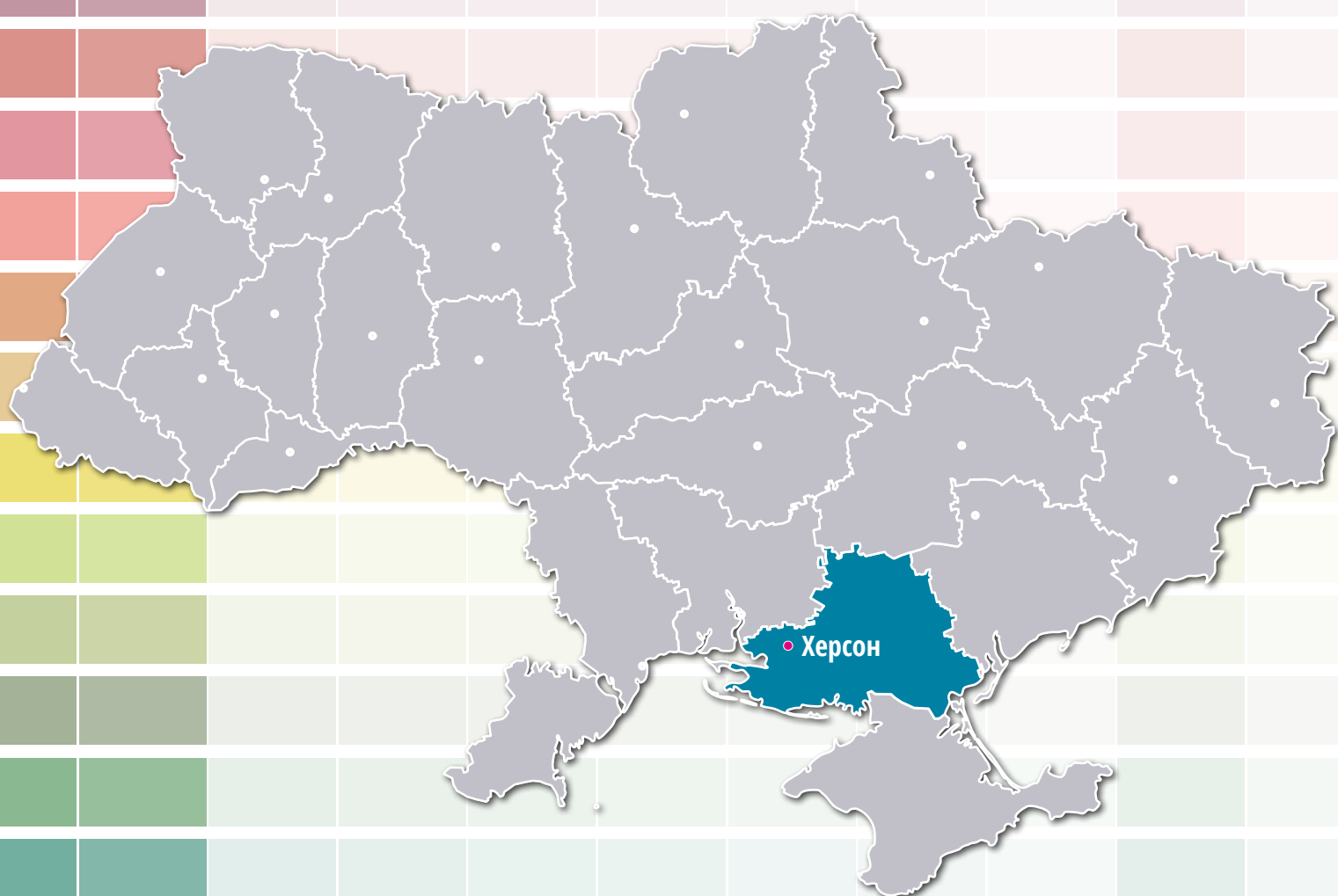


ЗВІТ

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

У ХЕРСОНСЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У ХЕРСОНСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.72)(047.32)
О-93

Авторський колектив:

Н. Риженко – головний лікар Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Т. Анікейчик – завідувач відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

Т. Рєзвих – лікар-епідеміолог відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки у Херсонській області. Звіт** – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 48 с.

ISBN 978-966-137-091-2

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

Звіт містить інформацію про основні тенденції індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції за період 2009–2016 років, основні сильні та слабкі сторони відповіді регіону на епідемію в Херсонській області у рамках виконання заходів Обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки, а також описує пропозиції щодо шляхів вирішення виявлених проблем.

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

Використання, передрук та цитування матеріалів даної публікації можливе за умови відповідного посилання.

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

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

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.72)(047.32)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	6
2. ВСТУП	7
3. МЕТОДОЛОГІЯ	9
3.1. Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки в Херсонській області	9
3.2. Методи оцінки	10
3.3. Інструменти	11
3.4. Залучення зацікавлених сторін.	12
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	13
4.1. Стан епідемічної ситуації в Херсонській області станом на 01.01.2017 року.	13
4.2. Крос-секційний каскад лікування в Херсонській області станом на 01.01.2017 року.	20
4.3. Аналіз заходів Програми відповідно до п'яти напрямів ВООЗ.	22
4.3.1. Напрямок 1. Антитретровірусна терапія	22
Висновки	24
4.3.2. Напрямок 2. КІТ на ВІЛ	25
Висновки	27
4.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН	28
4.3.4. Напрямок 4. Профілактичні послуги для ПКС	30
Висновки	31
4.3.5. Напрямок 5. Профілактичні послуги для ЧСЧ	32
Висновки	33
5. ВИСНОВКИ	34
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	37
Рекомендації для національного рівня:	37
Рекомендації для регіонального рівня:	37
7. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В ХЕРСОНЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ	42

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП антиретровірусні препарати

АРП антиретровірусна профілактика

АРТ антиретровірусна терапія

ВДТБ вперше діагностований туберкульоз

ВГВ вірусний гепатит В

ВГС вірусний гепатит С

ВІЛ вірус імунодефіциту людини

ВН вірусне навантаження

ВООЗ Всесвітня організація охорони здоров'я

ГПР групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ

ГФ СТМ Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ДОЗ Департамент охорони здоров'я

ДУ державна установа

ЕН епідеміологічний нагляд

ЗОЗ заклади охорони здоров'я

ЗПТ замісна підтримувальна терапія

ІПСШ інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА імуноферментний аналіз

КГН ключові групи населення

КДЛ клініко-діагностична лабораторія

КЗ комунальний заклад

КІТ консультування і тестування

ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг і оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	працівники, які надають сексуальні послуги за винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	Регіональний центр моніторингу і оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ХОБФ	Херсонський обласний благодійний фонд
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

1. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

На сьогодні Україна належить до європейських країн з найвищим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції. У 2016 році Херсонська область займала п'яте місце серед регіонів за рівнем захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції. За період з 2004 по 2015 рік в Херсонській області затверджено три регіональні цільові соціальні програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, однак не було проведено аналізу ефективності заходів жодної з них.

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/СНІДу на 2019–2023 роки протягом квітня – вересня 2017 року в Україні загалом та в Херсонській області зокрема здійснювалася оцінка діючих регіональних програм.

Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки (далі – Програма) проводилася 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 ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз. Основний метод, який використовувався під час оцінки – кабінетне дослідження, за результатами якого, зокрема, проведено оцінку впливу заходів Програми на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні та здійснено аналіз результатів реалізації Програми за ключовими напрямками ВООЗ (АРТ, КіТ на ВІЛ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ) та побудовано крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. Під час робочої зустрічі зацікавлених сторін обговорено попередні результати оцінки та сформовано відповіді на відкриті запитання, що виникли в рамках кабінетного дослідження.

За підсумками оцінки було сформовано пропозиції щодо забезпечення системи безперервного надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, послуг з лікування, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я – як на національному, так і регіональному рівнях.

У рамках підготовки Програми на 2019–2023 рр. в Херсонській області результати проведеної оцінки слугують основним джерелом стратегічної інформації. Представлена в даному Звіті інформація може використовуватися також з метою інформування зацікавлених сторін щодо ходу реалізації Програми та її основних результатів, раціонального розподілу фінансових та управлінських ресурсів, обґрунтування рішень щодо внесення змін в діючу Програму тощо.

2. ВСТУП

Оцінка Програми здійснювалася фахівцями відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи, епідмоніторингу, моніторингу та оцінки виконання програмних заходів Херсонського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом (далі – Центр СНІДу) за організаційно-методичної підтримки ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

Необхідність проведення такої оцінки обумовлена низкою причин. По-перше, незважаючи на досягнення в сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, за період реалізації Програми (2015–2016 рр.) зареєстровано зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. (на 12,5%), показника поширеності ВІЛ-інфекції (на 11,9%) та смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ (удвічі). Станом на початок 2017 р. в області спостерігалася недостатня ефективність програмних заходів, на що вказує пізнє виявлення та несвоєчасність залучення до медичного нагляду ВІЛ-позитивних осіб; недостатнє охоплення АРТ; обмеження моніторингу лікування тощо. Зберігається лідируюча роль КГН у поширенні ВІЛ-інфекції, зокрема зростає роль ЧСЧ-спільноти. Останніми роками в області переважає статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції серед осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції – питома вага цього шляху передачі ВІЛ за період 2009–2016 рр. зросла з 47,9% до 61,9%; відповідно частка парентерального шляху зменшилася з 33,5% до 20,4%. *Складна соціально-економічна ситуація як в області, так і в цілому по країні відіграє не останню роль у поширенні ВІЛ-інфекції.*

При підготовці Програми на 2019–2023 роки важливо враховувати актуальну інформацію щодо досягнень та проблем в ході виконання заходів діючої Програми. Також в рамках виконання цілей «90-90-90» важливо, щоб наступна програма була спрямована на досягнення даних цілей.

Отже, основною метою оцінки Програми є посилення відповіді регіону на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Проведення оцінки передбачало наступні завдання:

- проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, стан досягнення цільових індикаторів регіональної Програми, індикаторів Плану МіО щодо ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки, цільових показників «90-90-90»;
- проаналізувати стан виконання заходів Програми за п'ятьма ключовими напрямками ВООЗ;
- проаналізувати стан виконання заходів Програми, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують посиленої уваги;
- визначити та проаналізувати основні перешкоди і сприятливі фактори для досягнення індикаторів впливу та цільових показників МіО;
- сформулювати низку рекомендацій щодо підготовки регіональної Програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до діючої Програми для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС на рівні Херсонської області.

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

Таким чином, результати оцінки діючої Програми щодо її досягнень та слабких сторін, будучи джерелом стратегічної інформації, дають змогу запропонувати найбільш дієві та оптимальні шляхи протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в рамках заходів Програми на 2019–2023 роки. Також вони можуть бути підставою для внесення змін в діючу Програму, планування та впровадження нових, додаткових заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в регіоні та розробки нових показників виконання Програми.

DRAFT

3. МЕТОДОЛОГІЯ

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

Відповідно до Закону України від 20 жовтня 2014 р. №1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» (далі – Загальнодержавна Програма), Розпорядженням голови Херсонської ОДА від 19.12.2014 р. № 933 «Про проект обласної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки» схвалено проект Програми, яка затверджена рішенням 34-ї сесії 6-го скликання Херсонської обласної ради від 29.04.2015 р.

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 ГПР щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки ЛЖВ у рамках реформування системи охорони здоров'я.

Передбачено, що виконання Програми дасть змогу: зменшити на 50% кількість нових випадків інфікування ВІЛ серед КГН; зменшити до 1% кількість випадків інфікування ВІЛ внаслідок ППМД; забезпечити доступ представників КГН до участі у профілактичних програмах; охопити на рівні 100% учнів та студентів під час виконання програм профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу та формування здорового способу життя; забезпечити ЛЖВ медичними та соціальними послугами з догляду та підтримки; зменшити на 50% смертність від ТБ серед хворих з поєднаною інфекцією ВІЛ/ТБ; залучити до постійної участі у програмах ЗПТ не менш як 35% ЛВІН, які цього потребують, а також до участі у програмах їхньої реабілітації та ін.

Основними виконавцями Програми є ДОЗ Херсонської ОДА, департамент фінансів Херсонської ОДА, департамент соціального захисту населення Херсонської ОДА, управління освіти, науки і молоді Херсонської ОДА, служба у справах дітей Херсонської ОДА, обласний центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, обласна державна телерадіокомпанія, райдержадміністрації, міськвиконкоми, НУО.

Стан виконання Програми оцінюється за 18-ма показниками, з них 10 є медичними, 8 – немедичними.

Фінансове забезпечення заходів Програми передбачено за рахунок коштів державного, місцевого бюджетів, а також бюджету ГФ СТМ.

3.2. Методи оцінки

Основні етапи проведення оцінки Програми:

- підготовчий етап;
- кабінетне дослідження;
- проведення робочої зустрічі зацікавлених сторін (як елемент якісного дослідження);
- аналіз та синтез даних;
- підготовка Звіту про результати оцінки Програми, презентацій та публікацій, а також їх поширення серед зацікавлених сторін.

У рамках **підготовчого етапу** було сформовано склад регіональної команди з оцінки. На засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 06.04.2017 р. представлено протокол оцінки та поінформовано зацікавлені сторони про початок процесу, їх роль та можливість участі. На даному етапі регіональна команда отримала погодження на проведення оцінки Програми від ДООЗ Херсонської ОДА, про що засвідчено в офіційному листі на ім'я Генерального директора ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».

На етапі **кабінетного дослідження** члени команди з оцінки детально ознайомилися з регіональними програмами за період 2009–2013 та 2015–2018 рр.; визначили перелік індикаторів впливу діючої Програми; забезпечили процес збору та систематизації кількісних даних, які необхідні для отримання відповідей на запитання щодо реалізації п'яти обраних напрямів ВООЗ, розрахунку значень всіх індикаторів, побудови крос-секційного каскаду лікування; надіслали запити щодо уточнення даних та отримання додаткової інформації, що необхідна для оцінки Програми; провели обчислення значень індикаторів; здійснили розрахунок каскадних індикаторів та побудували крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р. по Херсонській області.

У ході кабінетного дослідження здійснено аналіз тенденцій (позитивна, негативна, стабільні значення) індикаторів впливу за період 2009–2016 рр.; аналіз досягнення цільових значень (за наявності) індикаторів діючої Програми; аналіз каскадних індикаторів в напрямку досягнення цілей «90-90-90».

Проведення кабінетного дослідження дало змогу оцінити вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу, включаючи індикатори впливу Плану МіО ефективності виконання діючої Загальнодержавної програми.

Оцінка п'яти напрямів заходів Програми – АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ), КіТ на ВІЛ (включно з КіТ серед КГН), профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ – здійснювалася шляхом відповідей на п'ять запитань, які пропонує ВООЗ:

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

За результатами кабінетного дослідження сформовано попередні результати оцінки (сильні та слабкі сторони Програми, можливі причини останніх), а також сформовано перелік запитань, що потребують відповідей та додаткового вивчення.

Попередні результати оцінки були представлені до обговорення учасникам **робочої зустрічі зацікавлених сторін** (детальніше про зустріч – в розділі 3.4. «Залучення зацікавлених сторін»).

На етапі **аналізу та синтезу даних**, спираючись на результати проведеної одноденної робочої зустрічі, сформовано відповіді на основні дослідницькі запитання, що виникли в ході оцінки.

Етап **підготовки Звіту про результати оцінки Програми, презентацій та публікацій, а також їх розповсюдження серед зацікавлених сторін** складався з кількох послідовних підетапів, що мали результатом: підготовлений Звіт щодо оцінки Програми, підготовлені та розміщені інформаційні повідомлення про результати оцінки на веб-сайтах організацій – основних зацікавлених сторін.

3.3. Інструменти

Основні інструменти, які використовувалися під час проведення кабінетного дослідження – таблиця з переліком індикаторів та порядком їх обрахунку, таблиця вводу значень індикаторів, інструмент з побудови крос-секційного каскаду лікування, матриця аналізу даних.

Збір інформації в рамках кабінетного дослідження відбувався шляхом використання таких джерел:

- дані сероепідмоніторингу;
- дані рутинного епідагляду;
- статистичні форми звітності, затверджені наказами МОЗ України;
- первинна облікова документація;
- дані моніторингу поведінки та поширеності ВІЛ-інфекції серед ключових груп за результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень (за період 2009–2015 рр.);
- дані Головного управління статистики у Херсонській області;
- дані прогнозування епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM;
- дані програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я» (електронна база даних SYREX);
- звіти МБФ «Альянс громадського здоров'я» (опубліковані щорічні звіти);
- звіти щодо стану виконання Програми на 2015–2018 рр.

3.4. Залучення зацікавлених сторін

У серпні 2017 року було проведено робочу зустріч зацікавлених сторін з обговорення попередніх результатів оцінки Програми. У заході взяли участь представники ДОЗ Херсонської ОДА, КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», КУ «Обласний наркологічний диспансер», Херсонського обласного центру громадського здоров'я, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелєша», обласного Центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, Херсонської міської громадської організації «Асоціація 21 століття», Херсонського обласного БФ «Мангуст», обласного відділення ВБО «Всеукраїнська мережа людей, що живуть з ВІЛ».

Для учасників зустрічі регіональна команда представила результати проведеного аналізу індикаторів впливу на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу в області. Також на обговорення було винесено низку питань, що потребують відповідей та додаткового вивчення. Присутніми на зустрічі зацікавленими сторонами було визначено основні кроки щодо подальшої роботи в напрямку завершення оцінки Програми.

За результатами зустрічі сформовано рекомендації, які безпосередньо стосуються «вузьких» місць Програми, її слабких сторін, прогалин в організаційній, лікувальній та профілактичній роботі, сумісних питань партнерських організацій. Рекомендації та пропозиції, озвучені учасниками зустрічі, стали частиною даного Звіту.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

4.1. Стан епідемічної ситуації в Херсонській області станом на 01.01.2017 року.

За період 1987–2016 рр. серед жителів Херсонської області офіційно зареєстровано 7911 випадків ВІЛ-інфекції, у т.ч. 1937 СНІДу. Станом на 01.01.2017 р. загальна кількість померлих від захворювань, зумовлених ВІЛ, становила 538 осіб.

Станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом в лікувально-профілактичних закладах області знаходилося 4214 ВІЛ-інфікованих, у т.ч. 285 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями (з них 97 – з підтвердженим клінічним діагнозом «ВІЛ-інфекція» та 188 – у стадії підтвердження діагнозу). Серед тих, хто перебував під медичним наглядом – 897 осіб з діагнозом «СНІД», з них 16 дітей.

За 2016 рік, у порівнянні з 2015-м, у Херсонській області показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. зріс на 12,3% (хоча за період з 2009 по 2015 рік він мав тенденцію до зниження) і на 13,1% – на СНІД. Захворюваність на поєднану патологію ТБ/ВІЛ за останні роки має практично стабільні значення. Упродовж 2011–2015 рр. серед ЛВІН вікової групи 15–24 роки зменшилася питома вага ВІЛ-інфікованих осіб – з 10,5% до 8,8%.

У цілому значення показника поширеності ВІЛ-інфекції на 100 тис. нас. у 2016 р. (399,3) перевищило значення даного показника 2015 р. (378,8). Темп приросту склав +4,9%.

За період з 2009 по 2013 рік поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15–24 роки зростає з 0,35% до 0,56% відповідно. Однак протягом 2014–2016 рр. даний показник мав тенденцію до зниження, проте показник 2016 р. (0,36%) все одно не досяг цільового значення Програми – 0,30%. Показник поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних жінок з 2011 р. має стабільно незначне зростання.

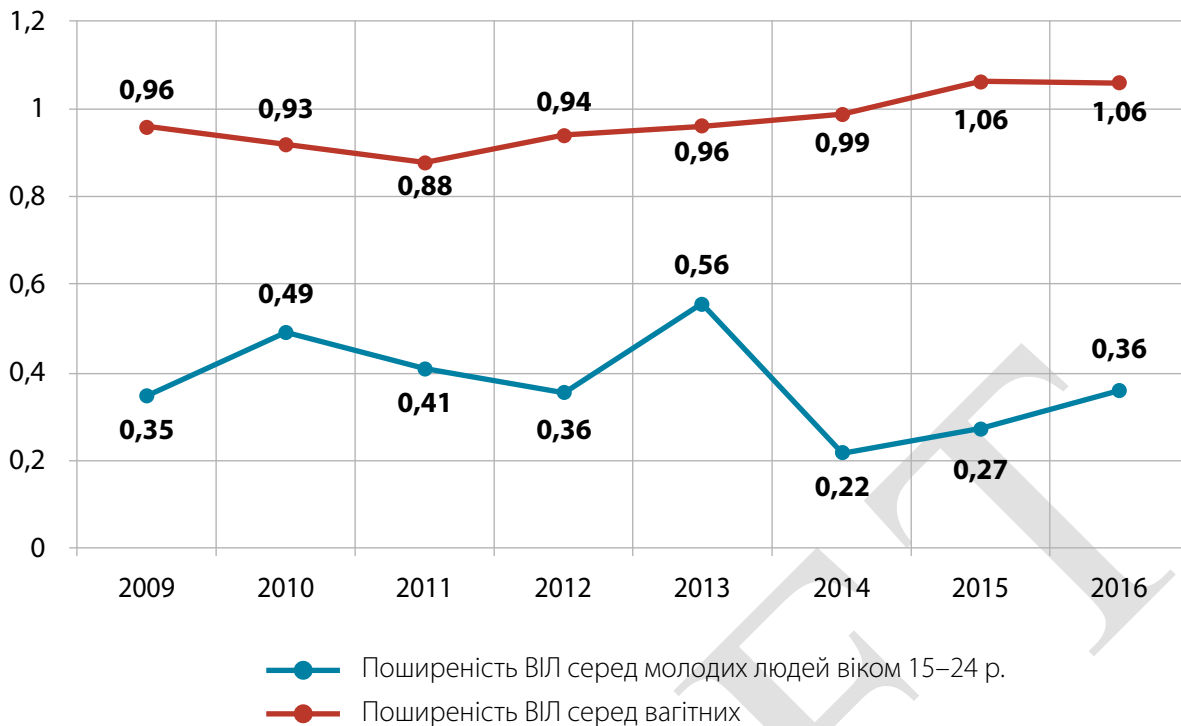


Рис. 1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15–24 роки та серед вагітних за 2009–2016 рр. по Херсонській області.

Обидва показники є проксі-індикаторами епідемічного процесу ВІЛ-інфекції і, за рекомендаціями ЮНЕЙДС, рівень інфікованості ВІЛ серед вагітних досить точно відображає рівень інфікованості серед репродуктивної частини населення, а показник поширеності ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки – серед сексуально активної частини населення.

Показник смертності від СНІДу в області у 2016 р. зріс у 2,1 раза і станом на 01.01.2017 р. становив 7,0 на 100 тис. нас. проти 3,3 у 2015 р. Загальна кількість померлих від СНІДу в 2016 р. склала 74 особи проти 35 осіб у 2015 р. З 2006 р. в області не реєструвалася смертність від СНІДу серед дітей.

Основною причиною смерті хворих на СНІД залишається туберкульоз. Так, показник смертності від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ на 100 тис. нас. зріс з 4,3 у 2009 р. до 5,9 у 2016 р. (при цільовому значенні показника Програми 2016 р. – 4,5). Щороку залишається високою загальна смертність ЛЖВ серед осіб віком 15+ на 100 тис. нас. (2009 р. – 13,1; 2012 р. – 16,99; 2016 р. – 21,1).

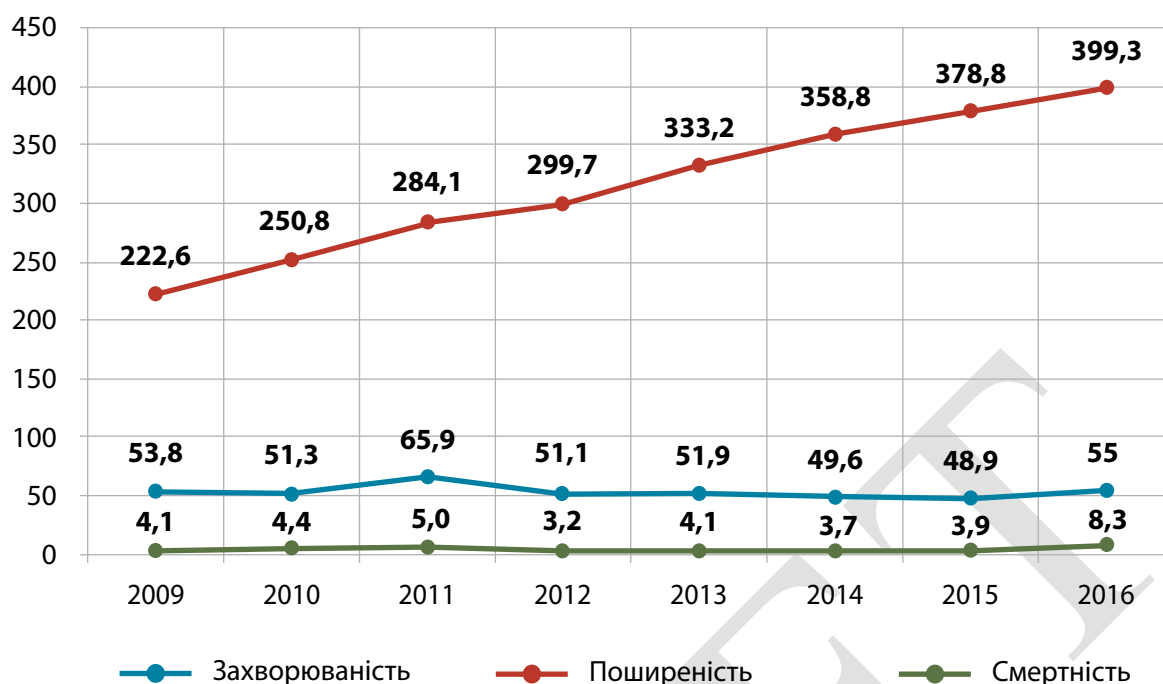


Рис. 2. Рівень захворюваності на ВІЛ, поширеності ВІЛ-інфекції та смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, по Херсонській області.

Протягом 2010–2016 рр. серед нових випадків ВІЛ-інфекції в області зменшився відсоток осіб, які мали I та II клінічну стадії захворювання. Має місце тенденція до зростання питомої ваги ВІЛ-інфікованих, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції протягом 2013–2016 рр. (2013 р. – 31,6%, 2016 р. – 47,5%, що значно перевищує показник цільового значення – 40%).

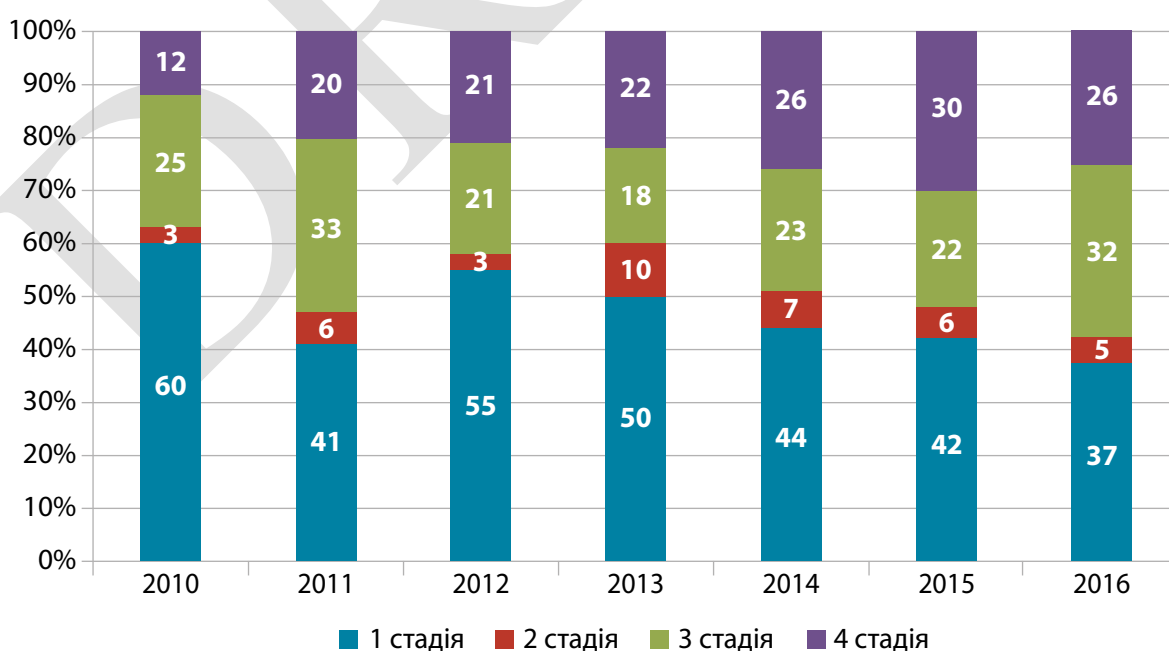


Рис. 3. Питома вага нових випадків ВІЛ-інфекції серед осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях протягом 2010–2016 рр. (%).

У 2016 році, у порівнянні з 2015-м, в області погіршився показник охоплення медичним наглядом ВІЛ-інфікованих осіб – з 85,0% до 72,1%.

Забезпечення рівного доступу представників КГН, а також загального населення до лікувальних та профілактичних послуг є пріоритетом державної політики у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. У Херсонській області щороку зростає кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують: 2013 р. – 1308 осіб, 2016 р. – 2250 осіб. У 2016 році, у порівнянні з 2015-м, відбулося зменшення охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ – з 67,9% до 59,6% відповідно. Протягом 2013–2016 рр. при зростанні загальної кількості осіб, які отримують АРТ, зросла частка ЛВІН, які отримують АРТ: з 15,5% до 21,4%.

Оцінка ефективності лікування здійснюється шляхом когортного аналізу через 6, 12, 24, 36 ... місяців з початку лікування. Узагальнені дані когортного аналізу за період 2013–2015 рр. продемонстрували, що через 12 міс. після початку АРТ продовжували отримувати лікування, відповідно, 81,5%, 82,8% та 81,5% хворих. Разом з тим, охоплення АРТ від активної диспансерної групи щороку зростає – з 48,3% у 2013 р. до 74,1% у 2016 р.

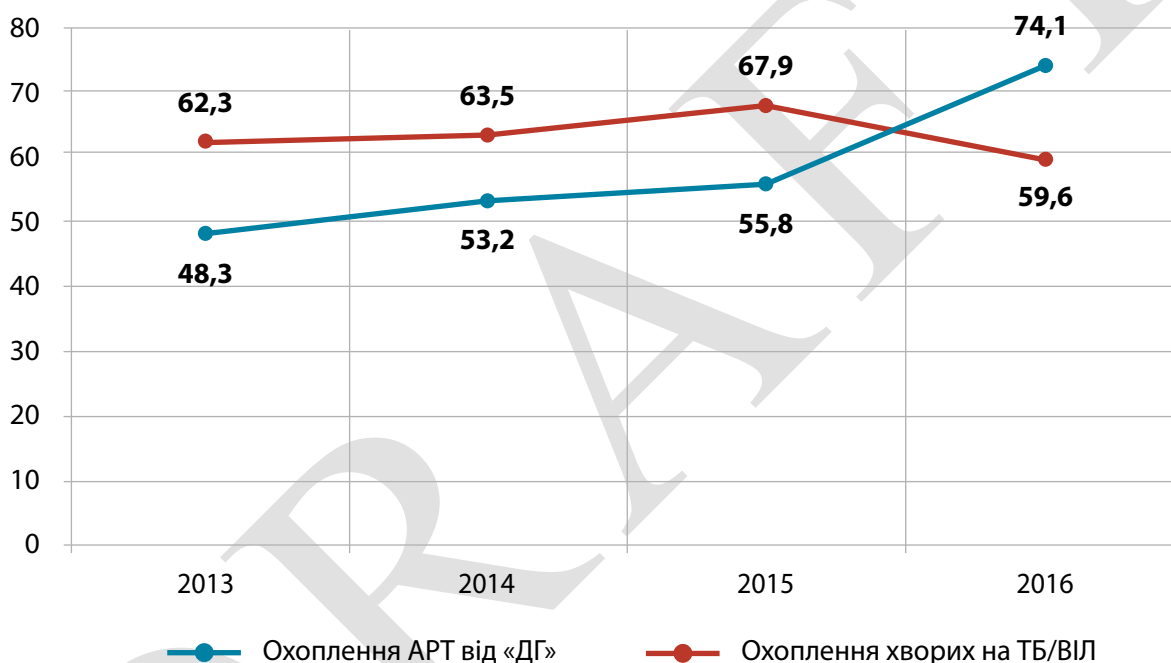


Рис. 4. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи (%) та охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ (%).

При високих показниках захворюваності на ТБ по Херсонській області велике значення має профілактика туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих. Показники охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи щороку покращуються: 37,7% у 2013 р. та 67,4% у 2016 р.

Важливу роль в контексті утримання та лікування АРТ, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, профілактичного лікування опортуністичних інфекцій серед ЛЖВ відіграє охоплення ЛЖВ послугами догляду та підтримки. Хоча відсоток охоплення зріс з 37,5% у 2013 р. до 69,8% у 2016 р., проте він значно нижчий за цільове значення даного показника (2016 р. – 80%).

За роки впровадження АРТ у Херсонській області найбільш ефективними виявилися заходи, спрямовані на профілактику передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД). За період з 2010 по 2013 рік даний показник щороку був вищим за цільове значення показника Програми, проте у 2014 р. він зріс до 3,54% і став гіршим за цільове.

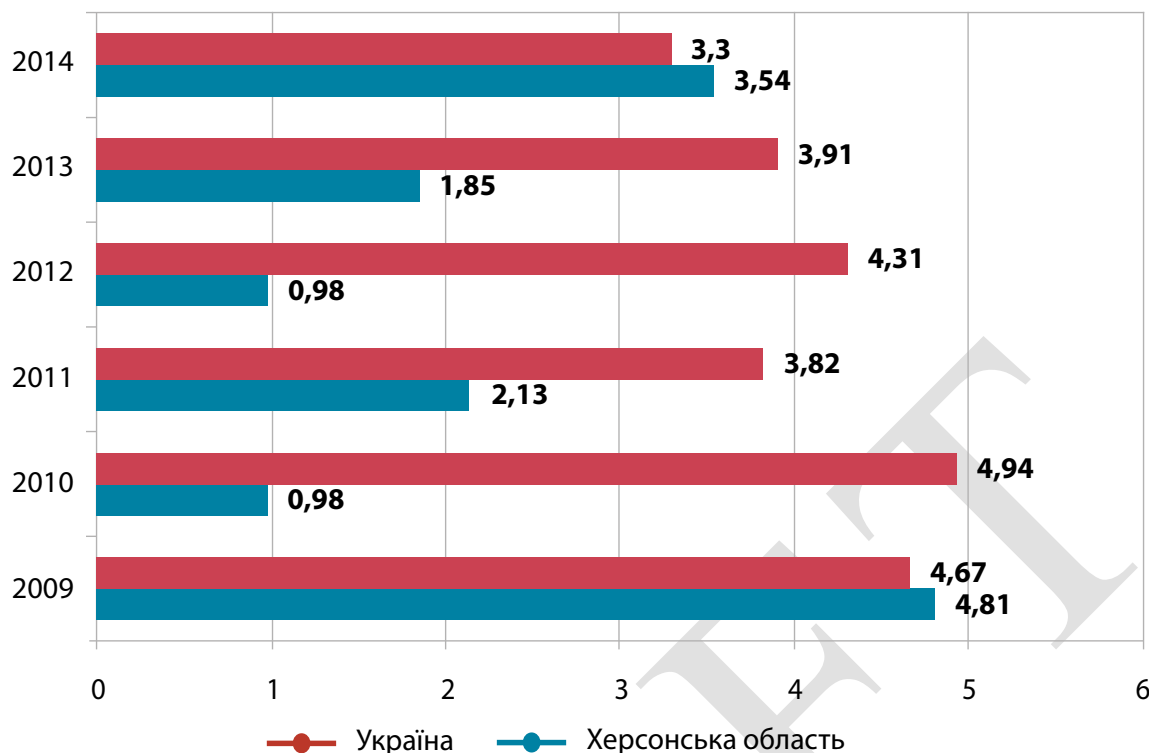


Рис. 5. Динаміка показника передачі ВІЛ від матері до дитини (%).

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, протягом 2009–2015 рр. серед ЛВІН зменшився рівень поширеності ВІЛ-інфекції з 26,7% до 21,2% (відсоток позитивних результатів від кількості протестованих на ВІЛ осіб). Також за цей період зменшився відсоток ПКС, які живуть з ВІЛ, з 11% до 7,2% відповідно. В той же час за аналогічний період зріс відсоток ЧСЧ, які живуть з ВІЛ – з 5% до 9%.

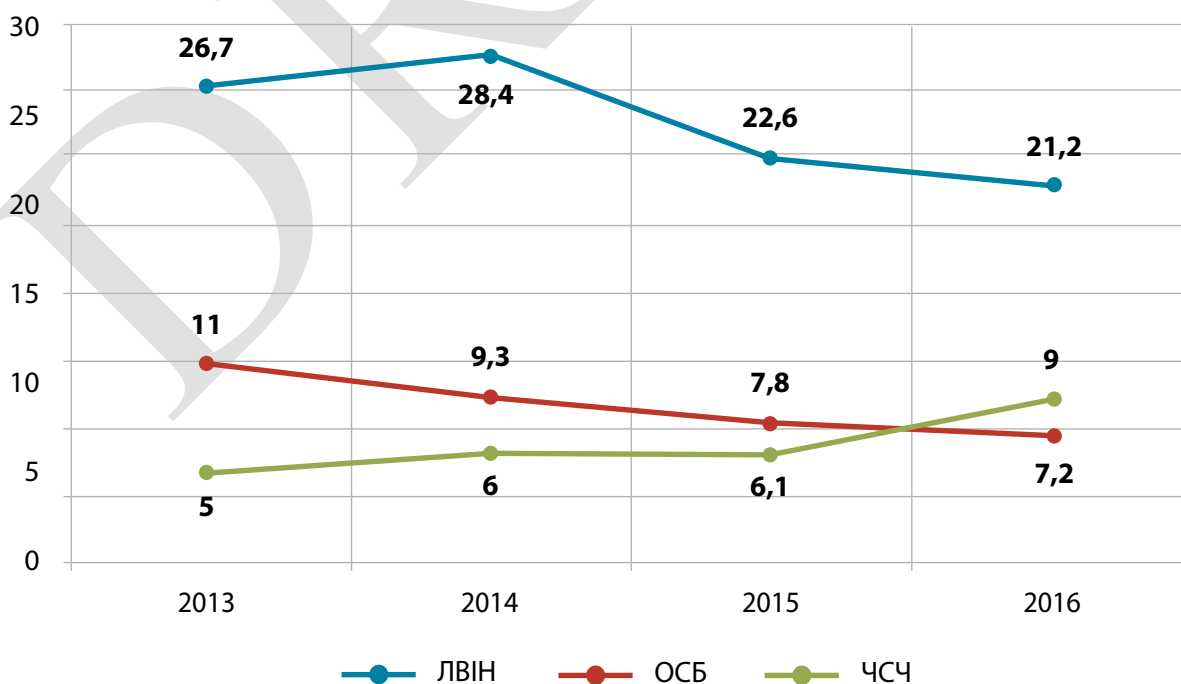


Рис. 6. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН, ПКС, ЧСЧ (%).

За даними програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я», за період 2011–2015 рр. в області зріс відсоток охоплення профілактичними програмами ЛВІН – з 31,7% до 50%. У 2015 році, у порівнянні з 2013-м, на 14,5% зменшився рівень охопленості ПКС (64,5% та 50% відповідно), а також ЧСЧ – на 25,6%.

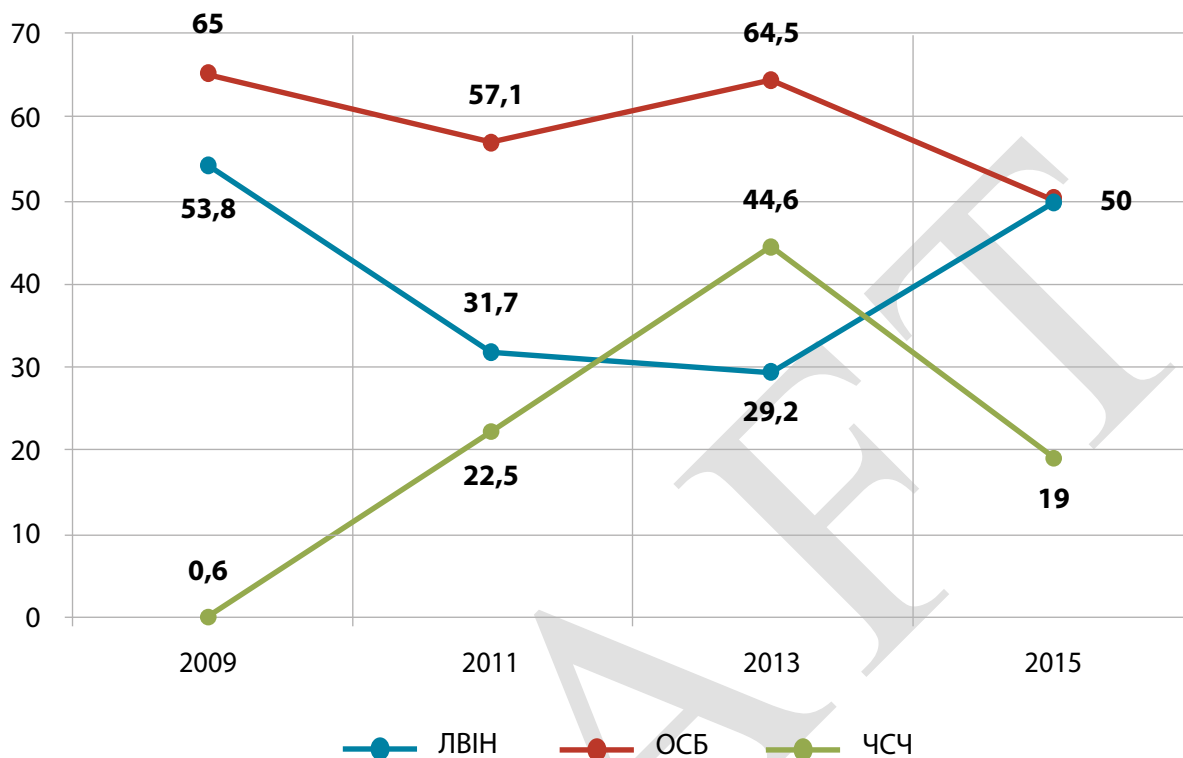


Рис. 7. Охоплення ЛВІН, ПКС, ЧСЧ профілактичними програмами (%).

Одним із заходів профілактики ВІЛ-інфекції серед КГН є тестування на ВІЛ, однак серед ЛВІН та ПКС воно проводиться в недостатніх обсягах. За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень та даних, що надає МБФ «Альянс громадського здоров'я», охоплення ЛВІН послугами з КіТ у 2013 р. складало 36,6%, у 2015 р. – 32,3% (при цільовому значенні показника 2016 р. – 45,0%), охоплення ПКС – 73,4% та 46,5% відповідно (при цільовому значенні показника 2016 р. – 65%). Водночас відсоток ЧСЧ, охоплених КіТ у 2015 р. (54%), залишився на рівні 2013 р. і перевищив цільове значення показника 2016 р. (45%).

Фактичне фінансування заходів з проведення КіТ на ВІЛ з обласного бюджету за період дії Програми 2009–2013 рр. було нижче запланованого і не досягало 100% в жодному році. У діючій Програмі протягом 2014–2016 рр. воно відповідало запланованому.

Фінансування заходів з лікування АРТ із державного бюджету по роках було нерівномірним у період з 2009 по 2016 рік і лише у 2010, 2015, 2016 рр. було нижчим за 100%. Більш детальну інформацію щодо фінансування заходів з КіТ та АРТ представлено на рис. 8.

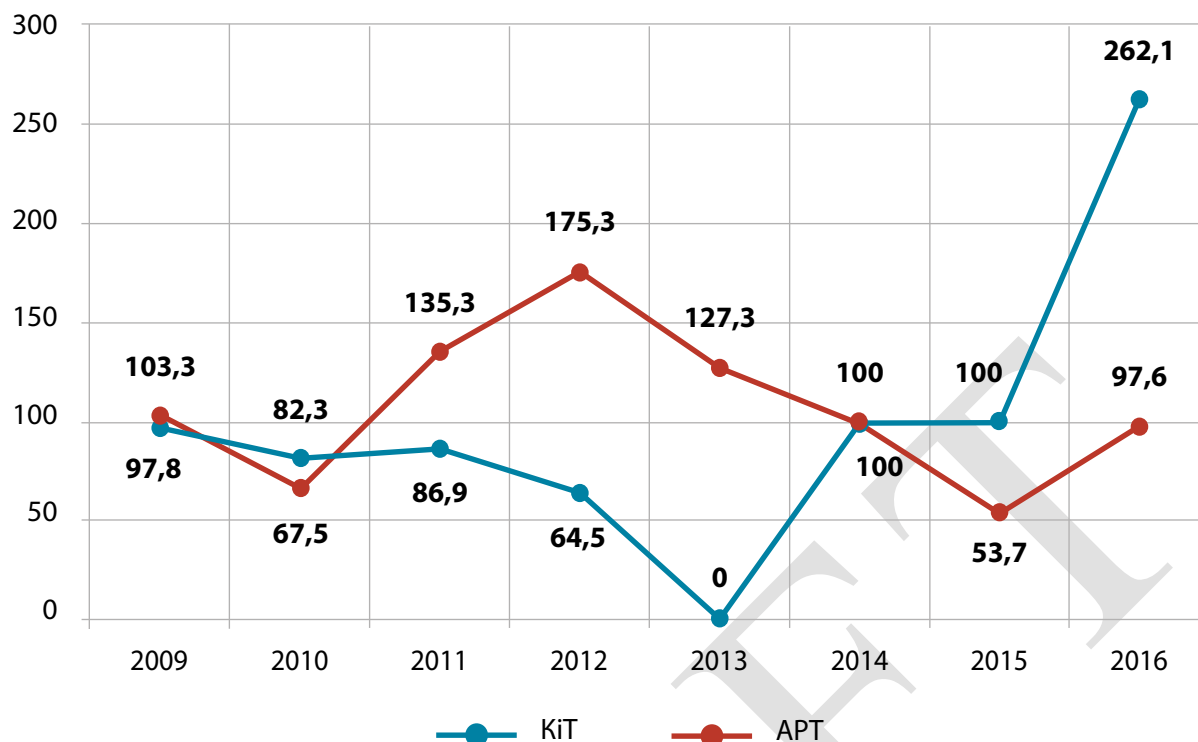


Рис. 8. Фактичне фінансування КіТ з обласного бюджету та АРТ із Державного бюджету по Херсонській області (%).

Фінансування заходів на придбання тест-систем для діагностики ВІЛ-інфекції було закладено у бюджетах відповідних програм (2009–2013 рр., 2014–2018 рр.). Розрахунки фактичного фінансування із Державного бюджету на придбання АРВП здійснюються від щорічної квоти, яку надає МОЗ України.

Реалізація заходів діючої Програми мала позитивний вплив на низку показників. Так, темпи захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 100 тис. нас. за період з 2009 по 2015 рік мали тенденцію до зниження. Захворюваність на поєднану патологію ТБ/ВІЛ за останні роки має практично стабільні значення. Не зафіксовано жодного випадку смерті від захворювань, зумовлених ВІЛ, серед дітей. За два роки в області розширено мережу закладів, на базі яких надаються послуги з АРТ, що є причиною зростання кількості ЛЖВ, які отримують АРТ.

Разом з тим, за період 2015–2016 рр. виявлено слабкі сторони Програми. Так, у 2016 р. в області спостерігалось зростання показників поширеності та захворюваності на ВІЛ-інфекцію і смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ. Щороку в області зростає рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед вагітних. У 2016 р. зріс показник передачі ВІЛ від матері до дитини і знизився показник охопленості медичним наглядом ЛЖВ. Щороку зростає питома вага ЛЖВ, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом. Спостерігається також недостатній рівень охопленості антиретровірусною терапією ЛЖВ, КіТ на ВІЛ та профілактичними програмами КГН, ЛВІН – програмами ЗПТ.

4.2. Крос-секційний каскад лікування в Херсонській області станом на 01.01.2017 року.

Світова політика у сфері протидії поширенню ВІЛ-інфекції прагне досягнення мети «90-90-90»: 90% людей, які живуть з ВІЛ, знають про свій ВІЛ-позитивний статус; 90% людей, які знають про свій ВІЛ-позитивний статус, знаходяться на лікуванні; 90% людей, які перебувають на лікуванні, мають невизначуваний рівень вірусного навантаження. Херсонська область активно долучилася до заходів із досягнення цієї мети, однак станом на 01.01.2017 р. у Херсонському регіоні даних показників не досягнуто.

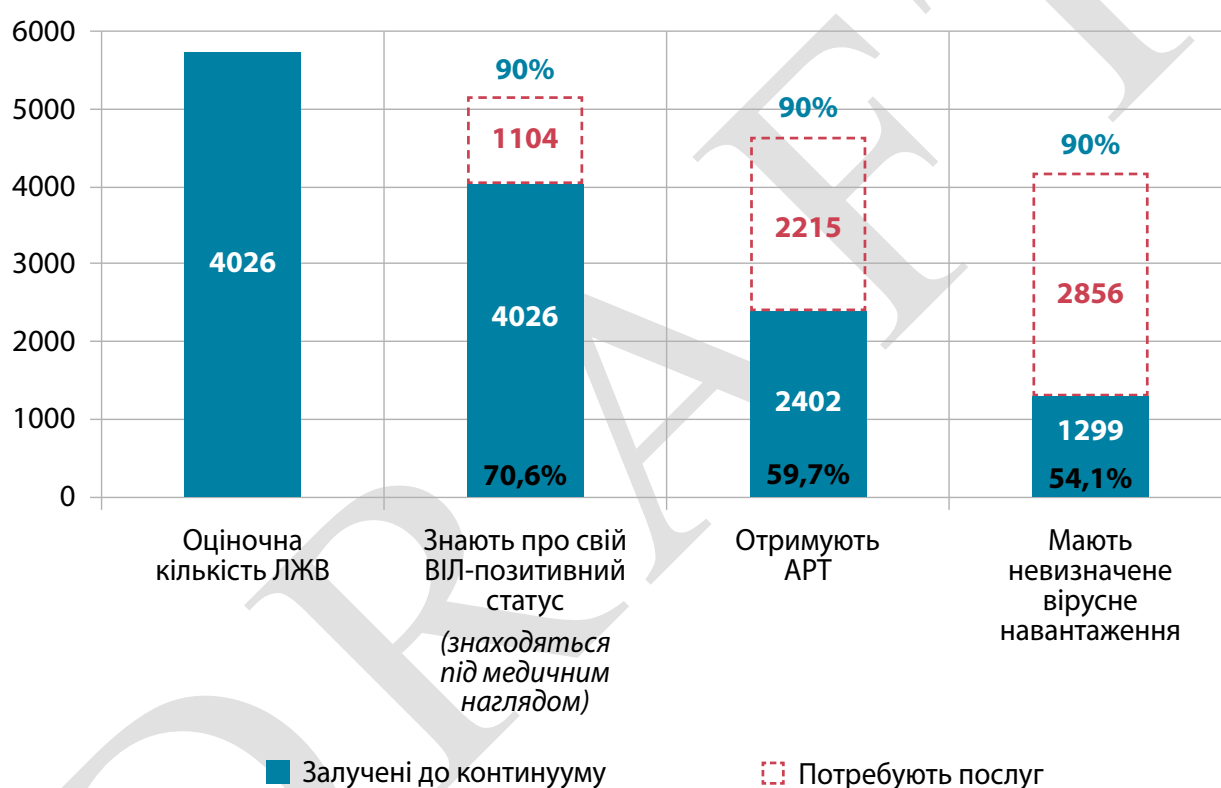


Рис. 9. Каскад лікування станом на 01.01.2017 р. у Херсонській області.

За даними Центру СНІДу, станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом перебувало 4026 ЛЖВ (без урахування дітей, що знаходяться у стадії підтвердження діагнозу). За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5, оціночна чисельність ЛЖВ у Херсонській області становить 5700 осіб, що затверджено рішенням обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 06.04.2017 р. № 1 «Про стан виконання заходів та завдань обласних програм протидії захворюванню на туберкульоз та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Білозерському районі. Затвердження оціночної чисельності людей, які живуть з ВІЛ/СНІДом, та ключових груп ризику в регіоні».

На каскаді станом на 01.01.2017 р. знають про свій позитивний статус 4026 осіб віком 15+ (без урахування дітей, які знаходяться у стадії підтвердження діагнозу), що складає 70,6% від оціночної кількості ЛЖВ.

Загальна чисельність ЛЖВ, які отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р. в Херсонській області становила 2402, що складає 59,7% від 90% тих ЛЖВ, які отримують доступ до лікування. За умови досягнення цілі, станом на початок 2017 р. АРТ мали б отримувати 4617 ЛЖВ.

Станом на 01.01.2017 р. загальна кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 6 міс. та досягли невизначуваного рівня вірусного навантаження ВІЛ ($VH < 40$ РНК копій/мл), складає 1299 (22,8% від оціночної кількості ЛЖВ). Частота вірусологічної ефективності лікування (кількість осіб, які досягли невизначуваного рівня ВІЛ (1299), від кількості осіб, які отримували АРТ не менше 6 міс. (2402), у 2016 р. в Херсонській області склала 54,1% (по Україні – 80,2%) та 31,3% від цілі 90% (а це має бути 4155 осіб, які мають невизначуване ВІЛ).

В результаті проведеного каскадного аналізу встановлено, що система надання послуг у сфері ВІЛ-інфекції/СНІДу в напрямку досягнення цілей «90-90-90» в Херсонській області є недостатньою. Серед основних прогалин у системі виявлено наступні:

- недостатня забезпеченість медичними кадрами ЗОЗ області, що надають послуги для ЛЖВ;
- відсутність достатньої кількості створених окремих структурних підрозділів – кабінетів «Довіра» – у ЦРЛ;
- недостатня кількість ШТ, закуплених за кошти місцевих бюджетів;
- невисокий рівень зацікавленості ЦПМСД у проведенні КІТ, визначенні КГН та їх подальшого лікування;
- доставка аналізів до Центру СНІДу із ЗОЗ області здійснюється лише 1-2 рази на місяць;
- неможливість організації соціального супроводу через відсутність соціальних працівників у штатних розписах ЗОЗ на більшості сайтів АРТ;
- відсутність проектної діяльності НУО у районах області в напрямку супроводу АРТ;
- пацієнти, які вже давно перебувають на обліку, мають багато упереджень щодо АРТ та відмовляються від лікування;
- високий відсоток осіб, які залишають АРТ через низьку прихильність до лікування та з інших причин;
- трудова міграція, що має місце в області.

4.3. Аналіз заходів Програми відповідно до п'яти напрямів ВООЗ

Аналіз заходів Програми за кожним із п'яти напрямів ВООЗ відбувався шляхом надання відповідей на ключові запитання, а саме: чи приводять здійснювані в рамках Програми заходи до змін; чи охоплені заходами потрібні люди; чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі); чи правильно здійснюються ці заходи та чи є вони правильними/релевантними. Нижче представлено відповіді на дані запитання за кожним із напрямів.

4.3.1. Напрямок 1. Антиретровірусна терапія

1.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Прийом АРТ має безпосередній вплив на рівень смертності серед ЛЖВ. В області показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, зростає, у т.ч. серед хворих, яким діагноз «ВІЛ-інфекція» поставлено в тому ж поточному році. У більшості хворих причиною смерті був туберкульоз (2016 р. – 76,5%).

Результати проведеного каскадного аналізу смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб за період з 2013 по 2016 рік продемонстрували, що із загальної кількості померлих від СНІДу лише 28,5% пацієнтів отримували АРТ, а 13,9% – отримували АРТ протягом тривалого часу (більше 12 міс.).

З числа ЛЖВ, які отримували АРТ, причиною смерті, яка безпосередньо пов'язана з ВІЛ-інфекцією, була ко-інфекція ТБ/ВІЛ (2013 р. – 90,9%, 2016 р. – 42,1%).

У 2016 році в області досягнуто цільового значення показника Програми «кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують АРТ» – станом на 01.01.2017 р. АРТ отримували 2250 осіб (при цільовому значенні – 2190 осіб). Розрахунки даного показника проводилися з урахуванням темпів приросту нових випадків ВІЛ-інфекції у III–IV клінічних стадіях, щорічних темпів приросту охоплення АРТ, спроможностей лікарів СНІД-центру до призначення АРТ, своєчасності отримання АРВП. У зв'язку із зміною нормативної бази з призначення АРТ в напрямку досягнення цілей «90-90-90» охоплення хворих на ВІЛ-інфекцію АРТ в області є недостатнім: станом на 01.01.2017 р. не отримували АРТ 2215 ЛЖВ, які потребували її. У цілому здійснювані в рамках Програми заходи до позитивних змін по основних напрямках не привели. Показник смертності від хвороб, зумовлених ВІЛ, у 2016 р. в області зростав. Через недостатнє охоплення лікуванням щороку помирають ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її.

1.2. Чи охоплені заходами потрібні люди?

За період 2013–2016 рр. кількість осіб, які отримували АРТ, збільшилася на 72% – з 1308 до 2250 осіб. Показник охопленості ЛЖВ склав у 2016 р. 55,9% від загальної кількості пацієнтів, які перебували під медичним наглядом (43,9% від оціночної кількості). Питома вага охопленості ЛВІН/ЛЖВ, які отримують АРТ, серед загальної кількості охоплених лікуванням ЛЖВ зросла з 15,5% у 2013 р. до 21,4% у 2016 р. Проте у програмі замісної терапії ЛЖВ/ЛВІН у 2016 р. охоплені АРТ на 74,4%.

Разом з тим, мають місце відмови від лікування АРТ. Серед основних причин – несприйняття свого ВІЛ-статусу, задовільне самопочуття, міфи про ускладнення від АРТ, зайнятість на роботі, вживання наркотичних речовин або алкоголю, віддаленість місця проживання від найближчого сайту АРТ-терапії, відсутність соціального супроводу в районах області та ін.

Дана ситуація є несприятливою для виконання цілей стратегії Fast Track, проте необхідно було б залучити до АРТ ще 2215 ЛЖВ.

Проведена децентралізація, зокрема протягом 2015–2016 рр., мала наслідком розширення доступу ВІЛ-інфікованих до отримання АРТ. Однак відсутність необхідної кількості відповідних препаратів, що відповідала б існуючим потребам, високий рівень відмови ЛЖВ щодо отримання АРТ є перешкодою у досягненні цільового показника Програми.

Станом на початок 2017 р. рівень охопленості антиретровірусною терапією ЛЖВ в області є недостатнім. Загальна кількість ЛЖВ з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які отримували АРТ, станом на 01.01.2017 р. склала 59,6.

1.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі /масштабі?

З метою розширення доступу ВІЛ-інфікованих до АРТ в Херсонській області протягом 2009–2016 рр. здійснювалася робота із децентралізації надання послуг ВІЛ-інфікованим. Якщо у 2004 р. АРТ призначалася тільки фахівцями Центру СНІДу, то станом на 01.07.2017 р. – вже на 11 сайтах, на базі десяти ЗОЗ видавалися АРВП, у чотирьох ЗОЗ – проводився супровід хворих, які приймають АРТ.

Станом на 01.01.2017 р. в Херсонській області відкриті та здійснюють діяльність 11 сайтів АРТ-терапії (на базі Центру СНІДу, Каховської ЦРЛ, КЗ «ЦМЛ м. Нова Каховка», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С. Лучанського», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. Є.Є. Карабелеша», КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О. та А. Тропіних», КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», Олешківської, Великоолександрівської ЦРЛ, КУ «Бериславська ЦРЛ», КП «Великопетиська ЦРЛ»), 10 пунктів видачі АРВП (КЗ «Нововоронцовська ЦРЛ», Новотроїцька, Іванівська, Нижньосірогозька, Скадовська та Верхньорогачицька ЦРЛ, КЗ «Генічеська ЦРЛ», Голопристанська та Каланчацька ЦРЛ, КЗ «Обласний наркологічний диспансер»). Однак цього недостатньо для забезпечення доступності АРТ для всіх, хто цього потребує.

Також відсутність достатньої кількості лікарів-інфекціоністів в кабінетах «Довіра» та КІЗах має негативний вплив на забезпечення доступу до АРТ (Каховська ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С. Лучанського», Олешківська та Великоолександрівська ЦРЛ, КУ «Бериславська ЦРЛ», КП «Великопетиська ЦРЛ»).

Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що заходи, спрямовані на подолання епідемії ВІЛ-інфекції в області, виконуються не в повному обсязі.

1.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Послуги з догляду та підтримки ЛЖВ в області здійснюються Херсонською міською ГО «Асоціація 21 століття» в рамках проектної діяльності. Проте надання даної послуги зосереджено лише в обласному центрі та Скадовському районі, де є консультативний пункт. Пацієнти, які мешкають в інших адміністративно-територіальних населених пунктах області, залишаються не охоплені послугами, що є свідченням необхідності розширення географії надання послуг догляду та підтримки в Херсонській області.

Проведений аналіз продемонстрував, що відсоток ЛЖВ, охоплених послугами догляду та підтримки, збільшився – з 37,5% в 2013 р. до 69,8% у 2016 р. Тим не менш, цільового значення даного показника Програми (80,0%) не досягнуто.

Серед осіб, які розпочали АРТ у 2015 р., відсоток утримання на лікуванні через 12 міс. після його початку становить 81,5% (при плановому показнику Програми – 85%). Серед осіб, які розпочали АРТ у 2014 р., відсоток утримання на АРТ через 24 міс. після її початку становить 74,6%.

Вищезазначене є свідченням того, що на початок 2017 р. в області ЛЖВ є недостатньо охопленими послугами догляду та підтримки.

1.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Призначення АРТ в області здійснюється у повній відповідності з національними клінічними протоколами.

Діюча мережа сайтів АРТ наразі лише частково відповідає потребам та епідемічній ситуації в регіоні. В області відсутня злагоджена система планування потреб щодо АРТ через нерегулярні поставки АРВП (із запізненням на 1,5 року). В затвердженому бюджеті діючої Програми передбачено фінансування заходів на лікування АРТ у 2016 р., що складає 13 400 тис. грн., однак виділених коштів недостатньо. Загалом фінансування заходів на лікування АРТ з державного бюджету в 2010, 2015, 2016 рр. було нижче 100%.

Висновки

На початок 2017 р. в області не завершена діяльність щодо децентралізації послуг з АРТ. Є потреба і надалі відкривати повноцінно діючі кабінети «Довіра» в Каховській, Олешківській, Великоолександрівській, Бериславській, Великопетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С. Лучанського». Також необхідним є введення в штат кабінетів «Довіра» соціальних працівників та/або психологів, функціями яких буде формування та підтримка прихильності пацієнтів до АРТ.

Варто зазначити, що затримки поставок препаратів АРТ не сприяють формуванню у ЛЖВ прихильності до лікування.

4.3.2. Напрямок 2. КіТ на ВІЛ

2.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

З метою своєчасного виявлення ВІЛ-інфікованих осіб на ранніх стадіях захворювання послуги з КіТ на ВІЛ надаються в області на базі ЗОЗ, мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст».

У 2016 р. кількість дотестових консультувань збільшилася на 10% у порівнянні з 2014 р. Серед загальної кількості тестувань на ВІЛ зросла питома вага охоплення тестуванням на ВІЛ за допомогою ШТ – з 8,9% у 2013 р. до 15,2 % у 2016 р. В області послуги з КіТ доступні для будь-якої групи населення, проте група ЧСЧ залишається охопленою не в повному обсязі. Також серед засуджених, які перебували у місцях позбавлення волі, зменшився відсоток охоплення тестуванням на ВІЛ – з 53,8% у 2013 р. до 32,4% у 2016 р.

Щороку зростає відсоток ЛЖВ (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед ЛВІН він зменшився з 59,9% у 2009 р. до 30,7% у 2016 р.

За даними каскадного аналізу, результатом КіТ стало залучення до медичного нагляду 70,6% ЛЖВ у віці 15+ від їх оціночної кількості, що недостатньо для досягнення перших 90% стратегії Fast Track.

Отже, існуюча система КіТ в ЗОЗ Херсонської області наразі не забезпечує своєчасного виявлення та залучення до медичних послуг ЛЖВ.

Зважаючи на вищезазначене та враховуючи зменшення кількості тестувань на ВІЛ з 92 330 у 2009 р. до 64 342 у 2016 р., можна зробити висновок, що ефективність і якість надання послуг з КіТ в області не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню ЛЖВ до ВІЛ-послуг.

2.2. Чи охоплені потрібні люди?

Відсоток охоплення тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ дорослого населення області (за винятком донорів та вагітних) у 2016 р. становив 2,78%, що свідчить про недостатнє розширення послуг з КіТ та невідповідність вимогам цільового показника Програми (5%). Загалом протягом 2015–2016 рр. в області обстежено на ВІЛ 135 738 осіб.

Частка обстежень серед КГН від загальної кількості тестувань у 2015 р. склала 19,3%, у 2016 р. – 22,1% з урахуванням ШТ. Загальна кількість виявлених позитивних результатів протягом 2015–2016 рр. – 1305, у т.ч. серед представників КГН – 108 (8,3%). Практично не виявляються особи з позитивним результатом серед КПС та ЧСЧ. Частка осіб з уперше виявленими антитілами до ВІЛ серед ЛВІН від загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ зросла з 4,6% у 2013 р. до 7,7% у 2016 р.

В області в недостатніх обсягах проводиться КіТ серед ключових груп населення. Питома вага позитивних результатів серед обстежених на ВІЛ представників КГН, за даними СЕМ, склала за період 2015–2016 рр. 8,3%.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, упродовж 2013–2015 рр. зменшився відсоток ЛВІН, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. і знають свій результат – 36,6% та 32,3% відповідно. Серед ЧСЧ даний показник залишається на рівні 54%, серед ПКС зменшився з 73,4% до 46,5%.

Згідно даних СЕМ, відсоток засуджених, охоплених КіТ з використанням ШТ, зменшився з 53,8 % у 2013 р. до 32,4% у 2016 р., що свідчить про недостатній доступ до цих послуг.

Водночас хворі на туберкульоз достатньо охоплені тестуванням на ВІЛ: показник охопленості протягом 2013–2016 рр. збільшився з 95,5% до 98,4% відповідно.

2.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі /масштабі?

Станом на 01.01.2017 р. загальна кількість ЗОЗ області, що надають послуги з КіТ, складала 63 заклади. Дані послуги надаються у 16 ЗОЗ третинного рівня, 26 ЗОЗ вторинного рівня, 21 – первинного рівня надання медичної допомоги. До акушерсько-гінекологічної служби входять 22 підрозділи, протитуберкульозної та наркологічної – по 23, дерматовенерологічної – 19. У Херсонській області функціонує один Центр СНІДу, шість кабінетів «Довіра» та 18 КІЗів, де надаються послуги з КіТ на ВІЛ.

Серед ЗОЗ і НУО, що надають послуги з КіТ, 30,1% закладів знаходяться у містах області, 69,9% – у районах.

В області працює одна НУО, яка надає профілактичні послуги для ЛВІН (ХОБФ «Мангуст»).

За даними електронного інструменту e-TB Manager, відсоток хворих на ТБ, охоплених КіТ, станом на 01.01.2017 р. становив 98,4%, що свідчить про високий рівень доступу до цих послуг в протитуберкульозній службі.

Водночас досить незначною є питома вага консультувань, наданих у 2016 р. закладами наркологічної (0,2%) та дерматовенерологічної (0,5%) служб від загальної кількості проведених консультувань.

Зважаючи на вищезазначене, можна зробити висновок, що наявна кількість ЗОЗ є достатньою для надання послуг з КіТ в області. Разом з тим, кількість фахівців ЗОЗ, які залучені до надання послуг з КіТ на ВІЛ, та кількість НУО недостатні для забезпечення даними послугами в повному обсязі. Послуги з КіТ, що надають НУО, є достатніми у містах області та недостатніми у районах.

2.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ до кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд протягом 2013–2016 рр., зросло з 53,6% до 68,5% відповідно. Така ж позитивна динаміка спостерігається і серед КГН: відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було виявлено та взято протягом року під медичний нагляд, за останні чотири роки збільшився – з 5,1% у 2013 р. до 8,4% у 2016 р. Це стало можливим завдяки широкому впровадженню ШТ та децентралізації послуг з АРТ і КіТ.

У ЗОЗ Херсонської області розроблено накази про визначення відповідальних щодо надання послуг з КіТ. Система супервізії здійснюється, згідно 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 заходів КіТ на ВІЛ центри первинної медико-соціальної допомоги.

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

2.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

В області послуги з КіТ надаються відповідно до Наказу УОЗ Херсонської ОДА від 17.08.2010 № 357 «Про удосконалення діагностики ВІЛ-інфекції в області» та Наказу ДОЗ Херсонської ОДА від 06.09.2016 № 451 «Про організацію надання послуг з КіТ на ВІЛ із застосуванням швидких тестів та перенаправлення пацієнтів», які є релевантними до потреб області в сфері надання даних послуг. Щодо центру СНІДу затверджено Наказ від 10.10.2016 № 44 «Про затвердження локального клінічного протоколу із маршрутом пацієнта щодо надання послуг консультування і тестування на ВІЛ із застосуванням швидких тестів на рівні закладу охорони здоров'я».

В області розширюється сфера надання послуг з КіТ для КГН: частка тестувань цієї категорії осіб серед загальної кількості тестувань за рахунок місцевого бюджету в 2016 р. збільшилася до 22,1%. Серед загальної кількості тестувань на ВІЛ, що здійснюється НУО серед ЛВІН, виявлення ВІЛ-інфекції є досить низьким – 0,6%. У 2016 р. тестування серед ПКС та ЧСЧ, які проводилися НУО, позитивних результатів не виявили. Аналіз причин низького виявлення ВІЛ серед КГН в області не проводився.

Відсоток фактичного фінансування заходів з КіТ на ВІЛ в рамках Програми від запланованого становив у 2015–2016 рр. 100% та 262,1% відповідно.

Послуги з КіТ надаються медичними працівниками ЗОЗ всіх спеціальностей та соціальними працівниками НУО, які пройшли тренінги і мають сертифікати. Проте за останні роки у зв'язку із зміною кадрів є нагальна потреба навчання медичних працівників з питань КіТ на ВІЛ.

Для діагностики ВІЛ-інфекції серед донорів та вагітних використовують тест-системи «Антиген-Антитіло», що закуповуються за кошти державного бюджету для скринінгу населення області – виявлення антитіл до ВІЛ. Швидкі тести використовуються серед КГН та для вагітних/породіль у разі відсутності у них даних з КіТ. Для підтверджувальних досліджень застосовуються наступні тест-системи: Ag-At; At; At або ШТ. Використання даних тест-систем передбачено алгоритмом згідно із Наказом МОЗ України від 21.12.2010 №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення» (із змінами від 17.08.2012 № 718).

Станом на початок 2017 р. Херсонська область забезпечена тест-системами для проведення діагностики ВІЛ-інфекції методом ІФА. Існує необхідність закупівлі ШТ для лікувальних закладів області. До Програми внесено відповідний пункт, проте не у всіх районах закуповують ШТ за кошти місцевого бюджету.

Висновки

Фактичне фінансування Програми на послуги з КіТ з обласного бюджету протягом 2014–2016 рр. відповідало запланованому. Хворі на туберкульоз достатньо охоплені даними послугами. Проте існуюча система надання послуг з КіТ не повною мірою відповідає актуальній епідситуації з ВІЛ/СНІДом в області. Так, організація заходів з надання даних послуг не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню ЛЖВ. Також дискримінація має негативний вплив на ефективність та якість надання послуг. Незважаючи на задовільне фінансування закупівлі тест-систем за кошти обласного бюджету, представники КГН недостатньо охоплені послугами з КіТ на ВІЛ. У 2015 році, наприклад, за даними біоповедінкових досліджень, протестовано на ВІЛ 32,3% ЛВІН, 35,4% ПКС, 46,5% ЧСЧ від оціночної кількості, що свідчить про недостатньо ефективну роботу в регіоні. Практично не виявляються особи з позитивним результатом на ВІЛ серед ПКС та ЧСЧ. В області не залучені до заходів КіТ центри первинної медико-соціальної допомоги. До того ж, НУО, що здійснюють свою діяльність в області, не мають достатніх ресурсів для більш повного охоплення тестуванням ключових груп населення. Постає необхідність створення нових або ж розширення підрозділів існуючих НУО, які б надавали послуги в не охоплених профілактичними послугами населених пунктах. Для забезпечення сталості послуг доцільним є фінансування таких НУО за кошти місцевих бюджетів.

4.3.3. Напрямок 3. Профілактичні послуги для ЛВІН

3.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За даними СЕМ, попри зростання кількості ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, рівень виявлення ВІЛ протягом 2009–2016 рр. зменшився з 4,7% до 1,1% відповідно, за результатами проведених тестувань НУО – з 1,3% до 0,9% (2013–2016 рр.). Разом з тим, за даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН знизилася з 28,4% у 2011 р. до 21,3% у 2015 р.

3.2. Чи охоплені потрібні люди?

Упродовж 2016 року протестовано на ВІЛ-інфекцію 4438 ЛВІН, з них 3939 – швидкими тестами. Із загальної кількості протестованих 3365 осіб (75,8%) протестовано фахівцями ХОБФ «Мангуст» швидкими тестами, 1073 (24,2%) обстежені в ЗОЗ, у т.ч. 499 – методом ІФА та 574 – швидкими тестами.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2013 р. 29,2%, а в 2015 р. – 50,0% ЛВІН охоплені профілактичними програмами, що свідчить про недостатній рівень охопленості.

3.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі/масштабі?

Єдиною організацією в області, що надає профілактичні послуги ЛВІН, є ХОБФ «Мангуст», який реалізує програми «зменшення шкоди» з 2001 р. З метою наближення профілактичних послуг до ЛВІН вони були децентралізовані. Так, на сьогодні в області працює 20 пунктів обміну шприців, з них вісім – у Херсоні, дев'ять – у районних центрах області (Скадовськ, Каховка, Нова Каховка, Велика Лебетиха, Генічеськ, Чаплинка, Білозерка, Гола Пристань, Олешки). Крім того, діють три пункти видачі шприців на базі аптек «Медпрепарати».

Рівень забезпечення необхідною кількістю шприців на рік на одного ЛВІН недостатній в рамках постійно діючих профілактичних програм. Середня кількість шприців на одного ЛВІН у 2013 р. склала 100,1, у 2016 р. – 83,1.

Медичні послуги ЛВІН можуть отримати у Центрі СНІДу та в ЗОЗ за місцем проживання.

Станом на 01.01.2017 р. на ЗПТ в області знаходилося 250 пацієнтів (на 6-ти сайтах ЗПТ): КУ «Обласний наркологічний диспансер» – 102, КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер» – 8, Скадовська ЦРЛ – 44, Новокаховська міська лікарня – 51, Каховська ЦРЛ – 21, Олешківська ЦРЛ – 24.

Станом на початок 2017 р. залишається невирішеним питання щодо відкриття двох сайтів ЗПТ – у Голопристанському та Генічеському районах області. Незважаючи на те, що у Голопристанському районі є відповідне рішення районної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, а в Генічеському – рішення Ради з ТБ/ВІЛ, сайти так і не були відкриті.

Важливу роль відіграє діяльність ХОБФ «Мангуст», який проводить роботу з ЛВІН за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; самотестування на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ІПСШ; роздача стерильних шприців, презервативів, лубрикантів, медикаментів, програма ЗПТ; переадресація до Центру СНІДу та в ЗОЗ за місцем проживання або, за потреби, до спеціалістів вузького профілю. Переадресація здійснюється відповідно до листів УЦКС від 22.01.2015 № 99 «Щодо оцінки пере-

адресації осіб з ВІЛ-позитивними результатами з використанням швидких тестів від НУО до ЗОЗ служби СНІДу» та від 25.06.2015 № 1277 «Щодо уточнення Алгоритму та звітності з переадресації осіб з ВІЛ-позитивними результатами від ГО до ЗОЗ служби СНІДу».

Отже, існує необхідність розширення програми обміну шприців в інших районах за умови забезпечення відповідних ЗОЗ лікарями-наркологами та лікарями-інфекціоністами, які надаватимуть послуги ЗПТ.

3.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

У рамках проекту «Здоров'я партнерів СН», що реалізує ХОБФ «Мангуст» за підтримки проекту RESPOND, за період з 1 грудня 2015 по 1 січня 2017 року охоплено 460 партнерів ЛВІН, виявлено 30 осіб (6,5%) з позитивним результатом на ВІЛ, з них 23 особам (76,7%) встановлено діагноз «ВІЛ-інфекція». Отримують АРТ 13 партнерів ЛВІН (56,5%), мають ВН < 40 – три особи (23,1%).

В області організовано виїзди мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» спільно з медичними фахівцями Херсонського обласного шкірно-венерологічного диспансеру в осередки КГН для обстеження на ВІЛ-інфекцію та ІПСШ з подальшою переадресацією на дообстеження та лікування в ЗОЗ. Фахівцями мобільної амбулаторії у 2016 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 1569 осіб, з них виявлено 13 з позитивними результатами, у т.ч. 11 позитивних серед 1299 протестованих ЛВІН. У тому ж році обстеження на гепатит С пройшли 204 ЛВІН, серед яких виявлено 84 позитивні результати.

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зменшився з 64,0% у 2013 р. до 50,7% у 2015 р.; відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику, досяг у 2015 р. 97,9% і 75,7% ЛВІН знають про шляхи передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (2013 р. – 64,0% та 95,7% відповідно). Відповідно до програмної діяльності НУО, зменшилася середня кількість шприців на одного ЛВІН – з 100,1 у 2013 р. до 83,1 у 2016 р.

Отже, заходи, що реалізуються в регіоні в напрямку профілактики ЛВІН, потребують покращення. Станом на початок 2017 р. профілактичними програмами охоплені ЛВІН та їхні статеві партнери. Однак в області уснує необхідність розширення мережі сайтів ЗПТ.

3.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать про зниження поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН – з 28,4% у 2011 р. до 21,3% у 2015 р. Рівень виявлення ВІЛ протягом 2009–2016 рр. зменшився, за даними СЕМ, з 4,7% у 2009 р. до 1,1%, у 2016 р.

Разом з тим, упродовж 2009–2015 рр. зменшився відсоток ЛВІН, охоплених профілактичними програмами – з 53,8% у 2009 р. до 50,0% у 2015 р.

Послуги щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЛВІН/наркоспоживачів та інших КГН в області надаються на загальних підставах для ЛЖВ відповідно до наказів по Центру СНІДу: від 07.10.2016 р. № 43 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним», від 29.03.2017 № 16 «Про затвердження Локального протоколу з ведення випадку ко-інфекції ВІЛ/ІПСШ», від 30.03.2017 № 17 «Про затвердження Локального протоколу з надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим», від 24.05.2017 № 27 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги при ко-інфекції ТБ/ВІЛ/СНІД», від 12.06.2017 № 28 «Про затвердження Локального протоколу надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дорослим хворим на вірусний гепатит С».

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ здійснюється за рахунок коштів ГФ СТМ. В той же час відсутнє фінансування цих заходів за кошти обласного і місцевих бюджетів.

Негативний вплив на розвиток сфери профілактичних послуг для ЛВІН має відсутність політичної підтримки на всіх рівнях щодо необхідності виділення коштів з місцевих бюджетів на профілактику ВІЛ серед ЛВІН, придбання палива для виїзду мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» у віддалені села.

4.3.4. Напрямок 4. Профілактичні послуги для ПКС

4.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Незважаючи на зростання кількості ПКС, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію протягом 2011–2013 рр. (з 48,5% до 73,4% відповідно), виявлення випадків ВІЛ-інфекції практично не відбувається. Так, у 2013 р. НУО було виявлено два позитивних результати, у 2014 р. – один. Обстеження на ВІЛ у лікувальних закладах за відповідним кодом не проводиться. Разом з тим, за даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед цієї категорії клієнтів знизилася: з 11,0% у 2009 р. до 7,2% у 2015 р.

4.2. Чи охоплені потрібні люди?

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень дають можливість оцінити доступ до послуг та рівень їх використання ПКС.

За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень, поширеність ВІЛ-інфекції серед ПКС в області знизилася – з 11,0% у 2009 р. до 7,2% у 2015 р. Разом з тим, у 2015 р. у порівнянні з 2013 р. зменшилася питома вага ПКС, охоплених тестуванням на ВІЛ, з 73,4% до 46,5%, що могло позначитися на показнику поширеності ВІЛ серед цієї категорії осіб, та відзначається зменшення відсотка ПКС, охоплених профілактичними програмами: з 64,5% до 50% відповідно.

За даними СЕМ, протягом 2016 р. у порівнянні з 2015 р. збільшилася кількість тестувань на ВІЛ серед ПКС – з 397 до 553 відповідно. Слід зазначити, що в 2015 р. всі тестування проводилися швидкими тестами у мобільній амбулаторії ХОБФ «Мангуст», у 2016 р. тільки дві особи із групи ПКС обстежені у ЗОЗ ІФА, решта тестувань (551) проведено швидкими тестами ХОБФ «Мангуст» (всі з негативним результатом).

4.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі /масштабі?

Профілактичні заходи для ПКС з ВІЛ-інфекції в області надаються ХОБФ «Мангуст» в рамках проектної діяльності з 2001 року. З метою наближення профілактичних послуг до цієї категорії громадян вони були децентралізовані і наразі надаються на базі філій ХОБФ «Мангуст» у дев'яти районах центрів області: Скадовськ, Каховка, Нова Каховка, Велика Лепетиха, Генічеськ, Чаплинка, Білозерка, Гола Пристань, Олешки.

Середня кількість презервативів на одну ПКС у 2013 р. склала 25,2 одиниць, у 2016 р. – 27,3 одиниць. Отже, кількість розданих презервативів у рік для одну ОСБ є недостатньою.

Профілактичну роботу з ПКС ХОБФ «Мангуст» проводить за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ІПСШ; послуги з надання презервативів, лубрикантів, медикаментів; переадресація до Центру СНІДу, в ЗОЗ за місцем проживання та, за потреби, до спеціалістів вузького профілю. Постконтактна профілактика жертв насилля – консультування та призначення АРВ-препаратів – проводиться фахівцями Центру СНІДу. Медичні послуги ПКС можуть отримати безпосередньо в Центрі СНІДу та у ЗОЗ за місцем проживання.

4.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

З метою обстеження на ВІЛ-інфекцію та ІПСШ з подальшою переадресацією на дообстеження та лікування в ЗОЗ в області організовано виїзди мобільної амбулаторії ХОБФ «Мангуст» спільно з медичними фахівцями Херсонського обласного шкірно-венерологічного диспансеру в осередки КГН відповідно до угоди про співпрацю.

Протягом 2016 р. фахівцями мобільної амбулаторії на ВІЛ-інфекцію обстежено 277 ПКС, з яких дві особи мали позитивний результат (0,7%), на ІПСШ обстежено 426 осіб, з яких 14 – позитивні (3,3%).

За даними результатів інтегрованих біоповедінкових досліджень, відсоток ПКС, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зріс з 94,4% у 2011 р. до 99,3% у 2015 р. За цей період зріс відсоток осіб цієї категорії, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається – з 37,9% до 48,8% відповідно, що свідчить про покращення інформування ПКС, проте він досі залишається низьким.

Саме серед ПКС спостерігається позитивний вплив проекту профілактики ВІЛ.

4.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ здійснюється за рахунок коштів ГФ СТМ. В той же час відсутнє фінансування цих заходів за кошти обласного і місцевих бюджетів.

Висновок

Протягом 2009–2015 рр. в області спостерігається тенденція до зниження поширеності ВІЛ-інфекції серед ПКС – з 11,0% до 7,2% відповідно, про що свідчать результати інтегрованих біоповедінкових досліджень. Відсоток ПКС, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зріс з 94,4% у 2011 р. до 99,3% у 2015 р.

Водночас існує низка проблем, а саме: обсяги заходів профілактичних програм серед ПКС є недостатніми; рівень охоплення складав 51,0%; кількість протестованих на ВІЛ та знають результати тестування – 46%; лише 48,8% ПКС знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

4.3.5. Напрямок 5. Профілактичні послуги для ЧСЧ

5.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За даними інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2015 р. у порівнянні з 2013 р. серед ЧСЧ зменшився рівень охоплення КіТ на ВІЛ – з 44,6% до 19%. Незважаючи на зменшення кількості тестувань, за цей період зросла частка ВІЛ-інфікованих ЧСЧ – з 6,1% до 9%, що свідчить про подальше поширення ВІЛ-інфекції серед даної групи населення.

5.2. Чи охоплені потрібні люди?

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: за 2011–2013 рр. – з 22,5% до 44,6% з наступним різким зменшенням у 2015 р. до 19% від оціночної кількості.

За даними СЕМ, кількість тестувань ЧСЧ на ВІЛ протягом 2016 р. (516 осіб) практично залишилася на рівні 2015 р. (506), що складає 19,5% від оціночної кількості. Лише п'ять з них у 2015 р. та два у 2016 р. обстежені методом ІФА в Центрі СНІДу, інші – швидкими тестами фахівцями ХОБФ «Мангуст» (результатами – негативні). Мають місце випадки, коли одна особа обстежена протягом року двічі.

5.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі/масштабі?

В області профілактичні послуги для ЧСЧ до 2014 р. проводилися ГО «Нова хвиля для кращого майбутнього», з 2015 р. – ХОБФ «Мангуст». Послуги не децентралізовані, в основному надаються в Центрі СНІДу.

Рівень видачі необхідної кількості презервативів на рік на одного ЧСЧ недостатній відносно діючих профілактичних програм. Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ у 2013 р. складала 19, у 2016 р. – 14.

Медичні послуги ЧСЧ можуть отримати в Центрі СНІДу та в ЗОЗ за місцем проживання, проте, враховуючи стигматизацію та дискримінацію, вони про свою сексуальну орієнтацію не повідомляють, а тому за кодом 103 КіТ на ВІЛ у ЗОЗ не проходять.

ХОБФ «Мангуст» в рамках проектої діяльності здійснює роботу з ЧСЧ за наступними напрямками: КіТ на ВІЛ; тестування на ВГВ, ВГС, ІПСШ; послуги з надання презервативів, лубрикантів, медикаментів; переадресація до Центру СНІДу, в ЗОЗ за місцем проживання та, за потреби, до спеціалістів вузького профілю.

За результатами інтегрованих біоповедінкових досліджень, у 2015 р. 70% ЧСЧ використовували презерватив під час останнього сексуального контакту. Разом з тим, в області профілактичні послуги для ЧСЧ не децентралізовані. У 2015 р. лише 49% осіб цієї спільноти знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається. Охоплено профілактичними програмами 19% ЧСЧ. Недостатньою є кількість презервативів на одного ЧСЧ в рік.

5.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать, що відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, зріс з 50,3% у 2011 р. до 70% у 2015 р. Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, за цей період зменшився з 59,4% до 49% відповідно. У 2015 р. знизився рівень охоплення КІТ на ВІЛ до 19%.

Мобільною амбулаторією ХОБФ «Мангуст» за 2016 р. обстежено на ВІЛ-інфекцію 128 ЧСЧ з негативним результатом та на ІПСШ – 133 осіб, позитивних не виявлено.

Відповідно до програмної діяльності НУО, середня кількість презервативів на одного ЧСЧ у 2013 р. склала 19 шт., у 2016 р. – 14 шт.

Заходи профілактичних програм серед ЧСЧ проводяться в недостатньому обсязі. Недостатньою є середня кількість презервативів у рік на одного ЧСЧ, що сприяє подальшому поширенню ВІЛ.

5.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Фінансування заходів профілактики ВІЛ серед ЧСЧ у рамках діючої Програми окремо не виділялося, а здійснювалося за рахунок ГФ СТМ.

Висновок

Недостатнім є рівень охоплення ЧСЧ профілактичними програмами (2015р. – 19%). Результати інтегрованих біоповедінкових досліджень свідчать про зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ – з 5% у 2009 р. до 9% у 2015 р.

Станом на початок 2017 р. в області існує низка проблем. Зокрема, профілактичні послуги для ЧСЧ не децентралізовані, заходи профілактичних програм проводяться недостатньо, особливо в курортних місцях (Генічеський, Каланчацький, Голопристанський райони). Група ЧСЧ є доволі закритою, у т. ч. для медпрацівників, через стигматизацію та дискримінацію.

5. ВИСНОВКИ

Діюча в Херсонській області Програма за період 2015–2016 рр. суттєво не вплинула на тенденції індикаторів впливу: реєструється подальше зростання 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 т.ч. серед КГН, догляду та підтримки ЛЖВ.

За результатами проведеної оцінки було виокремлено сильні та слабкі сторони Програми.

До сильних сторін Програми можна віднести наступні:

1. Засідання обласної ради з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу проводяться щоквартально, заслуховується виконання попередніх рішень Ради.
2. У Херсонській області впроваджено та застосовується інноваційне адміністрування – електронні звіти, інструменти, програма 1-C, Microsoft Office Excel, використовуються масиви бази даних DevINFO, впроваджується електронний інструмент STMA агрегації звітних форм епідемічного та клінічного моніторингу, електронний інструмент оцінки якості даних; у ЛПЗ області впроваджена медична інформаційна система «ВІЛ-інфекція в Україні», електронний інструмент прогнозування потреб та запасів виробів медичного призначення.
3. Показник охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у 2016 р. становив 59,6% та був вище очікуваного індикатора (55,0%), що стало результатом створення та роботи сайту видачі АРТ на базі КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер».
4. За рахунок правильно організованої роботи ППМД в області медикаментозну профілактику АРВП у 2016 р. отримали 95,1% вагітних та 98,0% дітей; рання діагностика ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, методом ПЛР-ДНК проведена у 94,7% випадках.
5. Використання коштів місцевих бюджетів дало змогу на 100% забезпечити народжених ВІЛ-інфікованими матерями дітей адаптованими молочними сумішами.

6. З 2014 р. у Херсонській області вперше в Україні запроваджено обстеження на ВІЛ-інфекцію статевих партнерів вагітних жінок у жіночих консультаціях ЗОЗ при взятті останніх на диспансерний облік по вагітності відповідно до листа директора ДООЗ Херсонської ОДА від 02.06.2014 р. № 10-03-332. Фахівцями Центру СНІДу розроблено «Рекомендації щодо ведення вагітних, чоловіки яких є ВІЛ-інфікованими, та народжених ними дітей», які були рекомендовані відповідно до листа директора ДООЗ Херсонської ОДА від 10.10.2014 № 10-03-741 «Про удосконалення заходів з питань попередження передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини». За 2014 рік у дев'яти ВІЛ-негативних вагітних жінок виявлено позитивних статевих партнерів – у 2015 р. – 26, у 2016 р. – 17. Дана рекомендація щодо тестування статевих партнерів вагітних жінок на ВІЛ увійшла до Наказу МОЗ України № 449 від 16.05.2016 р. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».
7. З метою розширення програми ЗПТ для ЛВІН у Голопристанському та Генічеському районах області розроблено відповідні рішення районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. За даними біоповедінкових досліджень, показник поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН та ПКС у регіоні протягом 2009–2015 рр. має тенденцію до зниження.
8. В області виконано план набору на АРТ. Показник Програми «Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які отримують лікування антиретровірусними препаратами» у 2016 р. мав значення 2250 осіб при очікуваному 2190 осіб.
9. Показник Програми «Рівень смертності населення від хвороб, зумовлених ВІЛ» у 2015 р. мав значення 3,3% при очікуваному 11,3%, у 2016 р. – 6,97% при очікуваному 10,7%.
10. Показник Програми «Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які хворі на туберкульоз та отримали лікування від туберкульозу та ВІЛ-інфекції» у 2015 р. мав значення 67,9% при очікуваному 52,6%, у 2016 р. – 59,0% при очікуваному 55,0%.

Основні слабкі сторони Програми:

1. Недостатнє фінансування заходів Програми з обласного та місцевих бюджетів, у т.ч. на такі заходи, як відкриття кабінетів «Довіра», забезпечення лікування та медикаментозної профілактики ОІ, супутніх захворювань.
2. Державні та недержавні організації міст і районів області не зацікавлені в проведенні роботи щодо профілактики поширення соціально небезпечних захворювань, створення ВІЛ-сервісних НУО.
3. Часта зміна кадрів райдержадміністрацій та міськвиконкомів приводить до зниження рівня поінформованості голів та членів міських/районних рад з питань ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад – з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, необхідності лобювання питання фінансування програм протидії ВІЛ/СНІДу з місцевих бюджетів.

4. У школах області в недостатньому обсязі впроваджуються програми розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ: у 2015 р. охоплено 78,1% шкіл (при очікуваному – 82,9%), у 2016 р. – 74,1% (при очікуваному – 90,0%).
5. За період 2014–2016 рр. спостерігається подальше поширення ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15–24 роки (з 0,22% до 0,36%) та серед вагітних (з 0,99% до 1,06%).
6. Недостатня забезпеченість кадрами кабінетів «Довіра» та КІЗів ЗОЗ області для роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.
7. Відсутні нормативи навантаження на медичних працівників в роботі з ВІЛ-інфікованими.
8. Сімейні/дільничні лікарі не задіяні у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ВІЛ-інфікованими, догляду та підтримки.
9. Через пізнє виявлення випадків ВІЛ-інфекції та туберкульозу в області реєструються випадки виявлення хворих на ТБ/ВІЛ на пізніх стадіях, яким АРТ не призначається у зв'язку із смертю хворого, проте статистика відсутня.
10. Протягом 2014–2016 рр. на 13,7% збільшилася в області частка померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ.
11. Через пізнє виявлення випадків ВІЛ-інфекції у 2015 р. померло 47,6% хворих, яким встановлено діагноз протягом року з моменту виявлення, у 2016 р. – 76,5%.
12. Недостатньою є взаємодія між інфекційною та фтизіатричною службами районів у напрямку супроводу хворих з ко-інфекцією, які отримують АРТ. Потребує посилення наступності у спостереженні за даною групою пацієнтів з метою утримання на лікуванні ВІЛ-інфекції.
13. Несвоечасною є поставка препаратів АРТ, в Херсонську область зокрема.
14. Недостатнє охоплення АРТ ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом (2016 рік – 53,4%).
15. Не досяг очікуваного індикатора показник «Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують лікування АРВП через 12 місяців після її початку»: у 2014 р. – 82,8% при очікуваних 84,8%, у 2015 р. – 81,4% при очікуваних 85,0%.
16. Недостатньою є кількість учасників ЛВІН/ЗПТ, які отримують АРТ.
17. У більшості районів області відсутній соціальний супровід з догляду та підтримки хворих на АРТ.
18. В області не реалізуються проекти щодо підтримки і супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних та народжених ними дітей, внаслідок чого у 2016 р. зареєстровано високий показник ППМД – 3,54% при очікуваному 2,0%.
19. Дискримінація відносно ЛЖВ, в першу чергу із ключових груп населення з боку медперсоналу ЗОЗ негативно впливає на ефективність та якість послуг з КіТ.
20. Відсутній механізм виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримки.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації, що містяться в цьому Звіті, безпосередньо стосуються «вузьких» місць Програми, її слабких сторін, прогалин в організаційній, лікувальній, профілактичній роботі, сумісних питань партнерських організацій.

Рекомендації, що сформовані за результатами оцінки, можуть бути використані як для внесення змін в діючу Програму, так і під час підготовки регіональної Програми на 2019–2023 роки. Окрім того, рекомендації ляжуть в основу Загальнодержавної програми на 2019–2023 роки.

Рекомендації для національного рівня:

1. Забезпечити своєчасну поставку АРВ-препаратів у регіони.
2. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для підтримки та супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних і породіль.
3. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для догляду і підтримки ЛЖВ, які отримують АРТ.
4. Розробити спільний наказ МО України та МОЗ України щодо розробки механізму виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримки.
5. Розробити та затвердити нормативи навантаження на медичних працівників в роботі з ЛЖВ.

Рекомендації для регіонального рівня:

1. Забезпечити фінансування заходів програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу через механізм соціального замовлення.
2. Відкрити сайти ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах.

3. У 2018 році провести навчальні тренінги на тематику ВІЛ-інфекції/СНІДу для голів та секретарів міських/районних рад з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.
4. Збільшити відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів, на курсах підвищення кваліфікації до 90%.
5. Запровадити системне проведення семінарів-тренінгів з питань протидії дискримінації серед медичних працівників.
6. Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу та контролювати їх при проходженні атестації медичних працівників.
7. На обласному радіо та телебаченні запровадити постійно діючу програму з питань ВІЛ/СНІДу.
8. Забезпечити необхідний кадровий склад кабінетів «Довіра» ЗОЗ для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та КіТ на ВІЛ у Каховській, Олешківській, Великоолександрівській, Бериславській, Великопетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С. Лучанського».
9. Активізувати роботу сімейних/дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ЛЖВ, догляду та підтримки.
10. Забезпечити заходи щодо раннього і своєчасного виявлення ТБ та ВІЛ-інфекції у мешканців області шляхом розширення охоплення флюорографічним обстеженням та тестуванням на ВІЛ.
11. Додатково відкрити два сайти ЗПТ – у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області.
12. З метою зниження випадків переривання лікування АРТ ЛВІН/ЗПТ забезпечити роботу за принципом «рівний – рівному», залучаючи ЛВІН/ЗПТ.
13. Розширити спектр послуг для ЧСЧ у районах області, де працюють філіали організацій.

Рекомендації в розрізі напрямів ВООЗ

За напрямком КІТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатнє охоплення КІТ у найбільш віддалених районах області (Високопільський, Іванівський, Верхньорогачицький, Горностаївський)		Розширити доступ населення до КІТ, у першу чергу ШТ, у Високопільському, Іванівському, Верхньорогачицькому, Горностаївському районах
	2. Недостатнє охоплення населення області КІТ		Активізувати роботу сімейних/дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ВІЛ-інфікованими, догляду та підтримки
За напрямком АРТ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	1. Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатня забезпеченість кадрами кабінетів «Довіра» та КІЗів ЗОЗ для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, відсутні нормативи навантаження на медичних працівників в роботі з ЛЖВ	1. Розробити та затвердити нормативи навантаження на медичних працівників в роботі з ЛЖВ	Забезпечити необхідний кадровий склад кабінетів «Довіра» ЗОЗ для роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та КІТ на ВІЛ у Каховській, Олешківській, Великоолександрівській, Бериславській, Великолепетиській ЦРЛ, КЗ «Херсонська міська клінічна лікарня ім. О.С. Лучанського»
	2. Несвоєчасна поставка АРТП на національному рівні	2. Забезпечити своєчасну поставку АРВП у регіони	
	3. Недостатнє охоплення АРТ ЛЖВ, що знаходяться під медичним наглядом (2016 рік – 53,4%). Щороку майже 70% від кількості померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, не отримували АРТ		1. Забезпечити охоплення диспансерної групи АРТ не менш як 70% у 2018 р. та до 80% у 2020 р.
	4. Показник Програми «Охоплення АРТ хворих на ТБ/ВІЛ» зменшився з 67,9% у 2015 р. до 59,6% у 2016 р.		Забезпечити охоплення хворих на ТБ/ВІЛ АРТ не менш як 70% у 2018 р. та до 80% у 2020 р.
	5. Не досяг очікуваного індикатора показник «Кількість ЛЖВ, які отримують лікування АРВП через 12 міс. після її початку» у 2014 р. мав значення 82,8% при очікуваному 84,8%, у 2015 р. – 81,4% при очікуваному 85,0%		Покращити взаємодію між фтизіатричною службою та службою СНІДу щодо призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ та утримання на лікуванні

За напрямком ЧСЧ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	2. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг. В області недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН		Створити центри інтегрованої допомоги для КГН з метою розширення спектру послуг для КГН у районах області, на базі філіалів НУО, співпрацювати із ЗОЗ
За напрямком ОСБ	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг. Недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН		Створити центри інтегрованої допомоги для КГН з метою розширення спектру послуг для КГН у районах області, на базі філіалів НУО
За напрямком ЛВІН	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
	1. Недостатня кількість учасників ЛВІН/ЗПТ, які отримують АРТ		Розширити доступ ЛЖВ/ЛВІН до АРТ, довести кількість учасників ЗПТ до 300 на тих сайтах, що вже діють. З метою зниження виходу з АРТ ЛВІН/ЗПТ, забезпечити роботу за принципом «рівний – рівному»
	2. Недостатнє залучення КГН до ВІЛ-послуг. Недостатньо центрів інтегрованої допомоги для КГН		Розширити спектр послуг для КГН у районах області, на базі філіалів НУО, співпрацювати із ЗОЗ
	3. Недостатнє охоплення ВІЛ-інфікованих ЛВІН програмами ЗПТ		Забезпечити відкриття додаткових сайтів ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах
За іншими напрямками	Проблеми (в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми)	Рекомендації для вирішення проблем на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблем на регіональному рівні
	1. Відсутність налагодженого механізму передачі даних при виявленні випадків ВІЛ-інфекції у військових з інших регіонів	1. Розробити спільний наказ МО України та МОЗ України щодо розробки механізму виявлення ВІЛ-інфекції у військовослужбовців, надання послуг з АРТ, догляду та підтримки	
	2. Високий показник ППМД у 2016 р. – 3,54 при очікуваному 2,0%	2. Розробити та затвердити механізм соціального замовлення для підтримки та супроводу ВІЛ-інфікованих вагітних і породіль	Забезпечити підтримку та супровід ВІЛ-інфікованих вагітних та породіль у рамках проектної діяльності організацій

3. Недостатнє охоплення ЛЖВ послугами з догляду та підтримки	3. Розробити і затвердити механізм соціального замовлення щодо догляду та підтримки ЛЖВ, які отримують АРТ	Забезпечити охоплення ЛЖВ послугами з догляду та підтримки у рамках проектної діяльності закладів
4. Недостатня поінформованість голів та членів міських/районних рад з ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, профілактики ВІЛ серед КГН, лобіювання питання фінансування програм протидії ВІЛ/СНІДу з місцевих бюджетів		Забезпечити організацію навчальних семінарів для голів та секретарів міських, районних рад з питань ТБ/ВІЛ з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу не рідше одного разу в три роки
5. Подальше поширення ВІЛ-інфекції серед молодих людей віком 15–24 роки. У школах області недостатньо впроваджуються програми розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ: у 2015 р. охоплено 78,1% шкіл (при очікуваному 82,9%), у 2016 р. – 74,1% (при очікуваному 90,0%)		Збільшити відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів на курсах підвищення кваліфікації, до 90%
6. Наявність негативного впливу дискримінації відносно ЛЖВ на ефективність та якість КІТ, дискримінація відносно ЛЖВ/КГН у ЗОЗ області		1. Запровадити системне проведення семінарів-тренінгів з питань дискримінації серед медичних працівників, висвітлення питань профілактики дискримінації для широкого загалу населення; на обласному радіо та ТБ запровадити створення постійно діючої програми з питань ВІЛ/СНІДу. 2. Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу та контролювати їх при проходженні атестації медичних працівників. 3. Розробити заходи подолання стигми і дискримінації по відношенню до КГН та ЛЖВ, забезпечити висвітлення питань профілактики дискримінації для широкого загалу населення
7. Недостатнє фінансування програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з обласного та місцевих бюджетів		Забезпечити заохочення коштів на виконання заходів програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу через механізм соціального замовлення

7. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-інфекції/СНІДу В ХЕРСОНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікуваний результат
1.	На засіданні обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу заслухати питання відкриття сайту ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах	IV квартал 2017 року	ДОЗ Херсонської ОДА МРГ ОКР Генічеська РДА (за згодою) Голопристанська РДА (за згодою) НУО (за згодою)	За результатами розгляду на обласній раді з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу прийнято рішення щодо подальшого відкриття сайту ЗПТ у Генічеському та Голопристанському районах Херсонської області.
2.	Додатково відкрити два сайти ЗПТ у Голопристанському та Генічеському районах	I квартал 2018 року	ДОЗ Херсонської ОДА Генічеська РДА (за згодою) Голопристанська РДА (за згодою) НУО (за згодою)	Відкрито два сайти ЗПТ – у Голопристанському та Генічеському районах Херсонської області.
3.	Забезпечити проведення навчальних семінарів на тематику ВІЛ-інфекції/СНІДу за участі голів міських/районних рад з питань ТБ/ВІЛ, голів сільських та селищних рад	Протягом 2018 року	ДОЗ Херсонської ОДА МРГ ОКР Райдержадміністрації та міськвиконкоми (за згодою) НУО (за згодою)	Організовано та проведено не менше 2-х навчальних семінарів на тематику ВІЛ-інфекції/СНІДу за участі голів та секретарів міських/районних рад з питань ТБ/ВІЛ. Покращено поінформованість голів та секретарів міських/районних рад з ТБ/ВІЛ щодо питань профілактики ВІЛ серед КГН.
4.	Збільшити кількість підготовлених вчителів на курсах підвищення кваліфікації, розширити навчання, ширше використовувати факультативні заняття	Протягом 2018 року	Управління освіти, науки та молоді Херсонської ОДА	1. Зросло значення показника охоплення учнів програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ. 2. Зменшилося значення показника поширення ВІЛ-інфекції серед молоді віком 15–24 роки
5.	Включити у плани навчання молодших спеціалістів з медичною освітою питання з ВІЛ-інфекції/СНІДу	Протягом 2018 року	ДОЗ Херсонської ОДА	До навчальних планів молодших спеціалістів з медичною освітою включені питання щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу.

з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікуваний результат
6.	На обласному радіо та ТБ запровадити створення постійно діючої програми з питань ВІЛ/СНІДу	I півріччя 2018 року	Обласний ЦГЗ, Прес-центр «Медицина»	1. На обласному радіо регулярно виходить в ефір програма з питань ВІЛ/СНІДу. 2. Зменшено рівень стигми та дискримінації відносно ЛЖВ/КГН серед населення області
7.	Запровадити системне проведення семінарів/ тренінгів з питань дискримінації серед медичних працівників всіх ланок надання медичної допомоги. Для медичних працівників первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги запровадити систематичне навчання щодо надання до- та післятестового консультування	Протягом 2018 року	ДОО Херсонської ОДА. Центр СНІДу	1. Для медичних працівників Херсонської області всіх ланок надання медичної допомоги запроваджено систематичне проведення навчальних семінарів/ тренінгів з питань дискримінації. 2. Для медичних працівників первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги запроваджено систематичне навчання щодо надання до- та післятестового консультування. 3. Зменшено рівень стигми та дискримінації відносно ЛЖВ/КГН.
8.	Залучення коштів на виконання заходів Програми через механізм соціального замовлення	Протягом 2018 року	Департамент соціального захисту населення Херсонської ОДА	Збільшено обсяг фінансування заходів програми Протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу з обласного та місцевих бюджетів.
9.	Забезпечити проведення інформаційно-просвітницької кампанії з метою висвітлення питань профілактики ВІЛ/СНІДу, дискримінації тощо та підвищення рівня обізнаності жителів області	Протягом 2018 року	Обласний ЦГЗ, Прес-центр «Медицина»	В області розроблено заходи щодо подолання стигми і дискримінації по відношенню до КГН та ЛЖВ.
10.	Забезпечити збільшення кадрового складу в кабінетах «Довіра» та КІЗ	I півріччя 2018 року	ДОО Херсонської ОДА Райдержадміністрації та міськвиконкоми (за згодою)	Збільшено кадровий склад працівників кабінетів «Довіра» та КІЗ
11.	Активізувати роботу сімейних/ дільничних лікарів у заходах щодо виявлення ВІЛ-інфекції, спостереження за ВІЛ-інфікованими, догляду та підтримки	I квартал 2018 року	ДОО Херсонської ОДА Центр СНІДу, ЦПМСД	1. Покращо якість надання послуг, зокрема з КІТ на ВІЛ, для ЛЖВ за місцем проживання. 2. Зменшено показник смертності від СНІДу.
12.	Покращити взаємодію між фтизіатричною службою та службою СНІДу щодо призначення АРТ хворим на ТБ/ВІЛ та утримання на лікуванні	Протягом 2018 року	КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», Центр СНІДу	1. Розширено охоплення АРТ хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ. 2. Підвищено показник утримання ЛЖВ на АРТ. 3. Зменшено показник смертності серед хворих на ТБ/ВІЛ.

з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікуваний результат
13.	З метою раннього виявлення ВІЛ-інфекції забезпечити розширення тестування шляхом більш широкого застосування швидких тестів за рахунок місцевих бюджетів	I півріччя 2018 року	ЗОЗ області, Райдержадміністрації та міськвиконкоми (за згодою), Центр СНІДу	Розширено охоплення населення КІТ на ВІЛ, у т.ч. швидкими тестами. Зменшено частку виявлення ЛЖВ у III–IV клінічних стадіях. Зменшено показник смертності серед ЛЖВ.
14.	Забезпечити заходи щодо раннього та своєчасного виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції у мешканців області	Протягом 2018 року	КЗ «Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер», Центр СНІДу ЗОЗ області	Зросла частка виявлення ВІЛ-інфекції у I–II клінічних стадіях
15.	Забезпечити охоплення диспансерної групи АРТ не менш як 70% у 2018 р. та до 80% у 2020 р.	2018–2020 рр.	ЗОЗ області, Центр СНІДу	1. Розширено охоплення АРТ серед ЛЖВ. 2. Покращено утримання на АРТ. 3. Зменшено показник смертності від СНІДу.
16.	Забезпечити потребу в ЗПТ, вивчати можливості та шляхи забезпечення лікування ЛВІН	Протягом 2018 року	КУ «Обласний наркологічний диспансер», НУО (за згодою)	1. Розширено доступ ЛВІН до ЗПТ. 2. Знижено поширення ВІЛ серед ЛВІН.
17.	Забезпечити надання пацієнтам інтегрованих послуг на сайтах ЗПТ	Протягом 2018 року	КУ «Обласний наркологічний диспансер», НУО (за згодою)	Розширено доступ ЛВІН до послуг.
18.	Розширити доступ ВІЛ-інфікованих ЛВІН до АРТ, охопити не менше 80%	2018–2020 рр.	КУ «Обласний наркологічний диспансер», Центр СНІДу, НУО (за згодою)	1. Розширено доступ ЛВІН до АРТ. 2. Знижено смертність від СНІД серед ЛВІН.
19.	Довести кількість учасників ЗПТ до 300 на тих сайтах, що вже діють	Протягом 2018 року	КУ «Обласний наркологічний диспансер», НУО (за згодою)	1. Розширено доступ ЛВІН до ЗПТ. 2. Знижено рівень поширення ВІЛ серед ЛВІН в області.
19.	З метою зниження уходів з АРТ ЛВІН/ЗПТ, забезпечити роботу за принципом «рівний–рівному».	2018–2020 рр.	КУ «Обласний наркологічний диспансер», НУО (за згодою)	Підвищено рівень утримання на АРТ ЛВІН, які знаходяться на ЗПТ.
20.	НУО розширити спектр послуг для ЧСЧ у районах області, на базі філіалів організацій	I півріччя 2018 року	НУО (за згодою)	1. Проведено децентралізацію та розширено послуги ЧСЧ у районах області. 2. Зменшено рівень поширення ВІЛ серед ЧСЧ.
21.	Забезпечити розвиток он-лайн сервісів для представників ЧСЧ, зокрема шляхом розробки спеціальних веб-сайтів з можливістю інформування щодо засобів індивідуального захисту	Протягом 2018 року	НУО (за згодою)	1. Покращено послуги для ЧСЧ через он-лайн сервіси. 2. Зменшено рівень поширення ВІЛ серед ЧСЧ.

ДРАГЕ

ДРАФТ

ДРАГЕ

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

ЗВІТ

Автори звіту:

Н. Риженко
Т. Анікейчик
Т. Рєзвих
В. Яцик
Ю. Новак

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

В. Божок



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 5,58
Тираж 50 прим. Замовл. № 35/1

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



Альянс
громадського здоров'я

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