значення показника обласної Програми 2% не вдалося, у 2013 р. він становив 4,3%.
2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ (Показник № 4 плану МіО) зросла до 7,5 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 6,2 у 2009 р. на тлі щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та приблизно однакової кількості померлих 80–90 осіб. Однак показник смертності населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, був і залишається значно нижчим за цільові значення Національного плану МіО та обласної Програми (10,7 на 100 тис. нас.) у 2016 р.
3. Показник смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ є відносно стабільним (Показник № 26 плану МіО) і у 2016 р. склав 4,1 на 100 тис. нас. проти 3,8 у 2009 р. та фактично досяг цільового значення показника Програми 4,0 на 100 тис. нас. Найвищий рівень смертності фіксувався у 2012 р. (6,2 на 100 тис. нас.). Кількість померлих осіб з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ за останні три роки коливається у межах 51–58 осіб на фоні щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області.
4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки (Показник № 3 плану МіО) зросла до 0,30% у 2016 р. проти 0,23% у 2013 р. та перевищила цільове значення показника Програми 0,23% на 2016 рік. Однак слід враховувати, що це відбувалося на фоні зменшення кількості вагітних, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ – з 13 осіб у 2013 р. до 9 у 2016 р. та кількості вагітних у 1,9 разу (3036 осіб), які були обстежені під час скринінгових досліджень на ВІЛ-інфекцію.
5. Поширеність ВІЛ серед вагітних (Показник № 5 плану МіО) зросла до 0,89% у 2016 р. проти 0,71% у 2009 р. на тлі щорічного зменшення загальної кількості вагітних та приблизно однакової кількості вагітних, які мають ВІЛ-позитивний статус, 90–100 осіб. Цільового значення показника Програми 0,66% у 2016 р. досягнути не вдалося.
6. Дані щодо частки споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки (Показник № 6 плану МіО) у 2013 р.і зріс до 13,1% проти 12,7% у 2009 р.
7. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки (Показник № 7 плану МіО) знизився до 0% у 2015 р. проти 5,2% у 2009 р.
8. Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки (Показник № 8 плану МіО) зріс до 4,7% у 2013 р. проти 3,3% у 2009 р.
9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ зросла до 47,5 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 41,9 у 2009 р. на тлі зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та незначного зростання кількості осіб (у межах 43 осіб), які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ. Щороку кількість нових випадків ВІЛ-ін-

фекції коливається в межах 540–590 осіб, за винятком 2013 р., коли вона сягнула 698, враховуючи надзвичайно велику кількість (91 особа) з установ пенітенціарної системи. Разом з тим, захворюваність на ВІЛ-інфекцію у 2016 р. зменшилася у порівнянні з 2013 р. на 16,6% (55,4 на 100 тис. нас.).

10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію, за даними РЕН, зросла до 45,9 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 30,0 у 2009 р. на тлі зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та значного зростання (1,5 разу) вперше взятих ВІЛ-позитивних під МН (з 389 до 566 осіб).
11. **Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009–2016 рр.**
12. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті зросла вдвічі – до 14,8 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 6,9 у 2009 р. на тлі зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та значного (удвічі) зростання кількості осіб, яких було знято з обліку внаслідок смерті (незалежно від причини) з 90 до 182 осіб. Однак варто зазначити, що в період 2009–2012 рр. не враховувалися особи, які померли з іншої причини, що було пов'язано з діючою на той час системою обліку померлих (разом враховувалися зняті з обліку померлі з іншої причини та внутрішня міграція).
13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, зросла до 5,8 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 4,9 у 2009 р. на тлі щорічного зменшення середньорічної чисельності постійного населення області та незначного збільшення кількості померлих – з 63 до 72 осіб.
14. **Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас, 2009–2016 рр.**
15. Поширеність ВІЛ-інфекції, за даними РЕН, серед осіб віком 15+, зросла майже вдвічі – до 308,9 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 166,6 у 2009 р. на тлі зменшення чисельності постійного населення області та **значного (у 1,8 разу) зростання** кількості ЛЖВ, які перебували під МН на кінець звітного року з діагнозом ВІЛ-інфекції (з 1874 до 3297 осіб).
16. **Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009–2016 рр.**
17. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, за період 2009, 2011, 2013, 2015 рр. мав тенденцію до значного зростання (більш ніж утричі) – з 11,1% до 36,3%, що свідчить про надзвичайно високий рівень інфікованості ВІЛ в області та значно вищий, ніж в цілому по Україні – 21,9% (2016 рік).
18. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+ за період 2009–2015 рр. зріс (з 17,9% до 18,6%) і залишається стабільно високим в області на фоні поступового зниження показника в цілому по Україні – з 12,9% у 2009 р. до 7,0% у 2015 р.
19. Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+ за період 2009, 2011, 2013, 2015 рр. мав тенденцію до значного зростання (майже утричі) – з 5,3% до 15,6%, що свідчить про надзвичайно високий рівень інфікованості ВІЛ в області та значно вищий, ніж в цілому по Україні – 8,5% (2016 рік).
20. Дані щодо відсотка молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, за 2013–2016 рр. відсутні.

21. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (Показник № 19 плану МіО) зменшився до 34,6% у 2016 р. проти 42,8% у 2013 р. і досяг цільового показника обласної Програми 40% (2016 рік).
22. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які перебували під МН протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, за період 2013–2016 рр. (Показник № 20 плану МіО) поступово збільшувався – з 79,8% до 83,3% і досяг цільового показника обласної Програми 83%.
23. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку (Показник № 24 плану МіО), протягом 2013–2016 рр. дещо знизився – з 87,9% у 2013 р. до 86,8% у 2016 р., однак продовжує утримуватися на **стабільно високому рівні** та досяг цільового показника обласної Програми.
24. Дані щодо рівня дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, за 2013–2016 рр. відсутні.
25. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами (Показник № 14 плану МіО), які отримували мінімальний пакет профілактичних послуг щонайменше двічі на рік, протягом 2013–2016 рр. мав тенденцію до **зростання** – з 7774 до 9473 осіб.
26. Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами (Показник № 15 плану МіО), які отримували мінімальний пакет профілактичних послуг щонайменше двічі на рік, протягом 2013–2016 рр. мав тенденцію до **зменшення** – з 1504 до 1272 осіб.
27. Кількість чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених профілактичними програмами (Показник № 16 плану МіО), які отримували мінімальний пакет профілактичних послуг щонайменше двічі на рік, протягом 2013–2016 рр. мав тенденцію до **зростання** – з 813 до 903 осіб.
28. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами ДіП (Показник № 21 плану МіО), протягом 2013–2016 рр. **дещо зменшився** – з 60,3% до 58,0%, однак варто зазначити, що у 2013–2014 рр. до розрахунку включалися діти віком від 0 до 18 років, які охоплювалися послугами та перебували під МН, а в 2015–2016 рр. лише діти віком 15–18 років. Разом з тим, не вдалося досягти значення цільового значення показника Національного плану МіО та обласної Програми у 2016 р. (дорослі – 80%, діти – 92,5%), коли він становив 58% у дорослих та 41,2% у дітей (лише для дітей віком 15–18 років).
29. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (Показник № 10 плану МіО), тобто тих, хто протягом 12 міс. пройшов тестування на ВІЛ-інфекцію та знає свої результати, зріс з 36,3% до 38,8% за період 2013–2015 рр.
30. Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (Показник № 11 плану МіО), тобто тих, хто протягом 12 міс. пройшов тестування на ВІЛ-інфекцію та знає свої результати, у 2015 р. **зріс** до 56,8% проти 53,9% у 2009 р. та 45,3% у 2011 р.
31. Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ (Показник № 12 плану МіО), тобто тих, хто протягом 12 міс. пройшов тестування на ВІЛ-інфекцію та знає свої результати, **зменшився** – з 86,3% до 72% за період 2013–2015 рр.
32. Дані щодо відсотка засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, за 2013–2016 рр. (Показник № 13 плану МіО) відсутні.

33. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують (**Показник № 22 плану МіО**), за період 2013–2016 рр. **зросла майже удвічі**. Станом на 01.01.2017 року в області АРТ отримувало 1922 особи (1830 – у ЗОЗ та 92 – у пенітенціарних установах) проти 973 осіб у 2013 р. (921 – у ЗОЗ та 52 – у пенітенціарних установах). Зростання рівня охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих відбувалося у зв'язку із змінами у критеріях її призначення (зміна уніфікованого клінічного протоколу АРТ), розширенням доступу до її отримання за місцем проживання, призначенням вагітним АРТ, а не профілактичного курсу лікування).
34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, за період 2014–2016 рр. (**Показник № 25 плану МіО**) **зріс** з 45,2% до 67,5%, однак досягти цільового значення показника обласної Програми – 77,2% у 2016 р. не вдалося, проте він є значно вищим за цільове значення Національного плану МіО (55%).
35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, за період 2013–2016 рр. (**Показник № 23 плану МіО**) **зріс** з 97,4% до 98,9% та фактично досяг цільових значень Національного плану МіО та обласної Програми – 99,0% у 2016 р.
36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, від диспансерної групи, за період 2013–2016 рр. (**Показник № 27 плану МіО**) **дещо зріс** – з 11,1% до 12,7%, однак досягти цільового значення показника Національного плану МіО – 25,0% у 2016 р. не вдалося.
- 36.2. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, від оціночної кількості споживачів ін'єкційних наркотиків за період 2013–2016 рр. (**Показник № 27 плану МіО**) **дещо зріс** – з 1,4% до 1,6%.
37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області за період 2013–2015 рр. (**Показник № 1 плану МіО**) за результатами національного дослідження **зріс** на 53,5% – з 16980865,50 до 31577974,26 грн.
- Результати дослідження свідчать про залежність області від зовнішніх джерел фінансування заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Частка витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу за період 2013–2015 рр. **зросла** за рахунок коштів міжнародних донорів – з 44,4% до 55,3%. Разом з тим, зменшилося фінансування з Державного бюджету – з 28,8% до 20,3%, з місцевого бюджету – з 26,8% до 24,4%.
- За період 2013–2015 рр. частка витрат на АРТ із загальної суми витрат на заходи з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу **зросла** з 25,1% до 28,8%, на профілактику – **зменшилася** з 43,4% до 37,5%; частка витрат для ЛВІН **зросла** з 11,9% до 14,1%, ПКС – з 1,9% до 2,0%, ЧСЧ – з 0,3% до 1,0% відповідно.
- Також за період 2013–2015 рр. частка витрат для ЛВІН із заходів на профілактику **зросла** з 27,5% до 37,6%, ПКС – з 4,3% до 5,2%, ЧСЧ – з 0,7% до 2,8% відповідно.
38. Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого (**Показник № 2 плану МіО**) у 2016 р. **зменшився** до 57,0% проти 105,7% (відносно видатків, що спрямовувалися на галузь охорони здоров'я області) та 153,4% (відносно видатків, що передбачалися на виконання обласної Програми на 2013 рік). Однак порівняння даного показника за вказаний період неможливо, оскільки витрати на медичні препарати, виробі медичного призначення, тест-системи, лабораторну діагностику значно зросли у зв'язку із девальвацією національної грошової одиниці. Цільового значення показника Національного плану МіО та обласної Програми – 100,0% у 2016 р. досягти не вдалося.
- Разом з тим, видатки у грошовому еквіваленті зросли у 1,7 разу (66,6%) – з 6724800,0 до 11203300,0 грн.

- 39.** Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, за період 2013–2015 рр. (Показник № 17 плану МіО) зменшився – до 46,6% у 2016 р. проти 100% у 2013 р. Однак порівняння показника 2016 р. з попередніми роками неможливе через зміну методології їх обрахунку. У 2013–2015 рр. враховувалися профілактичні програми з ВІЛ та навчальний предмет неваріативної частини (обов'язковий) «Основи здоров'я», а в 2016 р. – лише програми з профілактики ВІЛ.
- 40.** Охоплення АРТ ВІЛ-інфікованих пацієнтів від активної диспансерної групи протягом 2013–2016 рр. зросло з 43,1% до 65,9%. Це відбувалося у зв'язку з підвищенням рівня охоплення МН ВІЛ-інфікованих, змінами у критеріях призначення АРТ (змінами уніфікованого клінічного протоколу АРТ), розширенням доступу до її отримання за місцем проживання, призначенням вагітним АРТ, а не профілактичного курсу лікування).
- 41.** Охоплення ВІЛ-інфікованих пацієнтів профілактичним лікуванням ізоніазидом, які входили від активної диспансерної групи та потребували його за період 2013–2016 рр., знизилася з 83,8% до 76,7%.
- 42.** Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 року становила 1922 особи.
- 43.** Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 року становила 1441 особу.
- 44.** Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 року становила 1280 осіб. Вірусологічна ефективність АРТ за 2016 рік серед осіб з рівнем <40 РНК копій/мл склала 88,8% серед 1441 обстеженої особи, яка отримувала АРТ 6 міс. і більше.
- 45.** Захворюваність на СНІД за період 2009–2016 рр. зросла вдвічі – до 20,2 на 100 тис. нас. у 2016 р. проти 10,0 у 2009 р. на тлі зменшення чисельності постійного населення області та **значного зростання (у 1,9 разу)** кількості ЛЖВ, які взяті під МН з уперше в житті встановленим діагнозом СНІДу (з 129 до 249 осіб). Це можна пояснити:
- пізнім зверненням ВІЛ-позитивних за медичною допомогою, які вже перебувають у стадії СНІДу;
 - втратою ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які були виявлені у попередні роки, але не перебували під МН (несвоєчасне взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих МН від кількості виявлених за даними СЕМ у 2009 р. – 54% та поступове його зростанням – до 84,5% у 2016 р.).

Разом з тим, з 2015 р. спостерігається тенденція до зменшення відносного значення даного показника – 21,0 на 100 тис. нас. проти 22,7 на 100 тис. нас. у 2014 р. та абсолютної кількості хворих на СНІД з 284 осіб у 2014 р. до 261 особи у 2015 р.

Поступове зниження показника захворюваності на СНІД за останні роки до 20,2 на 100 тис. нас. можна пояснити своєчасністю взяття ВІЛ-інфікованих під МН від кількості виявлених за даними СЕМ до 84,5% у 2016 р.

- 46.** Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, за період 2013–2016 рр. зріс з 58,5% до 71,2% відносно їх оціночної кількості (13 300) і має тенденцію до зростання завдяки розширенню реа-

лізації НУО програмних проектів серед ЛВІН та їх охопленню за підтримки міжнародних донорських організацій.

Більшість клієнтів, охоплених програмами, у 2016 р. складали чоловіки – 77,1% (7308), жінки – лише 22,9% (2165).

- 47.** Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, за період 2013–2016 рр. **зменшився** з 79,2% до 66,3% відносно їх оціночної кількості (1900) і має тенденцію до зниження через зменшення обсягів реалізації НУО програмних проектів серед ПКС та їх охоплення за підтримки міжнародних донорських організацій.
- 48.** Відсоток чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, за даними програмного моніторингу, за період 2013–2016 рр. **зріс** з 31,3% до 34,7% відносно їх оціночної кількості (26 000) і має тенденцію до зростання завдяки розширенню реалізації НУО програмних проектів серед ЧСЧ та їх охопленню за підтримки міжнародних донорських організацій.
- Недостатньо високий рівень охоплення можна пояснити діяльністю лише однієї громадської організації, що реалізує програми та проекти серед ЧСЧ, нерозширенням географії її роботи в регіонах області та закритістю зазначеної групи ризику.
- 49.** Для визначення рівня **інфікованості ВІЛ серед засуджених**, у яких виявлено серологічні маркери ВІЛ при проведенні підтверджувальних досліджень методами серологічної діагностики, було взято дані СЕМ (код 112). За 2013–2016 рр. інфікованість осіб, які перебувають у слідчих ізоляторах та установах виконання покарань Міністерства юстиції України, зменшилася з 51,1% у 2013 р. до 1,9% у 2016 р. Це пояснюється впровадженням тестування в пенітенціарних установах експрес-тестами та зменшенням кількості виявлення позитивних результатів на ВІЛ серед ув'язнених утричі.
- 50.** Рівень летальності від СНІДу, за даними РЕН, протягом року за період 2009–2016 рр. **зни**звився з 26,1% до 12,9% завдяки підвищенню рівня своєчасності взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих МН (з 53,9% до 84,5%), зменшенням частки взятих під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (до 34,6%), підвищенням рівня своєчасності призначення та охопленням АРТ.
- 51.** Рівень летальності від СНІДу, за даними РЕН, за період 2011–2013 та 2014–2016 рр. **зменшився удвічі** – з 23,5% до 11,6% на фоні зменшення кількості померлих від СНІДу (зі 190 до 92 осіб) та відносно сталої кількості хворих, у яких було встановлено діагноз СНІДу (808 осіб проти 794). Зниження рівня летальності відбувалося за рахунок підвищення рівня своєчасності взяття та охоплення ВІЛ-інфікованих МН (з 61,4% до 85,1%) та своєчасності призначення і охопленням АРТ.
- 52.** Своєчасність охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН від кількості виявлених за даними СЕМ за період 2009–2016 рр. **зросла** з 53,9% до 84,5% завдяки своєчасному взяттю під МН вперше виявлених ВІЛ-інфікованих осіб.

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

ЗВІТ

Автори звіту:

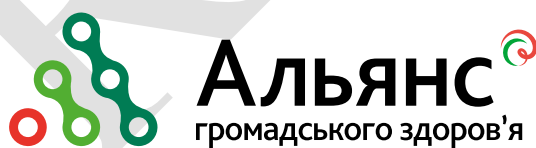
П. Левченко
А. Пономаренко
Д. Єрмілов
О. Недужко
Ю. Новак

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

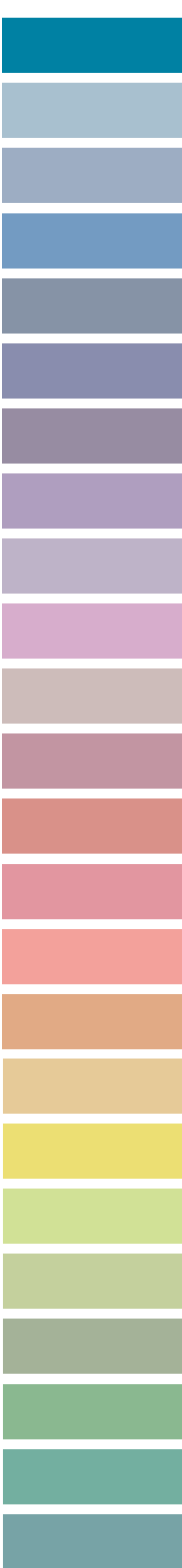
В. Божок



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60х90/8
Ум. друк. арк. 9,3
Тираж 50 прим. Замовл. № 14/2
Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)



Альянс
громадського здоров'я

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