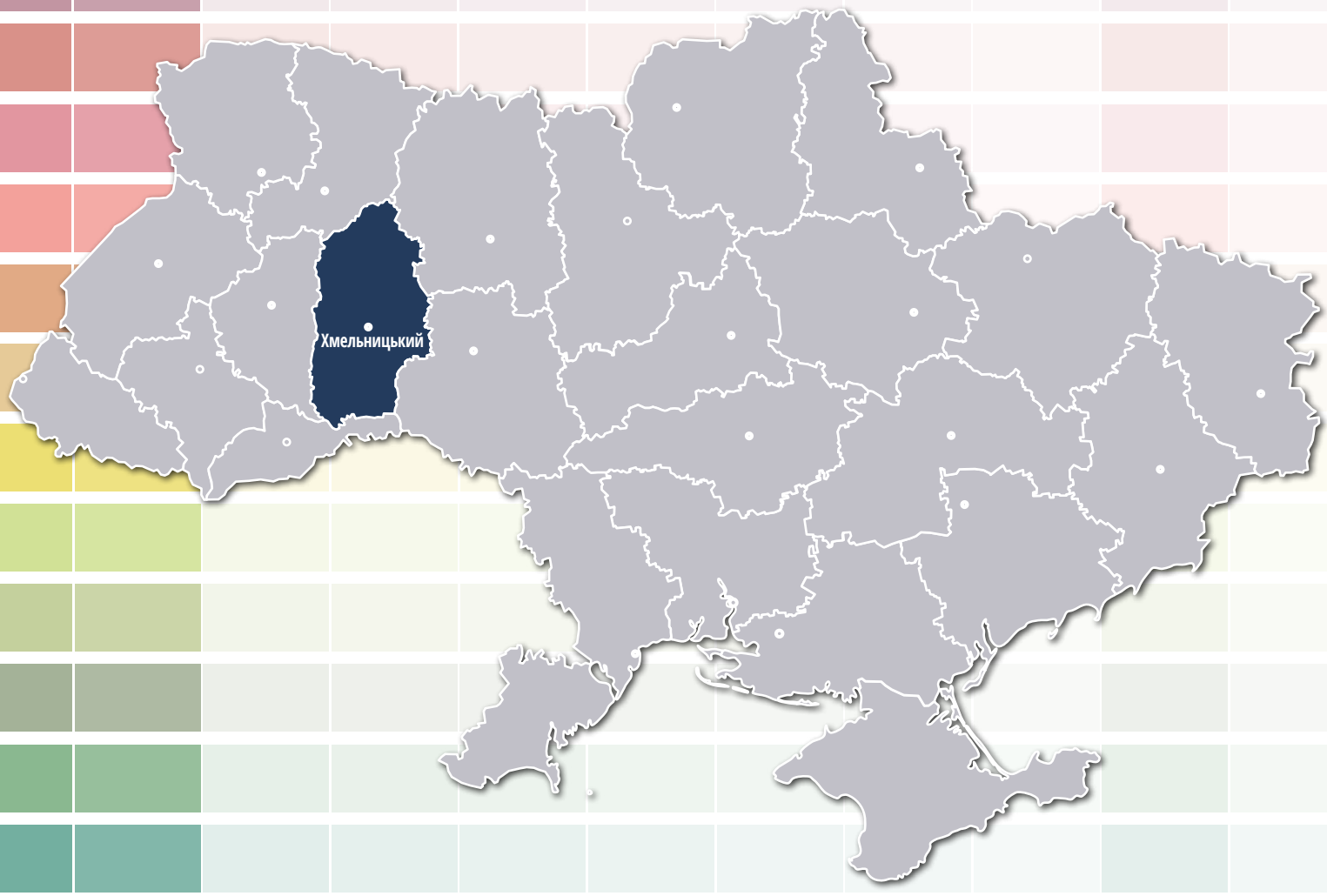
ЗВІТ

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

У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ



КИЇВ 2018

ЗВІТ

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

У ХМЕЛЬНИЦЬКІЙ ОБЛАСТІ

DRAFT

КИЇВ 2018

УДК

Авторський колектив:

Касяндрук О.П. головний лікар Хмельницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом

Столярчук Л.В. керівник Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Хмельницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом

Грицькова Т.В. лікар-епідеміолог Центру моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Хмельницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом

Масюк Л.А. національний ментор в рамках проведення оцінки, МБФ «Альянс громадського здоров'я», проект «Метіда»

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Хмельницькій області. Звіт** – Касяндрук О., Столярчук Л., Грицькова Т., Масюк Л., Новак Ю., Большов Є. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 56 с.

ISBN 000-000-000-000-0

У Звіті про результати оцінки регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу за 2009–2016 роки у Хмельницькій області висвітлено статистичні та аналітичні дані щодо ВІЛ за 2009–2016 рр., відображено епідемічну ситуацію, стратегічні підходи до організації заходів протидії поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу в Хмельницькій області та стан надання медичної допомоги ЛЖВ.

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

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

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

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

УДК

ISBN 000-000-000-000-0

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

DRAFT

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 4

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ 6

1. ВСТУП 7

2. МЕТОДОЛОГІЯ 9

3. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ 11

- **3.1.** Аналіз епідемічної ситуації у Хмельницькій області 11
- **3.2.** Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 р. 14
- **3.3.** Аналіз впровадження АРТ 15
- **3.4.** Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ 20
- **3.5.** Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики 25
- **3.6.** Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу 28
- **3.7.** Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками 32

4. ВИСНОВКИ 35

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ 37

6. ПЛАН ЗАХОДІВ 40

ДОДАТОК 43

DRAFT

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	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС	Державна кримінально-виконавча служба України
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
КД	кабінет «Довіра»
КГН	ключові групи населення України
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КЗ	комунальний заклад
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби

DRAFT

МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МіО	Моніторинг і оцінка
МЛ	міська лікарня
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОІ	опортуністичні інфекції
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПКС	працівники комерційного сексу
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
РП	Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ХОПТБ	Хмельницький обласний протитуберкульозний диспансер
ХОЦС	Хмельницький обласний центр СНІДу
ХОНД	Хмельницький обласний наркологічний диспансер
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦССДМ	центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFA	Надзвичайний план президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу
SYREX	система управління базами даних, розроблена Альянсом громадського здоров'я в Україні
SPECTRUM	програма для побудови, обробки, аналізу та перетворення графіків, числового аналізу табличних даних

DRAFT

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

На сьогодні Україна має національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та має назву Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки (далі – Національна програма). Керуючись Національною програмою, в Хмельницькій області було розроблено та затверджено рішенням Хмельницької обласної ради від 20.08.2015 №33-3/2015 Обласну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 роки (далі – регіональна програма).

У попередні роки в області діяла обласна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр., яка була прийнята 18.11.2009 р. на засіданні 24-ї сесії обласної ради на виконання Закону України «Про затвердження Загальнонаціональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009–2013 рр.» з урахуванням регіональної специфіки.

Станом на 2017 рік в області не було проведено комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їх впливу на епідемію ВІЛ-інфекції в області.

Оцінку регіональної програми розпочато з кабінетного дослідження. Першочергово було оцінено вплив Програми на епідемію в області шляхом оцінювання індикаторів впливу. Для цього обрано ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність, поширеність та ін.), включаючи індикатори впливу Плану МіО. У подальшому оцінювалися результати виконання інших індикаторів Плану МіО та досягнення каскадних індикаторів.

У рамках проведення оцінки побудовано крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ відповідно до рекомендацій ВООЗ, які було адаптовано з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні.

Представлені у Звіті результати дослідження надають інформацію про рівень поширеності ВІЛ-інфекції та основних ризикованих поведінкових практик представників ГПР, рівня їх доступу до програм профілактики та лікування.

Дана оцінка є важливим кроком у підготовці розробки регіональної програми на 2019–2023 рр., яка повною мірою має відповідати новій стратегії ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track) та забезпечить виконання цільових показників «90-90-90».

Оцінка регіональних програм проводилася фахівцями Хмельницького обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань (CDC).

DRAFT

1. ВСТУП

На виконання Закону України «Про затвердження Загальнонаціональної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009–2013 рр.» 18.11.2009 р. на засіданні 24-ї сесії обласної ради було прийнято обласну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД на 2009–2013 рр. з урахуванням регіональної специфіки та потреб. Розроблення та впровадження регіональної програми зумовлено необхідністю створення ефективної системи дієвих заходів щодо запобігання подальшому поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу та зменшенню рівня смертності від ВІЛ/СНІДу в області.

Наразі в Україні діє національна стратегія щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, затверджена Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки». Керуючись Національною програмою і водночас зважаючи на епідеміологічну специфіку кожного регіону, в Хмельницькій області, як і в більшості областей України, було розроблено та впроваджено регіональну програму.

Для реалізації завдань та заходів Національної програми рішенням Хмельницької обласної ради від 20.08.2015 № 33-34/2015 затверджено Обласну цільову соціальну програму протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015–2018 рр. Регіональна програма є стандартизованою і за сценарієм розробки відповідає Національній програмі на 2014–2018 рр. Основною її метою є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, у рамках реформування системи охорони здоров'я.

До впровадження завдань та заходів регіональної програми (далі – РП) були залучені ДОЗ Хмельницької ОДА, її структурні підрозділи та відомства, територіальні підрозділи окремих центральних органів виконавчої влади та НУО.

Таблиця 1. Ресурсне забезпечення РП, 2010–2016 рр.

Обсяг коштів, затверджених на виконання РП	Строк виконання РП, роки							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Обсяг ресурсів, тис.грн	4993,5	5428,3	6593,2	7714,8	9246,5	6539,6	10517,5	13668,5
у тому числі:								
Державний бюджет (прогнозовані обсяги), тис.грн	2566,7	1482,8	2330,1	2587,5	3648,1	682,5	4065,7	6057,9
Державний бюджет (реально профінансовано), тис.грн	2566,7	1482,8	2330,1	2587,5	3648,1	682,5	4065,7	6057,9
Обласний бюджет (прогнозовані обсяги), тис.грн	2426,8	3945,5	4263,1	5127,3	5598,4	5857,1	6451,8	7610,6
Обласний бюджет, (реально профінансовано), тис.грн	2415,4	3925,1	4234,9	5110,7	5491,5	5800	6406,3	7310,5

DRAFT

Наразі Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів РП та їх впливу на епідемію в регіонах. Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ/СНІДу різняться на різних адміністративних територіях, доцільно проводити оцінювання відповіді на епідемію окремо для кожного регіону з метою виявлення специфічних для області питань, що потребують особливої уваги. Тому дана Оцінка є важливим кроком у підготовці розробки РП на 2019–2023 рр., яка повною мірою має відповідати новій стратегії Fast Track та забезпечити виконання цільових показників «90-90-90». 21 квітня 2017 р. було проведено регіональну робочу зустріч зацікавлених сторін з представленням мети, завдань оцінки та методології дослідження.

Для оцінки ефективності РП затверджено перелік показників, що узгоджуються з Національною програмою та Планом МіО. Проте частина даних не знайшла відображення в РП, тому не можна стверджувати, що вона відповідає цілям стратегії Fast Track.

Мета

Оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування національної та регіональної програм на 2019–2023 рр.

Завдання

1. Проаналізувати тенденції індикаторів впливу на епідемію, досягнення індикаторів РП, Плану МіО, цільових показників «90-90-90».
2. Проаналізувати реалізацію РП за 2019–2016 рр. за ключовими напрямами ВООЗ.
3. Проаналізувати реалізацію РП, розглянувши ті заходи, що пов'язані з найбільш складними для виконання індикаторами та питаннями, які потребують найбільшої уваги.
4. Розробити рекомендації для формування національної та регіональної програм на 2019–2023 рр. для забезпечення ефективної реалізації стратегії ЮНЕЙДС.

Термін проведення: березень – жовтень 2017 року.

Напрями використання результатів Оцінки

- Інформування громадян про хід реалізації програми та її результати
- Раціональний розподіл фінансових та управлінських ресурсів
- Підвищення якості результатів програми
- Підвищення якості управління програми
- Обґрунтування для прийняття рішень щодо продовження/припинення програм, внесення змін до політик

DRAFT

2. МЕТОДОЛОГІЯ

Підхід Оцінки поєднує рекомендації ВООЗ, аналіз індикаторів впливу та каскадний аналіз.

Під час кабінетного дослідження першочергово оцінювався вплив РП на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори Плану МіО та досягнення каскадних індикаторів. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, які адаптовані з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні, побудовано каскад послуг ЛЖВ.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямів для проведення Оцінки. Для даного дослідження обрано п'ять напрямів програмних заходів РП, які мають найбільший вклад у каскад лікування:

- АРТ (включно з АРТ для КГН та профілактикою вертикальної трансмісії ВІЛ);
- КіТ (включно з КіТ серед КГН);
- профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН;
- профілактичні ВІЛ-сервіси для ЧСЧ;
- профілактичні ВІЛ-сервіси для ПКС.

Кожен з цих напрямів оцінено за п'ятьма запитаннями, які пропонує ВООЗ:

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

Проведено співставлення заходів РП із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці запитання сформовано матрицю аналізу даних. Збір інформації відбувався із наступних джерел:

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

DRAFT

За результатами додаткового збору даних проведено синтез та їх аналіз задля відповіді на запитання щодо факторів впливу на результативність Програми. Схема загального підходу Оцінки зображена на **Рис.1.**

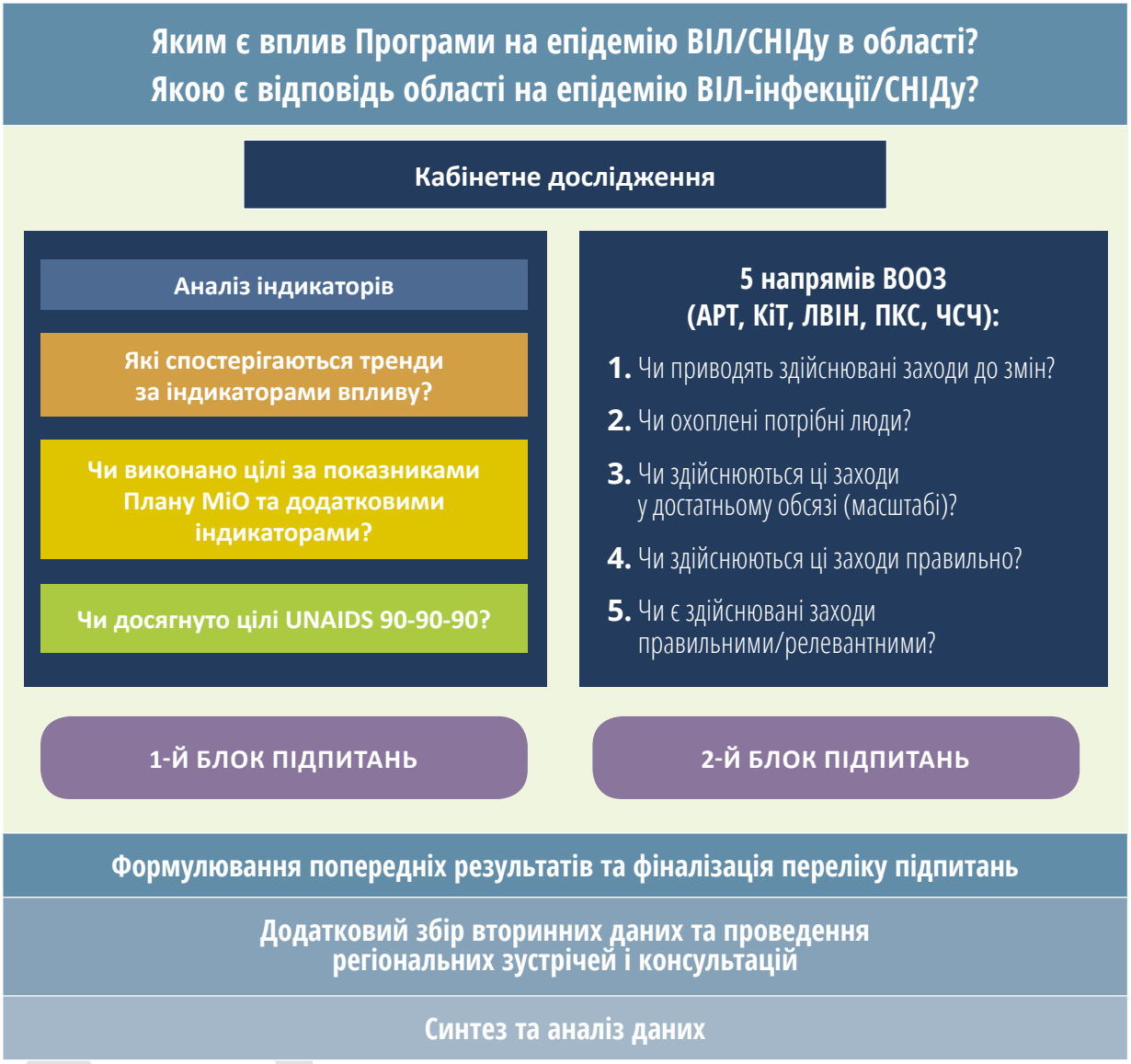


Рис. 1. Схема загального підходу до оцінки Програми.

До проведення Оцінки були залучені експерти від ЗОЗ, НУО, установ ДКВС, представники КГН у форматі засідання робочої групи. 21 квітня 2017 р. на засіданні робочої групи з обговорення попередніх результатів оцінки РП за період 2009–2016 рр. було напрацьовано рекомендації щодо удосконалення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. в регіоні та на національному рівні.

Для координації процесу збору, аналізу, синтезу даних та підготовки проміжного і остаточного звітів було запроваджено механізм національних менторів, організаційно-методична допомога яких надавалася у форматі електронного листування, скайп-нарад та моніторингових візитів.

3. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

3.1. Аналіз епідемічної ситуації у Хмельницькій області

За період 1996–2017 рр. зареєстровано 4491 випадок ВІЛ-інфекції серед жителів Хмельницької області, включаючи дітей з тимчасово не уточненим діагнозом, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, 1402 випадки СНІДу, 655 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом.

Оціночна кількість ЛЖВ у Хмельницькій області з населенням 1,3 млн складає 3500 осіб, з них станом на 01.01.2017 р. перебували під МН у ХОЦС лише 1985 осіб (тобто кожний другий), у т.ч. 668 хворих на СНІД. З усієї кількості ВІЛ-інфікованих зареєстровано 156 дітей, з них з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції – 50, у т.ч. 47 дітям встановлено діагноз СНІДу.

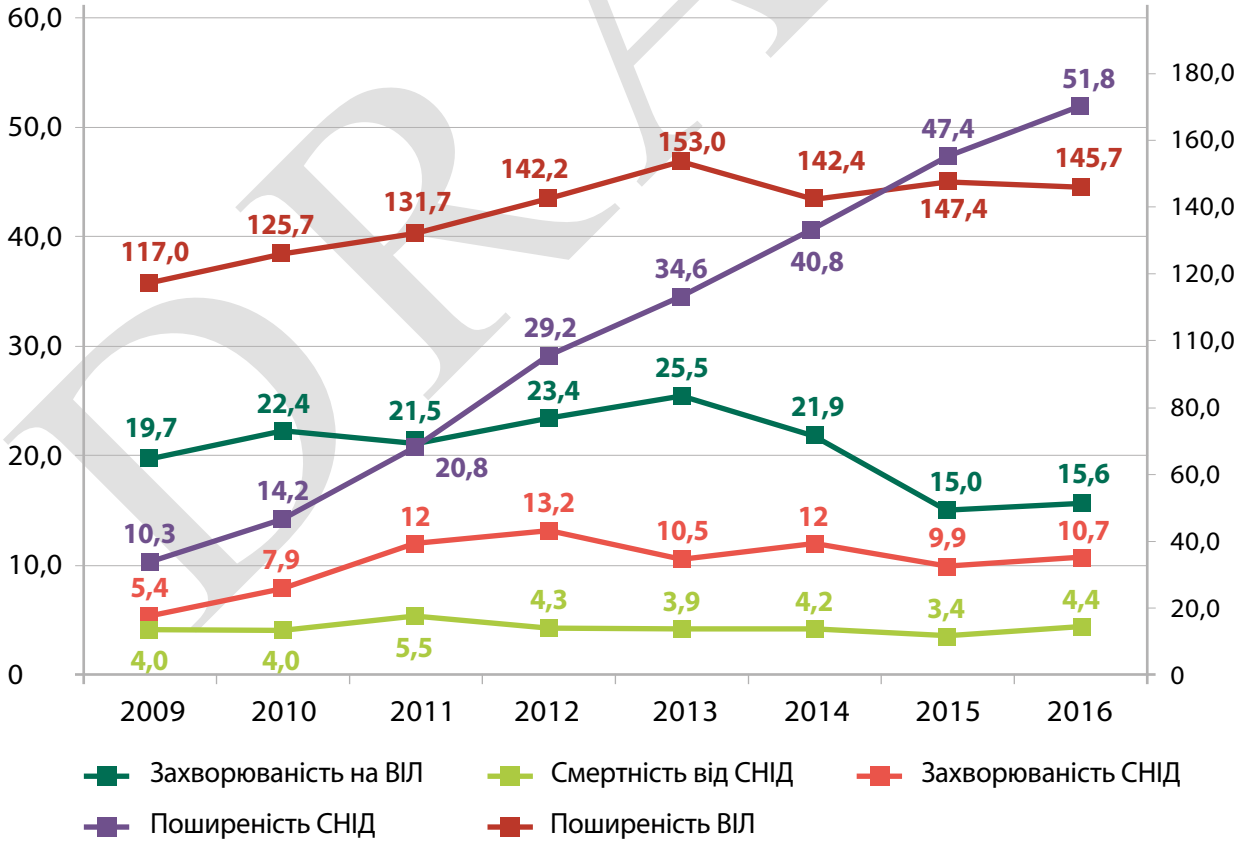


Рис. 2. Показники захворюваності, поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу та смертності від СНІДу в області, 2009–2016 рр. (на 100 тис. нас.).

DRAFT

У 2016 році взято на облік з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції 200 осіб, у т.ч. 39 дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, які перебуватимуть під МН до уточнення ВІЛ-статусу (2015 р. – 194 особи).

Упродовж 2009–2013 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області зростав (2009 р. – 19,7 на 100 тис. нас., 2013 р. – 25,5 на 100 тис. нас.) з наступним його зниженням у 2016 р. до 15,6 на 100 тис. нас. У структурі хворих на ВІЛ-інфекцію переважають чоловіки (2009 р. – 65,4%, 2016 р. – 60%).

Захворюваність міського населення в 2,2 рази вища, ніж сільського. Зменшилася частка осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції у віковій групі 18–24 роки – з 20,6% у 2009 р. до 4,0% у 2016 р. За період 2009 – 2016 рр. в області народилося 464 дитини від ВІЛ-інфікованих жінок. Профілактичні втручання в групі ВІЛ-інфікованих вагітних та новонароджених сприяли зменшенню частоти передачі ВІЛ від матері до дитини – з 11,4% у 2009 р. до 0% у 2014–2016 рр. Тобто діти, народжені ВІЛ-інфікованими жінками, впродовж 2014–2016 рр. були зняті з обліку після 18-місячного віку в зв'язку з відсутністю антитіл у сироватці крові.

У структурі шляхів передачі ВІЛ (з урахуванням частоти передачі ВІЛ від матері до дитини) домінуючим в області з 2010 р. є статевий. Частка осіб із статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ щороку збільшувалася і в 2016 р. становила 70% проти 10% у 2009 р. із парентеральним шляхом (41,8% та 43,7% відповідно) (Рис. 3). Відсоток осіб з не визначеним шляхом інфікування зменшився з 1,5% (2009 р.) до 0,5% (2016 р.).

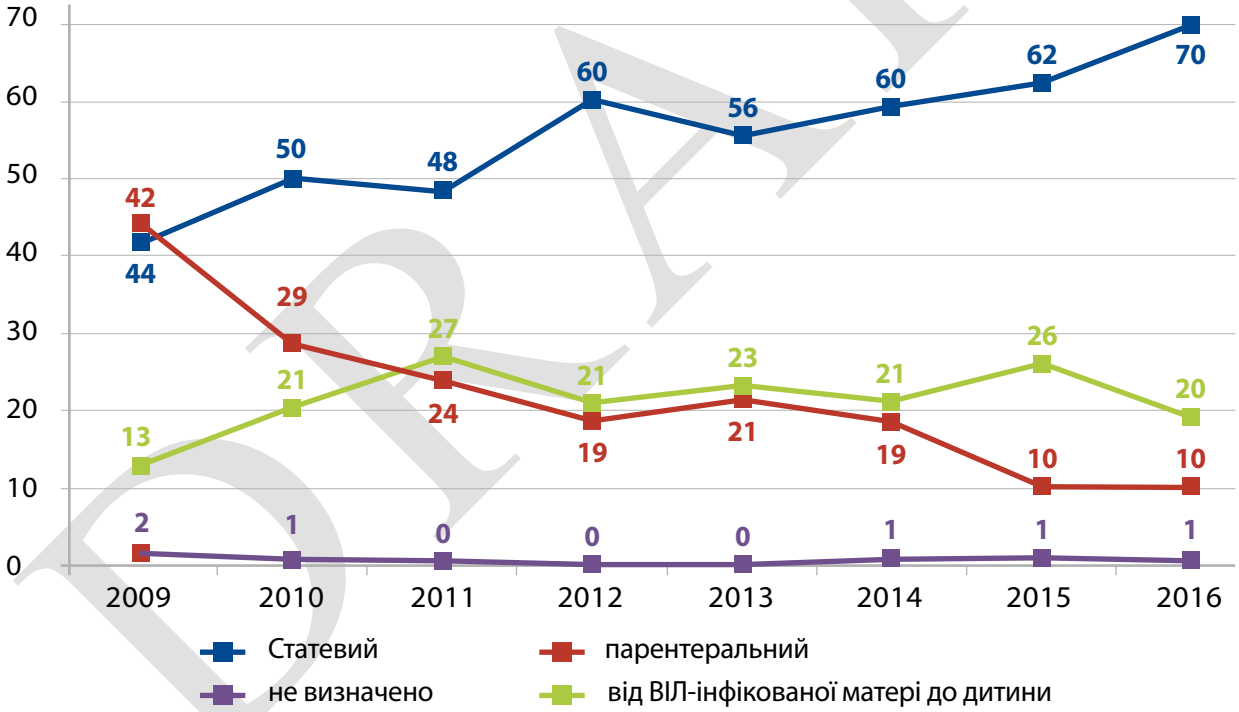


Рис. 3. Структура шляхів передачі ВІЛ-інфекції.

Показник охоплення МН ВІЛ-позитивних осіб зріс і становив у 2016 р. 78,9% (2013 р. – 52%). Серед ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на диспансерному обліку, переважає вікова група 25–49 років (129 осіб – 64,5%).

За період 2009–2016 рр. показник захворюваності на СНІД в області мав хвилеподібний перебіг (2009 р. – 5,4; 2016 р. – 10,7) з максимальним показником у 2012 р. (13,2 на 100 тис. нас.). У структурі хворих на СНІД переважають чоловіки (2009 р. – 60,9%; 2016 р. – 75,2%). Захворюваність міського населення втричі вища, ніж сільського.

DRAFT

Водночас протягом 2013–2016 рр. спостерігалося зростання відсотка ВІЛ-інфікованих, яких було взято під диспансерний нагляд у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, від загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції (2016 р. – 51,0%; 2013 р. – 39,3%).

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в області є ТБ. За статистичними даними, у 2016 р. туберкульоз виявлено у 55,1% вперше зареєстрованих хворих на СНІД (2009 р. – 47,2%; 2011 р. – 73,6%). Частка осіб з ВДТБ серед нових випадків СНІДу залишається високою і становила у 2016 р. 52,2% (2009 р. – 22,2 %).

За даними епідеміологічного моніторингу, з 1987 р. в Хмельницькій області зареєстровано 859 випадків смерті серед ЛЖВ, у т.ч. 657 – від хвороб, зумовлених СНІДом; рівень смертності від СНІДу коливався у межах 4,0 (2009 р.) – 4,4 на 100 тис. нас. (2016 р.) з максимальним значенням у 2011 р. (5,5). У 63,1% випадків причиною смерті були стани, безпосередньо пов'язані з ВІЛ. Інші причини летальних випадків не пов'язані з ВІЛ-інфекцією: інші захворювання – 36% (252) та інші причини – 0,03% (23).

Основною причиною смерті хворих на СНІД залишається ТБ. Так, протягом 2009–2016 рр. у кожному другому випадку смерті від СНІДу причиною був ТБ (269 випадків, або 60,9%). Серед померлих ЛЖВ зареєстровано вісім дітей віком до 14 років.

Серед осіб, які померли протягом 2009–2016 рр. від хвороб, зумовлених СНІДом, переважали чоловіки (74%). У структурі померлих за віком переважають особи вікової групи 25–49 років (83%); 53% померлих були інфіковані внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, 46% – гетеросексуальним статевим шляхом.

Аналіз даних щодо хворих на СНІД, які померли у 2009–2016 рр., свідчить, що 25% з них було взято на диспансерний облік у ЗОЗ протягом першого року після лабораторного підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції.

Показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (2009 р. – 117,0 на 100 тис. нас.; 2016 р. – 145,7). При цьому поширеність ВІЛ-інфекції серед осіб, які інфіковані парентеральним шляхом, зменшилася з 70,8 у 2009 р. до 48,3 на 100 тис. нас. у 2016 р.; серед осіб, інфікованих статевим шляхом, зросла – з 36,1 у 2009 р. до 92,0 у 2016 р.

За період 2013–2016 рр. спостерігалася тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування на ВІЛ-інфекцію (2013 р. – 0,34%; 2016 р. – 0,15%).

Зростає показник поширеності на СНІД (2009 р. – 10,3; 2016 р. – 51,8 на 100 тис. нас.).

Вищим за обласний є показник поширеності СНІДу в Полонському (71,3), Хмельницькому (72,5) районах та м. Хмельницький (119,8).

Проведений аналіз дозволив визначити такі основні тенденції розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в області:

- активізація статевого шляху передачі ВІЛ, що вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН до загального населення і є провісником ускладнення епідемічної ситуації внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого шляхів передачі збудника;
- у віковій структурі ВІЛ-інфікованих спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років;
- охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН в області залишається на недостатньому рівні;
- частка осіб, яких було взято на диспансерний облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, зростає;

DRAFT

- результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу;
- показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (2009 р. – 117,0 на 100 тис. нас.; 2016 р. – 145,7), при цьому рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН знизився;
- протягом 2009–2013 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області зростав (2009 р. – 19,7 на 100 тис. нас., 2013 р. – 25,5) з наступним зниженням (2016 р. – 15,6 на 100 тис. нас.).

3.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 р.

Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ в Хмельницькій області **(Рис. 4)**, що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм, побудовано з урахуванням оціночних даних та рутинних показників моніторингу тестування, лікування і лабораторного супроводу.

Отримані розрахункові дані було розглянуто та погоджено 30.03.2017 р. на засіданні обласної ради з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

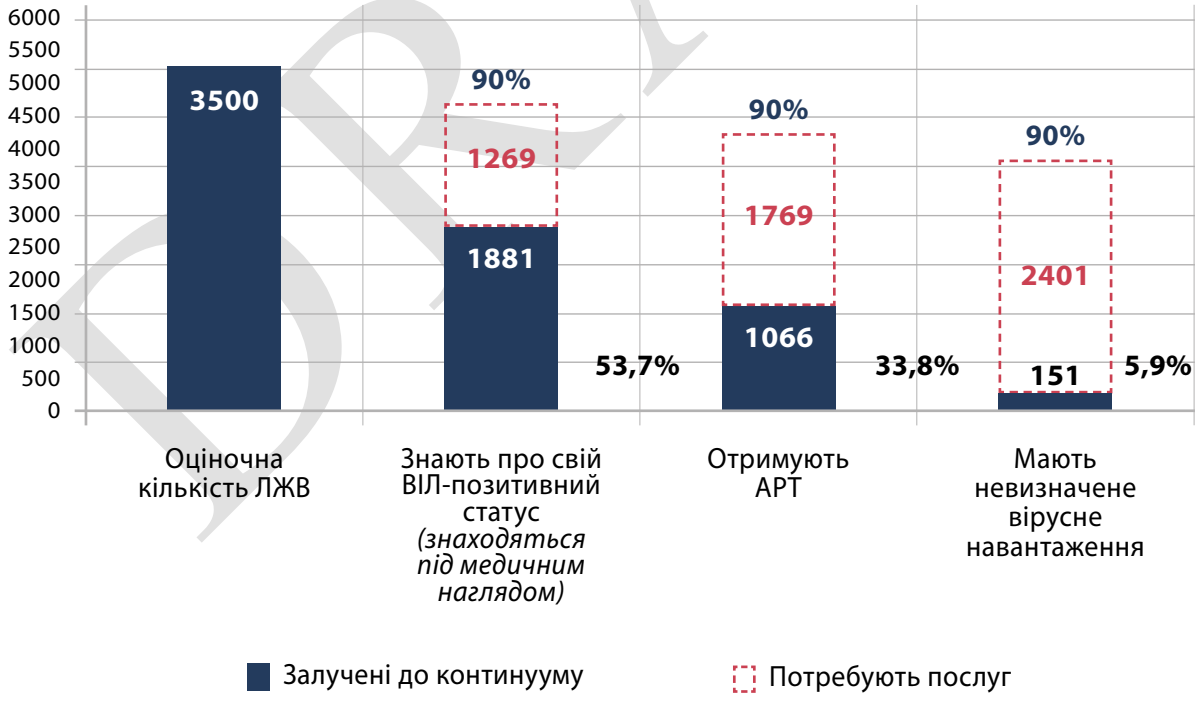


Рис. 4. Каскад послуг для людей, які живуть з ВІЛ, у Хмельницькій області станом на 01.01.2017 р.

DRAFT

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.5 на початок 2017 р. в області мешкало 3500 ЛЖВ усіх вікових категорій, а за даними офіційної статистики під МН у ЗОЗ області перебував 1881 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження). Співвідношення між оціночними та фактичними даними щодо кількості ЛЖВ складає 2:1, тобто половина ЛЖВ не охоплені МН та потенційно не знають про свій ВІЛ-статус.

3500 ЛЖВ – оціночна кількість ЛЖВ, всі вікові категорії.

1881 ЛЖВ (53,7% від оціночної кількості) знає про свій ВІЛ-позитивний статус та перебуває під МН (крім дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, діагноз ВІЛ-інфекції у яких перебуває в стадії підтвердження). Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track залишилися не виявленими та не взятими під МН ще 1269 ЛЖВ.

1066 ЛЖВ (33,8% від оціночної кількості, які знають про свій позитивний ВІЛ-статус та перебувають під МН) отримують АРТ. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track не залученими до послуг АРТ залишилися 1769 ЛЖВ.

151 ЛЖВ (5,9% від оціночної кількості людей, які повинні перебувати на АРТ) отримували АРТ 6 міс. і більше та досягли невизначуваного рівня ВН. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast Track ще 2401 ЛЖВ із числа охоплених послугою АРТ повинен мати невизначуваний рівень ВН.

Аналіз заходів Програми у відповідності з п’ятьма напрямами ВООЗ

3.3. Аналіз впровадження АРТ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

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

У Хмельницькій області показник зняття ЛЖВ з медичного обліку внаслідок смерті протягом 2009–2016 рр. коливався у межах 6,6–6,3 на 100 тис. нас., так само як й індикатор смертності через х вороби, безпосередньо пов`язані з ВІЛ-інфекцією, не має чітко вираженої тенденції, а лише незначні коливання (4,8–5,2 на 100 тис. нас.).

Аналізуючи дані щодо розширення програми АРТ, варто відзначити, що кількість пацієнтів на АРТ з 2009 р. в області зросла у п’ять разів.

Щороку близько половини з числа померлих ВІЛ-інфікованих становили особи, які інфікувалися ВІЛ внаслідок ін’єкційного споживання наркотиків (2013 р. – 54,3%; 2016 р. – 43,3%). Додатковий аналіз доступності АРТ в розрізі групи ЛВІН показує, що частка охоплених цією послугою є недостатньою (2013 р. – 33,2%; 2016 р. – 27,3%). Серед померлих ЛВІН частка тих, хто отримував АРТ, не перевищує половини (2013 р. – 31,8%; 2016 р. – 50%).

Серед інших чинників, які перешкоджають ЛЖВ вчасно отримувати лікування, є виявлення та взяття під МН у пізніх стадіях ВІЛ-інфекції. Так, відсоток ЛЖВ, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, у 2013–2016 рр. залишався доволі високим (39,3 та 51% відповідно).

DRAFT

У 2013 та 2016 рр. відповідно у 68,8% та 49% ЛЖВ було діагностовано ко-інфекцію ВІЛ/ТБ. Рівень охоплення АРТ серед хворих на ко-інфекцію є недостатнім (2013 р. – 36,4%; 2016 р. – 46,4%). ТБ залишається основною причиною смертності серед ВІЛ-інфікованих, що пояснюється зверненням за медичною допомогою в термінальній стадії, коли надається статус паліативної допомоги і, відповідно, протитуберкульозне лікування та АРТ не призначаються.

Висновки

Існуючі програми, які реалізують ЗОЗ, в недостатніх обсягах спрямовані на виявлення ВІЛ на ранніх стадіях і, відповідно, не досягають мети щодо зменшення смертності серед ЛЖВ та не приводять до очікуваних змін. Значна питома вага померлих ЛЖВ розпочинають АРТ пізно, що не дає змоги досягти належного рівня її ефективності. Це, як правило, зумовлено:

- пізнім виявленням та зверненням ВІЛ-інфікованих за медичною допомогою;
- недостатньо ефективною роботою щодо формування прихильності до АРТ та своєчасного її початку серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- поширеністю туберкульозу серед ЛВІН, у т.ч. внаслідок особливостей соціального статусу та притаманної цій групі концентрації людей;
- недостатньо налагодженою взаємодією між СНІД та ПТД службами.

Чи охоплені потрібні люди?

Частка ЛЖВ, які перебували під МН та отримували АРТ, зросла – з 30,5% (613 осіб) у 2013 р. до 54,1% (1018 осіб) у 2016 р. Із числа осіб, які входили до активної диспансерної групи, станом на 01.01.2017 р. отримували АРТ 65,8%, а із загальної – 54,1% ЛЖВ. Відзначається тенденція до збільшення частки ЛЖВ активної диспансерної групи, які потребували, але не отримували АРТ (2013 р. – 8%; 2016 р. – 10,6%). Станом на 01.01.2017 р. частка ЛЖВ від оціночної кількості в області (3500 осіб), які отримували АРТ, становила 29%, що є недостатнім для впливу на смертність у даній категорії населення.

Станом на 01.01.2017 р. частка ЛВІН складає 4,5% від загальної кількості осіб, які отримують АРТ; засуджених – 4,4%; з поєднаною патологією ТБ/ВІЛ – 8,6%.

З метою максимального залучення до АРТ хворих на поєднану патологію ВІЛ-інфекція/наркоманія та формування прихильності до АРТ з 2007 р. в області впроваджено програму ЗПТ для осіб з опіоїдною залежністю. Функціонує 12 сайтів ЗПТ: на базі ХОНД, Ярмолинецької, Ізяславської, Старокостянтинівської, Шепетівської та Дунаєвецької ЦРЛ, обласного протитуберкульозного диспансеру (с. Осташки), Волочиської, Полонської та Чемеровецької ЦРЛ, Нетішинської МСЧ, Кам'янець-Подільської міської поліклініки №1. Частка ЛЖВ, які перебували на ЗПТ та отримували інтегровану допомогу ЗПТ/АРТ, збільшилася з 18,0% у 2013 р. до 21,7 % у 2016 р., проте кількість нових пацієнтів збільшилася незначно (323–313 осіб) і, відповідно, значення даного індикатора є недостатнім, щоб належним чином впливати на епідемію.

Незважаючи на те, що кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, зросла, залишається частка осіб, які потребували, але не отримували її з різних причин: асоціальна поведінка, вживання ін'єкційних наркотиків, відсутність підтримки з боку близького оточення щодо необхідності прийому АРТ, низька мотивація та недостатня поінформованість КГН відносно можливості отримання АРТ. АРТ для КГН, як і для загального населення, надається в ЗОЗ різних адміністративно-територіальних одиниць області, а саме на сайтах АРТ ХОЦС, у

ДРАФТ

Деражнянській, Дунаєвецькій, Ізяславській, Старокостянтинівській, Славутській, Шепетівській та Кам'янець-Подільській ЦРЛ. Проте відсоток ЛЖВ, охоплених послугами з догляду та підтримки за участі НУО, в 2016 р. склав 64,3% від загальної кількості ЛЖВ, які перебувають на диспансерному обліку

За період 2009–2016 рр. у ХОЦС зафіксовано 146 випадків ускладнень/побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, проте відміни препаратів не було.

Висновки

1. Причинами недостатнього охоплення ЛЖВ послугою АРТ є пізнє виявлення та залучення до МН, низька прихильність пацієнтів до лікування, недостатній рівень соціально-психологічного супроводу з боку НУО, слабка мотивація та поінформованість КГН щодо можливості отримання послуг, зокрема АРТ.
2. Недостатній рівень охоплення ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які перебувають у програмі ЗПТ, послугами з АРТ (2016 р. – 21,7%).

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Для забезпечення виконання заходів із залучення до АРТ відповідних людей починаючи з 2013 р. в області розпочато децентралізацію послуг для ЛЖВ. На базі восьми ЗОЗ відкрито КД та сайти АРТ (ХОЦС, Деражнянська, Дунаєвецька, Ізяславська, Старокостянтинівська, Славутська, Шепетівська та Кам'янець-Подільська ЦРЛ).

Диспансерна група в області станом на 01.01.2017 р. становила 1881 особу, в т.ч. активна диспансерна група – 1566 осіб. Служба СНІДу представлена обласним центром СНІДу та 22 КД, які працюють на базі центральних районних лікарень. На базі Центру СНІДу та семи ЦРЛ працюють сайти надання АРТ. СНІД-центр обслуговує 1023 пацієнтів, де отримують АРТ 820 хворих на ВІЛ/СНІД, працює п'ять лікарів-інфекціоністів. Навантаження на лікарів складає 20–30 пацієнтів у день, в той час як в КД та на сайтах АРТ – 10–15 пацієнтів.

На тлі розширення мережі ЗОЗ, які надають послуги ЛЖВ, чисельність немедичних установ, які забезпечують послугами з догляду та підтримки, з 2009 по 2016 рік не змінилася: охоплення цими послугами залишається недостатнім.

В області працюють чотири установи, які надають послуги з догляду та підтримки для КГН, а саме: Центр СНІДу, ДКВС, ВБО ЛЖВ «Хмельницьке обласне відділення». Зокрема, ГО «Вікторія» надає наступні послуги: допомога соціальних працівників клієнтам у тестуванні на ВІЛ, гепатит С; переадресація та супровід ВІЛ-позитивних осіб; рання діагностика ТБ за допомогою скринінгової анкети; збір/обмін використаних шприців; розповсюдження презервативів, спиртових серветок, лубрикантів. Поряд з цим ВБО ЛЖВ «Хмельницьке обласне відділення» забезпечує: консультації соціального працівника (оцінка потреб, інформаційне консультування, формування прихильності до АРТ та медичних послуг, скринінг на ТБ, оцінка прихильності до АРТ); індивідуальне представництво інтересів (доступ до медичних та соціальних послуг, оформлення/відновлення документів, (пере)оформлення групи інвалідності); патронаж соціального працівника (доставка АРТ, сприяння в проходженні діагностики, допомога щодо підтримки лікувального режиму, взаємодія з фахівцями та пошук додаткових ресурсів).

Станом на 01.01.2017 р. в області функціонувало 24 лікувальних заклади, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ, а саме 20 тубкабінетів ЦРЛ/ЦМЛ та чотири протитуберкульозних ЗОЗ.

DRAFT

Висновки

На фоні зростання доступності програми АРТ для ВІЛ-інфікованих здійснювані заходи не забезпечують достатні обсяги доступу ЛЖВ до АРТ внаслідок:

- кадрового дефіциту;
- незручного територіального розташування ЗОЗ, який видає АРТ;
- недостатнього охоплення ЛЖВ програмами ЗПТ в різних ЗОЗ області.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Утримання на АРТ протягом 12 міс. від початку лікування для осіб, які розпочали її у 2015 р., становило 80%.

Фіксувалися випадки переривання послуг з діагностики СД4, тому лише третя частина ЛЖВ в 2016 р., які отримували АРТ, були охоплені тестуванням на ВН (2013 р. – 75%; 2015 р. – 92%).

Ключові групи населення (ЛВІН, ПКС, ЧСЧ) залишаються поза програмами лікування у Білогірському, Старосинявському, Теофіпольському, Новоушицькому та Летичівському районах.

Зріс відсоток ЛЖВ, охоплених доглядом та підтримкою (2013 р. – 32,1%; 2016 р. – 64,3%).

Послуги з догляду та підтримки, які на сьогодні надаються ЛЖВ в області, не відповідають реальним потребам. Так, існуючі методи роботи соціальних працівників НУО не дозволяють переконати ЛВІН звернутися за АРТ та отримувати підтримку під час прийому АРВ-препаратів. Профілактична робота, яка здійснюється представниками НУО, не передбачає розширення масштабів та інтенсивності заходів. На державному рівні прораховано пакет послуг для ЛЖВ як компонент з догляду та підтримки, проте на місцевому рівні ці послуги були виключені з обласної програми на етапі погодження. Послуги з догляду та підтримки реалізуються виключно ВБО ЛЖВ «Хмельницьке обласне відділення».

Серед державних організацій головними надавачами соціальних послуг в області є соціальні служби для сім'ї, дітей та молоді. Проте в їхній роботі практично відсутні специфічні послуги, пов'язані з ВІЛ.

Представники НУО мають можливість підготовки соціальних працівників ЦССДМ.

Перешкодами для правильного виконання заходів є:

- низька продуктивність НУО та ЗОЗ щодо утримання пацієнтів на АРТ та своєчасного отримання пацієнтами АРТ;
- послуги є слабо інтегрованими та не спрямовані на потреби пацієнтів.

Висновки

Послуги з догляду та підтримки доступні не всім ЛЖВ, оскільки у районних ЗОЗ та ПМСД вони не надаються.

DRAFT

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Існуючі тенденції щодо пізнього виявлення та залучення ЛЖВ до медичного нагляду обумовлюють подальше зростання чисельності пацієнтів, які потребують АРТ. Попри значний приріст кількості пацієнтів, які отримують АРТ (2009 р. – 166; 2016 р. – 1018), темпи розширення програми з надання послуг АРТ відстають від темпів збільшення кількості осіб, які потребують лікування (90% для досягнення другого показника стратегії Fast Track).

Серед осіб, які отримують АРТ, дорослі (18 років і старше) станом на 01.01.2017 р. складали 95,5% (972 осіб), з них 512 – чоловіки (52,7%), що свідчить про рівний доступ чоловіків та жінок до лікування. Частка дітей складає 4,5% (46 осіб) серед тих, хто отримує АРТ. Всі діти, які потребують АРТ, отримують її.

Упродовж 2016 року 80 ЛЖВ, хворих на ТБ, отримували одночасно АРТ та протитуберкульозне лікування; 14,8% ЛЖВ, які знаходилися під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримували АРТ та мали невизначуваний рівень ВН. Варто зазначити, що відсоток діагностики ВН є низьким через відсутність необхідної кількості витратних матеріалів для лабораторної діагностики.

В області діє орієнтовний регіональний план щодо введення хворих на ВІЛ-інфекцію в АРТ, який щороку затверджується головним лікарем ХОЦС. Наявні людські ресурси відповідають потребі щодо якісного надання послуг для ЛЖВ, проте є недостатніми у районах (якщо в ХОЦС працює шість лікарів-інфекціоністів, то в районах, як правило, посаду лікаря кабінету «Довіра» обіймає за сумісництвом лікар-інфекціоніст або лікар-дерматолог).

Система планування потреб щодо АРТ визначається на національному рівні залежно від кількості пацієнтів, які потребують АРТ, клінічних показів до застосування АРВ-препаратів та доведеної квоти фінансування. Заявка на препарати формується за бюджетною програмою КПКВ 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» на підставі обґрунтованої потреби. Квота розподіляється на пацієнтів, які вже отримують АРТ, а залишок – на нових пацієнтів згідно плану набору, доведеного ЦГЗ.

Для відстеження прогресу в сфері надання послуг АРТ використовується система когортного аналізу, орієнтовний регіональний план введення хворих в АРТ, електронний інструмент моніторингу руху та використання АРВП. Щомісяця на обласному рівні здійснюється аналіз даних для прийняття управлінських рішень. Варто відзначити, що випадків, коли хворі не могли отримати АРВ-препарати через їх відсутність, не було. Проте існуюча модель надання послуг не відповідає стратегії Fast Track. Для досягнення цілей необхідним є залучення усієї системи охорони здоров'я області, передусім первинної ланки, з подальшим призначенням АРТ сімейним лікарем.

Висновки

1. Підходи до надання послуг АРТ в області в цілому відповідають епідемічному контексту.
2. Процедура передачі препаратів на сайти АРТ наказами УОЗ займає багато часу та потребує спрощення.
3. Мережа сайтів АРТ потребує розширення з одночасним наданням права призначати терапію.
4. Наявних кадрових ресурсів достатньо для надання послуг АРТ належної якості.
5. В області налагоджена робота з відстеження прогресу в сфері надання послуг АРТ.
6. Модель надання послуг АРТ в області не відповідає стратегії Fast Track.

DRAFT

3.4. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За даними СЕМ, з 2009 по 2013 рік в області щороку виявлялося близько 400 ВІЛ-позитивних осіб (12% від оціночної кількості ЛЖВ), з 2014 р. ситуація змінилася у бік зменшення (2014 р. – 276; 2015 р. – 255; 2016 р. – 269).

З 2009 по 2013 рік рівень захворюваності на ВІЛ поступово зростав (з 19,7 до 25,5 на 100 тис. нас. відповідно), з 2014 р. намітилася тенденція до зниження (2014 р. – 21,9; 2015 р. – 15,0; 2016 р. – 15,6 на 100 тис. нас.), що пов'язано із зменшенням кількості виявлених ВІЛ-позитивних.

Частка осіб зі статевим (гомо- та гетеросексуальним) шляхом інфікування ВІЛ щороку збільшується і в 2016 р. досягла 70% проти 10% з парентеральним шляхом передачі (2009 р – 41,8% та 43,7% відповідно). З гомосексуальним шляхом передачі ВІЛ в області щороку реєструється по 1–2 випадки захворювань і на кінець 2016 р. під МН перебувало вісім таких осіб.

Більшість осіб з позитивним результатом тестування взято під МН (2013 р. – 67,4%; 2016 р. – 59,9%).

Частка ЛЖВ, які перебувають під МН, від оціночної чисельності зросла в 1,2 рази (2009 р. – 44,7%; 2016 р. – 53,7%). Для розрахунку даного показника використовувалася оціночна кількість ЛЖВ за даними біоповедінкових досліджень 2015 р. (3500 осіб).

Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН старше 15 років, які знаходилися під МН, зменшився з 45,1% у 2011 р. до 33,7% у 2016 р. Зростає частка ЛЖВ, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях ВІЛ (2013 р. – 39,3%; 2016 р. – 51%), та частка ЛВІН з парентеральним шляхом передачі, яких було взято під МН у III– IV клінічних стадіях ВІЛ (72% та 80% відповідно).

Покращився доступ до ПТВ осіб, які перебувають в установах ДКВС, проте лише половина ув'язнених пройшла тестування (2013 р. – 4,6%; 2016 р. – 58,2%). Водночас зменшилася частка засуджених, охоплених скринінговими дослідженнями на ВІЛ-інфекцію методами серологічної діагностики на наявність антитіл до ВІЛ (2013 р. – 0,3%; 2014 р. – 0,1%). Проблемою залишається постановка на диспансерний облік засуджених ЛЖВ в Центрі СНІДу після звільнення з місць позбавлення волі.

Існує також проблема мотивації ЛЖВ для звернення в Центр СНІДу/КД для взяття під медичний нагляд після процедури КіТ. Лише половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН перебуває під МН (2013 р. – 52 %; 2016 р. – 55%); у когорті осіб, що інфікувалися статевим шляхом, даний показник вищий (2013 р. – 91,4%; 2016 р. – 73,6%).

У затверджених формах звітності щодо КіТ має місце нестача кількісних та якісних даних для оцінки охоплення послугами осіб із КГН. До 2013 року в СЕМ не виділялися коди 102.1, 103, 105.2; у звітній формі про проведення КіТ виділяють фактори ризикованої поведінки щодо осіб, які мали численні незахищені гетеросексуальні контакти, а не особи, які надають сексуальні послуги за винагороду.

Якість послуг з КіТ серед ПКС та ЧСЧ неможливо оцінити через незначну кількість реєстрації позитивних осіб саме серед цих КГН. Для підвищення достовірності даних СЕМ та РЕН необхідно забезпечити тісну взаємодію з НУО, які працюють з цими групами, задля залучення їх до медичних ВІЛ-послуг.

ПРОЕКТ

Оцінити вплив стигми і дискримінації на ефективність та якість КіТ серед ЛЖВ/КГН в області неможливо через відсутність даних. Не було реалізовано жодного проекту щодо оцінки психологічного компоненту даного напряму.

Висновки

1. Лише половина ЛЖВ знаходяться під МН та знають про свій ВІЛ-позитивний статус.
2. У півтора рази зменшилася частка ЛВІН віком 15 років і старше, які охоплені МН, від оціночної кількості ВІЛ-позитивних ЛВІН.
3. В області почали реєструватися ВІЛ-позитивні особи із групи ЧСЧ.
4. Стратегія з КіТ на ВІЛ не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню ЛЖВ до ВІЛ-послуг.

Чи охоплені потрібні люди?

За даними СЕМ, в області щороку обстежується близько 80 000 осіб, що становить 5,5% населення області. У структурі обстежених найбільшою є частка донорів (46,5%) та вагітних (19,6%).

За даними СЕМ, спостерігається зменшення кількості обстежених на ВІЛ-інфекцію із КГН (код 101, 102, 103, 104, 105, 112), а також питома вага позитивних результатів серед представників даного контингенту. Всього у 2016 р. було обстежено 2094 особи (2014 р. – 3104; 2015 р. – 2972) та виявлено 33 позитивних результати на ВІЛ, що становить 10,7% (2014 р. – 53 особи, або 18,5 %; 2015 р. – 36 осіб, або 11,2%).

Збільшилися обсяги охоплення тестуванням на ВІЛ групи ЛВІН за даними біоповедінкових досліджень: 60,1% осіб у 2015 р. пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати (2013 р. – 42,7%).

Позитивні результати тестування ЛВІН на ВІЛ (код СЕМ – 102) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом у 2016 р. склали 4,1 % (2013 р. – 5,0%).

СЕМ підтверджує поступове зменшення поширеності ВІЛ серед ЛВІН – з 6% у 2013 р. до 4,3% у 2016 р., але при цьому дещо зріс показник інфікованості серед осіб з ІПСШ (2013 р. – 0,8%; 2016 р. – 1%). Ця категорія населення може бути резервуаром інформації про такі ГПР, як ПКС та ЧСЧ, оскільки серед цих груп реєстрація випадків є найбільш проблематичною.

За даними біоповедінкових досліджень 2015 р., 74,2% ПКС пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати (2013 р. – 80,7%), ЧСЧ – 23,2% (2013 р. – 10,3%).

Показник інфікованості серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, впродовж 2014–2016 рр. коливався у межах 8,4–13,3%. Варто зазначити, що в установах ДКВС зменшилася кількість ув'язнених і протягом 10 міс. 2016 р. в закладах були відсутні підтверджувальні тест-системи.

Відсоток осіб, обстежених у ЗОЗ, що надають медичну допомогу хворим на ТБ, упродовж досліджуваного періоду є сталим і складає 1,5 % від загальної кількості обстежених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ. Відсоток осіб з позитивним результатом дещо зменшився – з 12% у 2013 р. до 10% у 2016 р.

DRAFT

Висновки

1. В області створено всі умови для доступу та використання послуг КіТ.
2. У ЗОЗ частка обстежених із КГН від загальної кількості тестувань зменшується.
3. Спостерігається низький відсоток виявлених ВІЛ-позитивних осіб із КГН від загальної кількості виявлених.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

В області впроваджуються заходи зі створення умов для добровільного КіТ населення. Забезпечено необмежений доступ до тестування на ВІЛ мережею КД, які функціонують на базі обласного центру СНІДу як самостійні підрозділи ЗОЗ (20 закладів) та на базі п'яти кабінетів інфекційних захворювань. Надання послуг КіТ здійснюється акушерсько-гінекологічною, наркологічною, шкірно-венерологічною, протитуберкульозною та пенітенціарною службами, службою крові, КД та НУО.

Зокрема, найбільша частка із загальної кількості досліджень проводиться у ЗОЗ акушерсько-гінекологічної служби (30,7%) та служби переливання крові (26,5%).

У цілому в 2013 р. охоплено послугами КіТ 105 636 осіб, у т.ч. із КГН – 8351 особу (7,9%), у 2016 р. – 113 029, у т.ч. із КГН – 6983 (6,2%). Серед осіб, які пройшли тестування, більша частина є мешканцями міст (2013 р. – 53,5%; 2016 р. – 64,0%).

Для підвищення доступності та адекватності послуг КіТ у ЗОЗ та НУО необхідно розширити діяльність НУО шляхом створення у віддалених районах області ініціативних груп по роботі з КГН та залучення закладів первинної ланки надання медико-санітарної допомоги до цих послуг.

Найбільший відсоток післятестових консультувань проведено у закладах акушерсько-гінекологічної служби – 91,6% у 2013 р. та 92,4% у 2016 р., службі СНІДу – 92,9% та 75,8%, наркологічній службі – 98,4% та 92,6% відповідно. Надання послуг КіТ в ГО «Вікторія» здійснюється завдяки ефективному консультуванню соціальними працівниками та самотестуванню. Оцінити якість наданих послуг неможливо через те, що медичні працівники не залучаються до надання послуг КіТ в НУО, а також через відсутність філій у містах та районах області.

В області, як і в цілому по Україні, утворюються територіальні громади, а функціонування соціальної сфери та обсяги послуг повністю залежать від їхнього рішення. Наразі в районах області залишилося лише по одному працівнику соціальної служби, що унеможливлює його залучення до інформаційних заходів КіТ загального населення, КГН та надання послуг із соціального супроводу.

Через відсутність нормативно-правового узгодження щодо передачі персоніфікованої інформації про статус ЛЖВ між ЗОЗ, закладами соціальної служби та НУО ефективна співпраця та верифікація даних в питаннях реєстрації неможливі.

У рамках статистичної звітності МН за ЛЖВ здійснюється збір даних з різних «точок» входження пацієнтів до ЗОЗ служби СНІДу. Тому оцінити масштаби «втрат» при переадресації ВІЛ-позитивних пацієнтів із ЗОЗ різних служб до ЗОЗ служби СНІДу неможливо.

DRAFT

Висновки

1. Обсяги послуг КіТ є достатніми, проте розподілені вони неадекватно по адміністративних територіях області та серед КГН.
2. Пункти ДКТ розміщені тільки у містах, тому сільське населення тестується в обмеженій кількості, а первинна ланка охорони здоров'я (крім тестування вагітних) до процесу ДКТ практично не залучена.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Відзначається негативна динаміка щодо взяття під МН осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році: протягом трьох місяців після отримання результату взято під МН 75% (2009 р.) та 50% (2016 р.) обстежених; протягом року – 60% (2009 р.) і 40% (2016 р.). Проте через відсутність тест-систем для проведення підтверджувальних досліджень протягом 10 міс. 2016 р. неможливо достовірно оцінити тенденцію даного показника.

Соціальні та психологічні послуги для ВІЛ-позитивних осіб надаються переважно в обласному центрі. Послуги КіТ для мешканців сільської місцевості не надаються на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги.

За період 2013–2016 рр. для отримання консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію за направленням медпрацівника звернулося 47%–59% осіб від загальної кількості обстежених. Тобто основна частка послуг КіТ населенню надається при зверненні за медичною допомогою, що не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню ЛЖВ до ВІЛ-послуг.

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

Аналіз сфери надання послуг КіТ в області свідчить, що в ЗОЗ незадовільно проводиться передтестове консультування з метою допомоги пацієнту оцінити персональні поведінкові ризики щодо інфікування ВІЛ. Так, у 27 ЗОЗ вторинного рівня (ЦРЛ та міські лікарні) протягом 2013–2016 рр. протестовано лише 30 осіб з фактором ризикованої поведінки. Існує система переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до ЗОЗ для взяття їх під МН, але не забезпечено верифікацію даних НУО.

В області впроваджено систему менеджменту закупівель тест-систем та витратних матеріалів для тестування на ВІЛ в рамках виділених коштів.

Висновки

1. Заходи з КіТ в області виконуються правильно, проте не повною мірою є інтегрованими та синергічними з іншими медичними послугами.
2. Не відбувається прогресу щодо покращення показника взяття під МН серед осіб, у яких виявлено позитивний результат обстеження на ВІЛ протягом трьох місяців та року після тестування.
3. Показники взяття під МН значною мірою забезпечуються за рахунок залучення до медичного обслуговування осіб, яким ВІЛ-позитивний статус було встановлено у минулому і які звернулися до лікаря через погіршення клінічного стану. Ці особи впливають на зростання показників взяття під МН у III–IV клінічних стадіях.

DRAFT

4. Соціальні та психологічні послуги для ВІЛ-позитивних осіб надаються переважно в обласному центрі. Послуги КіТ не надаються на первинному рівні надання медичної допомоги для мешканців сільської місцевості.
5. Послуги КіТ для представників КГН забезпечуються лише на базі НУО «Вікторія».
6. Впроваджено систему переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до ЗОЗ.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Наказом ДОЗ ОДА затверджено та впроваджено стандарт операційних процедур «Надання послуг КіТ на етапах надання медичної допомоги». Наявний кадровий потенціал ЗОЗ вторинної та третинної ланок надання медичної допомоги (лікарі, які пройшли навчання ефективному ДКТ та отримали відповідний сертифікат) забезпечує послуги КіТ. Навчання з питань КіТ проведено і для районних лікарів фтизіатрів, лікарів КД, акушер-гінекологів. Лікарі районних КД проходять навчання у складі мультидисциплінарних команд (лікар, медсестра, психолог) на базі міжрегіональних тренінгових центрів. У кожному ЗОЗ визначено відповідальну за проведення ДКТ особу. У зв'язку зі створенням ЦПМСД виникла потреба підготовки сімейних лікарів з питань КіТ.

Тестування на ВІЛ-інфекцію в області проводяться в лабораторіях обласного Центру СНІДу (скринінгові обстеження загального населення) та обласній станції переливання крові (обстеження донорів). У два з половиною рази збільшилася кількість дотестових консультувань (2013 р. – 1906 (1,8% від загальної кількості тестувань), 2016 р. – 5055 (4,5%) та частка охоплення тестуванням на ВІЛ за допомогою ШТ (2013 р. – 0%; 2016 р. – 6,8 %). Проте послуги КіТ надаються лише ЛВІН та ПКС, група ЧСЧ зовсім не охоплена.

Оскільки показники надання послуг КіТ є одними із показників виконання заходів регіональної програми, то відстеження прогресу в наданні цих послуг щоквартально здійснює центр МіО Центру СНІДу та відповідальні за формування звітності особи. Джерелами даних для цих показників є звітні форми №1-ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» таблиця 1000, форма №2-ВІЛ/СНІД (річна) «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)» таблиця 1000, форма №3-ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію», показники Національного плану МіО.

Висновки

1. Послуги КіТ не відповідають епідемічному контексту області. Більшість пацієнтів ЗОЗ тестуються за клінічними показами. Через незначну кількість тестувань за кодами 101.2 та 105.2 неможливо оцінити ефективність КіТ в КГН.
2. В області запроваджено адекватні й актуальні політики, плани та керівництва щодо КіТ.
3. У зв'язку з реформуванням первинної ланки надання медичної допомоги є нагальна потреба навчання лікарів сімейної медицини наданню послуг КіТ.
4. В області функціонує адекватна система відстеження прогресу в наданні послуг КіТ.

ДРАФТ

3.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Послуги ЛВІН надаються як ЗОЗ, так і НУО. У період з 2009 по 2016 рік в області офіційно зареєстровано 2159 випадків ВІЛ-інфекції, з них ЛВІН – 489 осіб, або 22,6%. Випадки СНІДу зареєстровано у 1070 хворих, у т.ч. в 497 ЛВІН, що становить 46,5%. Таким чином, ЛВІН все ще залишаються групою, яка має найвищий рівень поширеності ВІЛ-інфекції.

З кожним роком в області зменшується кумулятивна чисельність ЛВІН, які перебувають під МН – з 944 випадків у 2009 р. до 619 у 2016 р. За даними СЕМ, відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ від оціночної кількості має тенденцію до зниження – з 1,66% у 2009 р. до 0,22% у 2016 р. Визначена тенденція підтверджується показником інфікованості ЛВІН за даними СЕМ – 12,4% у 2009 р. та 4,3% у 2016 р.

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ЛВІН, які упродовж останніх 12 міс. пройшли тестування на ВІЛ та одержали його результати, у 2013 р. склав 42,7%, у 2015 р. – 60,1%.

Висновки

Впроваджені заходи вплинули на рівень захворюваності на ВІЛ серед ЛВІН та парентерального шляху інфікування, але показник поширеності ВІЛ серед ЛВІН залишається високим.

Чи охоплені потрібні люди?

Завдяки реалізації в області профілактичної програми в 2013 р. 2485 ЛВІН мали доступ до профілактичних програм, таких як обмін шприців, розповсюдження інформаційних матеріалів та презервативів, експрес-тестування на ВІЛ-інфекцію та ІПСШ, консультування; ця робота продовжувалася і в 2016 р. (охоплено – 4425 осіб).

Дещо знизився показник використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції (2013 р. – 98,9%; 2015 р. – 93,2%).

Рівень використання презерватива під час останнього статевого контакту серед ЛВІН зріс з 47,1% (2013 р.) до 64,5% (2015 р.), проте не досяг цільового значення.

Заходи, які могли б сприяти більшому охопленню ЛВІН програмами профілактики:

- забезпечення достатнього рівня забезпеченості презервативами, лубрикантами, голками та шприцами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН;
- соціально-психологічний супровід ЛВІН НУО;
- інформаційно-освітня робота медичної спільноти.

DRAFT

Висновки

1. Недостатній рівень використання засобів індивідуального статевого захисту.
2. Дещо знизився показник використання стерильного ін'єкційного інструментарію під час останньої ін'єкції.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Завдяки реалізації програми МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні» до профілактичних програм вдалося залучити 2485 ЛВІН у 2013 р. та 4425 у 2016 р.; 73,7% ЛВІН охоплені профілактичними програмами НУО.

З метою зменшення споживання ін'єкційних наркотиків серед ЛВІН в області впроваджено ЗПТ. Послуги програми ЗПТ надаються на базі 12 ЗОЗ (сайти ЗПТ працюють на базі ХОНД, Ярмолинецької, Ізяславської, Старокостянтинівської, Шепетівської та Дунаєвецької ЦРЛ, обласного протитуберкульозного диспансеру (с. Осташки), Волочиської, Полонської та Чемеровецької ЦРЛ, Нетішинської МСЧ, Кам'янець-Подільської міської поліклініки № 1). Незважаючи на те, що показник охоплення послугами ЗПТ з 2009 р. зріс утричі (зі 101 у 2009 р. до 313 осіб у 2016 р.), лише 6,3% від оціночної кількості ЛВІН, які вживають опіоїди, перебувають на програмі ЗПТ. Більша частина ЛВІН, які отримують ЗПТ, є ВІЛ-інфікованими, проте з них отримували АРТ лише 31,4% у 2014 р. та 58,3% у 2016 р. Участь ЛВІН у програмі ЗПТ для ЛЖВ дозволяє суттєво підвищити їхню прихильність до АРТ та вплинути на рівень показника смертності в цій групі.

17 пунктів проводять обмін та роздачу стерильних шприців і презервативів (2013 р. – 16). За даними біоповедінкового дослідження, кількість розданих шприців залишилася майже на тому самому рівні (2013 р. – 70 шт. на одного ЛВІН; 2016 р. – 73), як і використання ЛВІН стерильної голки та шприца під час останньої ін'єкції наркотику (2013 р. – 94,6%; 2015 р. – 93,2%). На тлі розширення масштабів здійснюваних заходів серед ЛВІН не вдається досягти відповідних обсягів через:

- відсутність послуг профілактичних програм для ЛВІН у невеликих містах та районах області;
- інтенсивність профілактичних втручань залишається недостатньою для зупинення поширення ВІЛ серед ЛВІН, а відтак – для обмеження потенційного поширення ВІЛ на загальне населення.

Висновки

1. Обсяги надання профілактичних послуг не є достатніми для досягнення програмних цілей.
2. Недостатнім є охоплення ЛВІН послугами ЗПТ.
3. Недостатнім є забезпечення шприцами на одного ЛВІН.
4. Недостатньою є мережа ПОШ в області (розміщені лише в обласному центрі та м. Нетішин, Славута, Шепетівка, Дунаївці).

DRAFT

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Профілактичні послуги з обміну шприців, консультування та доступу до презервативів для ЛВІН добре представлені в межах обласного центру, однак інші райони області забезпечені такими послугами лише частково.

Існуючі мережі соціальних і медичних закладів частково беруть участь у наданні послуг, особливо поза межами обласного центру, проте існує потенційна можливість залучити наявні служби в якості активних постачальників послуг.

Профілактичні програми для ЛВІН реалізуються лише за рахунок гранту ГФ через організації-субгрантери.

Існує зв'язок між послугами з тестування, лікування, догляду та підтримки, лікування гепатитів, ЗПТ та АРТ. Проте наявні розбіжності щодо переадресації між статистичними даними форми № 1,2 ВІЛ/СНІД та даними НУО (у 2016 р. за даними ЗОЗ перенаправлено 5 осіб (СІН), за даними НУО – 7 (6 СІН та 1 ПКС).

Висновки

1. Профілактичні заходи для ЛВІН виконуються правильно.
2. Через відсутність мобільної амбулаторії профілактичні послуги не надаються в районах області. Надання послуг без мобільної абмулаторії перешкоджає наданню послуг необхідного рівня (відсутність столика для тестування).
3. Послуги для ЛВІН синергічні з іншими медичними та ВІЛ-послугами, які надаються загальному населенню. Профілактичними послугами охоплюються партнери ЛВІН.
4. До надання послуг залучаються всі партнери (державні, комунальні та неурядові) на рівні обласного центру, проте на районному рівні – лише частково.
5. В області відкрито 12 сайтів ЗПТ, де 313 ЛВІН отримують послуги. З даною групою ризику працює лише ГО «Вікторія». Діяльність даної НУО зосереджена у м. Хмельницькому.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

В області наявні кадрові та матеріальні ресурси для забезпечення послугами профілактики ВІЛ серед ЛВІН за рахунок розгалуженої мережі обласного наркологічного та протитуберкульозного диспансерів, міських і районних лікарень, на базі яких реалізуються заходи ЗПТ.

Незважаючи на велику кількість служб, їхні послуги не є інтегрованими: Центр СНІДу не має сайту ЗПТ, заклади ДКВС області не забезпечують пацієнторієнтованість послуг.

Представники НУО беруть участь в обговоренні заходів до проекту РП. Компоненти освітніх, профілактичних та соціальних заходів серед загального населення та КГН, які були включені до розділу протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу комплексної програми, є недостатніми.

Обрані інтервенції відповідають епідеміологічному та соціально-економічному контексту області, проте потребують значного посилення координації на обласному рівні, продовження реалізації заходів з наближення до пацієнта та подальшого розширення програм НУО. Це дозволить оптимізувати діяльність як НУО, так і ЗОЗ, змістити фокус діяльності на потреби на інших територіях, забезпечити безперервність послуг.

DRAFT

Перешкодами для правильного виконання заходів є:

- нерівномірне охоплення ЛВІН профілактичними програмами;
- брак даних щодо охоплення профілактичними послугами партнерів ЛВІН;
- надання послуг не завжди є синергічним між різними службами та відомствами.

Висновки

Обрані інтервенції не повною мірою відповідають епідеміологічному і соціально-економічному контексту області та потребують значного посилення координації на обласному рівні, продовження реалізації заходів з наближення до пацієнта та подальшого розширення програм НУО.

3.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Послуги ПКС надаються як ЗОЗ, так і мережею НУО, які реалізують свою діяльність в області. Результати епіднагляду другого покоління, що проводяться протягом останніх років, свідчать про те, що поширеність ВІЛ у групі ПКС зменшилася (2009 р. – 8,7%; 2015 р. – 6,1%).

Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від протестованих в НУО ПКС також незначний і становив 0,9% у 2013 р. та 0,18% у 2016 р.

З 2013 року в області до статистичної звітності за результатами СЕМ включено кодування осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, проте позитивних результатів обстеження ПКС не виявлено. Питома вага обстежених ПКС в ЗОЗ області незначна і в 2016 р. становила 0,8% (2013 р. – 0%) від загальної кількості обстежених.

У 2016 році за кодом 105.2. обстежено 610 осіб, з них 541 – клієнтки НУО, позитивних результатів не виявлено, інфікованість – 0%. При цьому за кодом 105.1 «Особи, які мають незахищені статеві контакти з випадковими партнерами» обстежено 69 осіб, виявлено шість позитивних результатів, інфікованість – 8,7%. Отже, існує ймовірність недосконалої системи кодування в місцях надання ПТВ.

Відсоток ПКС з позитивним результатом тестування від протестованих ПКС в НУО становив 10,3% у 2013 р. та 0,2% у 2016 р.

Висновки

За даними досліджень та програмного моніторингу НУО, епідемічна ситуація серед цієї групи стає більш сприятливою.

DRAFT

Чи охоплені потрібні люди?

За даними біоповедінкових досліджень, у 2009 р. 44,3% ПКС правильно відповіли на запитання про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції, а в 2013 р. таких вже було 98%.

Спостерігається позитивна динаміка щодо безпечної сексуальної поведінки ПКС, а саме використання презерватива під час статевого контакту з останнім клієнтом (2009 р. – 87,3%; 2015 р. – 99,6%). Зважаючи на доволі високий показник використання презерватива під час останнього статевого контакту з комерційним партнером, можна говорити про формування сталої безпечної поведінки при наданні сексуальних послуг за винагороду.

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду та пройшли тестування на ВІЛ протягом 12 міс. і знають свої результати, все ще залишається низьким (2013 р. – 80,7%; 2015 р. – 74,2% ПКС).

Серед причин, які перешкоджають охопленню потрібних людей, є:

- низька активність медичних працівників ЗОЗ та НУО з питань розширення доступу до КіТ для ПКС;
- відсутність мотивації медичних працівників щодо надання послуг ПКС;
- високий рівень стигматизації з боку медичних працівників щодо ПКС.

Висновки

Послуги з профілактики ВІЛ для ПКС надаються лише в обласному центрі.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Профілактичні програми для ПКС, які впроваджуються в області, характеризуються сталою кількістю охоплених клієнтів (2013 р. – 850; 2016 р. – 717).

В області лише ГО «Вікторія» здійснює роздачу презервативів та надає послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС (на 11 точках). У 2016 році діяльністю цієї НУО було охоплено 366 жінок та 27 чоловіків у рамках впровадження проекту «ПрофіГендер». Здійснювалися такі види діяльності: залучення нових клієнток, навчання, рекрутинг, консультування з безпечної поведінки, перенаправлення до фахівців, видача винагороди, видача мінімального пакету послуг, асистування при самотестуванні, проведення гри «Я нова», перенаправлення в основний проект, ведення документації та базі «Сайрекс», перенаправлення до партнерських організацій (регіональне відділення ЛЖВ, поліклініка № 4, міський центр соціальних служб у справах сім'ї, дітей та молоді), мотивація до прийому АРТ. Проведено вісім ігор «Я Нова» для 40 осіб, завдяки чому було налагоджено довірливі стосунки з ПКС. Клієнти отримали знання з питань зменшення шкоди при вживанні наркотиків, репродуктивного здоров'я, гендерно-чутливого підходу в своєму житті.

ГО «Вікторія» надає профілактичні послуги з профілактики ВІЛ в обласному центрі, проте не охопленими залишаються ПКС в інших населених пунктах. Лише третя частина представників цієї групи (від оціночної кількості) охоплена профілактичними програмами впродовж звітного періоду (2013 р. – 40,5%; 2016 р. – 34,1%). Кількість ПКС, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію на базі НУО, складала: у 2013 р. 359; у 2014 р. – 341; у 2016 р. – 541 осіб.

DRAFT

За даними біоповедінкових досліджень, відсоток ПКС, які охоплені тестуванням на ВІЛ (з 8,7% у 2013 р. до 6,1% у 2015 р.) та які пройшли КіТ на ВІЛ за останні 12 міс. і знають свої результати, зменшився (2013 р. – 80,7%; 2015 р. – 74,2%).

Збільшилася кількість пунктів, які здійснювали роздачу презервативів і надавали послуги з профілактики (2013 р. – 9; 2016 р. – 11), проте кількість ПКС, охоплених профілактичними послугами, продовжує зменшуватися (2013 р. – 850; 2014 р. – 851; 2015 р. – 774; 2016 р. – 717 осіб).

ГО «Вікторія» надає профілактичні послуги ПКС з метою наближення до цільової групи, які орієнтовані саме на представників цієї групи, проте обсяги послуг з кожним роком скорочуються, що підтверджується зменшенням кількості розданих презервативів: з 92 541 шт. (2013 р.) до 89 126 шт. (2016 р.) на рік. Середня кількість презервативів на одну ПКС – 124 шт.

Фінансові ресурси для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед ПКС за кошти інших бюджетів (за виключенням міжнародних та обласного бюджету) недоступні.

Висновки

На фоні розширення масштабів профілактичних програм не вдається забезпечити достатній обсяг послуг з наступних причин:

- послуги для ПКС доступні лише на рівні обласного центру, при цьому у віддалених районах області такі послуги представлені лише частково;
- профілактичні програми для ПКС в області реалізуються лише за кошти зовнішніх донорів.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

Профілактичними програмами охоплені насамперед клієнти НУО. Так, якщо серед клієнтів НУО охоплено профілактичними программами 98,6% цільової групи, то серед не-клієнтів – лише 33,8%. Профілактичні програми, з точки зору масштабу та рівня залученості, ефективні серед, власне, клієнтів НУО та істотно менш ефективні серед ПКС, які не є її клієнтами.

Послуги для ПКС є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами лише в обласному центрі. Варто зазначити, що значна частина ПКС піклується про стан свого здоров'я: вони достатньо обізнані щодо ІПСШ та регулярно відвідують лікарів (найчастіше гінеколога та дерматовенеролога). Проте майже 80% ПКС під час відвідування лікаря не повідомляють про те, що працюють у сфері надання секс-послуг.

З метою оптимізації надання медичної допомоги пацієнтам з поєднаною патологією ВІЛ/ТБ в області укомплектовано посади лікаря-інфекціоніста в обласному протитуберкульозному диспансері та лікаря-фтизіатра в обласному Центрі СНІДу.

Всі пацієнти шкірвендиспансера проходять обстеження на ВІЛ-інфекцію/СНІД, а при отриманні позитивного результату перенаправляються на дообстеження в Центр СНІДу.

Варто зазначити, що в області не існує механізму залучення державних коштів для надання профілактичних послуг через відсутність розрахунків вартості ПТВ та державного стандарту.

DRAFT

Висновки

1. Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС не децентралізовані для наближення їх до цільової групи. Не проводиться робота з клієнтами ПКС.
2. Послуги для ПКС слабо інтегровані в систему ЗОЗ; наявні лише переадресація, тестування, лікування, догляд та підтримка.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

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

В області розроблено та узгоджено Дорожню карту із забезпечення універсального доступу, яка сформувала загальне розуміння чітко визначених послуг для ПКС. Разом з тим, плани та цілі, включені до Дорожньої карти, залишилися декларативними, оскільки вона не є інтегрованою до регіональної програми.

У рамках програми ГФ в 2016 р. надано фінансування для проектів профілактики ВІЛ-інфекції та ІПСШ серед ЛВІН та ПКС. Проекти впроваджувалися ГО «Вікторія», що дозволило забезпечити надання для 717 ПКС наступних послуг:

- консультування клієнтів соціальними працівниками;
- видача інформаційних матеріалів та засобів профілактики ВІЛ/ІПСШ (одноразові шприци, голки, презервативи, спиртові серветки);
- асистоване тестування з використанням ШТ на ВІЛ-інфекцію та ВГС;
- скринінг на наявність симптомів ТБ;
- переадресація до ЗОЗ, реабілітаційних центрів та закладів соціальної сфери (працевлаштування, оформлення документів тощо).
- Мінімальним в області є фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ПКС за кошти обласних бюджетів (2013 р. – 477 тис грн.; 2014 р. – 519,3; 2015 р. – 449,1 тис. грн.), що недостатньо для здійснення адекватних заходів.

Висновки

1. Здійснювані в області заходи є релевантними, але стануть неможливими у разі відсутності фінансування програм зовнішніми донорами.
2. Жодного випадку ВІЛ-інфекції серед ПКС в офіційній статистичній звітності не зареєстровано.
3. Фінансування послуг з профілактики ВІЛ серед ПКС за кошти обласних бюджетів є недостатнім для здійснення адекватних заходів.

DRAFT

3.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів серед чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За даними СЕМ, впродовж 2009–2016 рр. виявлено п'ять ВІЛ-позитивних ЧСЧ (2013, 2014 та 2016 рр. – по одному випадку, 2015 р. – два).

За даними РЕН, гомосексуальний контакт як шлях інфікування ВІЛ було визначено у восьми пацієнтів (2009, 2013, 2014 та 2015 рр. – по одному випадку; 2011 та 2016 рр. – по два). Така розбіжність у статистиці свідчить, що під час первинного звернення до ЗОЗ пацієнти не розкривають свою сексуальну орієнтацію та визначаються за різними кодами.

За даними біоповедінкових досліджень, рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ складав у 2013 р. – 3,8%, у 2015 р. – 2,9%.

З огляду на те, що результати дозорного епіднагляду не збігаються із статистичними даними, можна припустити, що на сьогодні існує суттєве недоврахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних із сексуальними стосунками серед чоловіків. Тому епідемічна ситуація в групі ЧСЧ потребує ретельного та регулярного моніторингу.

У ЗОЗ області дуже повільно, проте з кожним роком зростає чисельність осіб під диспансерним наглядом, які інфікувалися ВІЛ гомосексуальним шляхом (2009 р. – одна особа, 2016 р. – 8 осіб).

Варто зазначити, що здійснювані заходи не приводять до змін з наступних причин:

- високий рівень стигматизації ЧСЧ в суспільстві;
- в ЗОЗ відсутня політика щодо залучення ЧСЧ до програм профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки;
- відсутність в області ЧСЧ-сервісних НУО.

Висновки

1. Дещо знизився рівень поширеності ВІЛ серед ЧСЧ.
2. За даними СЕМ та РЕН, в області реєструються лише поодинокі випадки захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ.

Чи охоплені потрібні люди?

За даними біоповедінкових досліджень, у 2013 р. лише 10,3% ЧСЧ проходили тестування на ВІЛ протягом останніх 12 міс. і знають свій результат, у 2015 р. – 23,2%.

DRAFT

Підтвердженням недостатньої профілактичної роботи є зниження відсотка ЧСЧ, які повідомили про використання презерватива під час сексуальних контактів з чоловіками (2015 р. – 69%; 2013 р. – 87%). Рівень знань ЧСЧ про ВІЛ-інфекцію та ризиковану поведінку щодо інфікування ВІЛ знижується (2013 р. – 70%; 2015 р. – 42% ЧСЧ правильно визначали шляхи передачі ВІЛ-інфекції).

Через відсутність в області НУО, яка б співпрацювала з даною групою ризику, оцінити доступ до профілактичних програм неможливо.

Висновки

1. ЧСЧ в області не мають доступу до послуг профілактики ВІЛ.
2. Низьким є рівень ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ.
3. Знижується та є дуже низькою частка осіб, обізнаних щодо шляхів передачі ВІЛ.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Вагомим фактором для використання презервативів є їхня доступність. В області відсутні пункти роздачі презервативів для представників групи ЧСЧ..

Висновки

Профілактичні послуги для представників групи ЧСЧ в області не надаються.

Чи здійснюються ці заходи правильно?

У регіональних та місцевих програмах заходи профілактики ВІЛ/СНІДу серед представників групи ЧСЧ не передбачені, а профілактичні програми, які фінансуються міжнародними донорськими організаціями, протягом звітних років в області не реалізувалися. Внаслідок цього представники КГН взагалі не отримують пакету послуг. Кадрові та матеріальні ресурси для забезпечення надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не розвинуті та надаються переважно на базі служби СНІДу області. Питання переадресації ЧСЧ, тестування, лікування, догляду та підтримка не розроблені та не відпрацьовані через відсутність НУО.

При зверненні за медичною допомогою в ЗОЗ ЧСЧ отримують кваліфіковані послуги з КіТ.

Висновки

В області послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ не надаються.

DRAFT

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Для планування ефективних втручань на обласному рівні національними та міжнародними експертами проведено розрахунки розміру популяції ЧСЧ, яка станом на 01.01.2017 р. становила 2900 осіб.

Запропоновані розрахункові дані пакетів комплексних профілактичних послуг, необхідних під час підготовки регіональної програми, не були взяті до уваги через відсутність НУО, яка надає послуги ЧСЧ. Це унеможливило виконання запланованих профілактичних заходів.

Варто зауважити, що профілактичні програми серед ЧСЧ є пріоритетним завданням на шляху подолання епідемії ВІЛ/СНІДу в області, особливо зважаючи на отримані прогнозні показники щодо збільшення кількості нових випадків інфікування ВІЛ серед представників цієї групи у майбутньому.

Висновки

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

DRAFT

4. ВИСНОВКИ

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається однією із серйозних проблем у сфері охорони здоров'я Хмельницької області. З початку епідемії зареєстровано більше 4300 випадків інфікування ВІЛ, від СНІДу загинуло 655 людей, практично щодня одна людина стає ВІЛ-інфікованою.

Активізація статевого шляху передачі ВІЛ вказує на перехід епідемічного процесу із середовища ЛВІН до загального населення і є провісником ускладнення епідемічної ситуації внаслідок сумісного впливу на перебіг епідемії парентерального та статевого шляхів передачі збудника. У віковій структурі ВІЛ-інфікованих спостерігається стала тенденція до збільшення частки осіб старше 30 років. Спостерігається також тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних та донорів. Варто зауважити, що охоплення ВІЛ-позитивних осіб МН в області залишається на недостатньому рівні. Частка осіб, яких було взято на диспансерний облік у III–IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, зростає. Результатом пізнього звернення ВІЛ-позитивних до ЗОЗ є зростання показників захворюваності на СНІД та смертності від СНІДу. Рівень смертності від СНІДу коливається у межах від 4,0 у 2009 р. до 4,4 на 100 тис. нас. у 2016 р., з максимальним значенням показника у 2011 р. (5,5). Показник поширеності ВІЛ-інфекції має сталу тенденцію до зростання (2009 р. – 117,0; 2016 р. – 145,7 на 100 тис. нас.), при цьому поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН зменшилася. Протягом 2009–2013 рр. показник захворюваності на ВІЛ-інфекцію в області зростав (2009 р. – 19,7; 2013 р. – 25,5 на 100 тис. нас.) з наступним зниженням у 2016 р. – 15,6 на 100 тис. нас. З кожним роком зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ. Проте більш ніж половина людей, які живуть з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус. Близько тисячі людей, які живуть з ВІЛ, і надалі не мають доступу до АРТ, а значна частка тих, кому призначено АРТ, стикаються з фінансовими труднощами, стигматизацією та дискримінацією, шкідливими упередженнями і внаслідок цього не починають лікування своєчасно. Спостерігається погіршення показників, що характеризують смертність серед ЛЖВ, у т.ч. серед тих, хто отримував АРТ.

Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ, які перебувають під МН, охоплені АРТ. Щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ, проте зростає також частка осіб, які потребують, але не отримують її. Також частка ЛЖВ, які перебували на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували та не отримували АРТ, зросла. Погіршується показник утримання на терапії. Зменшуються обсяги надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ, які проживають поза межами обласного центру. Для досягнення цілей стратегії Fast Track залишилися не виявленими та не взятими під МН ще 1269 ЛЖВ, 1769 – не залучені до послуг АРТ, 2401 ЛЖВ, охоплений послугою АРТ, повинен мати невизначуваний рівень ВН.

Досягнуто прогресу в реалізації програм зниження ризику та шкоди для здоров'я від вживання наркотиків, а також масштабів АРТ та ЗПТ для ЛВІН, проте половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які отримують препарати ЗПТ, не бажають вживати ліки від ВІЛ-інфекції.

DRAFT

Завдяки проведеним заходам з КіТ зросла частка осіб, які знаходяться під МН, від оціночної кількості ЛЖВ, проте обсяги тестування та стратегія заходів з ПТВ не сприяють ранньому виявленню ВІЛ-інфекції. Послуги ПТВ переважно не доступні для сільського населення та не надаються в ЗОЗ первинного рівня надання медичної допомоги. НУО надають ці послуги переважно на території обласного центру. Відсутня система супервізії послуг з КіТ. Недостатня якість ДКТ призводить до пізнього звернення ВІЛ-позитивних осіб за медичною допомогою. Кількість медичних фахівців, підготовлених з питань КіТ, є недостатньою.

Щороку в області знижується частка ін'єкційного шляху в структурі шляхів передачі ВІЛ, проте рівень інфікованості серед ЛВІН залишається високим. Охоплення ЛВІН профілактичними послугами знаходиться на досить високому рівні. Проте показники знань та ризикованої поведінки залишають бажати кращого.

Працює система переадресації ЛВІН до ЗОЗ, проте існують проблеми із залученням активних ЛВІН, що перебувають на ЗПТ, до АРТ.

Завдяки вчасно впровадженим профілактичним програмам серед ПКС вдалося запобігти поширенню ВІЛ та утримувати захворюваність на поодиноких випадках. Попри підвищення рівня охоплення ПКС профілактичними програмами, підходи до їх впровадження потребують корекції, оскільки погіршуються показники знань та поведінки, зменшуються обсяги видачі засобів індивідуального захисту.

Через відсутність НУО, яка працює з представниками групи ЧСЧ, в області не здійснюються профілактичні заходи в даній групі ризику. Як наслідок, ЧСЧ залишається однією з найбільш уразливих щодо інфікування ВІЛ групою населення.

Обсяги фінансових ресурсів, які спрямовуються на протидію ВІЛ-інфекції в області, складали 6–15 млн. грн. на рік (міжнародні джерела фінансування –28–80 % від загального обсягу), проте цього все ще недостатньо, щоб забезпечити ефективне впровадження заходів для реалізації стратегії Fast Track.

DRAFT

5. РЕКОМЕНДАЦІЇ

На-прям	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, виявлені за результатами Оцінки	Рекомендації для національного рівня	Рекомендації для регіонального рівня
АРТ	Недостатній рівень охоплення АРТ ЛЖВ	Переглянути регіональні квоти щодо введення на АРТ нових пацієнтів, враховуючи відповідність потребі 90% охоплення послугою	Децентралізація послуг з надання АРТ шляхом відкриття сайтів АРТ відповідно до потреб пацієнтів
	Низька прихильність пацієнтів до АРТ		Організувати охоплення послугами ЛЖВ, які отримують АРТ, максимально наближено до місця їхнього проживання (на найближчих сайтах) Забезпечити пацієнт-орієнтований соціально-психологічний супровід ЛЖВ за підтримки НУО Провести освітні заходи щодо поінформованості населення з питань діагностики та лікування ВІЛ
	Недостатній рівень охоплення ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які перебувають у програмі ЗПТ, послугами АРТ	Внести в перелік послуг для осіб з опіоїдною залежністю, як вибір за пацієнтом, надання платної ЗПТ через аптечну мережу	Забезпечити супровід ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які перебувають у програмі ЗПТ/АРТ, безпосередньо працівниками НУО
	Низьке охоплення послугами догляду та підтримки для ЛЖВ	Під час розробки проектних пропозицій передбачати матеріальне заохочення для клієнтів лише у разі їх тривалого утримання в проекті/на АРТ або завершення лікування (ТБ)	Залучити працівників соціальних служб області до надання послуг догляду і підтримки для ЛЖВ
	Низький відсоток проведених лабораторних досліджень на ВН серед ЛЖВ, які охоплені послугою АРТ	Забезпечити стале державне фінансування та забезпечення регіону реагентами для проведення лабораторних досліджень	Передбачити можливість закупівлі тест-систем для визначення ВН із обласного бюджету для обстеження пацієнтів, які перебувають на АРТ, на ВН
КіТ	Збільшення кількості осіб, взятих під МН, з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції в III–IV клінічних стадіях	Внести зміни в нормативну документацію щодо можливості передачі інформації щодо ВІЛ-інфікованих між ЗОЗ (взявши за основу надання згоди на проведення медичних маніпуляцій, обтяжень, лікування тощо під час взяття під МН)	Провести навчання медичних працівників ЗОЗ щодо ранньої діагностики ВІЛ шляхом проведення якісного післятестового консультування

DRAFT

	Активізація статевого шляху передачі ВІЛ	Розвивати інформаційну підтримку та рекламні кампанії, спрямовані на сексуальне та репродуктивне здоров'я, у т.ч. профілактики, діагностики та лікування захворювань, що передаються статевим шляхом (ВІЛ, вірусний гепатит, вірус папіломи людини тощо), у т.ч. через засоби масової інформації, включаючи телебачення, зовнішню рекламу, Інтернет та електронні соціальні мережі тощо.	
	Має місце брак кількісних та якісних даних для оцінки охоплення послугами КіТ осіб із КГН	Внести зміни в обліково-звітну форму № 3 – ВІЛ/СНІД (квартальна) «Звіт про проведення консультування у зв'язку з тестуванням на ВІЛ-інфекцію» щодо обліку послуг для ПКС, статевих партнерів КГН	
	Обмежена доступність та низька якість послуг КіТ з використанням ШТ на первинній ланці надання медичної допомоги	Інституалізувати послуги КіТ на ВІЛ на первинній ланці надання медичної допомоги	Впровадити децентралізацію послуг КіТ на ВІЛ на первинну ланку, передбачити в РП кошти на придбання ШТ та ресурсне забезпечення тестування у ЦПМСД
	Не було реалізовано жодного проекту щодо оцінки психологічного компоненту, впливу стигми та дискримінації на ефективність та якість послуг КіТ серед ЛЖВ/КГН	Ініціювати проведення дослідження впливу стигми та дискримінації на ефективність та якість послуг КіТ серед КГН та ЛЖВ	
	Зменшується частка обстежених осіб з КГН		Провести навчання медичних працівників ЗОЗ щодо якісного проведення дотестового консультування
	Недостатня поінформованість загального населення та КГН про профілактичні послуги щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу		Провести інформаційну кампанію щодо інформування населення про доступність профілактичних послуг у регіоні
ЛВІН	Низька мотивація представників КГН у зверненнях до ЗОЗ	Врегулювати процедуру самотестування населення	Представникам НУО, які надають послуги з КіТ на ВІЛ для КГН, максимально залучати до обстеження нових клієнтів
	Високий показник поширеності ВІЛ серед ЛВІН		Відпрацювати якісну систему переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів до ЗОЗ та соціально-психологічного супроводу ЛВІН НУО
	Недостатній вплив профілактичних програм на зміну ризикованої поведінки ЛВІН	Провести дослідження психологічного портрету статевого партнера/партнерки ЛВІН щодо потенційної статевої безпеки	Передбачити в РП виділення коштів на закупівлю презервативів, які отримували ЛВІН. Провести роботу з НУО щодо покращення роботи з підвищення рівня знань ЛВІН щодо шляхів запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції
	Обмежений доступ до профілактичних послуг для ЛВІН поза межами обласного центру		Впроваджувати децентралізацію профілактичних послуг для ЛВІН. Вивчати потреби ЛВІН у віддалених містах та селах. Ініціювати відкриття ПОШ на базі ЦССДМ

DRAFT

	Проблеми з якісною переадресацією ВІЛ-інфікованих ЛВІН між ЗОЗ та НУО	Створення ефективної системи перенаправлення та оптимізації руху ВІЛ- позитивних осіб між різними організаціями державного і неурядового сектору, що сприятиме скороченню тривалості процедури залучення осіб з ВІЛ-позитивним статусом, ризикованою поведінкою до медичних та немедичних послуг	Розробити систему якісного моніторингу на рівні ЗОЗ, перенаправлених від НУО клієнтів
ПКС	Низька активність медичних працівників ЗОЗ та НУО з питань розширення доступу до КіТ для ПКС		Провести цикл занять для медичних працівників по роботі з ПКС
	Високий рівень стигматизації з боку медичних працівників відносно ПКС		Інформаційно-навчальні заходи з тематики ВІЛ/СНІД серед медичних працівників з метою формування у них толерантного ставлення до КГН, ЛЖВ з висвітленням правових аспектів організації медичної допомоги
	У РП не передбачено заходи з профілактики ПКС	Забезпечити передбачуване фінансове планування профілактичних послуг для ПКС	
	Низьке виявлення ВІЛ-позитивних ПКС під час тестування на базі НУО		Покращити систему переадресації ПКС від інших служб та ЗОЗ до НУО для тестування ШТ та отримання профілактичних послуг
	Послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС не децентралізовані для наближення їх до цільової групи		Забезпечити децентралізацію профілактичних послуг для ПКС
	Обмежена кількість НУО, що надають послуги КГН, зокрема ПКС	Ініціювати серед ВІЛ-сервісних НУО практику надання якісних послуг КГН, у т.ч. ПКС	
	Не проводиться системна профілактична робота зі статевими партнерами ПКС		Включати роботу зі статевими партнерами ПКС у загальний перелік профілактичних послуг. Передбачити у РП окреме фінансування зазначеного напряму
ЧСЧ	Відсутність в області ЧСЧ-сервісних НУО. Не надаються послуги для ЧСЧ	Ініціювати можливість надати підтримку для наявних НУО щодо розбудови їхньої спроможності та роботи з ЧСЧ	Залучити працівників соціальних служб області до вирішення питань надання послуг КГН, у т.ч. ЧСЧ
	В ЗОЗ відсутня політика щодо залучення до програм з профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЧСЧ		Розробити Дорожню карту залучення до програм профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЧСЧ
	Представники ЧСЧ стикаються з упередженим ставленням, стигматизацією та дискримінацією	Впровадити програми освіти співробітників правоохоронних органів, членів законодавчих органів і судової системи, медичних працівників з питань подолання дискримінації, дотримання конфіденційності, толерантності по відношенню до ЧСЧ	

DRAFT

6. ПЛАН ЗАХОДІВ

з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Хмельницькій області на 2018–2023 рр. за результатами проведеної Оцінки

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Забезпечити відкриття сайтів АРТ	2019 – 2023 рр.	УОЗ ОДА ХОЦПБ зі СНІДом	Розширення та децентралізація послуг з АРТ. Функціонування на теренах області 14 сайтів АРТ. Охоплення АРТ до 85% тих, хто її потребує
2.	Здійснювати систематичний моніторинг та планування АРВП	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом	Забезпечення безперервного доступу пацієнтів до АРТ. Призначення відповідальних осіб за планування АРВП. Здійснення щомісячного моніторингу за АРТ. Охоплення АРТ до 85% від тих, хто її потребує
3.	Організувати МН ЛЖВ, які отримують АРТ, максимально наближено до місця їхнього проживання (на найближчих сайтах)	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, кабінети «Довіра»	Функціонування на теренах області 14 сайтів АРТ. Охоплення МН до 85% ВІЛ-інфікованих пацієнтів на сайтах, наближених до місця проживання. Охоплення АРТ до 85% від тих, хто її потребує
4.	Провести заняття для медичних фахівців з висвітленням правових аспектів організації медичної допомоги населенню, у т.ч. ЛЖВ	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом	Зниження стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ та КГН. Провести заняття згідно з Планом роботи ДОЗ ОДА. Охоплення навчанням не менше 80% мед. фахівців
5.	Передбачити окреме бюджетне фінансування послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ у новій РП. Поширювати практику застосування мультидисциплінарного підходу в наданні допомоги КГН в ЗОЗ із включенням до складу МДК соціальних працівників від НУО	2019 – 2023 рр.	ДОЗ ОДА ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, кабінети «Довіра», ВІЛ-сервісні НУО	Покращення якості життя ЛЖВ та КГН. Включення до складу обласної Ради з питань протидії ТБ/ВІЛ представників КГН. Участь представників КГН у плануванні фінансування заходів обласної програми. Забезпечення фінансування послуг відповідно до потреби. Формування МДК в закладах охорони здоров'я з включенням соц. працівників НУО. Охоплення послугами МДК підходу в наданні послуг КГН на 70%

DRAFT

6.	Запровадити електронні реєстри пацієнтів на всіх сайтах АРТ	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, кабінети «Довіра»	Забезпечення якісного моніторингу послуг з ВІЛ/СНІД. Призначення відповідальних за ведення реєстрів пацієнтів на сайтах АРТ. Проведення навчання відповідальних осіб. Щомісячно верифікувати дані щодо призначення АРТ. 100% внесення в реєстр інформації щодо пацієнтів на АРТ
7.	Передбачити можливість закупівлі тест-систем для визначення ВН із обласного бюджету для обстеження пацієнтів, які перебувають на АРТ, на ВН	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом	Надання якісних медичних послуг ЛЖВ. При формуванні нової РП передбачити кошти на закупівлю тест-систем на визначення ВН. Охоплення обстеженням на ВН 90% пацієнтів, які перебувають на АРТ
8.	ЗОЗ області передбачати у річних кошторисах закупівлю ШТ на ВІЛ різних виробників	2019 – 2023 рр.	ЗОЗ області	Надання якісних послуг з КіТ. Передбачити в кошторисах ЗОЗ кошти на придбання ШТ на ВІЛ. Охоплення тестуванням 5% загального населення
9.	Активізувати роботу з інформуваня загального населення щодо профілактики ВІЛ-інфекції	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом	Надання якісних послуг з КіТ. Охоплення навчанням з питань КіТ не менше 80% медичних працівників ПМСД
10.	Провести інформаційно-навчальні заходи з тематики ВІЛ/СНІД серед медичних працівників з метою формування у них толерантного ставлення до ЛВІН, ПКС та ЧСЧ	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом	Надання якісних медичних послуг ЛЖВ. Охоплення навчанням з питань КіТ не менше 80% медичних працівників ПМСД. Збільшення відсотка КГН в загальній кількості проконсультованих та протестованих (до 10%)
11.	НУО планувати свою профілактичну роботу, виходячи з оціночної кількості КГН.	2019 – 2023 рр.	ВІЛ-сервісні НУО	Покращення якості профілактичних послуг для КГН. Збільшення охоплення профілактичними послугами представників КГН у віддалених районах області (до 20%)
12.	Активізувати роботу по залученню статевих партнерів КГН до КіТ на ВІЛ. Передбачити кошти на здійснення таких обстежень у РП	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, ВІЛ-сервісні НУО	Надання якісних послуг з КіТ для КГН. Збільшення охоплення профілактичними послугами представників КГН у віддалених районах області (до 20%). Забезпечення фінансування послуг відповідно до потреби
13.	Впровадити децентралізацію послуг з КіТ на ВІЛ на первинну ланку, передбачити в РП кошти на придбання ШТ та ресурсне забезпечення тестування у ЦПМСД	2019 – 2023 рр.	ДОЗ ОДА, ХОЦПБ зі СНІДом, ЦПМСД	Надання якісних послуг з КіТ населенню. При плануванні фінансування заходів РП передбачити кошти на закупівлю ШТ з метою охоплення тестуванням не менше 5% загального населення
14.	Представникам НУО, які надають послуги з КіТ на ВІЛ для КГН, максимально залучати до обстеження нових клієнтів. Відпрацювати якісну систему переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів до ЗОЗ	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, кабінети «Довіра», ВІЛ-сервісні НУО	Надання якісних послуг з КіТ для КГН. Збільшення охоплення послугами КіТ представників КГН у віддалених районах області (до 20%). Забезпечення щоквартальної верифікації переадресованих ВІЛ-позитивних клієнтів

DRAFT

15.	Проводити регулярні робочі зустрічі щодо якості взаємодії ЗОЗ та НУО	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, ВІЛ-сервісні НУО	Забезпечення якісного моніторингу послуг з ВІЛ/СНІД. Забезпечення щоквартальної верифікації кількісних та якісних показників взаємодії ЗОЗ та НУО
16.	Провести цикл занять для медичних працівників по роботі з ПКС	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, ГО «Вікторія»	Надання якісних медичних послуг ПКС. Охоплення навчанням не менше 80% медичних працівників ЗОЗ
17.	Забезпечити переадресацію ПКС від інших служб та ЗОЗ до НУО для тестування ШТ та отримання профілактичних послуг	2019 – 2023 рр.	ДОЗ ОДА ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, кабінети «Довіра», ГО «Вікторія»	Надання якісних послуг з КіТ та профілактичних послуг ПКС. Охоплення навчанням не менше 80% працівників ЗОЗ та соціальних працівників інших служб. Розроблення та погодження між різними службами маршруту переадресації представників КГН
18.	Залучати студентів навчальних закладів до волонтерської роботи з КГН та, зокрема, ПКС	2019 – 2023 рр.	Департамент освіти та науки ОДА, ГО «Вікторія»	Зниження стигми і дискримінації по відношенню до КГН. Включити до факультативних занять питання профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу
19.	Розробити Дорожню карту залучення до програм профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ЧСЧ	2019 – 2023 рр.	ХОЦПБ зі СНІДом, сайти АРТ, КД, ВІЛ-сервісні НУО	Надання якісних медичних та профілактичних послуг ЧСЧ. Провести навчання з медичними працівниками ЗОЗ щодо зменшення стигми та дискримінації ЧСЧ. Охопити навчанням не менше 80% медичних працівників

DRAFT

ДОДАТОК

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1.	**Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (Показник № 9 плану МіО)**	11,4	0,0	3,5	1,8	0,0	0,0		
	чисельник	4	0	2	1	0	0		
	знаменник	35	61	72	59	48	59		
	цільове значення					2%			2,50%
2.	**Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 4 плану МіО)**	4,0	4,0	5,5	4,3	3,9	4,2	3,4	4,4
	чисельник	54	53	72	56	51	55	44	57
	знаменник	1334501	1 327 279	1 320 386	1 313 905	1 307 315	1 300 954	1 294 665	1282100
	цільове значення		13,6 на 100 тис. нас.			11,5 на 100 тис. нас.			
3.	**Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МіО)**	2,5	2,4	3,4	2,4	2,5	3,2	1,9	2,2
	чисельник	34	32	45	31	33	41	25	28
	знаменник	1334501	1 327 279	1 320 386	1 313 905	1 307 315	1 300 954	1 294 665	1282100
	цільове значення								4,5 на 100 тис. нас.

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
4.	**Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 роки, % (Показник № 3 плану МіО)**					0,34	0,17	0,09	0,15
	чисельник					12	10	5	7
	знаменник					3538	5898	5304	4627
	цільове значення								0,30%
5.	**Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)**	0,41	0,61	0,58	0,64	0,41	0,46	0,37	0,33
	чисельник	61	89	90	96	62	68	51	42
	знаменник	14938	14483	15521	15094	15074	14708	13915	12862
	цільове значення								0,62%
6.	**Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 6 плану МіО)**								
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								5,30%
7.	**Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 7 плану МіО)**								
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					5,00%			

DRAFT

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
8.	**Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15–24 роки, 2009-2016 рр. (Показник № 8 плану МіО)**								
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення					7,50%			3,20%
	Впливу, додаткові, Оцінка								
9.	**Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**	32,1	31,9	24,0	32,6	29,3	21,2	19,7	21,0
	чисельник	428	423	317	428	383	276	255	269
	знаменник	1334501	1 327 279	1 320 386	1 313 905	1 307 315	1 300 954	1 294 665	1282100
10.	**Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**	19,7	22,4	21,1	23,4	25,5	21,9	15,0	15,6
	чисельник	263	297	279	307	334	285	194	200
	знаменник	1334501	1 327 279	1 320 386	1 313 905	1 307 315	1 300 954	1 294 665	1282100
12.	**Смертність ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**	6,6	8,4	7,7	6,5	6,0	6,6	5,2	6,3
	чисельник	88	111	102	86	79	86	67	81
	знаменник	1334501	1 327 279	1 320 386	1 313 905	1 307 315	1 300 954	1 294 665	1282100

ЗРАЗОК

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
13.	**Смертність ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через хвороби, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**	4,8	4,7	6,2	5,0	4,5	5,0	4,0	5,2
	чисельник	54	53	70	56	50	55	44	57
	знаменник	1134391	1128776	1123246	1116919	1109325	1101299	1093175	1088980
15.	**Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**	117,0	125,7	131,7	142,2	153,0	142,4	147,4	145,7
	чисельник	1566	1673	1743	1873	2006	1857	1914	1881
	знаменник	1338208	1330794	1323763	1317008	1310801	1303829	1298079	1291250
16.	**Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.**								
	чисельник								
	знаменник								
17.	**Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.**			33,7		28,2		20,8	
	чисельник								
	знаменник			350		300		450	
	цільове значення					18,20%			
18.	**Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.**			18,7		8,7		6,1	
	чисельник								
	знаменник			150		150		150	
	цільове значення					6,60%			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
19.	**Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.**			8		3,8		2,9	
	чисельник								
	знаменник			150		200		150	
	цільове значення					7,90%			
20.	**Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2013-2016 рр. (Показник № 18 плану МіО)**								
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								
21.	**Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)**					39,3	52	42,8	51
	чисельник					101	117	83	102
	знаменник					334	285	194	200
	цільове значення								40,00%

ДРАФТ

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
22.	**Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб які пройшли МН протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013-2016 рр. (Показник № 20 плану МіО)**					52	91	89,4	78,9
	чисельник					1136	1844	1817	1566
	знаменник					2184	2027	2033	1985
	цільове значення								80,00%
23.	**Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)**					82,3	80,1	85,3	
	чисельник					163	165	145	
	знаменник					196	205	168	
	цільове значення								85,00%
24.	**Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО)**								
	чисельник								
	знаменник								
	цільове значення								Зниження на 20% від базового значення
25.	**Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО)**					3061	3665	3789	4425
26.	**Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 15 плану МіО)**					850	851	774	717

ЗРАЗОК

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
27.	**Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник № 16 плану МіО)**								
28.	**Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник № 21 плану МіО)**					32,1	36	52	64,3
	чисельник					702	731	1059	1276
	знаменник					2184	2027	2033	1985
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%
29.	**Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №10 плану МіО)**					42,7		60,1	
	чисельник								
	знаменник					300		450	
	цільове значення								45,00%
30.	**Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №11 плану МіО)**					80,7		74,2	
	чисельник								
	знаменник					150		150	
									65,00%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
31.	**Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МіО)**					10,3		23,2	
	чисельник								
	знаменник					200		150	
	цільове значення								45,00%
32.	**Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №13 плану МіО)**					4,6	2,6	27,1	58,2
	чисельник					208	91	719	1348
	знаменник					4567	3448	2657	2315
	цільове значення								40,00%
33.	**Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі її отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)**					641	793	916	1066
34.	**Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО)**					94,3	62,6	64,0	56,9
	чисельник					50	87	87	66
	знаменник					53	139	136	116
	цільове значення								55,00%

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
35.	**Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО)**					100,0	93,6	100,0	93,9
	чисельник					45	44	48	46
	знаменник					45	47	48	49
	цільове значення								99,00%
36.	**Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ, 2013-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)**					18,0	21,9	21,8	21,7
	чисельник					277	323	319	313
	знаменник					1542	1476	1464	1442
	цільове значення								20,00%
36а.						5,5	6,5	6,4	5,2
	чисельник					277	323	319	313
	знаменник (оціночна кількість ЛВІН)					5000	5000	5000	6000
37.	**Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр. (Показник № 1 плану МіО)**					13754,9	15068,3	22877,4	
38.	**Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО)**					98,1	99	99,3	96,1
	чисельник					5491,5	5800	6406,3	7310,5
	знаменник					5598,4	5857,1	6451,8	7610,6
	цільове значення								100,00%

ДРАФТ

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
39.	**Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього навчального року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 17 плану МіО)**					43,6	27,1	12	15,5
	чисельник					354	223	94	121
	знаменник					812	822	783	783
	цільове значення								90%
40.	**Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.**					54,0	40,8	48,1	65,0
	чисельник					613	752	874	1018
	знаменник					1136	1844	1817	1566
41.	**Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.**								
	чисельник								
	знаменник								
42.	**Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.**								

ЗРАЗОК

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
43.	**Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.**								
44.	**Кількість ЛЖВ, які знаходяться під МН у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.**								
45.	**Темп приросту нових випадків ВІЛ-інфекції, %, 2009-2016 рр.**	32,2	13,6	-5,7	10,7	9,2	-14,1	-31,6	4,0
	чисельник – значення індикатора захворюваності у звітному році	14,9	19,7	22,4	21,1	23,4	25,5	21,9	15
	знаменник – значення індикатора захворюваності у році, що передує звітному	19,7	22,4	21,1	23,4	25,5	21,9	15,0	15,6
46.	**Летальність серед хворих на ВІЛ від хвороби, зумовленої ВІЛ, %, 2009-2016 рр.**	3,2	2,9	3,8	2,7	2,3	2,7	2,2	2,9
	чисельник – кількість померлих від СНІДу на кінець звітного року	54	53	72	56	51	55	44	57
	знаменник – кількість хворих на ВІЛ, які перебувають під МН, на кінець звітного року	1662	1797	1902	2039	2184	2027	2033	1985

DRAFT

DRAFT

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

ЗВІТ

Автори звіту:
О. Касяндрук
Л. Столярчук
Т. Грицькова
Л. Масюк
Ю. Новак

Рецензент:
Є. Большов

Верстка:
І. Сухомлинова

Літературна редакція:
В. Божок

Альянс громадського здоров'я

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 00х00/0
Ум. друк. арк. 0,00
Тираж 00 прим. Замовл. № 00/0

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

DRAFT

Альянс громадського здоров'я

METIDA

Проект з технічної допомоги в сфері МіО та ефективного використання даних