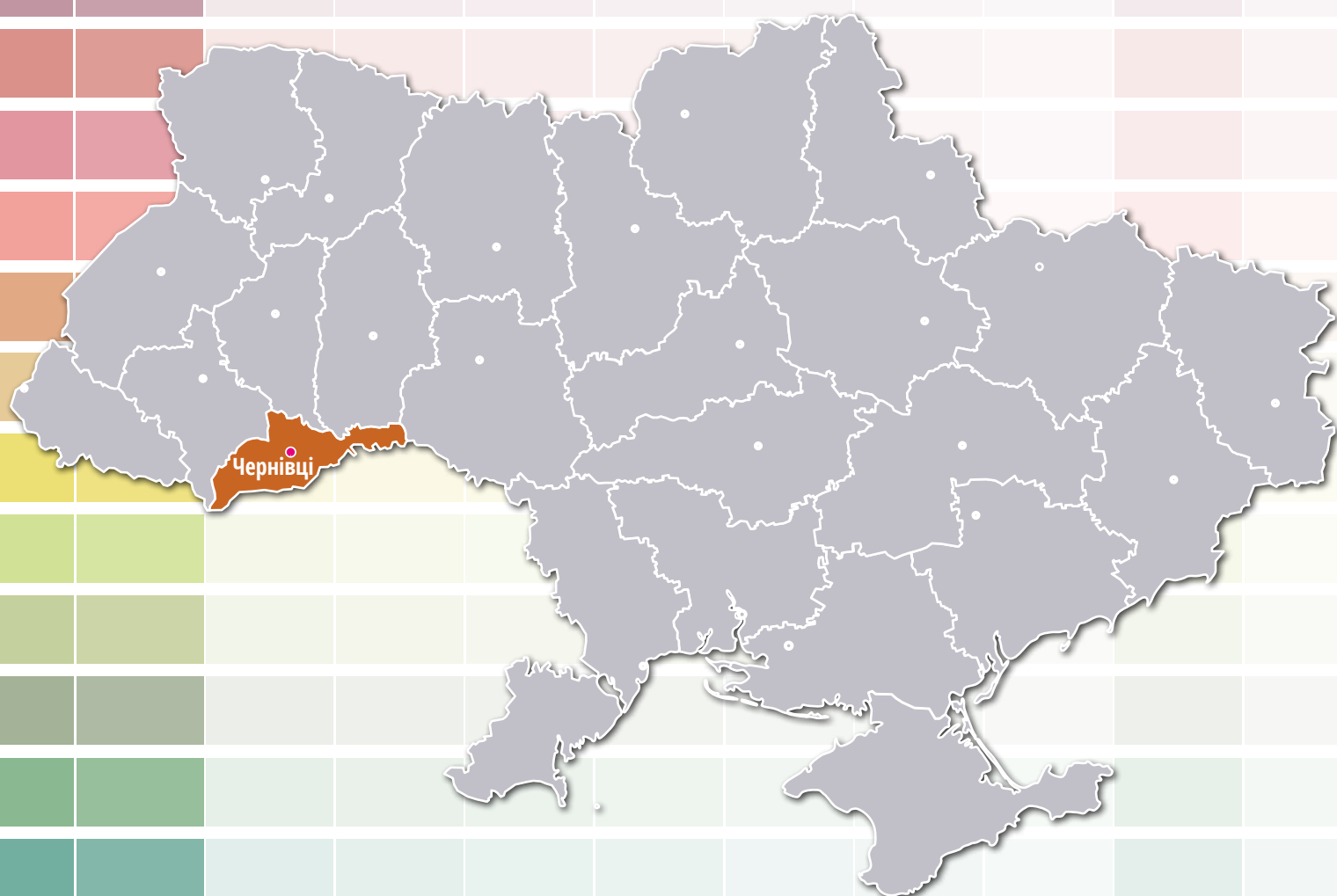


ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛЬОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2015–2018 РОКИ»

У **ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ**
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

«ОЦІНКА ОБЛАСНОЇ ЦІЛЬОВОЇ
СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ З
ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу
НА 2015–2018 РОКИ»

У **ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ**
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.85)](047.32)
О-93

Авторський колектив:

Лесюк Ю.М., заступник директора Департаменту охорони здоров'я
Чернівецької обласної державної адміністрації

Мочульський В.М., головний лікар ОКУ «Чернівецький обласний центр
з профілактики та боротьби зі СНІДом»

Сорокатий С.А., завідувач відділення «Центр моніторингу і оцінки з виконання
програмних заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» ОКУ «Чернівецький обласний
центр з профілактики та боротьби зі СНІДом»

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Чернівецькій області. Звіт** — Лесюк Ю., Мочульський В., Сорокатий С., Новак Ю., Яцик В., — К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна 2018. — 56 с.

ISBN 978-966-137-097-4

У Звіті представлено результати проведеної оцінки Комплексної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки в Чернівецькій області.

Звіт містить статистичні та аналітичні дані щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2015–2018 рр., інформацію про стан епідемічної ситуації, стан надання медичної допомоги ЛЖВ, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області.

Використання Звіту рекомендовано для оперативного управління, формування стратегії, моніторингу та оцінки заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на всіх рівнях управління незалежно від форми власності та підпорядкування закладів охорони здоров'я України.

У рамках дотримання Закону України № 3792-XII від 23.12.1993 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів даної публікації можливе за умови посилання на авторство ОКУ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом».

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](477.85)](047.32)

ЗМІСТ

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
1 ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	6
2. ВСТУП	8
3. МЕТОДОЛОГІЯ	9
3.1 Комплексна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки в Чернівецькій області.	9
3.2 Методи оцінки	10
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
4.1 Стан епідемічної ситуації в Чернівецькій області станом на 01.01.2017 р.	12
4.2 Крос-секційний каскад лікування в Чернівецькій області станом на 01.01.2017 р.	15
4.3 Аналіз заходів Програми в Чернівецькій області у відповідності з п'ятьма напрямками ВООЗ.	16
4.3.1. Антиретровірусна терапія.	16
4.3.2. Послуги з тестування на ВІЛ.	20
4.3.3. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН	24
4.3.4. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС.	28
4.3.5. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ.	30
5. ВИСНОВКИ	32
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	35
8. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ НА 2018–2019 РОКИ	38
ДОДАТОК 1	40
Значення індикаторів, Чернівецька область	40

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

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

Оцінка Комплексної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки здійснювалася в рамках співпраці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

Підхід щодо проведення оцінки поєднував рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Основний метод, що використовувався під час оцінки – кабінетне дослідження, за результатами якого було визначено тенденції індикаторів впливу на епідемію, проведено оцінку впливу заходів Програми на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні, здійснено аналіз результатів реалізації Програми за ключовими напрямками Всесвітньої організації охорони здоров'я (антиретровірусна терапія; послуги з тестування на ВІЛ; профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики; представників комерційного сексу та чоловіків, які мають статеві відносини з чоловіками), побудовано крос-секційний каскад лікування в Чернівецькій області станом на 01.01.2017 р.

Результати аналізу каскаду лікування для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, засвідчили, що 40% від оціночної кількості осіб, які живуть з ВІЛ, не знають про свій позитивний ВІЛ-статус. Лише третина всіх ВІЛ-позитивних отримують антиретровірусну терапію і лише п'ята – мають невизначуваний рівень вірусного навантаження. Таким чином, станом на початок 2017 року область не наблизилася до жодного з показників стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД «90-90-90».

Завдяки проведеним в області заходам з консультування і тестування на ВІЛ зросла частка осіб, які знаходяться під медичним наглядом. Але існуюча система даних послуг забезпечує виявлення переважно ВІЛ-інфікованих у пізніх стадіях та не сприяє ранньому залученню до медичного нагляду ВІЛ-позитивних осіб. Не задоволені повною мірою потреби щодо консультування і тестування на ВІЛ на первинному рівні надання медичної допомоги.

Існує прогрес в охопленні послугами антиретровірусної терапії населення області. Так, діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ охоплені повністю. Однак результати Оцінки засвідчили, що існуючі обсяги та темпи впровадження терапії не справили належного впливу на показники смертності серед людей, які живуть з ВІЛ. Незважаючи на те, що кожного року зростає частка активних людей, які вживають ін'єкційні наркотики

та отримують антиретровірусну терапію, станом на 01.01.2017 р. в області не досягнуто суттєвого прогресу в охопленні даної цільової групи – половина ВІЛ-інфікованих клієнтів програм замісної підтримувальної терапії не отримують антиретровірусну терапію.

Аналіз профілактичних заходів, які проводяться серед представників комерційного сексу, продемонстрував, що впроваджені заходи допомогли запобігти поширенню ВІЛ в даній категорії населення та утримати захворюваність на поодиноких випадках. Проте, за даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, погіршуються показники їхніх знань та поведінки щодо шляхів запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції.

Під час аналізу профілактичних заходів серед чоловіків, які мають статеві відносини з чоловіками, встановлено, що неможливо достовірно оцінити масштаб епідемії серед даної групи населення через її закритість та відсутність необхідних статистичних даних. Наявні обсяги профілактичних втручань та відсутність їх децентралізації в області не здатні привести до вагомих зрушень в епідемічному процесі в даній групі населення.

За підсумками проведеної Оцінки було сформовано пропозиції до проведення заходів на національному та регіональному рівнях. Зокрема, у рекомендаціях за напрямом послуги з тестування на ВІЛ пропонується впровадити заходи щодо широкого залучення населення до обстежень на наявність антитіл до ВІЛ шляхом внесення змін до гарантованого безкоштовного пакету послуг на первинному рівні та до переліку досліджень при здійсненні обов'язкових медоглядів; запровадити принцип презумпції згоди на обстеження на ВІЛ за клінічними показами; запровадити каскадний метод навчання медичних працівників основам консультування і тестування.

Для підвищення ефективності заходів за напрямом антиретровірусної терапії пропонується забезпечити стаке фінансування та адекватне планування потреб; запровадити контрольоване лікування антиретровірусними препаратами на амбулаторному етапі; закупівлю послуг з догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, за механізмом соціального замовлення; розширити мережу сайтів антиретровірусної терапії.

У рамках підготовки нової регіональної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. в Чернівецькій області результати проведеної Оцінки слугують основним джерелом стратегічної інформації.

1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
ВГВ	вірусний гепатит В
ВГС	вірусний гепатит С
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВН	вірусне навантаження
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДОЗ	Департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення

ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та оцінка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ПКС	працівники комерційного сексу
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
Fast Track	стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД
Spectrum	Програмне забезпечення для моделювання розвитку епідситуації з ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях

2. ВСТУП

Оцінка Комплексної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки (далі – Програма) проводилася фахівцями Центру моніторингу та оцінки з виконання програмних заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – Центр МіО) ОКУ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» (далі – Центр СНІДу) за організаційно-методичної підтримки ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

При підготовці нової регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ/СНІДу на 2019–2023 роки (далі – Програма) важливо брати до уваги актуальну інформацію про досягнення та проблеми в рамках виконання заходів діючої Програми. Результати проведення оцінки представляють стратегічну інформацію для подальшого планування заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в області, зокрема у підготовці Програми на 2019–2023 рр., яка має відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД та забезпечувати виконання цільових показників «90-90-90».

Проведення оцінки Програми ставило перед собою наступні завдання:

1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів Програми, індикаторів плану МіО ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати стан виконання заходів Програми за п'ятьма ключовими напрямками ВООЗ.
3. Проаналізувати стан виконання заходів Програми, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.
4. Визначити та проаналізувати основні перешкоди та сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників МіО.
5. Розробити рекомендації для формування регіональної Програми на 2019–2023 рр. або для внесення змін до діючої Програми з метою забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на рівні Чернівецької області.

За результатами Оцінки підготовлено Звіт, що містить основні підсумки та рекомендації щодо підвищення ефективності регіональної відповіді на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу, які, зокрема, представлені в Плані заходів.

Таким чином, результати оцінки Програми щодо її досягнень та слабких сторін, будучи джерелом стратегічної інформації, дозволяють запропонувати найбільш дієві та оптимальні шляхи ефективної протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області.

3. МЕТОДОЛОГІЯ

3.1. Комплексна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки в Чернівецькій області.

Діюча в Чернівецькій області Програма була затверджена рішенням сесії Чернівецької обласної ради 29.09.2015 р. XXXIV №140-34/15 «Про затвердження Комплексної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки».

Метою Програми є зниження рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ (ГПР), послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я за рахунок коштів державного бюджету, обласного бюджету, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ).

Для досягнення визначеної мети в рамках Програми передбачено створення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Фінансування Програми здійснюється в межах видатків, передбачених у державному та місцевих бюджетах, ГФ. Обсяг фінансування визначається щороку, виходячи із конкретних завдань та наявних коштів.

У порівнянні з Комплексною програмою забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД в Чернівецькій області на 2009–2013 рр. в чинній Програмі суттєво збільшилося фінансування на закупівлю тест-систем для досліджень на ВІЛ-інфекцію.

Контроль за ходом виконання Програми покладено на Департамент охорони здоров'я Чернівецької обласної державної адміністрації (ДОЗ Чернівецької ОДА). Координацію та реалізацію основних завдань Програми забезпечує Центр СНІДу.

3.2. Методи оцінки

Основні етапи проведення оцінки Програми: підготовчий етап; кабінетне дослідження; аналіз та синтез даних; підготовка Звіту про результати оцінки Програми.

У рамках кабінетного дослідження було здійснено аналіз впливу Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори впливу Плану МіО. Наступним кроком було оцінювання виконання інших індикаторів Плану МіО та досягнення каскадних індикаторів. У рамках проведення оцінки побудовано каскад послуг ЛЖВ.

Враховуючи рекомендації ВООЗ, було обрано п'ять напрямів програмних заходів Програми, які мають найбільший вклад у каскад лікування:

- Антиретровірусна терапія (АРТ) (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ).
- Послуги з тестування на ВІЛ (ПТВ) (включно з ПТВ серед ключових груп населення України (КГН)).
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для людей, які вживають ін'єкційні наркотики (ЛВІН).
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ).
- Профілактичні ВІЛ-сервіси для представників комерційного сексу (ПКС).

Кожен з цих напрямів оцінювався шляхом відповідей на п'ять запитань, які пропонує ВООЗ, а саме:

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?

Після цього було проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці питання, зібрано вторинні дані, аналіз яких дозволив сформулювати другий блок підпитань (матриця аналізу даних), для відповіді на які було зібрано додаткові кількісні вторинні дані.

Основними джерелами, що використовувалися в рамках збору кількісної інформації, були: сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ (СЕМ); рутинний епіднагляд (РЕН); результати інтегрованих біоповедінкових досліджень; дані програмного моніторингу міжнародного благодійного фонду (МБФ) «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX) за період 2009–2016 рр.; дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM.

На підставі отриманих даних формуються висновки та рекомендації для розробки наступної Програми та/або внесення змін до діючої Програми.

Фінальним етапом було написання звіту за результатами оцінки Програми, який формуватиме політику щодо протидії епідемії в Чернівецькій області та Україні загалом.

27 жовтня 2017 року проведено засідання обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, на якому були представлені попередні результати оцінки, напрацьовані рекомендації по удосконаленню заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні та на національному рівні для внесення їх у нові Загальнодержавну Програму та Програму на 2019–2023 рр.

DRAFT

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

4.1 Стан епідемічної ситуації в Чернівецькій області станом на 01.01.2017 р.

Чернівецька область належить до регіонів з низьким рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію та низьким рівнем смертності від захворювань, зумовлених СНІДом. Однак певні статистичні показники свідчать про те, що в області епідемію ВІЛ-інфекції не подолано.

За період 1994–2016 рр. в Чернівецькій області офіційно зареєстровано 1625 випадків ВІЛ-інфекції, у тому числі 471 випадок захворювання на СНІД та 194 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом, 358 дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими жінками.

Починаючи з 2009 і по 2016 рік показник захворюваності на ВІЛ коливається в межах 10,0–11,0 на 100 тис. нас., показник захворюваності на СНІД за вказаний період зріс з 1,1 до 4,2 на 100 тис. нас. Реєструються і надалі особи віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ. З 2009 року ця вікова категорія становить трохи більше 5% (5 випадків), це молоді люди, які мали ризиковану поведінку щодо ВІЛ-інфікування. Серед кумулятивної кількості вперше зареєстрованих людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), усіх вікових груп за період 2009–2016 рр. переважають чоловіки (близько 60%). У віковій структурі нових випадків ВІЛ за період 2009–2016 рр. переважають особи віком 25–49 років. Сьогодні це становить 58% всіх нових випадків ВІЛ (переважно чоловіки). Протягом 2008–2016 рр. частка статевої передачі ВІЛ зросла з 52% до 58%.

Відсоток ЛВІН віком 15+: 2009 р. – 0%, 2011 р. – 1%, 2013 р. – 1,2%, 2015 р. – 1,33%. Відсоток ПКС, які живуть з ВІЛ, віком 15+: 2009 – 0%, 2011 р. – 2%, 2013 р. – 0%, 2015 р. – 1,33%. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+: 2011 р. – 2,6%, 2013 р. – 1,6%, 2015 р. – 6%.

Крім того, з усіх осіб із вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в 2016 році з ВІЛ-інфекцією в III та IV клінічних стадіях діагностовано 29 осіб, що становить 40% (у 2015 р. – 28 осіб, 34,5%). Цей факт свідчить про те, що в області є проблема пізньої діагностики ВІЛ-інфекції. Це є підтвердженням пізнього звернення за медичною допомогою, невчасної діагностики, низького рівня санітарно-просвітної роботи.

З метою вчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання та своєчасного призначення їм АРТ, що вплине на захворюваність на СНІД та смертність від хвороб, зумовлених ВІЛ, першочерговим є масштабне впровадження на території області ПТВ з ініціативи медичних працівників.

У 2016 році 38 особам встановлено IV клінічну стадію (СНІД), з них 15 ВІЛ-інфікованих перебували на обліку в Центрі СНІДу раніше. У 2015 році 50 особам встановлено IV клінічну стадію (СНІД), з них 22 ВІЛ-інфікованих перебували на обліку в Центрі СНІДу раніше.

Це означає, що в області не в достатній мірі здійснюється активне спостереження за ВІЛ-інфікованими особами, які перебувають під медичним наглядом (МН), не в належних обсягах проводиться медикаментозна профілактика СНІД-індикаторних захворювань (в першу чергу профілактика ТБ) та АРТ. А також варто зазначити, що неактивна диспансерна група відмовляється від диспансеризації. Через те, що дані особи не отримують АРТ, з часом у них проявляються СНІД-індикаторні захворювання, такі як ТБ, менінгоенцефаліти, вірусні гепатити (ВГ) тощо. Відомо, що близько 50% ВІЛ-інфікованих мають ураження центральної нервової системи. Показник групи активного МН станом на 01.01.2017 р. становив 85%.

В області і надалі залишається не вирішеною проблема ко-інфекції ВІЛ/ТБ. Обидва захворювання негативно впливають на стан імунної системи та, уражуючи клітини лімфатичної системи, підсилюють одна одну, створюючи смертельний тандем. На сьогодні в регіоні ТБ став найпоширенішою опортуністичною інфекцією (ОІ) при ВІЛ-інфекції та основною причиною розвитку СНІДу й смерті від СНІДу починаючи з 2009 року.

Відповідно до звітної форми №2-ВІЛ/СНІДу, в 2016 р. зареєстровано 38 нових випадків СНІДу, з них – 20 ТБ (52%), з них 13 – вперше діагностований ТБ, 18 – легеневий, 15 – з бактеріовиділенням. У 2015 році зареєстровано 50 нових випадків СНІДу, з них – 45 ТБ, з них 41 – вперше діагностований ТБ, 18 – легеневий.

Починаючи з 2011 року кількість осіб, які померли від СНІДу, коливається на рівні 13–18. Цей показник майже в чотири рази нижчий, ніж по Україні загалом (Чернівецька область – 2,0 на 100 тис. нас., по Україні – 7,6 на 100 тис. нас.). У 2016 році усього померло 36 осіб, з них 18 через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, та 18 – не пов'язані з ВІЛ. Серед померлих 18 осіб перебували у IV клінічній стадії та 12 померли внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ. У 2015 році усього померло 20 осіб, з них 13 через захворювання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, та 7 – не пов'язані з ВІЛ. Серед померлих 13 осіб перебували у IV клінічній стадії та 11 померли внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Відтак, необхідно терміново посилити напрям роботи з надання фтизіатричної допомоги ВІЛ-інфікованим/хворим на СНІД, і в першу чергу –медикаментозної профілактики та лікування ТБ ВІЛ-інфікованим особам, призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ.

Станом на 01.01.2017 р. АРТ отримує 465 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 93 – діти. Смертність серед осіб, які приймають АРТ більше року, в сім разів нижча, ніж серед пацієнтів, які її не отримують. З усіх померлих (36 ВІЛ-інфікованих): 16 осіб приймали АРТ, але лише п'ять з них отримували таку терапію більше одного року, усі інші не отримували її з різних причин.

Станом на 01.01.2017 р. під МН в Чернівецькій області перебувало 870 (загальна кількість жителів міст області – 377 осіб, сіл – 493 особи), з них 359 – в I; 91 – в II; 163 – в III та 257 в IV клінічних стадіях. На обліку 135 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками: 99 дітей перебувають у стадії ВІЛ підтверджено та 36 – ВІЛ в стадії підтвердження. Протягом 2009–2016 рр. кількість осіб, які перебувають під МН з приводу ВІЛ-інфекції, зросла на 69,3 % (з 514 до 870 осіб).

Інфікування ВІЛ серед вагітних за кодом 109.1 (обстежені первинно) становить 0,1%. Цей показник достатньо точно відображає інфікування загального населення і є значно нижчим, ніж по Україні (станом на 01.01.2017 р. – 0,32%).

Упродовж 2009–2016 рр. в області відзначається невисока доступність тестування на ВІЛ осіб з ГПР (близько 12%). Звернення їх в лікувально-профілактичні заклади для отримання послуг з ПТВ залишається на низькому рівні.

Серед ЛВІН переважають чоловіки. Так, у 2016 р. під МН взято одну жінку та 14 чоловіків, шлях інфікування яких – ін'єкційний.

Частка осіб, які інфікувалися статевим шляхом, складала 56%, парентеральним – 16%. Частка дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками – 28%. Варто відзначити, що ці діти протягом першого року життя будуть двічі обстежені на наявність провірусного ДНК методом ПЛР та у віці 18 міс. – на наявність антитіл до ВІЛ методом імуноферментного аналізу (ІФА). За наявності негативних результатів обстеження на ВІЛ вони будуть зняті з МН. Рівень ПВТ за 2014 рік становив 4,35%.

Частка ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки у 2016 р., серед дорослих ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під МН, залишається стабільною та станом на 01.01.2017 р. склала 56,55% (2015 р. – 47,06%, 2014 р. – 81,08%). Близько 90% охоплені послугами – це міське населення. Вкрай низьке охоплення послугами догляду та підтримки сільське населення.

За результатами проведеного епідеміологічного моніторингу за ВІЛ-інфекцією у регіоні виокремлено основні проблемні питання, які заслуговують на увагу.

1. Пізня діагностика ВІЛ. Майже третина всіх вперше виявлених осіб діагностовано вже в III та IV клінічних стадіях.
2. Низький рівень звернень до ПТВ осіб з ГПР в лікувально-профілактичних закладах. Як правило, це здійснюється завдяки неурядовим організаціям (НУО), тобто особи з ГПР частіше звертаються за ПТВ саме в профільні НУО.
3. Показник охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним наглядом від кількості виявлених, за даними СЕМ, становить майже 2/3 від усіх ВІЛ-позитивних. Проте близько 38% ВІЛ-позитивних не взяті під МН та не отримують належного лікування (у т.ч. АРТ). Причина – неякісне перед- та післятестове консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ (не звертаються на післятестове консультування або не з'являються на взяття під МН).
4. 20 із 38 (більше 50%) осіб із вперше встановленим діагнозом СНІДу в 2016 р. – особи з діагнозом ко-інфекції ТБ/ВІЛ.

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області уражує найбільш працездатну та репродуктивну частину населення, що може призвести до посилення і загострення негативних демографічних та соціально-економічних тенденцій. Незважаючи на збільшення частки статевого шляху передачі ВІЛ, не варто недооцінювати участі ЛВІН в розвитку епідемії ВІЛ в області. Вони, як і раніше, залишаються групою ризику інфікування ВІЛ і серед них так само поширений статевий шлях передачі інфекції: від ЛВІН до їхніх статевих партнерів, які не є ЛВІН.

4.2. Крос-секційний каскад лікування в Чернівецькій області станом на 01.01.2017 р.

Відповідно до стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), що спрямована на ліквідацію епідемії до 2020 р. як загрози громадському здоров'ю, для забезпечення здорового способу життя та благополуччя людей в Чернівецькій області необхідно одночасно реалізувати низку заходів, спрямованих на активне виявлення не діагностованої ВІЛ-інфекції, інтенсивне розширення АРТ та ефективне лікування. Це надасть можливість прожити повноцінне життя людям з ВІЛ, зупинити епідемію ВІЛ-інфекції в країні, попередити нові випадки інфікування ВІЛ та зменшити смертність від хвороб, зумовлених СНІДом.

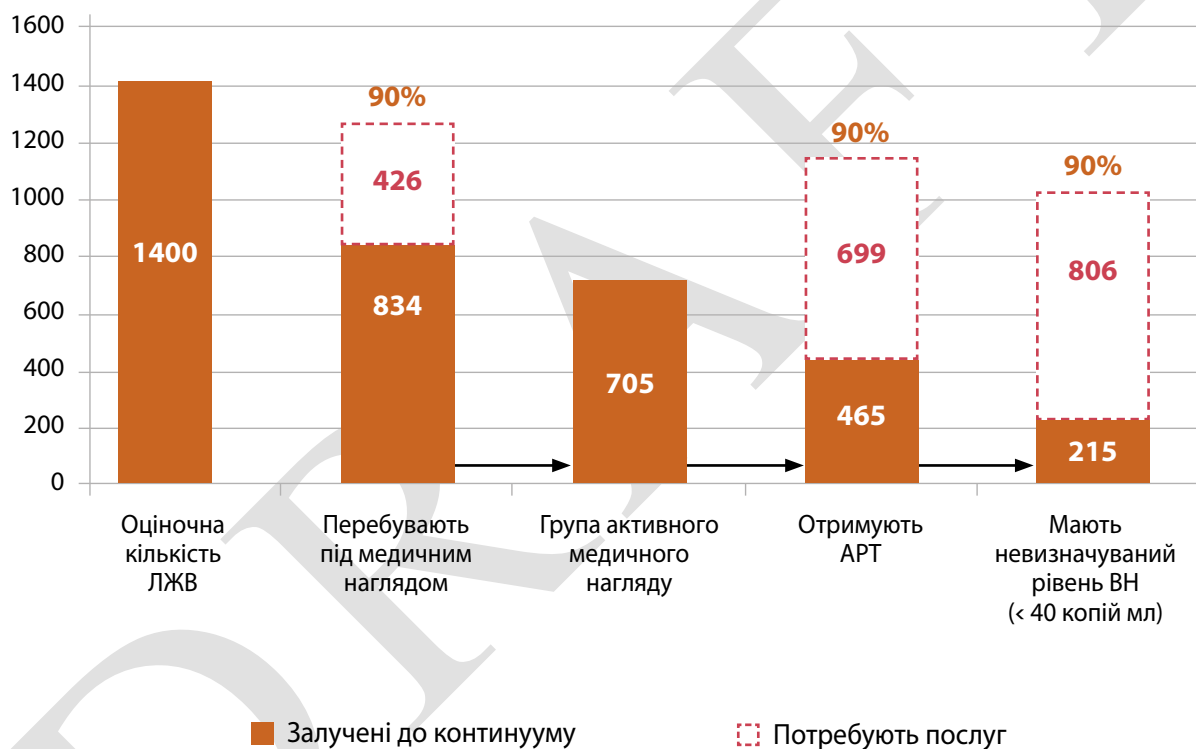


Рис. 1. Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. в Чернівецькій області.

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP, оціночна чисельність ЛЖВ, які проживають в Чернівецькій області, становить 1400 осіб.

Станом на 01.01.2017 р. під МН перебувало 834 особи зі встановленим ВІЛ-статусом, що становить 60% від оціночної кількості та є свідченням того, що 566 (1/3 від оціночної кількості ЛЖВ) пацієнтам з ВІЛ-позитивним результатом не відомо про їхній статус. Із 834 ЛЖВ активна диспансерна група становить 85% (705 осіб). Навіть знаючи про свій ВІЛ-позитивний статус, 15% пацієнтів не звертаються за медичною допомогою з приводу ВІЛ-інфекції (129 осіб із неактивної диспансерної групи). За умови досягнення першої цілі «90%», кількість людей, які перебувають під МН, мала б становити на початок 2017 р. 1260 осіб.

Станом на 01.01.2017 р. у Чернівецькій області загальна кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які отримують АРТ, становила 465 осіб та на шляху досягнення цілі «90 % ЛЖВ, які отримують АРТ» складає 66%. За умови досягнення рівня охоплення лікуванням 90% ЛЖВ від тих, хто перебуває під МН, АРТ на початок 2017 р. мала б отримувати 751 ВІЛ-інфікована особа.

За даними клініко-лабораторного моніторингу ефективності АРТ, станом на 01.01.2017 р. кількість осіб, які отримували АРТ 6 міс. та досягли невизначуваного рівня вірусного навантаження (ВН) (ВН < 40 РНК копій/мл) становила 215 ЛЖВ (15,35% від оціночної кількості). Зазначена кількість складає лише 21% від цільового показника.

В результаті проведеного каскадного аналізу встановлено, що для досягнення кінцевої мети необхідно збільшити кількість тестувань на ВІЛ населення області з ініціативи медичних працівників, покращити якість перед- та післятестового консультування, забезпечити мультидисциплінарний підхід (соціальний та медичний супровід осіб, які мають приймати або вже приймають АРТ) та якомога швидше призначати АРТ, особливо «наївним» пацієнтам.

Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track до 2020 р. необхідно виявити та взяти під МН ще 426 ЛЖВ.

465 ЛЖВ (33% від оціночної кількості ЛЖВ) – кількість осіб, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track до 2020 р. необхідно залучити до АРТ ще 699 ЛЖВ.

Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast Track необхідно, щоб до 2020 р. ще у 806 ЛЖВ, які отримують АРТ, рівень ВН був невизначуваним.

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

Аналіз заходів Програми за кожним із п'яти напрямів відбувався шляхом надання відповідей на кожне із п'яти ключових запитань, а саме: чи приводять здійснювані заходи до змін? чи охоплені потрібні люди? чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)? чи здійснюються ці заходи правильно? чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

4.3.1. Антиретровірусна терапія

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Результати оцінки Програми засвідчили, що за період з 2015 р. з обласного бюджету коштів на закупівлю АРВП для ВІЛ-інфікованих пацієнтів виділено не було. АРВП закуповувалися лише за кошти державного бюджету або за кошти ГФ. За кошти обласного бюджету закуповувалися лише препарати для профілактики та лікування ОІ в умовах денного стаціонару Центру СНІДу.

Одним із комплексних індикаторів оцінки успіху та ефективності реалізації заходів протидії епідемії ВІЛ-інфекції вважається показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Забезпечення АРТ для ВІЛ-інфікованих пацієнтів є одним із ключових факторів, які зменшують смертність, пов'язану з ВІЛ-інфекцією.

Зокрема, у 2013–2016 рр. формується тенденція до погіршення показників розподілу смертності серед ЛЖВ. У Чернівецькій області смертність серед людей, які приймають АРТ, в шість разів нижча, ніж серед тих, хто її не отримує (2013 р. – 15 осіб; 2014 р. – 19; 2015 р. – 13; 2016 – 18).

	2013 рік (12 міс)			2014 рік (12 міс)			2015 рік (12 міс)			2016 рік (12 міс)		
	абс. число	на 100 тис.	темپ приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %	абс. число	на 100 тис.	темп приросту, %
Чернівецька обл.	10	1,1	-16,7	16	1,8	23,1	13	1,4	-18,7	18	1,9	38,5
Україна	2 576	5,6	-11,7	3 288	7,3	-6,4	2 935	6,9	-10,7	3 249	7,6	10,7

Рис. 2. Смертність від СНІДу в Чернівецькій області.

Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які не отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році спостерігається на рівні 40%. Подібну ситуацію маємо серед жіночого та чоловічого населення, ЛВІН та хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

Станом на 01.01.2017 р., згідно проведеного аналізу первинної документації та звітних форм, у Чернівецькій області існує проблема пізньої діагностики ВІЛ-інфекції та пізні взяття під МН (близько 40%). Пізні звернення за медичною допомогою, особливо сільського населення, призводить до несвоєчасної діагностики, виставлення діагнозу та постановки під МН. Тому для таких пацієнтів характерним є «пізні» призначення АРТ, або вони помирають.

Основною причиною смерті ЛЖВ, які отримують АРТ, є ко-інфекція ВІЛ/ТБ. На сьогодні в регіоні ТБ став найпоширенішою ОІ при ВІЛ-інфекції та основною причиною розвитку СНІДу й смерті від СНІДу.

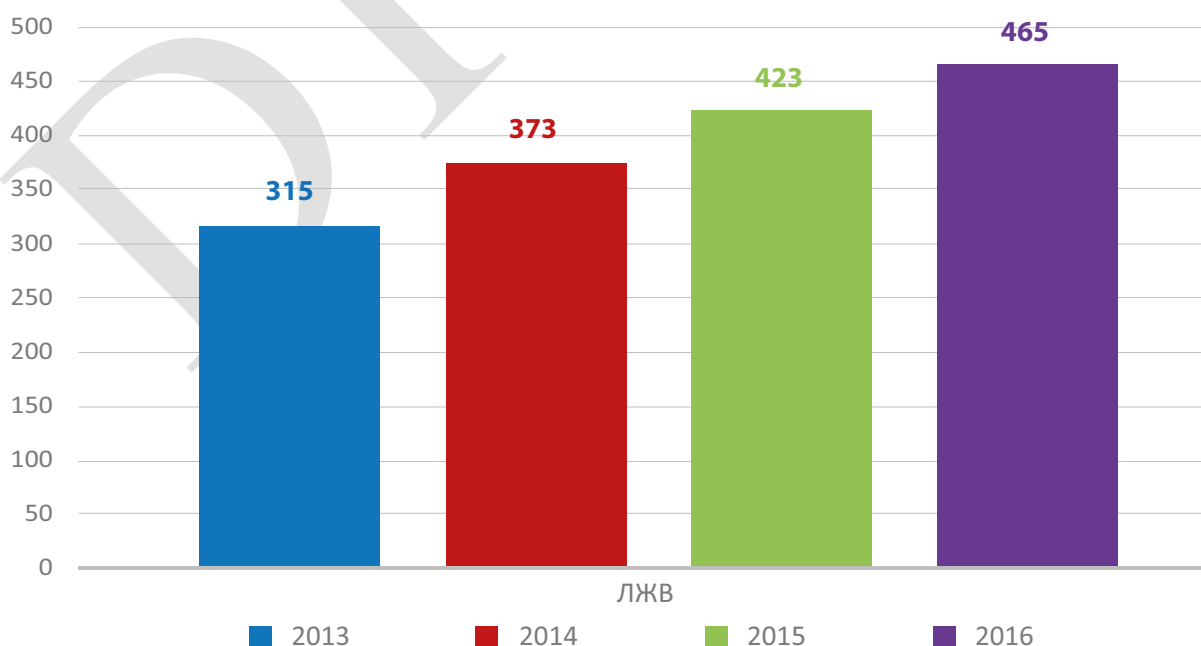


Рис. 3. Кількість пацієнтів на АРТ станом на 01.01.2017 р.

Чи охоплені потрібні люди?

Згідно із Наказом МОЗ України від 22.12.2015 №887 «Про затвердження змін до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків», ранній початок АРТ є клінічно доцільним та обґрунтованим. АРТ рекомендовано всім ВІЛ-інфікованим для зниження ризику прогресування захворювання та профілактики передачі ВІЛ, незалежно від кількості СД4. Основними пріоритетними клінічними показаннями до призначення АРТ є наявність будь-якого СНІД-індикаторного захворювання (IV клінічна стадія) або ВІЛ-асоційованого захворювання/стану та/або зменшення кількості СД4-лімфоцитів менше 500 клітин/мкл. Пацієнти з ТБ/ВІЛ, як правило, розпочинали АРТ через два тижні після початку протитуберкульозного лікування. В області відсоток утримання на АРТ хворих на ВІЛ/ТБ є низьким. Це можна пояснити тривалим прийомом великої кількості препаратів, наявністю побічної дії ліків, синдромом відновлення імунної системи (СВІС). Як правило, такі пацієнти розпочинають приймати АРТ у фтизіатричному закладі під час лікування інтенсивної фази туберкульозу, але коли вони залишають стаціонар, то припиняють прийом антиретровірусних препаратів з різних причин.

Доступ до АРТ для уразливих груп населення є достатнім і збільшується з кожним роком. З 2009 по 2016 рік охоплення АРВ-терапією зросло з 25% до 40% від осіб, взятих під МН. Доступ до АРТ серед ВІЛ-інфікованих ЛВІН покращується, проте це відбувається на тлі зростання темпів та обсягів її призначення: з 12% у 2009 р. до 52% у 2016 р. Зростання відсотка охоплення спостерігається серед чоловіків та жінок, а також серед ЛВІН загалом. Варто зазначити, що показник охоплення ЛВІН збільшився з 40,8% у 2015 р. до 60,5% у 2016 р. від тих, хто перебував під МН (станом на 01.01.2016 р. – 191 ЛВІН під МН, 78 ЛВІН на АРТ, станом на 01.01.2017 р. – 195 ЛВІН під МН, 118 ЛВІН на АРТ).

Незначною є частка споживачів опіатів, які охоплені послугами інтегрованої допомоги АРТ/ЗПТ. Абсолютна кількість таких пацієнтів – 21 ЛВІН/ВІЛ на ЗПТ, з них 17 на АРТ (2016 р.), 20 ЛВІН/ВІЛ на ЗПТ, з них 14 на АРТ (2015 р.). Оскільки на ЗПТ перебуває невелика кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН, то робити якісь статистичні висновки недоречно.

Станом на 01.01.2017 р. АРТ отримувало 465 ВІЛ-інфікованих пацієнтів, з них 93 – діти.

Активна диспансерна група не повною мірою залучається до послуг АРТ.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

АРТ надається згідно з Клінічним протоколом АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків, затвердженим Наказом МОЗ України від 12.07.2010 р. №551, та Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дітям, затвердженим Наказом МОЗ України від 24.02.2015 №92 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям». Станом на 01.01.2017 р. в області функціонує один сайт АРТ – на базі Центру СНІДу.

Незважаючи на те, що кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, зросла, залишається частка осіб, які потребували, але не отримували її з різних причин: асоціальна поведінка, вживання ін'єкційних наркотиків, відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРТ, недостатній рівень соціально-психологічного супроводу НУО, низька мотивація та недостатня поінформованість КГН щодо можливості отримання АРВ-терапії.

Результати Оцінки засвідчили потребу щодо покращення системи призначення та видачі АРТ в місцях позбавлення волі.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Охоплення осіб дослідженням щодо визначення абсолютної або відносної кількості CD4 становить 100%, що є вищим за загальноукраїнський показник.

Інформація щодо вірусологічної ефективності АРТ за 2016 рік: обстежено 260 осіб (всі, хто потребував); ВН <40 копій/мл – 215 осіб (89,6%); ВН >1000 копій/мл – 18 осіб (7,5%); ВН від 40–1000 копій/мл – 7 осіб (2,9%).

Проведений аналіз продемонстрував основні причини неотримання або відмови від лікування АРТ пацієнтами, а саме: відсутність у пацієнтів «віри» в ефективність лікування; відсутність прихильності до АРТ; щоденний прийом препаратів; побічна дія АРТ.

В області функціонує лише одна установа, яка надає послуги з догляду та підтримки ЛЖВ – Чернівецьке обласне відділення ВБО «Всеукраїнська мережа ЛЖВ», що виконує такі функції: консультації соціального працівника (оцінка потреб, інформаційне консультування, формування прихильності до АРТ та медичних послуг, скринінг на ТБ, оцінка прихильності до АРТ); індивідуальне представництво інтересів (доступ до медичних та соціальних послуг, оформлення/відновлення документів, (пере)оформлення групи інвалідності); патронаж соціального працівника (доставка АРТ, сприяння проходженню діагностики, допомога щодо підтримки лікувального режиму, взаємодія з фахівцями і пошук додаткових ресурсів) тощо.

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що заходи протидії ВІЛ-інфекції в області виконуються не в повному обсязі.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Фінансування заходів АРТ Програмою не передбачалося взагалі. На державному рівні необхідним є забезпечення своєчасної закупівлі АРВ-препаратів та виробів медичного призначення, необхідних для лабораторного моніторингу АРТ.

Діти та підлітки охоплені АРТ повністю. Дорослим терапія надається відповідно до показів та наявності препаратів в рамках встановленої квоти. Не було відмов щодо надання ПБТ та АРТ для вагітних. Вирішено питання про призначення АРТ під час активної фази стаціонарного лікування ТБ у пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

Станом на 01.01.2017 р. відсоток осіб, які отримують АРТ через 12 міс. після початку терапії, склав в області 70,83% (по Україні – 85,92%). Відсоток осіб, які вибули внаслідок смерті протягом 12 міс., становив 7,29% (по Україні – 6,46%), відсоток осіб, які перервали АРТ протягом 12 міс. – 21,88% (по Україні – 7,62%). Найбільше вибуття з АРТ спостерігалось протягом перших 12 міс. від початку лікування. Основними причинами вибуття була смерть внаслідок пізнього початку АРТ та низької прихильності до лікування (відмова від лікування). Надалі зростання цього показника суттєво уповільнювалося.

Для розширення функцій сайтів АРТ необхідною є відповідна підготовка та мотивація лікарів. Лабораторний моніторинг АРТ доступний для всіх пацієнтів. Призначення та видача АРТ в області здійснюється у повній відповідності з національними клінічними протоколами. Середня кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які обслуговуються одним інфекціоністом в Центрі СНІДу, складає близько 200 пацієнтів на одного лікаря, який здійснює МН (навантаження достатнє). Планування потреб щодо АРТ в Центрі СНІДу здійснює завідувач амбулаторно-поліклінічного відділення. Для відстеження прогресу в сфері надання послуг АРТ в закладі використовується програма STMA. Для збільшення охоплення АРВ-терапією необхідно більш інтенсивно залучати працівників мережі ЛЖВ для підвищення рівня прихильності пацієнтів.

За результатами проведеної Оцінки станом на початок 2017 р. встановлено, що модель надання послуг АРТ в Чернівецькій області не відповідає стратегії Fast Track. Існують проблеми з відмовою ВІЛ-інфікованих клієнтів програм ЗПТ від призначення та прийому АРВ-препаратів. Центр СНІДу не спроможний забезпечити повний спектр лабораторних обстежень для лабораторного моніторингу АРТ власної диспансерної групи. Також в області не забезпечено контрольоване лікування АРТ у пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

4.3.2. Послуги з тестування на ВІЛ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Для своєчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання послуги з КіТ на ВІЛ надаються в області на базі ЗОЗ, мобільної амбулаторії БФ «Нова сім'я». За даними СЕМ, з 2009 по 2013 рік щороку виявлялося близько 100 ВІЛ-позитивних осіб (7% від оціночної кількості ЛЖВ), з 2014 р. ситуація змінилася у бік зменшення частки виявлених ВІЛ-позитивних, що становило у 2016 р. близько 5% від оціночної кількості. У 2016 році кількість дотестових консультувань збільшилася на 10% у порівнянні з 2014 р. Серед загальної кількості тестувань на ВІЛ збільшилася питома вага охоплення тестуванням на ВІЛ за допомогою ШТ – з 3,7% у 2013 р. до 5,7 % у 2016 р. В області ПТВ доступні для будь-якої групи населення, проте група ЧСЧ залишається охопленою не в повній мірі. Серед засуджених, які перебували у місцях позбавлення волі, зменшився відсоток охоплення тестуванням на ВІЛ з 59% у 2014 р. до 19,9% у 2016 р. За період з 2013 по 2016 рік обсяги обстежень ЛВІН на базі НУО зросли більш ніж удвічі – з 938 у 2009 р. до 2231 у 2016. В області спостерігається зростання кількості ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ – з 24,76% у 2013 р. до 41,4% у 2016 р. Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з парентеральним шляхом передачі, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ, залишається на сталому рівні (21 особа у 2013 р., 32 – у 2014 р., 36 – у 2015 р., 29 – у 2016 р.).

За даними каскадного аналізу, результатом надання ПТВ стало залучення до МН 60% ЛЖВ у віці 15+ від їх оціночної кількості, що недостатньо для досягнення перших 90% стратегії Fast Track.

Якість ПТВ серед ПКС та ЧСЧ неможливо оцінити через незначну кількість реєстрації позитивних осіб саме серед цих груп населення. Для підвищення достовірності даних СЕМ та РЕН необхідно забезпечити тісну взаємодію з НУО, які працюють з даною групою, задля залучення їх до медичних ВІЛ-послуг. Рівень доступу до тестування ГПР особливо за кодом 105.2 (ПКС), в Чернівецькій області є надзвичайно низьким. У Центрі СНІДу в 2015 р. лише три особи отримали ПТВ, у 2016 р. – 0, у 2017 р. – одна особа. У 2015 році була виявлена одна ВІЛ-позитивна особа серед ПКС.

Дискримінація по відношенню до ЛЖВ/КГН має негативний вплив на ефективність та якість ПТВ. Дискримінація ЛЖВ/КГН призведе до того, що такі особи будуть уникати медичного обслуговування, не будуть приймати АРТ, відповідно будуть нести загрозу щодо ВІЛ-інфікування при статевих контактах і в результаті використання ін'єкційних наркотиків.



Рис. 4. Кількість позитивних результатів СЕМ та зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції у Чернівецькій області за період 2005–2016 рр.

Збільшення кількості тестувань на ВІЛ тісно пов'язано зі збільшенням диспансерної групи. Раннє виявлення ВІЛ-інфікованих забезпечуєчасне призначення АРТ.

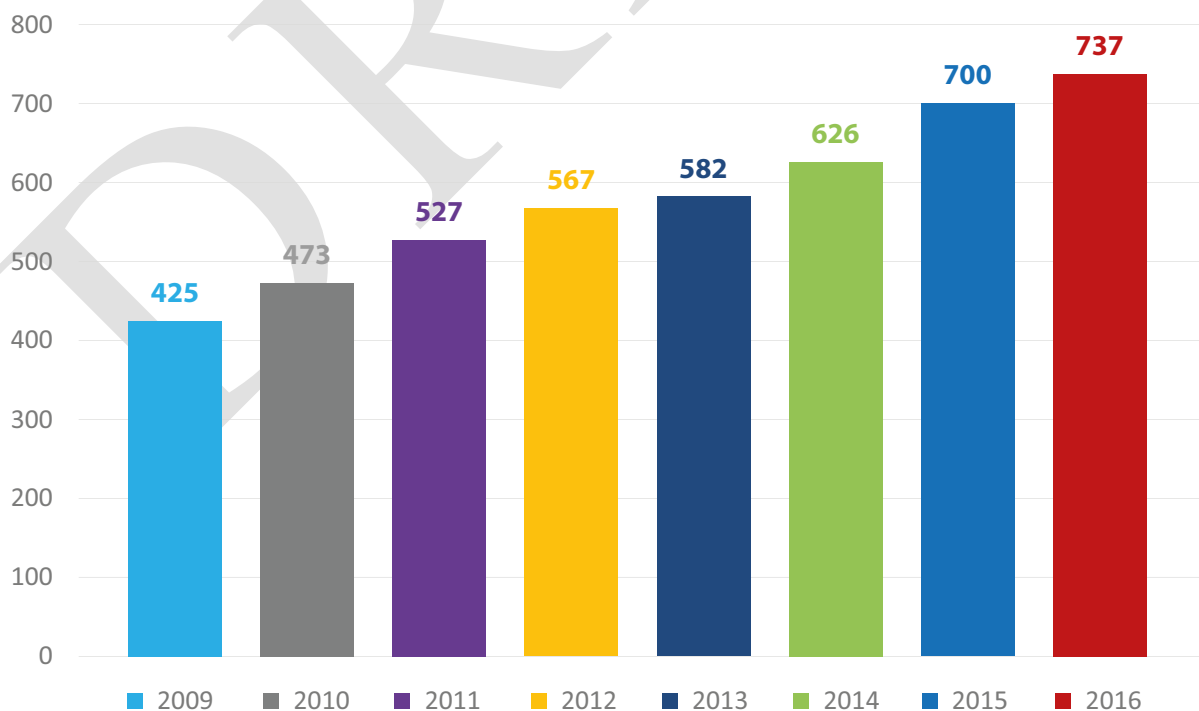


Рис. 5. Кількість ЛЖВ (15+), які перебували під МН на кінець звітного року, 2009–2016 рр.

Таким чином, існуюча система ПТВ в ЗОЗ Чернівецької області наразі не забезпечує своєчасного виявлення та залучення до медичних послуг ЛЖВ.

Чи охоплені потрібні люди?

ГПР є ключовими в епідемії ВІЛ-інфекції. Відповідно, надання ПТВ для представників груп є пріоритетним.

За даними СЕМ, в області щороку обстежується близько 60 000 осіб, що становить 6,5% населення області. У структурі обстежених найбільшу частку становлять донори та вагітні. Загалом за період реалізації Програми, протягом 2015–2016 рр., в області обстежено на ВІЛ 119 892 особи.

Відсоток обстежених на ВІЛ-інфекцію із ГПР за кодами 101.2; 102; 103; 104 та 105.2 від загальної кількості обстежених та виявлених ВІЛ-позитивних осіб в 2016 р. становив 11,6 % (кількість обстежених осіб – 36 820 осіб, з них кількість обстежених із ГПР – 4281 особа).

Згідно з результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, серед ЛВІН охоплення ПТВ знизилося з 67,2% у 2013 р. до 53,3% у 2015 р.; серед ЧСЧ – з 43,3 % до 35,3 % відповідно. Також відсутня позитивна динаміка охоплення ПТВ серед засуджених і ув'язнених. Водночас серед ПКС охоплення значно зросло – з 48% у 2013 р. до 89,3 % у 2015 р. Частка позитивних результатів ЛВІН серед всіх позитивних результатів коливалася в межах 6%–16% (2013–2016 рр.).

Серед ПКС та ЧСЧ реєструються одиничні випадки позитивних результатів. Тестування ПКС здійснюється лише завдяки одній НУО (БФ «Нова сім'я»). У 2015 році ПТВ отримала в НУО 441 особа (ШТ), у 2016 р. – 350 осіб (ШТ), у 2017 р. – 291 особа (ШТ). Це свідчить про те, що щороку тестується приблизно однакова кількість ПКС, а рівень виявлення ВІЛ-позитивних осіб є низьким. Причиною цього є проведення якісних заходів профілактики, а також відсутність доступу до нових представників ПКС.

Частка ВІЛ-позитивних засуджених та ув'язнених протягом 2009–2016 рр. коливалася у межах 2,5%–12%, що свідчить про позитивну тенденцію.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Станом на 01.01.2017 р. обсяг ПТВ, що надаються у закладах охорони здоров'я області для КГН та інших груп населення, є низьким, оскільки відповідні послуги можна отримати тільки в центральних районних лікарнях (ЦРЛ) та ЗОЗ обласного підпорядкування. В центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), сільських амбулаторіях, ФАП ПТВ не надаються. У селищах міського типу та селах такі послуги є недоступними для населення. За даними електронного інструменту e-TV Manager, відсоток хворих на ТБ, охоплених КіТ, станом на 01.01.2017 р. становив 95%, що свідчить про високий рівень доступу до цих послуг в протитуберкульозній службі.

В той же час досить незначною є питома вага консультувань, наданих у 2016 р. закладами наркологічної та дерматовенерологічної служб, від загальної кількості проведених консультувань.

В області працюють чотири громадські організації (БФ «Нова Сім'я», обласне відділення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ», ГО «Люди Буковини», БФ «Життя заради життя»), діяльність яких спрямована на протидію поширенню ВІЛ-інфекції серед ГПР щодо інфікування ВІЛ. Ці організації реалізують свою діяльність лише в містах Чернівці та Сторожинець. Тобто ПТВ отримують переважно мешканці обласного центру та навколишніх сіл. Для підвищення доступності та адекватності ПТВ НУО необхідно забезпечити їх діяльність в районних центрах області (принаймні у тих, де рівні захворюваності та поширеності ВІЛ є вищими за обласні показники).

Зважаючи на вищезазначене, можна зробити висновок, що наявна кількість ЗОЗ є достатньою для надання ПТВ в області. Разом з тим, кількість фахівців ЗОЗ, які залучені до надання ПТВ на ВІЛ, та кількість НУО недостатня. Послуги з ПТВ, що надають НУО, є достатніми в обласному центрі та недостатніми у районах області.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Заходи з ПТВ в області не виконуються правильно та не повною мірою є інтегрованими і синергичними з іншими медичними послугами. Зокрема, динаміка у співвідношенні кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під МН, з 2009 по 2016 рік коливалася в межах 64%–76%. Гарні показники взяття під МН значною мірою забезпечуються за рахунок залучення до медичного обслуговування осіб, яким ВІЛ-позитивний статус було встановлено у минулих роках та які звернулися до лікаря у зв'язку з погіршенням клінічного стану.

До надання ПТВ в області залучені НУО. Переважно саме вони забезпечують цими послугами представників ГПР щодо інфікування ВІЛ. Крім того, використовується мобільна амбулаторія, до роботи якої долучаються медичні працівники Центру СНІДу.

Система супервізії надання послуг ПТВ в області відсутня. Існує система переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до ЗОЗ для залучення до медичних послуг.

В ЗОЗ Чернівецької області розроблено накази про визначення відповідальних осіб щодо надання ПТВ. Система супервізії здійснюється, відповідно до Наказу МОЗ України від 19.08.2005 №415 «Про удосконалення добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію», під час виїздів у райони. В області не залучені до ПТВ на ВІЛ ЦПМСД.

Для подальшого розширення ПТВ на ВІЛ в області необхідно впроваджувати ці послуги в роботу сімейних лікарів ЦПМСД.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Охоплення ВІЛ-позитивних осіб медичним обліком від кількості виявлених за даними СЕМ в Чернівецькій області нижче середнього по Україні і в 2016 р. складало 66,4%. В області ПТВ надають медичні працівники, психологи, соціальні працівники НУО. Затрати робочого часу на надання послуги ПТВ на ВІЛ з ініціативи медичного працівника на амбулаторному прийомі в ЦРЛ при негативному результаті тесту на ВІЛ складає близько 30 хв., що перевищує вдвічі існуючий норматив затрат робочого часу на обслуговування одного пацієнта (згідно внутрішнього наказу Центру СНІДу, затвердженого головним лікарем). Кількість підготовлених фахівців в ЦРЛ є недостатньою для надання ПТВ. Для забезпечення відповідності людських ресурсів потребам щодо ПТВ необхідно провести підготовку відповідних фахівців.

В області розроблено схему взаємодії ЗОЗ щодо проведення післятестового консультування та взяття на облік осіб з позитивним результатом обстеження на ВІЛ.

Аналіз стану надання ПТВ в області показує, що в ЗОЗ незадовільно проводиться передтестове консультування з метою допомоги пацієнту оцінити персональні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ.

Випадків відсутності тест-систем для підтвердження позитивних результатів в області не було. Використовуються тест-системи, закуплені за кошти державного бюджету, та тест-системи виробників, які перемагають у тендерах.

Система відстеження прогресу в сфері надання ПТВ побудована на відстеженні статистичних форм №1 «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за квартал» та №2 «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) за рік», форми №3 «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію». Існує потреба щодо відміни форми №3, оскільки, як показує проведена Оцінка, інформація у формі є малоінформативною, а відсутність оргтехніки в кабінетах «Довіра» міських поліклінік та ЦРЛ не дозволяє правильно формувати даний звіт в електронному вигляді. Для відстеження надання ПТВ в області використовуються електронні інструменти, зокрема інструмент для збору та узагальнення даних, необхідних для складання форми №3, та інструмент, який використовується для складання Таблиці 1000 «Результати сероепідеміологічного моніторингу поширення ВІЛ, що отримані при проведенні досліджень методами серологічної діагностики ВІЛ-інфекції» форм №1 ВІЛ/СНІД та №2 ВІЛ/СНІД.

На національному рівні необхідно забезпечити регулярні централізовані поставки тест-систем для діагностики ВІЛ у вагітних та донорів.

За результатами проведеної Оцінки встановлено, що заходи із впровадження ПТВ в області не є релевантними до епідеміологічного контексту. Дискримінація по відношенню до ЛЖВ/КГН має негативний вплив на ефективність та якість ПТВ. На сьогодні в області відсутня система супервізії цієї послуги. В умовах реформування в Чернівецькій області не залучені до надання даної послуги ЦПМСД. Також існує потреба змінити або відмінити форму №3 у зв'язку з питаннями щодо її достовірності.

4.3.3. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

ЛВІН все ще залишаються групою, яка має найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції, що підтверджується як даними офіційної статистики, так і даними досліджень. Послуги ЛВІН надаються як ЗОЗ, так і НУО.

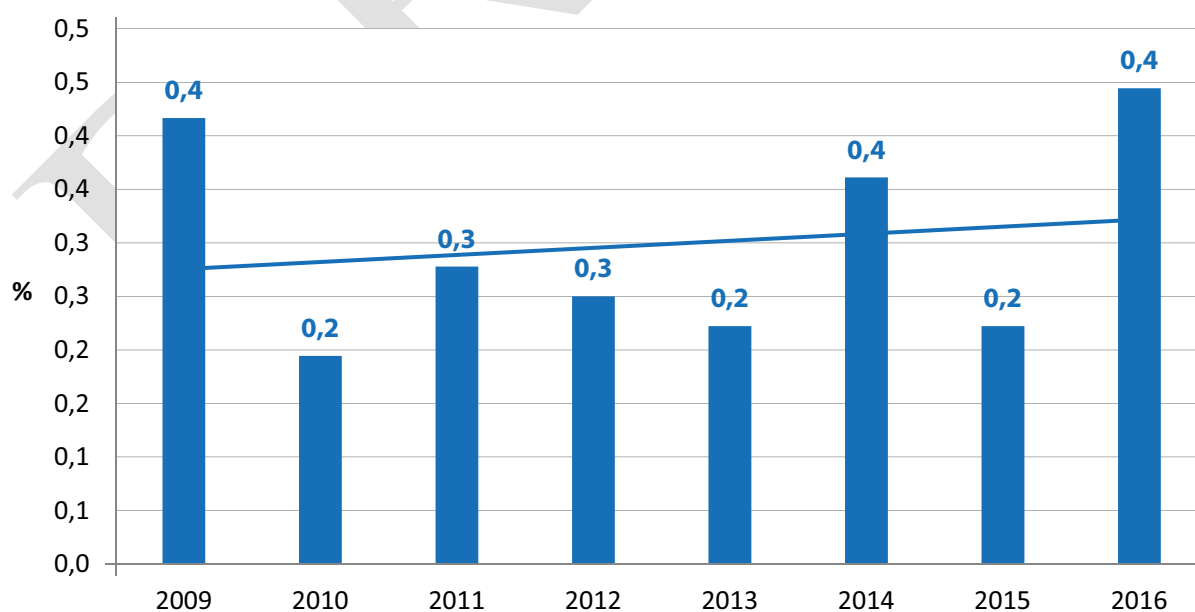


Рис. 6. Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році.

Згідно біоповедінкових досліджень, проведених у 2011, 2013 та 2015 рр., поширеність ВІЛ серед ЛВІН коливається в межах 3,7%–16,2%.

Протягом 2009–2016 рр. рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, за даними СЕМ, коливався у межах 1,8%–0,5% (кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН у 2009–2016 рр. – 7–16 осіб у рік). Частка вперше виявлених ВІЛ-позитивних ЛВІН серед їх оціночної кількості становила 0,2%–0,4%. Протягом останніх трьох років цей показник не перевищував 0,4%. При цьому зростання інфікованості ЛВІН не спостерігалось. Протягом останніх чотирьох років цей показник коливався в межах 0,04%–0,52 %. Водночас інфікованість ЛВІН, за даними СЕМ, зменшилася з 1,8 % у 2009 р. до 0,5% у 2016 р. За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ серед ЛВІН з 2011 по 2015 рік зросла з 3,7% до 16,2 %. Це свідчить про те, що або НУО обстежують одних і тих самих осіб, відповідно доступу до нових немає, або в біоповедінкових дослідженнях беруть участь ВІЛ-інфіковані ЛВІН, оскільки це не суперечить умовам дослідження.

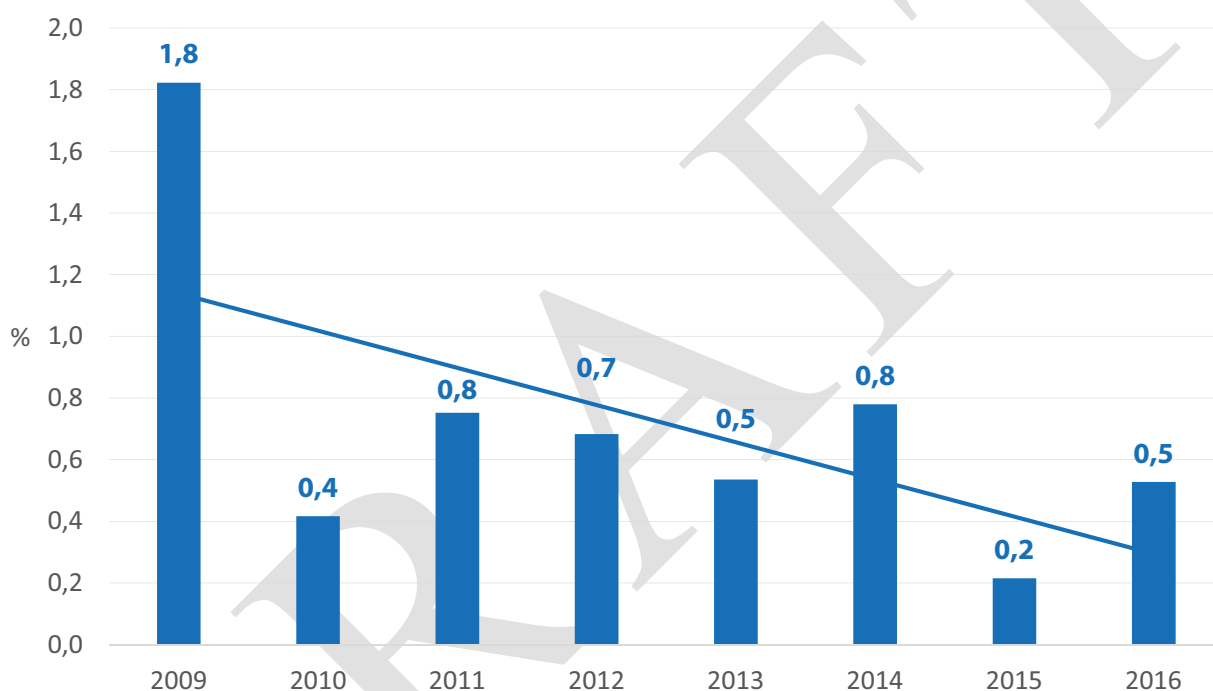


Рис. 7. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (СЕМ).

Чи охоплені потрібні люди?

Охоплення ЛВІН профілактичними послугами в м. Чернівці можна вважати достатньо якісним, оскільки при досить високому його рівні відбувається позитивна динаміка в знаннях та поведінці ЛВІН (більше 60%).

ЛВІН у Чернівецькій області мають доступ до профілактичних послуг та використовують їх. За результатами біоповедінкових досліджень, з 2011 по 2015 рік частка ЛВІН, які користувалися презервативом під час останнього сексуального контакту, знизилася з 59% до 32,3%, хоча цей показник може знижуватися через «старіння» популяції та наявність постійних партнерів, з якими презерватив не використовують.

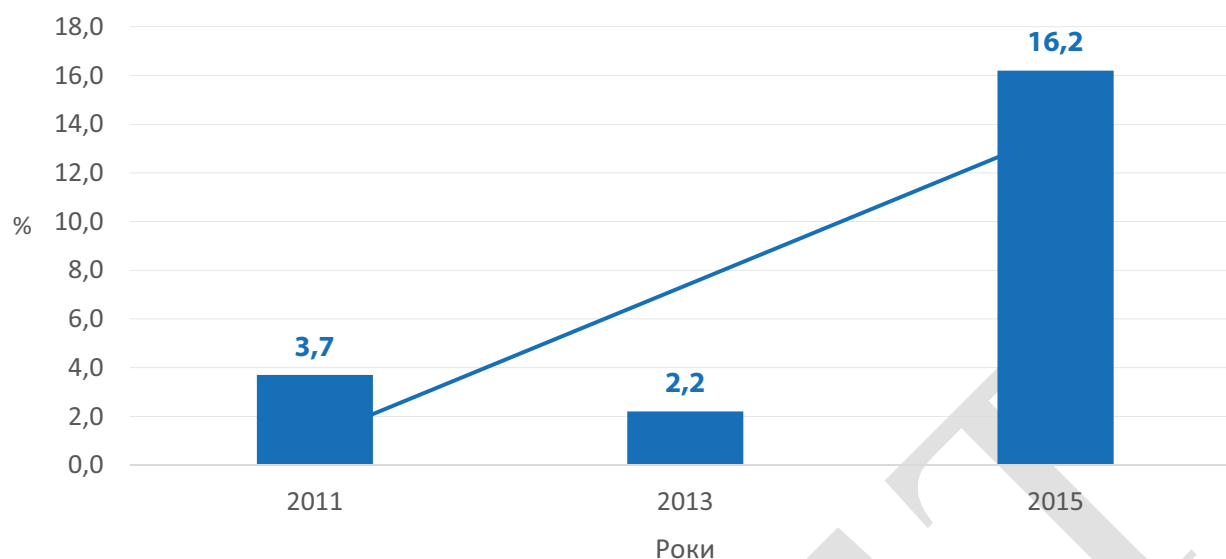


Рис. 8. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (за даними біоповедінкових досліджень).

Впроваджувані в області заходи вплинули на зниження захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН та парентерального шляху інфікування, але показник поширеності ВІЛ серед ЛВІН залишається високим.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Обсяги профілактичних заходів в районах Чернівецької області не є достатніми для впливу на епідемічну ситуацію з ВІЛ, що можна пояснити відсутністю НУО в районних центрах.

Спостерігається позитивна динаміка в охопленні ЛВІН профілактичними програмами. Так, за період 2013–2016 рр. їх частка зросла з 2561 до 3091 особи (оціночна кількість 3600 осіб). Охоплення ЛВІН ЗПТ залишається на сталому рівні і коливається у межах 1,49%–1,72%, проте частка осіб, залучених до програми ЗПТ, є надзвичайно низькою у порівнянні з оціночною кількістю ЛВІН.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги для ЛВІН є недостатньо децентралізованими. В області працює лише одна НУО (БФ «Нова сім'я»), яка надає профілактичні послуги для цієї категорії населення. З 2016 року запрацював мобільний пункт надання профілактичних послуг, що дозволило збільшити покриття послугами, проте їх обсяги залишаються незначними. Партнери ЛВІН не охоплені профілактичними послугами.

Профілактичні послуги з обміну шприців, консультування та доступу до презервативів для ЛВІН добре представлені у межах обласного центру, однак інші райони області забезпечені такими послугами лише частково. Працюють механізми переадресації ВІЛ-позитивних ЛВІН, виявлених під час здійснення профілактичної діяльності, до ЗОЗ області.

За даними МБФ «Альянс громадського здоров'я», за 2013 рік було охоплено профілактичними програмами 2561 ЛВІН, що складає 71% від їх оціночної кількості, у 2014 р. – 3144

(87,3% від оціночної кількості), у 2015 р. – 3086 (85,7% від оціночної кількості), у 2016 р. – 3398 (94,4% від оціночної кількості). Профілактичні програми для ЛВІН реалізуються в області лише за рахунок гранту ГФ через організації-субгрантери.

Відтак можна зробити висновок, що профілактичні заходи для ЛВІН виконуються правильно, але не у достатній кількості в районах області.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Охоплення профілактичними програмами перевищує 70% оціночної кількості ЛВІН. Програми з обміну шприців впроваджено лише в обласному центрі та деяких районних центрах, куди виїжджає мобільна амбулаторія. Відсутня політика щодо профілактики ВІЛ серед ЛВІН у ЗОЗ, ресурси обласного бюджету не використовуються для проведення профілактичних заходів, наявні людські ресурси не можуть бути використані для розширення профілактичних програм, а доступ представників цільової групи до засобів індивідуального захисту, стерильного інструментарію та профілактичних матеріалів у межах області не є достатнім та всеохоплюючим, оскільки НУО працюють лише в межах обласного центру і рідко виїжджають в деякі райони.

Інтервенції, які впроваджуються для профілактики ВІЛ серед ЛВІН, відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області. Програму з обміну шприців впроваджено лише в обласному центрі та деяких районах. Аутріч-робота проводилася лише в Центрі СНІДу та на маршрутах мобільного консультативного пункту. Профілактичними послугами охоплені всі тюремні заклади області.

Медична допомога ЛВІН в області надається на підставі національних та локальних клінічних протоколів. Протоколи щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН відсутні.

Кошти обласного бюджету для профілактики ВІЛ серед ЛВІН в Програмі 2015–2018 рр. не передбачено.

Наявні людські ресурси відповідають потребі якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЛВІН.

У районних центрах Чернівецької області система забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН є недосконалою, оскільки надання послуг здійснюється в основному в м. Чернівці.

Профілактичні програми, які реалізуються в області, мають позитивний вплив на захворюваність ВІЛ серед ЛВІН, хоча незначна частка споживачів опіатів охоплена послугами інтегрованої допомоги АРТ та ЗПТ. У 2016 році 17 ЛВІН із 21 ЛВІН/ВІЛ перебували на АРТ, у 2015 р. – 14 ЛВІН на АРТ із 20 ЛВІН/ВІЛ.

Висновки

1. Для ЛВІН надаються всі необхідні їм профілактичні послуги в достатніх обсягах переважно у межах м. Чернівці.
2. Послуги для ЛВІН є недостатньо децентралізованими.
3. Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ здійснюється за рахунок коштів ГФ. Водночас відсутнє фінансування цих заходів за кошти обласного та місцевих бюджетів.

4.3.4. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Аналізуючи епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції серед ПКС, можна зробити висновок, що завдяки вчасно впровадженним профілактичним програмам в цій категорії населення вдалося запобігти поширенню вірусу та утримувати захворюваність на поодиноких випадках. За період з 2009 по 2016 рік, за даними сероепідмоніторингу та програмного моніторингу, щороку інфікувалася одна ПКС. Поширеність ВІЛ в даній категорії населення, за даними біоповедінкових досліджень, не перевищує 2,0 %.

Чи охоплені потрібні люди?

Послуги ПКС надаються як ЗОЗ, так і мережею НУО, які реалізують свою діяльність в області. Результати епіднагляду другого покоління, який проводиться протягом останніх років, свідчать про те, що поширеність ВІЛ у групі ПКС має низькі показники (2011 р. – 2,0%, 2013 р. – 0%, 2015 р. – 1,5%). Здійснення профілактичних програм серед представників цієї групи потребує корекції, оскільки, попри зростання охоплення, погіршуються показники знань та поведінки.

Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від протестованих у НУО також незначний і становив 0,2% у 2014 р. та 0,3% у 2016 р. Представники цієї групи мають доступ до послуг з профілактики ВІЛ. Так, протягом 2015–2016 рр. спостерігалася тенденція до зростання обсягів охоплення ПКС тестуванням на ВІЛ. Частка протестованих коливається від 47,2% до 89,3%. В області існує негативна динаміка частки ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається: показник досить низький і коливається у межах 28,9%–54%.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Заходи з профілактики ВІЛ серед ПКС здійснюються в достатньому обсязі. Незважаючи на зростання охоплення профілактичними послугами, погіршується наповнення цих послуг.

Профілактичні програми для ПКС, які впроваджуються в області, характеризуються сталою кількістю охоплених клієнтів (2013 р. – 534, 2014 р. – 902, 2015 р. – 896 осіб). За 2011–2015 рр. частка ПКС, охоплених профілактичними програмами, знаходиться на високому рівні (90%).

В області лише БФ «Нова сім'я» проводить роздачу презервативів та надає послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС на восьми точках.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Профілактичними програмами охоплені насамперед клієнти НУО. Так, якщо серед клієнтів НУО 90% охоплені профілактичними програмами, то серед осіб, які не є її клієнтами – менше 30%. Профілактичні програми, з точки зору масштабу, рівня залученості представників цільової групи, ефективні серед, власне, клієнтів НУО та істотно менш ефективні серед ПКС, які не є її клієнтами.

Вважається, що ПКС мешкають лише в обласному центрі, тому децентралізація профілактичних послуг для цієї категорії населення не є актуальною. Склад пакету послуг, які надаються представникам цієї групи, відповідає кращим міжнародним практикам та орієнтований саме на ПКС.

Послуги для ПКС є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами лише в обласному центрі. Значна частина ПКС піклується про стан свого здоров'я, достатньо обізнана щодо ІПСШ та регулярно відвідує лікарів (найчастіше гінеколога та дерматовенеролога).

Профілактичні послуги для ПКС в області надаються лише однією НУО.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Медичні послуги ПКС в області надаються ЗОЗ служби СНІДу та шкірно-венерологічним диспансером. Інші ЗОЗ області надто фрагментарно задіяні в наданні медичних послуг цій групі населення, що створює бар'єри та ускладнює мобілізацію всього потенціалу сектора охорони здоров'я для надання всебічних послуг пацієнтам, які ризикують заразитися чи живуть з ВІЛ.

Для ПКС надаються всі необхідні їм профілактичні послуги в достатніх обсягах.

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

У попередній та чинній програмах не передбачено кошти обласного бюджету на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС.

Всі витратні та інформаційні матеріали надаються на базі БФ «Нова Сім'я». Ресурсів організації достатньо для охоплення послугами всіх, хто їх потребує.

Висновки

1. Для ПКС надаються всі необхідні їм профілактичні послуги в достатніх обсягах.
2. Здійснення профілактичних послуг серед ПКС проводиться лише за рахунок коштів ГФ, що створює ризики даної роботи у разі припинення фінансування.
3. Ресурсів БФ «Нова Сім'я» достатньо для охоплення послугами з профілактики ВІЛ всіх ПКС, які їх потребують.

Станом на початок 2017 р. профілактичні послуги для ПКС надаються в достатньому обсязі. Однак їх фінансування здійснюється лише за рахунок коштів ГФ. В області діє лише одна НУО – БФ «Нова сім'я», діяльність якої спрямована на охоплення послугами з профілактики ВІЛ серед ПКС.

Протягом 2009–2015 рр. в області спостерігається низький рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ПКС – на рівні 1,5%–2,0%, про що свідчать результати інтегрованих біоповедінкових досліджень. Відсоток ПКС, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зріс з 93,2% у 2011 р. до 99,2% у 2015 р.

4.3.5. Профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Наявні статистичні дані, біоповедінкові дослідження та дані математичного моделювання дозволяють зробити висновок, що нам переважно невідомо, як та в яких масштабах поширюється ВІЛ-інфекція в середовищі ЧСЧ. Згідно з наявною статистичною інформацією, поодинокі випадки захворюваності в цій категорії населення почали реєструватися лише з 2013 р. Поширеність ВІЛ в даній категорії населення, за даними біоповедінкових досліджень, збільшилася з 2,6 % у 2011 р. до 6,9 % у 2015 р. Факторами ризику інфікування ВІЛ та передачі від ЧСЧ до загального населення є недостатній рівень користування презервативами і часте практикування бісексуальних стосунків. Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп.

Чи охоплені потрібні люди?

На жаль, не можна стверджувати, що охоплення профілактичними послугами ЧСЧ приводить до позитивних змін у знаннях і поведінці.

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень дають змогу оцінити доступ до послуг та рівень їх використання ЧСЧ. Так, в області відзначається зростання кількості ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами: у період 2011–2015 рр. – з 23,8% до 38,2% з наступним різким зменшенням у 2015 р. до 26,3% від оціночної кількості. Охоплення представників цієї групи тестуванням на ВІЛ є незначним – 53,6 % у 2015 р. Із 69,0% у 2011 р. до 89,0% у 2015 р. зросла частка ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком. Також з 56,0% у 2011 р. до 69,0% у 2015 р. збільшився відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Обсяги профілактичних заходів, які здійснюються серед ЧСЧ, є вкрай недостатніми. Обсяги профілактичних послуг, які надаються для цієї групи, щороку зростають, проте вони вкрай низькі для того, щоб здійснити вплив на епідситуацію в цій категорії населення. Показник охоплення зріс з 23,8% у 2011 р. до 26,3% у 2016 р.

ЧСЧ мають змогу отримувати безкоштовно презервативи лише на базі чотирьох пунктів видачі: одного стаціонарного та трьох аутріч.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Заходи щодо профілактики ВІЛ серед ЧСЧ наразі здійснюються згідно стандартів лише в м. Чернівці.

Послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ орієнтовані на дану групу населення, проте вони не є децентралізованими та надаються лише на базі ГО «Люди Буковини» у межах обласного центру.

Через закритість цієї групи послуги, які їм надаються, не є інтегрованими та синергічними з іншими ВІЛ-послугами. Для цієї категорії населення доступна лише переадресація

ВІЛ-позитивних осіб до ОКУ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», КМУ «Чернівецький обласний шкірно-венерологічний диспансер», КМУ «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер».

Профілактичні послуги для ЧСЧ в області надаються лише однією НУО. Інші заклади, окрім ОКУ «Чернівецький обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом», до надання послуг не залучені. НУО, яка здійснює профілактичну роботу з ЧСЧ, була залучена до розробки обласної програми та є її основним виконавцем.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Наразі профілактичні заходи для ЧСЧ орієнтовані на дану групу населення, проте вони не є децентралізованими і надаються лише на базі однієї НУО у межах обласного центру.

У контексті інтеграції та синергичності ВІЛ-послуг для цієї категорії населення доступна лише переадресація ВІЛ-позитивних осіб до Центру СНІДу.

Висновки

1. У районних центрах Чернівецької області послуги для ЧСЧ не надаються. При зверненні за медичною допомогою або за власним бажанням в ЗОЗ надаються послуги з КіТ для ЧСЧ так само, як і для загального населення.
2. Фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ за кошти обласних бюджетів не передбачено.
3. Через відсутність НУО, яка реалізує програми підтримки ЧСЧ на рівні області, ЧСЧ не забезпечуються презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ.

5 ВИСНОВКИ

Чернівецька область належить до регіонів з низьким рівнем захворюваності на ВІЛ-інфекцію та смертності від захворювань, зумовлених СНІДом. Проте певні статистичні показники свідчать про те, що в області епідемію ВІЛ-інфекції не подолано. Щороку реєструється приблизно однакова кількість осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції.

Діюча в Чернівецькій області Програма за період 2015–2016 рр. позитивно вплинула на тенденції індикаторів впливу: реєструється подальше зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію, поширеності та смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Разом з тим, варто відзначити наявність доступних послуг з діагностики ВІЛ-інфекції, доступу до лікування та профілактики ВІЛ, у тому числі серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ.

Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН до загального населення і є провісником ускладнення епідемічної ситуації щодо ВІЛ-інфекції внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевих шляхів передачі збудника. У віковій структурі ВІЛ-інфікованих спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років, а також зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів. Охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН в області залишається на недостатньому рівні.

Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу.

З кожним роком зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ, але при цьому більше третини людей, які живуть з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус, майже 800 осіб, які живуть з ВІЛ, і надалі не мають доступу до АРТ, а значна частка тих, кому призначена АРВ-терапія, стикаються з економічними труднощами, стигматизацією і дискримінацією, шкідливими упередженнями і внаслідок цього не починають лікування своєчасно. Спостерігається погіршення показників, що характеризують смертність серед ЛЖВ, у тому числі серед тих, хто отримував АРТ.

Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які перебувають під МН, охоплені АРТ. Щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ, проте зростає також частка осіб, які потребують, але не отримують її. Частка ЛЖВ, які знаходилися на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували та не отримували АРТ, зросла. Погіршується показник утримання на терапії, зменшуються обсяги надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ, які проживають поза межами обласного центру. Для досягнення цілей стратегії Fast Track залишилися не виявленими та не взятими під МН ще 426 ЛЖВ, 699 – не залучені до послуг АРТ, 806 ЛЖВ, які охоплені послугою АРТ, повинні мати невизначуваний рівень ВН.

Реалізація заходів Програми сприяла зниженню рівня захворюваності та смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ.

За результатами проведеної Оцінки виокремлено сильні та слабкі сторони Програми.

До сильних сторін можна віднести наступні:

1. Доступ до АРТ в області покращується кожного року. З 2009 по 2016 рік охоплення терапією зросло з 25% до 40% від оціночної кількості ЛЖВ.
2. Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ охоплені АРТ повністю.
3. Щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ.
4. В області досягнуто прогресу в здійсненні програм зниження ризику і шкоди для здоров'я від вживання наркотиків, а також масштабів АРТ та ЗПТ для ЛВІН.
5. Охоплення ЛВІН профілактичними послугами в області залишається на досить високому рівні. Проте показники знань та поведінки залишають бажати кращого.
6. Розширюється доступ ЧСЧ до профілактичних послуг, послуг з ПТВ та АРТ. Проте їх обсяги незначні та не спроможні здійснити вплив на епідситуацію.
7. Засідання обласної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу проводяться щоквартально, заслуховується виконання попередніх рішень Ради.
8. У Чернівецькій області впроваджено та застосовується інноваційне адміністрування – електронні звіти, інструменти, Microsoft Office Excel, впроваджується електронний інструмент STMA агрегації звітних форм епідемічного та клінічного моніторингу, електронний інструмент оцінки якості даних.
9. Використання коштів обласного бюджету дозволило на 100% забезпечити дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, адаптованими молочними сумішами.

Основні слабкі сторони Програми:

1. Обсяги фінансових ресурсів з різних джерел, які спрямовуються на протидію ВІЛ-інфекції в області, складала близько 7 млн. гривень щорічно (2013–2015 рр.), але наданих коштів все ще недостатньо, аби прискорити ефективний початок роботи із подолання епідемії СНІДу до 2030 року.
2. Недостатнє фінансування заходів Програми з обласного бюджету, у т. ч. на такі заходи: відкриття кабінетів «Довіра», забезпечення лікування та медикаментозної профілактики ОІ, супутніх захворювань.
3. Державні та недержавні організації міст і районів області не зацікавлені проводити роботу з профілактики поширення соціально-небезпечних захворювань, створювати ВІЛ-сервісні НУО.
4. Частка ЛЖВ, які знаходилися на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували та не отримували АРТ, зростає.

5. У Чернівецькій області працює лише два кабінети «Довіра».
6. Послуги ПТВ переважно не доступні для сільського населення та не надаються в ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги. НУО надають ці послуги переважно на території Центру СНІДу. Відсутня система супервізії послуг з ПТВ. Кількість медичних фахівців, підготовлених з питань ПТВ, є недостатньою.
7. Сімейні та дільничні лікарі не задіяні у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ВІЛ-інфікованими, догляду та підтримки.
8. В області щороку знижується частка ін'єкційного шляху в структурі шляхів передачі ВІЛ, проте, за даними біоповедінкових досліджень, рівень інфікованості серед ЛВІН залишається досить високим.
9. Завдяки вчасно впровадженим профілактичним програмам серед ПКС вдалося запобігти поширенню ВІЛ та утримувати захворюваність на поодиноких випадках.
10. Незважаючи на зростання охоплення ПКС профілактичними програмами, підходи до їх впровадження потребують корекції, оскільки погіршуються показники знань та поведінки, зменшуються обсяги видачі засобів індивідуального захисту.
11. Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп. Це виокремлює її як одну із уразливих до інфікування ВІЛ.
12. Протягом 2014–2016 рр. в області збільшилася частка померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ.
13. У районах області відсутній соціальний супровід з догляду та підтримки хворих на АРТ.
14. Зростання поширеності епідемії ВІЛ-інфекції відбувається переважно в ГПР, зокрема серед ЛВІН, ПКС та ЧСЧ, а також в установах пенітенціарної служби. Це вимагає невідкладної розробки більш дієвих та надійних підходів.

Крім того, на темпи поширення ВІЛ впливає і роль групи ПКС, чисельність якої дедалі збільшується. ЧСЧ залишаються найбільш уразливою ГПР щодо ВІЛ. Кожен п'ятий випадок інфікування траплятиметься саме серед представників цієї групи. Це пов'язано з браком програм, спрямованих безпосередньо на дану цільову групу, та низькою ефективністю тих заходів, які здійснюються.

З огляду на рівень та темпи поширення епідемії ВІЛ-інфекції, регіональна відповідь має базуватися на досягненнях та сильних сторонах чинної регіональної Програми з акцентом на чинниках, що перешкоджають повноцінному досягненню сталих результатів.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

За напрямом 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
	Збільшення кількості осіб, взятих під МН, з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в III-IV клінічних стадіях	Внести зміни в нормативну документацію щодо можливості передавати інформацію про ВІЛ-інфікованих між ЗОЗ (взявши за основу надання згоди на проведення медичних маніпуляцій, обтяжень, лікування тощо під час постановки на МН).	Провести навчання медичних працівників ЗОЗ щодо ранньої діагностики ВІЛ шляхом проведення якісного післятестового консультування
	Державне фінансування на виконання НП є несвоєчасним	Забезпечити стає державне фінансування заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	
	Основною причиною смерті ЛЖВ, які отримують АРТ, є ко-інфекція ТБ/ВІЛ	Переглянути проекти стандартів щодо послуг у зв'язку з ВІЛ /ТБ з метою зниження смертності серед цієї групи пацієнтів	
	В області працює лише одна НУО, яка отримує фінансування на впровадження заходів з догляду та підтримки ЛЖВ. Проте її діяльністю не охоплені всі ЛЖВ, особливо мешканці сіл та віддалених районів області		Забезпечити фінансування на регіональному рівні послуг з догляду та підтримки ЛЖВ за допомогою механізму соціального замовлення
	Центр СНІДу не забезпечує повний спектр клініко-лабораторних обстежень, передбачених чинною нормативною базою через відсутність відповідного обладнання		Забезпечити Центр СНІДу лабораторним обладнанням, необхідним для здійснення клінічних аналізів

За напрямом ПТВ	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
	Дискримінація по відношенню до ЛЖВ/КГН має негативний вплив на ефективність та якість ПТВ	Просувати та координувати діяльність щодо зменшення стигматизації та дискримінації щодо ЛЖВ та ГПР	Забезпечити на регулярній основі проведення моніторингу випадків дискримінації щодо ЛЖВ та ГПР з боку постачальників медичних послуг та суспільства загалом
	Обсяги ПТВ в області є недостатніми. Кошти приватного сектора не залучаються до фінансування ПТВ	Включити ПТВ до переліку медичних послуг, які надаються під час обов'язкових медоглядів	Забезпечити 100% фінансування ПТВ задля безперервності надання відповідних послуг та забезпечення вільного доступу всіх категорій населення до тестування
	ПТВ не надаються на первинному рівні медичної допомоги для мешканців сільської місцевості	Ввести до Національного Плану МіО показник рівня охоплення обстеженнями на ВІЛ до рейтингових показників роботи сімейного лікаря	Запровадити надання ПТВ на базі закладів первинного рівня медичної допомоги
	Низький показник взяття під МН серед осіб, у яких протягом року виявлено позитивний результат обстеження на ВІЛ		Підвищити ефективність охоплення МН осіб, у яких протягом 30 днів виявлено позитивний результат обстеження на ВІЛ
	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 напрямом ЛВІН	Послуги для ЛВІН недостатньо децентралізовані	Запровадити курси щодо питань наркозалежності у систему підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників	Передбачити кошти обласного бюджету на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН
	Низький рівень охоплення профілактичними програмами районів області		Профілактичні послуги надавати також в районах області
	В області функціонує лише один сайт ЗПТ		Відкрити сайти ЗПТ у віддалених районах (Сокирянська ЦРЛ)

За напрямом 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
	Профілактичні послуги надаються лише в обласному центрі		Передбачити кошти обласного бюджету на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС шляхом використання механізму соціального замовлення
	На рівні області не існує окремих програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС	Підготувати національні стандарти щодо лікування у ПКС інфекцій, що передаються статевим шляхом	
За напрямом 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
	Відсутність в області ЧСЧ-сервісних НУО. Не надаються послуги для ЧСЧ	Ініціювати можливість надання підтримки для наявних НУО щодо розбудови їх спроможності та роботи з ЧСЧ	Залучити працівників соціальних служб області до вирішення питань надання послуг КГН, у т.ч. ЧСЧ
	ЧСЧ мають змогу отримати безкоштовно профілактичні послуги лише на базі однієї НУО, яка функціонує в м. Чернівці		Передбачити кошти обласного бюджету на заходи з профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ через соціальне замовлення
За іншими напрямками	Проблема дискримінації ЧСЧ	Знизити дискримінаційну поведінку серед постачальників послуг шляхом проведення національних інформаційних та освітніх кампаній	
	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
	Низький відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ	Збільшити обсяг послуг зі (швидкого) тестування та консультування у тюрмах	Забезпечити безперервність АРТ під час потрапляння і звільнення з місць позбавлення волі
	Для представників КГН, які знаходяться в установах пенітенціарної служби не доступне лікування вірусних гепатитів	Впровадити лікування парентеральних вірусних гепатитів в установах пенітенціарної служби	
	Статистика смертності від СНІДу ЛЖВ, які хворіли на ТБ, не достовірна, оскільки в країні відсутні методичні рекомендації щодо встановлення зв'язку ТБ з ВІЛ-інфекцією	Розробити та затвердити методичні рекомендації щодо встановлення зв'язку з ВІЛ-інфекцією випадків захворювання та смерті від ТБ	
За іншими напрямками	Епідситуація з ВІЛ-інфекції серед сільських жителів є складною та має тенденцію до погіршення	Розробити заходи з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед сільського населення на субрегіональному рівні та забезпечити їх виконання шляхом проведення конкурсів малих грантів для НУО, які працюють з сільським населенням, особливо з молоддю	

8. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Чернівецькій області на 2018–2019 роки

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1	Розширити ПТВ на первинному рівні надання медичної допомоги	2018-2019	ДОЗ Чернівецької ОДА, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЦПМСД та територіальних об'єднаних громад	Кількість осіб, які отримали ПТВ, складала до 35 000 осіб щорічно
2	Укомплектувати посади психологів в ЗОЗ з метою здійснення ПТВ	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, керівники ЗОЗ	Загальна кількість укомплектованих штатних посад «психолог» складала 20 осіб
3	Провести тренінги для підвищення рівня знань з питань ПТВ лікарів ЗОЗ	2018-2019	ДОЗ Чернівецької ОДА, керівники ЗОЗ	Загальна кількість лікарів, які пройшли навчання на тему ПТВ, складала 300 осіб
4	Запровадити інститут регіональних тренерів з ПТВ, забезпечивши проведення тренінгів в усіх ЗОЗ каскадним методом	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА	У Чернівецькій області діє інститут регіональних тренерів з питань ПТВ
5	Забезпечити 100% фінансування ПТВ з обласного бюджету задля безперервності надання відповідних послуг та забезпечення вільного доступу всіх категорій населення області	2018	Чернівецька ОДА, ДОЗ Чернівецької ОДА, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЦПМСД та територіальних об'єднаних громад	Станом на кінець 2018 р. фінансування ПТВ з обласного бюджету складало 100% від запланованого
6	Проводити інформаційно-просвітницьку роботу серед ЛЖВ щодо прихильності до АРТ та безперервності її прийому в подальшому, профілактика побічної дії АРВП з метою попередження розвитку ОІ, смерті від хвороб, зумовлених ВІЛ, здійснення позитивного впливу на епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в області та попередження відмов від АРТ	2018-2019	ДОЗ Чернівецької обласної державної адміністрації, управління інформаційної діяльності та комунікації з громадськістю, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Виконання стратегії Fast Track з метою стабілізації епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції
7	Запровадити в області механізм соціального замовлення для забезпечення послуг з догляду та підтримки	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, Департамент соціального захисту населення, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	У Чернівецькій області запроваджено механізм соціального замовлення

8	Організувати навчальні тренінги для медичних працівників області, які працюють з ЛЖВ, на тему фохрмування толерантного ставлення до КГН та ЛЖВ з урахуванням гендерного компоненту з метою недопущення проявів стигми і дискримінації	2018-2019	ДОЗ Чернівецької ОДА, відділ комунікацій з громадськістю, відділ інформаційної діяльності, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Загальна кількість медичних працівників, які взяли участь в тренінгах, склала 500 осіб. В області знижено рівень стигми та дискримінації по відношенню до ЛЖВ та КГН
9	Розробити план заходів на подолання упередженого ставлення, зменшення проявів стигматизації та дискримінації стосовно представників КГН серед медичних працівників	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, Центр СНІДу	Розроблено План заходів на подолання упередженого ставлення, зменшення проявів стигматизації та дискримінації стосовно представників КГН серед медичних працівників План заходів затверджено ДОЗ Чернівецької ОДА
10	Внести зміни до статутних документів ДОЗ Чернівецької ОДА для запровадження процесу розподілу лікарських засобів без відповідного наказу	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА	До чинних статутних документів, що регулюють процес розподілу лікарських засобів без відповідного наказу, внесено відповідні зміни
11	Відкрити сайти АРТ на базі Сокирянської ЦРЛ, Сторожинецької ЦРЛ, Хотинської ЦРЛ.	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, Центр СНІДу	На базі Сокирянської, Сторожинецької та Хотинської ЦРЛ відкрито сайти видачі АРВП
12	Забезпечити Центр СНІДу лабораторним обладнанням, необхідним для здійснення клінічних аналізів	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА	Центр СНІДу забезпечено імуноферментним аналізатором, лабораторним обладнанням для проведення досліджень методом ПЛР в режимі реального часу
13	Забезпечити контрольоване лікування АРТ та ПТП у пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА	Здійснюється постійний моніторинг лікування АРТ та ПТП у пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ
14	За рахунок коштів обласного бюджету забезпечити 100% фінансування на проведення визначення СД4-лімфоцитів та визначення рівня ВІЛ	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	Забезпечено лабораторний супровід АРТ у ЛЖВ
15	Відкрити сайти ЗПТ на базі Сокирянської ЦРЛ з метою децентралізації та наближення профілактичних послуг до ЛВІН задля позитивного впливу на епідемічну ситуацію серед ЛВІН	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	На базі Сокирянської ЦРЛ відкрито сайт ЗПТ
16	Запровадити в області механізм соціального замовлення для забезпечення профілактичних послуг для КГН	2018	ДОЗ Чернівецької ОДА, департамент соціального захисту населення, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	В області запроваджено механізм соціального замовлення для забезпечення профілактичних послуг для КГН

ДОДАТОК

Таблиця вводу значень індикаторів, Чернівецька 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)	4,17%	5,00%	5,00%	0,00%	0,00%	4,35%					
	чисельник	1	1	1	0	0	1					
	знаменник	24	20	20	20	18	23					
	цільове значення					2%			2,50%		1%	
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)	3,54	2,88	2,10	2,20	1,21	2,75	1,87	1,98			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник	32	26	19	20	11	25	17	18			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			
	цільове значення		13,6 на 100 тис. нас.			11,5 на 100 тис. нас.					9,9 на 100 тис. нас.	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)	0,88	1,44	0,44	0,44	0,22	0,66	0,88	0,44			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник	8	13	4	4	2	6	8	4			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			
	цільове значення								4,5 на 100 тис. нас.		3,0 на 100 тис. нас.	
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)					0,30%	0,11%	0,00%	0,00%			
	чисельник					6	3	0	0			
	знаменник					1981	2715	2564	2366			
	цільове значення								0,30%		0,27%	
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)				0,11%	0,17%	0,15%	0,10%	0,16%			
	чисельник				19	30	27	16	25			
	знаменник				17289	17635	17480	16219	15229			
	цільове значення								0,62%		0,49%	
6.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)	0,00%		0,00%		0,00%						
	чисельник	0		0		0						
	знаменник	19		46		39						
	цільове значення								5,30%		3,50%	

№ 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)	0,00%		0,00%		0,00%						
	чисельник	0		0		0						
	знаменник	79		54		58						
	цільове значення					5,00%					1,40%	
8.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МіО)			0,20%		1,10%						
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення					7,50%			3,20%		2,10%	
	Впливу, додаткові, Оцінка											
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.					15,08	13,30	14,95	12,77			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник					137	121	136	116			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			

№ 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.	10,95	11,28	11,71	12,01	11,89	12,53	10,77	10,68			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник	99	102	106	109	108	114	98	97			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник											
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	3,65	3,87	3,87	3,53	2,64	3,74	2,20	3,96			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник	33	35	35	32	24	34	20	36			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.					1,65	2,09	1,43	1,98			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник					15	19	13	18			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
14.	Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник											
15.	Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.	56,83	61,82	67,82	76,50	78,04	83,63	91,55	95,80			Інформація про чисельність населення взята з інформаційного банку даних «Статистика населення України»
	чисельник	514	559	614	694	709	761	833	870			
	знаменник	904,4	904,3	905,3	907,2	908,5	910	909,9	908,1			
16.	Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник											
17.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	0,00%		1,00%		1,20%		1,33%				
	чисельник	0		2		3		2				
	знаменник	101		200		250		150				
	цільове значення					18,20%						

№ 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)					24,14%	35,96%	44,44%	39,73%			
	чисельник					21	32	36	29			
	знаменник					87	89	81	73			
	цільове значення								40,00%		37,00%	
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)					80,96%	86,07%	81,75%	85,17%			
	чисельник					574	655	681	741			
	знаменник					709	761	833	870			
	цільове значення								80,00%		85,00%	
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)					73,33%	69,14%	86,11%				
	чисельник					66	56	93				
	знаменник					90	81	108				
	цільове значення								85,00%		86,00%	

№ 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)											Інформація відсутня
	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)					2561	3144	3086	3398			
26.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №15 плану МіО)					534	902	896	0			
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №16 плану МіО)					476	571	764	526			

№ 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)					0,00%	81,08%	47,06%	56,55%			За даними бази даних Case++
	чисельник						617	392	492			
	знаменник					709	761	833	870			
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%		Дорослі – 100% Діти – 100%	
29.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №10 плану МіО)					67,20%		53,33%				
	чисельник					168		80				
	знаменник					250		150				
	цільове значення								45,00%		55,00%	
30.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №11 плану МіО)					48,00%		89,33%				
	чисельник					72		134				
	знаменник					150		150				
	цільове значення								65,00%		70,00%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МіО)					43,33%		35,33%				
	чисельник					130		53				
	знаменник					300		150				
	цільове значення								45,00%		55,00%	
32.1	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №13 плану МіО)						59,0%	22,5%	19,9%			
	чисельник						757	210	137			
	знаменник						1283	935	687			
32.2	Рівень інфікування ВІЛ серед засуджених, 2013-2016 рр.						0,53%	0,48%	0%			
	чисельник						4	1	0			
	знаменник						757	210	137			
	цільове значення								40,00%		60,00%	
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)					315	373	423	465			

№ 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)								81,48%			e-TV-Manager не працює
	чисельник								22			
	знаменник								27			
	цільове значення								55,00%		70,00%	
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник №23 плану МіО)					69,29%	66,67%	69,17%	70,37%			
	чисельник					88	90	92	95			
	знаменник					127	135	133	135			
	цільове значення								99,00%		100,00%	
36.1	Відсоток осіб з опіюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр., (Показник №27 плану МіО)					14,06%	18,30%	17,16%	20,00%			Знаменник: Диспансерна група
	чисельник					70	82	76	81			
	знаменник					498	448	443	405			
	цільове значення								20,00%		35,00%	
36.2	Відсоток осіб з опіюдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник №27 плану МіО)					1,49%	1,74%	1,62%	1,72%			Знаменник: Оціночна чисельність
	чисельник					70	82	76	81			
	знаменник					4700	4700	4700	4700			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
37.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр. (Показник №1 плану МіО)					7458,9 тис. грн.	6897,5 тис. грн.	7593,6 тис. грн.				
38.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник №2 плану МіО)							164,09%	162,06%			
	чисельник							635,2	972,5			
	знаменник							387,1	600,1			
	цільове значення								100,00%		100,00%	
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)					100,00%	100,00%	100,00%	100,00%			
	чисельник					440	436	436	426			
	знаменник					440	436	436	426			
	цільове значення								90%		100%	
40.	Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.					54,88%	56,95%	62,11%	62,75%			
	чисельник					315	373	423	465			
	знаменник					574	655	681	741			

ДРАФТ

Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Чернівецькій області

ЗВІТ

Автори звіту:

Ю. Лесюк
В. Мочульський
С. Сорокати
Ю. Новак
В. Яцик

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

В. Божок



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 6,51
Тираж 50 прим. Замовл. № 33/2

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

