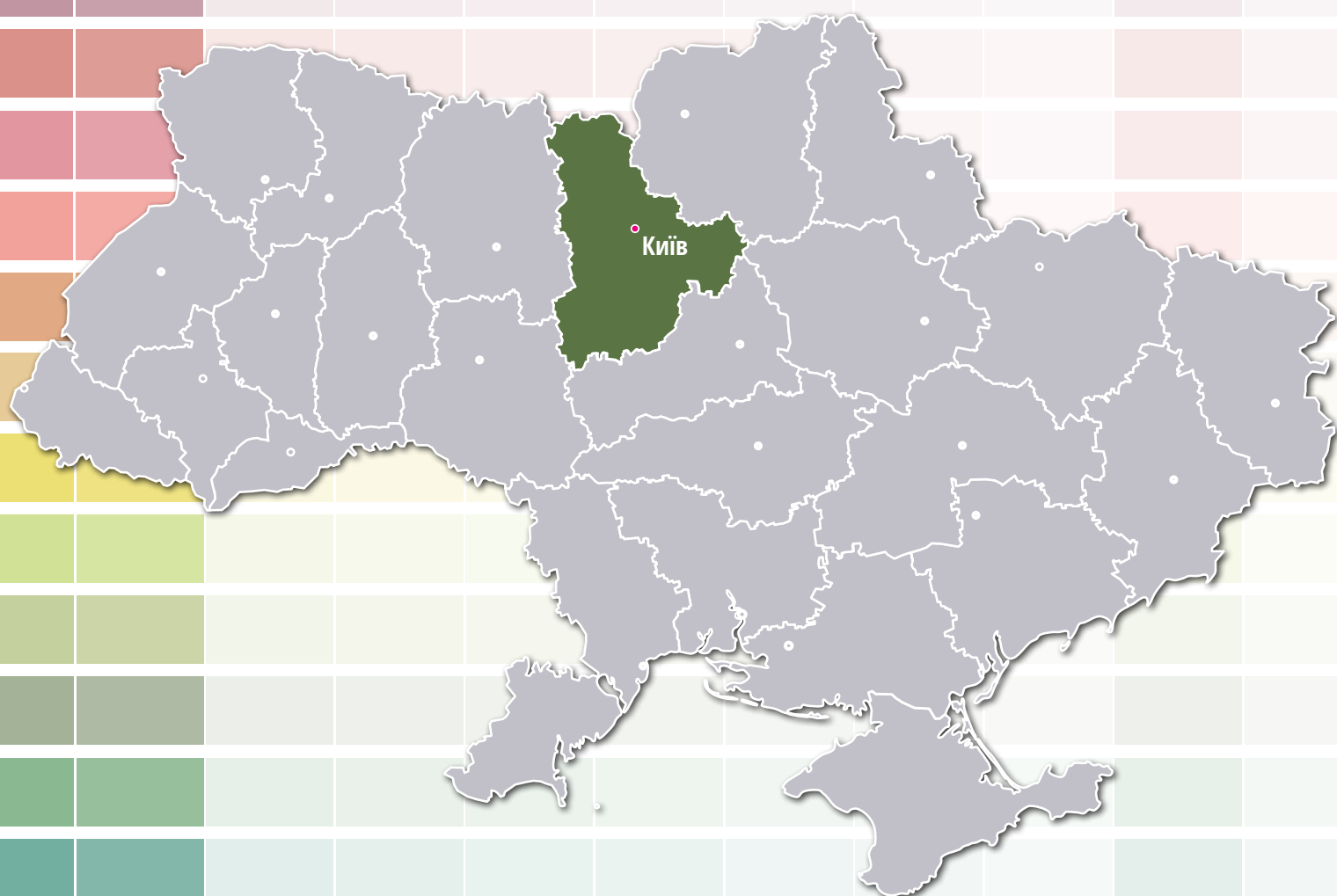


ЗВІТ

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

У КИЇВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У КИЇВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.41)](047.32)

0-93

Авторський колектив:

Голуб О. – Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом», директор

Погорєлова О. – Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом», завідувач відділу моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікар-епідеміолог

Рахуба В. – Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом», помічник лікаря-епідеміолога відділу моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

Погорєлова О. – Комунальний заклад Київської обласної ради «Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом», завідувач відділу моніторингу та оцінки програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, лікар-епідеміолог

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Київській області. Звіт** – Голуб О., Погорєлова О., Рахуба В., Погорєлова О., Недужко О., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна 2018. – 60 с.

ISBN 978-966-137-101-8

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

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

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

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

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

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



УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.41)](047.32)

ISBN 978-966-137-101-8

© МБФ «Альянс громадського здоров'я», 2018

ЗМІСТ

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	4
1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	7
2. ВСТУП	9
3. МЕТОДОЛОГІЯ	10
4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
СТАН ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ У КИЇВСЬКІЙ ОБЛАСТІ станом на 01.01.2017 р.	12
КРОС-СЕКЦІЙНИЙ КАСКАД ЛІКУВАННЯ станом на 01.01.2017 р.	14
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРОГРАМИ ЗА НАПРЯМКАМИ	15
АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ (АРТ)	15
КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ (КІТ)	19
ЛЮДИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ (ЛВІН)	21
ОСОБИ, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ВИНАГОРОДУ (ОСБ)	24
ЧОЛОВІКИ, ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ (ЧСЧ).	26
ПИТАННЯ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВИВЧЕННЯ, НА ЯКІ НЕ ЗНАЙДЕНІ ВІДПОВІДІ ПІД ЧАС ОЦІНКИ	29
5. ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	30
6. РЕКОМЕНДАЦІЇ	31
7. ПЛАН ЗАХОДІВ	33
ДОДАТОК 1.	34
ОПИС ІНДИКАТОРІВ.	55

ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

Регіональний проект щодо оцінки регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу мав на меті оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування регіональної програми на 2019–2023 роки або внесення змін до комплексної програми. На відміну від більшості регіонів України, «Київська обласна соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2017-2018 рр.» була прийнята лише у травні 2017 р. (затверджено рішенням Київської обласної ради на 19.05.2017 №311-14-VII). Таким чином, проведення оцінки Програми проводилося відповідно до заходів, передбачених у Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 рр., які проводилися у Київській області.

Підхід регіональної оцінки використовує рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я та Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу. Оцінка регіональної програми починалася з кабінетного дослідження. Перш за все оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (описують захворюваність, смертність та поширеність ВІЛ-інфекції/СНІДу), включаючи індикатори впливу Національного Плану моніторингу та оцінки. Наступним кроком оцінювалося виконання інших індикаторів Плану моніторингу та оцінки, досягнення каскадних індикаторів, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні регіону. У рамках проведення оцінки був побудований каскад лікування. В основу його побудови були покладені рекомендації Об'єднаної Програми ООН з ВІЛ/СНІДу, адаптовані з урахуванням особливостей системи епідагляду на регіональному рівні. У рамках проведення цієї оцінки було обрано п'ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, які мають найбільший вплив на розвиток епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та внесок у каскад лікування: антиретровірусна терапія; консультування і тестування на ВІЛ; послуги профілактики ВІЛ для людей, які вживають ін'єкційні наркотики, чоловіків, що мають секс з чоловіками та осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду. Кожен з цих напрямків було оцінено за п'ятьма питаннями, які пропонує Всесвітня організація охорони здоров'я:

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

Результати

За період 2009-2016 років за даними епідеміологічного нагляду відзначається поступове зростання захворюваності та поширеності ВІЛ-інфекції/СНІДу на тлі сталого рівня смертності серед людей, які живуть з ВІЛ, у т.ч. від захворювань, зумовлених ВІЛ. При зростанні кількості ВІЛ-інфікованих осіб, які стали під медичний нагляд, серед них залишається практично незмінною питома вага хворих на пізніх стадіях захворювання (III-IV ст.). Збільшення показника поширеності серед ключових груп ризику відбувається на тлі росту показника охоплення послугами консультування та тестування на ВІЛ людей, які вживають ін'єкційні наркотики та чоловіків, що практикують секс з чоловіками та зменшення охоплення послугами консультування та тестування на ВІЛ осіб, які надають сексуальні послуги а винагороду, на тлі розширення мережі сайтів тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів. При цьому відзначається високий показник охоплення профілактичними програмами людей, які вживають ін'єкційні наркотики, при низькому охопленні послугами ЗПТ, та низькі показники – серед осіб, які надають сексуальні послуги а винагороду та чоловіків, які мають секс з чоловіками.

Серед так званого «загального населення» – осіб молодого віку та вагітних – фіксується позитивна тенденція щодо зниження показників поширеності ВІЛ-інфекції. У каскаді надання послуг людям, які живуть з ВІЛ, та перебувають під медичним наглядом, залучення їх до антиретровірусної терапії залишається найбільшою прогалиною. При цьому відзначається позитивна динаміка щодо розширення мережі закладів охорони здоров'я, які надають послуги антиретровірусної терапії та збільшення кількості людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами АРТ при сталому показнику серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ-інфекція/туберкульоз. Залишається актуальним високий та сталий рівень смертності від ко-інфекції ВІЛ-інфекція/туберкульоз.

Висновки

Відзначається позитивний вплив Програми на прискорення темпів залучення до системи медичного нагляду людей, які живуть з ВІЛ, за рахунок покращення доступу ключових груп ризику, за виключенням осіб, що надають сексуальні послуги а винагороду, до послуг з консультування та тестування, що призводить до зростання показника захворюваності на ВІЛ-інфекцію. Проте залишається значною частка людей, які залучені до системи медичного нагляду на пізніх (III-IV) стадіях, у т.ч. з ко-інфекцією ВІЛ-інфекція/туберкульоз та недостатньо високі темпи залучення до антиретровірусної терапії, що, у свою чергу, негативно впливає на зниження рівня смертності від ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз.

Характерним є збільшення частки людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами антиретровірусної терапії та утримання на ній за рахунок прискорення темпів децентралізації. Відзначається позитивний вплив щодо охоплення послугами профілактики та лікування ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, проте обмежений вплив щодо доступу до інтегрованих послуг антиретровірусної терапії та замісної підтримувальної терапії за рахунок незначної чисельності сайтів, які надають послуги ЗПТ. Оцінити вплив Програми на групи найвищого ризику, а саме осіб, які надають сексуальні послуги а винагороду та чоловіків, які мають секс з чоловіками, не було змоги через недостатність профілактичних заходів серед представників цих груп та при відсутності достовірної інформації щодо охоплення послугами антиретровірусної терапії вищезазначених ключових груп населення. Нез'ясованим залишився вплив Програми на рівень дискримінації серед груп ризику.

Рекомендації

Наближення доступу ключових груп населення до послуг з консультування та тестування шляхом впровадження тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів на первинній ланці надання медичної допомоги населенню та в установах закладах, організаціях немедичного профілю, спільнотах та громадах дозволить залучити якомога більшу кількість ВІЛ-інфікованих представників ключових груп населення до системи медичного нагляду на ранніх стадіях захворювання.

Впровадження серед осіб з ризикованою поведінкою, таких як особи, які надають сексуальні послуги а винагороду, та чоловіки, які мають секс з чоловіками, разом з іншими заходами щодо зменшення шкоди, включаючи послуги прекоктатної профілактики, дозволить зменшити рівень поширеності ВІЛ-інфекції серед даної цільової групи. Подальша децентралізація та наближення послуг антиретровірусної терапії до сільського населення області дозволить прискорити темпи зменшення прогалини у залученні людей, які живуть з ВІЛ, до антиретровірусної терапії, підвищити її ефективність та знизити рівні смертності від захворювань, зумовлених ВІЛ, насамперед ко-інфекції ВІЛ/туберкульоз.

Розробка та впровадження в роботу регіональних Центрів СНІДу та неурядових ВІЛ-сервісних організацій уніфікованого алгоритму або інструменту вивчення рівня дискримінації дозволить оцінити її вплив на своєчасність залучення та утримання у системі медичного нагляду, передусім серед ключових груп ризику, та застосувати ефективні механізми впливу на зниження її рівня.

1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
БПД	біоповедінкове дослідження
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
ДОЗ	департамент охорони здоров'я
ДУ	державна установа
ЕН	епідеміологічний нагляд
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення України
КДЛ	клініко-діагностична лабораторія
КІТ	консультування і тестування на ВІЛ
КЗ	комунальний заклад

КОДА	Київська обласна державна адміністрація
КОЦС	Київський обласний центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом
ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	міжнародний благодійний фонд
МіО	моніторинг та 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
ОСБ	особи, які надають сексуальні послуги а винагороду
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПТВ	послуги тестування на ВІЛ
ПТС	протитуберкульозна служба
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
РЦ МіО	регіональний центр моніторингу та оцінки
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
ТБ	туберкульоз
ТМО	територіальне медичне об'єднання
УВК	установи виконання покарань
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ХЗВ	хвороба, зумовлена ВІЛ
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦМУВПП	центральне міжрегіональне управління виконання покарань та пробації
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
PEPFAR	Надзвичайний план Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІДом
UNAIDS	Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

2. ВСТУП

У нинішній час Україна має національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та має назву «Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр.» (далі – Національна програма). Керуючись Національною програмою і, водночас, зважаючи на епідеміологічну специфіку кожного регіону, в більшості областей України були розроблені Регіональні цільові соціальні програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 рр. (далі – регіональні програми).

До проведення оцінки Україна ще не мала досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їхнього впливу на епідемію в області. Зважаючи на те, що профілі епідемії ВІЛ/СНІДу сильно різняться від області до області, доцільно проводити оцінювання відповіді кожного регіону на епідемію ВІЛ/СНІДу окремо, з метою виявлення специфічних для кожного регіону питань протидії епідемії, що потребують особливої уваги. Діючі Національна та регіональна програми лише частково відповідають стратегіям UNAIDS. Тому дана оцінка є важливим кроком у підготовці розробки регіональних програм на 2019–2023 рр., які повною мірою мають відповідати новій стратегії UNAIDS щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД (Fast Track), та забезпечать виконання цільових показників «90-90-90».

Мета Оцінки

Оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування регіональної програми на 2019–2023 рр. або внесення змін до комплексної програми.

Завдання Оцінки:

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

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

3. МЕТОДОЛОГІЯ

Регіональний проект щодо оцінки регіональної цільової соціальної програми протидії ВІЛ/інфекції/СНІДу мав на меті оцінити відповідь області на епідемію ВІЛ-інфекції/СНІДу та надати рекомендації щодо формування регіональної програми на 2019–2023 роки або внесення змін до комплексної програми.

У рамках проведення цієї оцінки було обрано п'ять напрямків програмних заходів регіональної Програми, які мають найбільший внесок у каскад лікування:

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

Кожен з цих напрямків було оцінено за п'ятьма питаннями, які пропонує ВООЗ:

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

На відміну від більшості регіонів України, «Київська обласна соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2017-2018 роки» була прийнята лише у травні 2017 року (затверджено рішенням Київської обласної ради на 19.05.2017 №311-14-VII). Таким чином, проведення оцінки Програми за період 2009-2016 рр. базувалось, в основному, на заходах, які проводилися у Київській області і були передбачені у Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки.

Підхід регіональної оцінки поєднує рекомендації ВООЗ та UNAIDS. Оцінка регіональної програми почалася з кабінетного дослідження. Першочергово оцінювався вплив Програми на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу. Для цього були обрані ключові індикатори впливу (захворюваність, смертність, поширеність тощо), включаючи індикатори впливу Плану МіО. Наступним кроком оцінювалося виконання інших індикаторів Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів, а також додаткових індикаторів, визначених на рівні регіону.

У рамках проведення Оцінки був побудований каскад лікування. В його основу були покладені рекомендації UNAIDS, адаптовані з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні.

Після проведення аналізу досягнення визначених індикаторів, був сформований перелік індикаторів, які не досягли цільових значень або опосередковано свідчать про необхідність додаткового вивчення ситуації. Для цього було сформовано **перший блок підпитань**, які потребували пошуку додаткової інформації.

Після цього було проведено співставлення заходів Програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці запитання, були зібрані вторинні дані, аналіз яких дозволив сформулювати **другий блок підпитань**. Два блоки підпитань були об'єднані у загальний список проміжних питань, для відповіді на які зібрані додаткові кількісні вторинні дані та проведене засідання міжсекторальної робочої групи із залучення неурядових організацій та представників лікувально-профілактичних установ.

На підставі отриманих даних були сформульовані висновки та рекомендації для розробки наступної регіональної Програми, які представлені у звіті.

4. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Стан епідемічної ситуації у Київській області станом на 01.01.2017 р.

З моменту реєстрації першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 р. та по теперішній час (01.01.2017 р.) у межах епідеміологічного моніторингу зареєстровано 10 230 випадків ВІЛ, в т.ч. 2 191 дитина, народжена ВІЛ-інфікованими матерями; 3 453 особам був встановлений діагноз СНІД.



Рис 1. Динаміка основних показників впливу за даними РЕН у Київській області за період 2009-2016 років.

З 2009 по 2011 роки за даними РЕН відзначається поступове зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію (з 42,3 по 48,5 на 100 тис. населення відповідно), у 2012 році – зниження (40,7) і, починаючи з 2014 року, знову поступове зростання показника до 62,3 у 2016 році (середній по Україні становив 40,0). При цьому, за даними СЕМ, захворюваність на ВІЛ-інфекцію навпаки знижуються – з 130,2 у 2009 році до 66,1 на 100 тис. населення у 2016 р. Окрім того, у 2016 році відзначається максимальне наближення значення даного показника до показника захворюваності за даними СЕМ, що свідчить про покращення охоплення населення області послугами з КіТ та залученням до медичного нагляду (див. **Рис. 1**).

На жаль, спостерігається зростання показника **ЧПМД з 4,7% у 2009 р. до 5,9% у 2014 р. (в цілому по Україні характерне зниження з 4,6% до 3,3% (див. **Рис. 2**)).**



Рис. 2. ЧПМД за даними РЕН по Київській області та Україні за період 2009-2014 рр.

За даними РЕН, протягом 2009-2016 рр. спостерігається зростання кількості випадків смерті серед ЛЖВ та збільшення, відповідно, показника у перерахунку на 100 тисяч населення з 9,1 до 11,3.

Показник **смертності від захворювань, зумовлених ВІЛ**, протягом 2009-2016 рр. знаходився на відносно сталому рівні і у 2016 році дорівнював 7,9 (**середній показник по Україні – 7,6**).

Станом на 01.01.2017 року під медичним наглядом перебувало **6 453** ВІЛ-інфікованих осіб (дорослих та дітей), незалежно від стадії захворювання, у т.ч. 2170 хворих на СНІД (33,6%). Показник поширеності ВІЛ-інфекції становив **359,3** на 100 тисяч населення проти 331,4 у 2015 р. (по Україні – 313,3); СНІДу – 125,7 проти 105,1 у 2015 році (по Україні – 91,3).

Спостерігається зростання показників поширеності ВІЛ-інфекції на тлі росту показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію та сталого рівню смертності серед ЛЖВ, у т. від ХЗВ.

Крос-секційний каскад лікування станом на 01.01.2017 р.

За затвердженими на обласному рівні даними, оціночна кількість ЛЖВ в області на початок 2017 р. (усі вікові категорії) складала **7 700 осіб**. Значна частка з них – **80% (6 150 осіб, без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження)** – знали про свій ВІЛ-позитивний статус та, станом на 01.01.2017 р., перебували під медичним наглядом у ЗОЗ області (по Україні цей показник становив 54%). Для досягнення перших 90% стратегії Fast-Track до 2020 р. необхідно виявити та взяти під медичний нагляд ще **780 ЛЖВ** (додатково **10% від оціночної кількості ЛЖВ**).

До групи активного медичного нагляду (ті, хто пройшов медичне обстеження не менш ніж один раз протягом 2016 р.) відносилось 5356 ЛЖВ – 69,5% від оціночної кількості ЛЖВ та 87,1% від кількості ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом. Це демонструє значно кращу прихильність до отримання медичних послуг пацієнтів області у порівнянні з даними в цілому по Україні, де показник становить 42% (охоплення медичним наглядом від оціночної кількості ЛЖВ) та 79,3% (частка активної диспансерної групи).

Станом на 01.01.2017 р. лише **3 660 ЛЖВ 48%** від оціночної кількості -отримували АРТ (Україна – 36%). Відповідний показник стосовно загальної кількості пацієнтів, які перебували під медичним наглядом, становив лише 59,5%. Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast-Track до 2020 р. необхідно залучити до АРТ ще **2 577 ЛЖВ** (додатково 33,5% від оціночної кількості ЛЖВ).

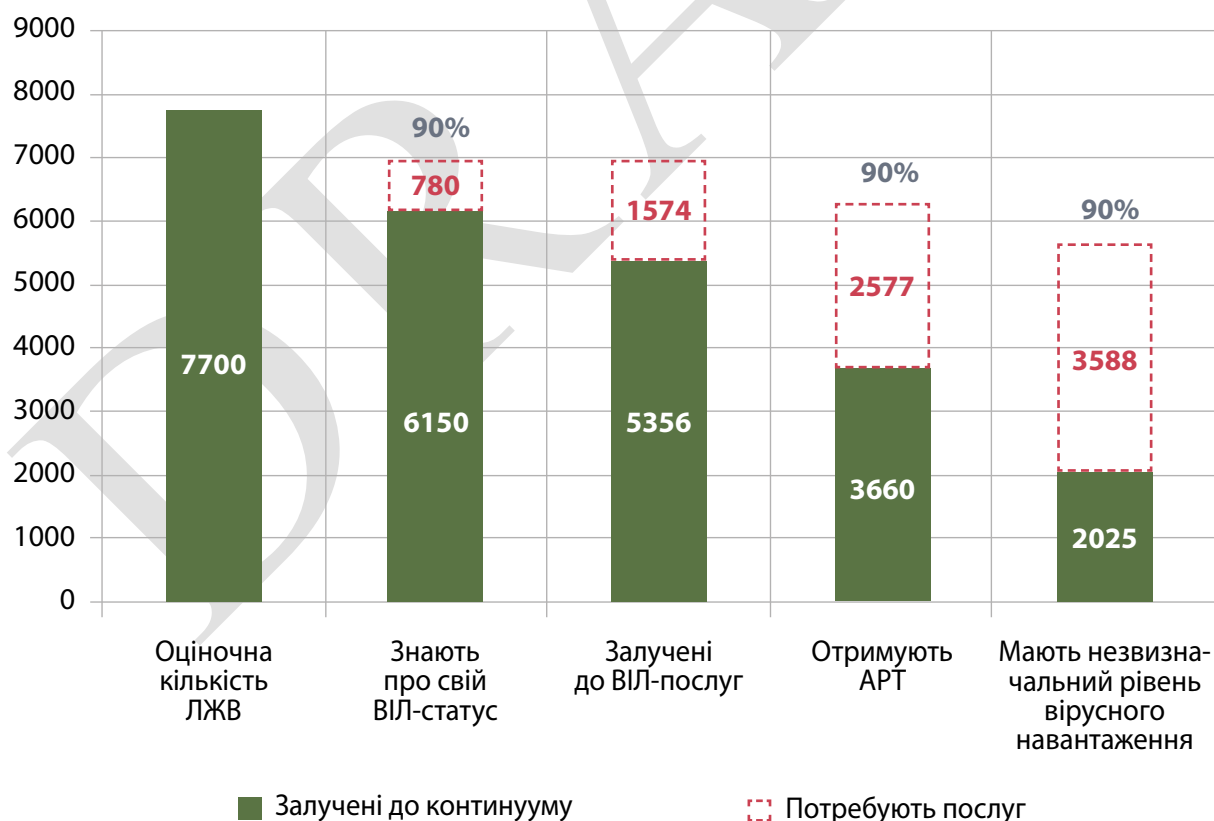


Рис. 3. Каскад надання медичних послуг ЛЖВ у Київській області станом на 01.01.2017 р.

Насамкінець, лише 26% (**2025 ЛЖВ**) від оціночної кількості досягли невизначуваного рівня ВІЛ (ВН < 40 РНК копій/мл) (по Україні – 17%). Відповідно, тільки 55,3% пацієнтів, які отримували АРТ, досягли невизначеного ВН. Для досягнення третьої цілі 90% стратегії Fast-Track до 2020 р. ще **3588 ЛЖВ** мають досягти невизначеного ВН.

Таким чином, найбільші прогалини у досягненні цілей 90-90-90 у каскаді лікування жителям області спостерігаються у сфері надання ЛЖВ АРТ та його ефективності.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРОГРАМИ ЗА НАПРЯМКАМИ

АНТИРЕТРОВІРУСНА ТЕРАПІЯ (АРТ)

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За період 2009-2016 рр. серед загальної кількості ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, спостерігається **зменшення щорічного відсотка померлих від захворювань, зумовлених ВІЛ** (щорічна загальна летальність серед хворих) – з 3,2% до 1,7%, відповідно. У 2013 та 2016 рр. лише біля половини померлих отримували АРТ, а у 2014-2015 рр., частка осіб, які померли та не отримували АРТ, була вищою та становила, відповідно, 72,9% та 57,9%.

Разом з тим, протягом 2013-2016 рр. відсоток випадків смерті від ХЗВ серед осіб, які отримували АРТ, зменшився з 2,4% до 1,5%, а серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, показник був значно вищим, хоч його зменшення зафіксоване в 4,7 рази – з 28,1% до 6,4%. Зменшення відсотка померлих пояснюється впливом АРТ, а серед осіб, які не приймають АРТ, – меншим представництвом пацієнтів з III-IV клінічними стадіями ВІЛ-інфекції (тобто АРТ першочергово призначається пацієнтам з клінічними ознаками захворювання).

Серед померлих, які перебували на АРТ, зростає частка осіб, які отримували терапію протягом 12 та більше місяців – з 27,8% у 2013 р. до 45,6% у 2016 р. Зростає і відсоток померлих серед ЛЖВ, які отримували АРТ протягом 12 та більше місяців – з 2,6% у 2013 р. до 4,9% у 2016 р.

У 2009-2016 рр. відсоток померлих від ХЗВ серед чоловіків зменшився з 4,7% до 1,9%, а серед жінок з 1,6% у 2009 р. до 0,8% у 2013 р., але до 2016 р. відновив своє початкове значення – 1,5%. Зменшення відсотка померлих від ХЗВ відзначається як серед сільського (2,9% проти 1,7%), так міського (3,3% проти 1,7%, відповідно) населення. Протягом 2009-2016 рр. відсоток померлих від ХЗВ серед ЛЖВ-ЛВІН також зменшувався – з 6,3% до 2,3%, але у 1,4 рази перевищував значення загального показника по Україні (1,7% у 2016 р.).

Протягом 2009-2013 рр. спостерігається зменшення відсотка померлих серед хворих на ВІЛ/ТБ – з 18,5% до 5,5%, проте, починаючи з 2014 року, відзначається збільшення цього показника з 14,3% до 15,3% у 2016 році. Частка померлих серед хворих з ВІЛ/ТБ, які не отримували АРТ, у 2016 р. збільшилась до 75,5%. Переважну більшість померлих пацієнтів, які отримували АРТ, становили хворі на ВІЛ/ТБ – 80,7% у 2016 р. (44,4% у 2013 р.).

За період 2009-2016 рр. показник щорічної загальної летальності серед хворих на ВІЛ-інфекцію знизився у 2 рази – з 6,3% до 3,1%, що може свідчити про успіхи у впровадженні послуг АРТ в області.

Серед чоловіків за аналогічний період показник загальної летальності серед ЛЖВ зменшився у 3,4 рази – з 9,2% до 2,7%. Проте серед жінок цей показник, який до 2014 р. зменшився до 1,7%, протягом 2015 – 2016 рр. різко зріс та наразі становить 3,8%. Зменшення летальності серед ЛЖВ спостерігається як серед міського (з 5,8% до 3,0%) так і серед сільського населення (з 7,4% до 3,4%). Серед ЛЖВ-ЛВІН показник летальності знизився у 2,3 рази – з 9,9% до 4,3%. Оцінити вплив АРТ на показники летальності серед ОСБ та ЧСЧ неможливо, що пов'язано з відсутністю відповідних офіційних статистичних даних.

Показник летальності серед хворих на ВІЛ/ТБ залишається вкрай високим – 10,3% (2016 р.), хоча його значення протягом останніх восьми років і зменшилося у 3,2 рази (з 33,3% у 2009 р.).

Чи охоплені потрібні люди?

За період 2009-2016 рр. охоплення АРТ серед оціночної кількості дорослих ЛЖВ збільшилося у 10,5 разів – з 3,3% до 34,8% та у 5 разів серед ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом (враховуючи дітей у стадії підтвердження) – з 11,7% до 56,7%, що, водночас, недостатньо для забезпечення цілей 90-90-90. Охоплення АРТ дорослих ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, значно покращилось і зросло у 5 разів – з 11,8% у 2009 р. до 58,6% у 2016 р. Зростання охоплення АРТ серед ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом, відбувалося завдяки розширенню критеріїв призначення АРТ. Незалежно від кількості CD4-лімфоцитів, відповідно до нової глобальної та регіональної стратегії UNAIDS Fast-Track (наказ МОЗ України від № 887 від 22.12.2015 р.) та за наявності необхідної кількості курсів АРВП – 1404 курсів PEPFAR у 2016 р. для найвних пацієнтів – рекомендовано початок АРТ.

За 2013-2016 роки питома вага осіб, які потребують, проте не отримують АРТ, збільшилась з 4,4% до 16,6%, що може свідчити про те, що темп залучення до АРТ відстає від темпу постановки ЛЖВ під медичний нагляд.

Протягом 2009-2016 рр. охоплення АРТ зросло майже однаково серед представників обох статей (незалежно від віку): з 11,8% до 56,4% серед чоловіків та з 11,5% до 57,1% серед жінок. Станом на кінець 2016 р. чоловіки складали 55% від загальної кількості пацієнтів, які отримували АРТ. Питома вага дорослих осіб на АРТ складала 96,6%.

Доступ ЛЖВ-ЛВІН до АРТ був значно гіршим, хоча протягом 2009-2016 рр. охоплення АРТ активних ЛВІН дещо зросло – з 0% до 16,5% від усіх ЛВІН, які перебувають під медичним наглядом (за даними форми 56 наказу МОЗ України №182 від 21.03.2012). За даними НУО, охоплення АРТ серед ЛЖВ-ЛВІН було нижчим і зросло з 1,6% у 2013 р. до 8,8% у 2016 р., проте залишається на низькому рівні.

Дані щодо охоплення АРТ серед ОСБ та ЧСЧ суттєво обмежені, що пов'язано з незначною кількістю представників цих груп населення, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією. Водночас, кількість ОСБ та ЧСЧ, які були взяті під медичний нагляд, але не повідомили про свою приналежність до КГН може бути значно вищою. За даними НУО, доступ ЧСЧ та ОСБ до АРТ є вкрай обмеженим: ЧСЧ – 0 осіб у 2013 р. та 3 особи у 2016 р.; ОСБ – 1 особа у 2013 р., 0 осіб – протягом 2014-2016 рр..

Протягом 2009-2016 років серед ЛЖВ-ЛВІН, які перебувають під медичним наглядом, відзначається збільшення осіб, які перебувають на АРТ (активні ЛВІН), – з 0% до 16,5% та збільшення удвічі кількості ЛЖВ-ЛВІН, які отримують інтегровані послуги АРТ/ЗПТ: з 29-ти осіб у 2013 р. до 58-ми у 2016 р., проте показник все ж залишається низьким, ймовірно, за рахунок обмеженого доступу до інтегрованих послуг ЗПТ (працюють лише 1 сайт ЗПТ/АРТ у Фастівській ЦРЛ та 1 сайт ЗПТ у Білоцерківській міській лікарні №4), що суттєво впливає на недостатній розвиток прихильності до АРТ серед даної КГН.

На фоні збільшення кількості пацієнтів на АРТ відзначається і зростання кількості побічних реакцій ускладнень АРТ – з 11-ти у 2013 р. до 27-ми у 2016 р., що відіграє несуттєву роль у припиненні або відмові від АРТ. Поряд із тим, у попередній редакції клінічного протоколу АРТ ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків (наказ МОЗ України №551 від 12.07.2010) було рекомендовано призначення АРТ при кількості CD4-лімфоцитів нижче 350 кл/мл. Після його зміни частина пацієнтів (у яких кількість CD4 більше 350) відмову від АРТ пояснюють попередніми вимогами законодавства, згідно з якими їм не пропонувалося АРТ.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

В області впроваджується децентралізація та здійснюється наближення послуг АРТ до місця проживання пацієнтів – кількість сайтів АРТ збільшилась з двох у 2009 р. до 18-ти у 2016 р., ще чотири сайти забезпечують видачу АРТ. Неохопленими послугами АРТ за місцем проживання залишаються жителі 9-ти районів області, що потребуватиме додаткових зусиль щодо забезпечення навчання лікарів кабінетів «Довіра» та КІЗ основам АРТ, створення необхідних умов для зберігання АРВ-препаратів у умовах подальшого процесу децентралізації АРТ в області. Додатково існує проблема забезпечення ЗОЗ кваліфікованими кадрами лікарів-інфекціоністів, що створює перепони у своєчасному призначенні та отриманні АРТ для ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом (Яготинська, Васильківська, Вишгородська, Тетіївська ЦРЛ). Окрім того, більше половини ЛЖВ отримують АРТ не за місцем проживання а в КОЦС. Так, станом на 01.01.2017 року із 3660-ти ЛЖВ на АРТ, 2001 особа отримувала АРТ не за місцем проживання, що складає 55%, тому децентралізація послуг АРТ залишається актуальною для області.

Доволі проблемним питанням залишається впровадження в області інтегрованої допомоги для ЛЖВ-ЛВІН, а саме АРТ/ЗПТ. Так, станом на 01.01.2017 р., АРТ та ЗПТ надається лише на одному сайті у Фастівській ЦРЛ. Незважаючи на те, що у 2015 році рішенням оперативної наради ДОЗ КОДА було прийнято рішення створити сайт ЗПТ в Ірпінській міській лікарні (сайт АРТ), проте воно досі не виконано керівництвом зазначеного закладу.

Станом на 01.01.2017 р. в області нараховується 3 обласні протитуберкульозні диспансери і всі (100%) надають послуги АРТ хворим на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ і зазначені хворі мають прийнятний доступ до АРТ.

Чи правильно здійснюються ці заходи?

Рівень обстеження пацієнтів на АРТ для визначення вірусного навантаження (ВН) є недостатнім для забезпечення ефективного моніторингу лікування та досягнення цілей 90-90-90 (потребує 100% охоплення пацієнтів на АРТ обстеженням для визначення ВН), водночас цей показник збільшився з 51,8% у 2014 р. до 63,0% у 2016 р. Серед пацієнтів, яким визначався рівень ВН, невизначений рівень (ВН менше 40) спостерігався лише у 42% осіб (2015 р.) та дещо більший у 2016 р. – 55,3%.

Протягом 2009-2016 рр. рівень утримання пацієнтів на АРТ був доволі високим з тенденцією до зростання: відсоток пацієнтів, які отримували терапію більше 12 місяців зріс з 77,0% до 93,5%, більше 24 місяців – з 69,4% до 82,8%, більше 36-ти місяців – з 61,6% до 77,8%.

За річною формою №57 за 2016 рік 3,3% пацієнтів припинили АРТ внаслідок смерті, 3,2% – внаслідок відмови від АРТ, тому можна припустити, що основними причинами недосягнення цілі в охопленні 90% ЛЖВ АРТ є: пізнє звернення за медичною допомогою, несвоєчасний початок АРТ та недостатній рівень прихильності до АРТ.

Щодо рівня утримання пацієнтів з ГПР, то існуючі звітні форми не дають змогу оцінити успішність послуг з АРТ серед представників даної групи.

Позитивна динаміка щодо зниження летальності та покращення показників утримання на АРТ пов'язана і з покращенням доступності до АРВ-терапії в області за рахунок активізації процесу децентралізації та налагодження на державному рівні поставок АРВ-препаратів, що дозволило збільшити обсяг пацієнтів на АРТ, у т.ч. ЛВІН.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

З огляду на потребу в досягненні цілі щодо охоплення АРТ 90% пацієнтів при відсутності проблем у забезпеченні АРВ-препаратами усіх потребуючих, починаючи з 2014 року в області, за підтримки ДОЗ КОДА, почався активний процес децентралізації, завдяки чому мережа сайтів АРТ розширилася.

Окрім того, за організаційно-методичним супроводом КЗ КОР «КОЦС» на місцях були розроблені локальні протоколи з АРТ відповідно до національних вимог. Проте, враховуючи, що рівень охоплення ЛЖВ області АРТ не досяг 90%, питання щодо дотримання лікарями-інфекціоністами сайтів АРТ локальних протоколів потребує додаткового вивчення.

На 20-ти сайтах АРТ для покращення якості було впроваджено електронний інструмент STMA та індикатори покращення якості, що дозволило лікарям-інфекціоністам щомісяця проводити аналіз власної роботи за кількісними та якісними показниками, у т. ч. АРТ.

Фінансування АРТ здійснювалося за рахунок Державного бюджету та Глобального фонду, перебоїв з поставками АРТ не зафіксовано.

Висновки

У цілому визначається позитивний вплив АРТ на зниження відсотка ЛЖВ, які перебувають під медичним наглядом та померли у звітному році від ХЗВ з 3,2% до 1,7% та летальності від ХЗВ з 6,3% до 3,1%, проте серед ЛЖВ/ЛВІН дані показники є дещо вищими (3,8% та 2,3%, відповідно). Покращення вищезазначених показників відбулось за рахунок успіхів впровадження послуг з АРТ переважно серед чоловіків – показник летальності знизився з 9,2% до 2,7%, між тим як серед жінок, навпаки, відзначається зростання з 1,7% до 3,8%, що свідчить про наявні проблеми у своєчасному залученні до АРТ ВІЛ-інфікованих жінок.

Покращується охоплення послугами АРТ ЛЖВ, у т.ч. ЛВІН, проте воно є недостатнім серед ЧСЧ та ОСБ. За останні 8 років в області суттєво розвинулась мережа сайтів АРТ, проте не всі жителі регіону мають можливість наближеного доступу до АРТ (у 9 районах та міст обласного значення відсутні такі послуги), що, у свою чергу, вплинуло на уповільнення темпів зниження смертності та летальності. Загалом відзначається позитивна тенденція щодо покращення показників утримання пацієнтів на АРТ рік і більше та збільшення осіб, охоплених обстеженнями на ВІН. Проте проблемним залишається питання своєчасного залучення ЛЖВ до АРТ та відставання темпу залучення ЛЖВ до медичного нагляду від темпу залучення до АРТ, про що свідчить збільшення частки померлих серед хворих на ВІЛ/ТБ за останні 3 роки та збільшення питомої ваги померлих від ВІЛ/ТБ серед тих, хто отримує АРТ до 80,7%.

КОНСУЛЬТУВАННЯ І ТЕСТУВАННЯ НА ВІЛ (KІT)

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

У Київській області за рахунок активного впровадження послуг з КіТ протягом 2009-2016 років спостерігається збільшення кількості ЛЖВ старше 15 років, які отримали такі послуги та залучені до медичного нагляду: з 2579 осіб до 6304 осіб, відповідно, приріст становить 59,1%.

У порівнянні з 2013 та 2015 роками у 2016-му відзначається незначне покращення стосовно своєчасного охоплення ЛЖВ послугами КіТ та зменшення відсотка ЛЖВ, які залучені до медичного нагляду на пізніх стадіях (III-IV) з 57,5% та 60,8%, відповідно, до 53,9%, проте, все ж таки відсоток залишається достатньо високим і свідчить, що послуги КіТ потребують покращення стосовно ранньої діагностики ВІЛ-інфекції. Частка виявлення ВІЛ-позитивних ЛВІН на пізніх клінічних стадіях ВІЛ-інфекції була ще вищою, водночас, було видно певне покращення – 63,8% у 2015 р. проти 57,5% у 2016 р. Проте відсоток ЛВІН, залучених до медичного нагляду на пізніх стадіях, залишається високим і перевищує цільовий показник на 17,5% (40%).

Чи охоплені потрібні люди?

За даними БПД у 2013 та 2015 роках позитивна тенденція щодо охоплення послугами КіТ КГН спостерігається серед **ЛВІН** – 28,1% та 38,7%, відповідно, проте наведені показники не досягають цільових значень Національного плану МіО (45%). За даними СЕМ 2009-2016 рр. збільшується частка ЛЖВ/ЛВІН серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування з 15,5% до 30,5%.

Щодо охоплення послугами КіТ **ОСБ**, то, за даними БПД, частка ОСБ, які отримали зазначені послуги, є значно вищою ніж серед інших КГН, хоча у порівнянні з 2013 роком вона зменшилась – 64% (2013) та 51,7% (2015) при цільовому показнику Нацплану МіО в 65%.

Про обмеженість даних СЕМ свідчить вкрай мала частка ОСБ серед загальної кількості виявлених ВІЛ-позитивних осіб. Так, протягом 2013-2016 років представники ОСБ серед загальної кількості ВІЛ-позитивних виявлялись лише у 2014 році – 3 особи (0,2%) та 6 осіб (0,5%) у 2016 році, при тому, що за даними БПД поширеність серед ОСБ зросла (див. у розділі нижче).

За даними БПД охоплення **ЧСЧ** послугами КіТ збільшилось з 15,5% у 2013 році до 20,3%, у 2015 р., проте не досягає цільового показника Плану МіО у 40%. За даними СЕМ кількість ЧСЧ серед виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом 2009-2016 років збільшилась з 0 до 32-х осіб (2,8%), що вказує на покращення якості КіТ серед ЧСЧ.

Щодо охоплення послугами КіТ **засуджених**, то, за даними СЕМ, відмічаються значні коливання кількості виявлених ВІЛ-позитивних засуджених від 1 до 90 осіб, при цьому їхня частка серед загальної кількості виявлених ВІЛ-позитивних осіб складала від 0,1% до 7,7%. Найбільшу кількість виявлених ВІЛ-позитивних засуджених було зафіксовано за останні три роки: у 2014 р. – 63 особи, у 2015 р. – 90 осіб, у 2016 р. – 78 осіб, за 2009-2012 – 101 особа, що може свідчити про покращення ефективності послуг з КіТ, у т.ч. за рахунок співпраці УВК з БО «100% життя. Київський регіон», які транспортують зразки крові засуджених до лабораторії КОЦС.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

За період 2009-2016 років з 0 до 33-х збільшилася кількість ЗОЗ, які надають послуги КіТ, передусім завдяки впровадженню тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів за підтримки неурядової організації «Фундація Анти-СНІД в Україні».

Загалом по області нараховується 31 адміністративно-територіальна одиниця: 25 районів та 6 міст обласного значення. У кожному районному та міському закладі охорони здоров'я функціонують кабінети «Довіра»/КІЗ, де можна пройти КіТ за допомогою ШТ (28 районів) та/або ІФА (31), тобто йдеться про тестування вторинній ланці надання медичної допомоги. Щодо первинної ланки, то послуги КіТ надаються лише акушерсько-гінекологічною службою для вагітних, а лікарі сімейної медицини тільки перенаправляють пацієнтів при підозрі на ВІЛ-інфекцію до лікарів-інфекціоністів кабінетів «Довіра», що може призводити до втрат пацієнта на маршруті від первинної до вторинної ланки

Чи правильно здійснюються ці заходи?

Загалом, за 2009-2016 роки спостерігається зменшення різниці між кількістю виявлених ВІЛ-позитивних осіб, яким підтверджено діагноз ВІЛ-інфекції та кількістю осіб, яких уперше у житті взято під медичний нагляд у поточному році – від 1518 до 39 осіб, на тлі активної децентралізації послуг та розширення мережі кабінетів «Довіра» та пунктів тестування на ВІЛ за допомогою ШТ за фінансової підтримки ВІЛ-сервісних організацій, таких як «Фундація АнтиСНІД в Україні» (АНФ) та Фонд Клінтона, які забезпечують ЗОЗ ШТ для КГН. Проте випадки втрат ВІЛ-позитивних до взяття під медичний нагляд досі мають місце, внаслідок труднощів зі своєчасним транспортуванням зразків крові до лабораторії для підтвердження діагнозу (1 раз в 1-2 тижні), внаслідок проблем із пальним у ЗОЗ області.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів у Київській області впроваджено не лише у районних та міських лікарнях та Центрах СНІДу (КЗ КОР «КОЦС», Білоцерківська міська лікарня №3 (Білоцерківський міський Центр СНІДу)), а і у обласних протитуберкульозних наркологічних та психо-неврологічних та шкірно-венерологічних закладах. Втім, дві найпотужніші обласні клінічні лікарні так і не впровадили КіТ за допомогою ШТ, хоча за бажанням керівництва, це могло бути впроваджено. Недостатня кількість навчених лікарів-інфекціоністів та середнього медичного персоналу, які пройшли підготовку з питань ВІЛ/СНІДу, у ЗОЗ віддалених районів області, а також поширене явище дискримінації КГН – все це обмежує доступ населення до адекватних та якісних послуг КіТ.

За підтримки проекту RESPOND USAID, з метою покращення якості надання медичної допомоги для КГН в ЗОЗ у 2015 році була розроблена «Дорожня карта з покращення континууму ВІЛ-послуг для населення Київської області», з акцентом на КГН. Протягом 2015-2016 років були розроблені та впроваджені в ЗОЗ області маршрути пацієнтів, алгоритми скринінгу на ризиковану поведінку, талони-переадресації пацієнтів від «вузьких спеціалістів» до кабінетів «Довіра», наочні інформаційні матеріали для лікарів щодо синдромів та симптомів, при яких пропонуються послуги тестування на ВІЛ. Лікарі та медичні сестри 20-ти ЗОЗ області пройшли навчання з КіТ, тренінги на тему стигматизації, навчальні міжрегіональні та регіональні сесії з покращення якості медичної допомоги ВІЛ-інфікованим тощо. Керівники 7-ми ЗОЗ області уклали договори з НУО щодо соціального супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Усі перелічені заходи сприяли покращенню доступу та якості надання послуг КіТ з наступним медичним наглядом ВІЛ-інфікованих.

Проте, враховуючи той факт, що обласна Програма не була прийнята і усі заходи з покращення якості послуг з КіТ для КГН фінансувались за рахунок ВІЛ-сервісних організацій, з місцевого бюджету кошти на закупівлю ШТ для КГН не виділялись.

Висновок:

Послуги з КіТ є ефективними щодо виявлення та залучення до ВІЛ-послуг ЛЖВ, на що вказує щорічне збільшення кількості осіб, які перебувають під медичним наглядом – 80% від оціночної кількості, проте недостатньо ефективні щодо раннього виявлення та своєчасного залучення до ВІЛ-послуг. Відсоток осіб взятих під медичний нагляд з уперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція на III-IV стадіях протягом 2013-2016 років тримається на стабільно високому рівні (57,5%-53,9%), ймовірно, за рахунок поширеного явища дискримінації та стигматизації в ЗОЗ області, втрат пацієнтів після встановлення ВІЛ-позитивного статусу на етапі очікування підтверджуючого результату ІФА, при перенаправленні від лікарів різних профілів до лікарів-інфекціоністів кабінетів «Довіра».

ЛЮДИ, ЯКІ ВЖИВАЮТЬ ІН'ЄКЦІЙНІ НАРКОТИКИ (ЛВІН)

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Незважаючи на запровадження комплексу профілактичних заходів серед ЛВІН, що здійснюються НУО (роздача презервативів та шприців, КіТ тощо), а також ЗОЗ ця цільова група продовжує залишатись ключовою щодо поширення ВІЛ. 2009 р. кількість ЛВІН з позитивним результатом тестування становила 350 осіб, у 2013 р. зменшилася до 176, але надалі повернулася майже до свого початкового значення – 340 осіб у 2016 р. Кількість ЛЖВ з парентеральним шляхом передачі, яких протягом 2009-2016 рр. було взято під медичний нагляд, також була високою та коливалася від 188 до 391 випадку (25,5-39,8% від загальної кількості ЛЖВ, яких протягом року було взято під медичний нагляд). Виявлення та реєстрація такої значної кількості ВІЛ-позитивних ЛВІН безпосередньо пов'язане із суттєвим збільшенням охоплення КіТ у ЗОЗ та НУО (ЗОЗ: 988 обстежених на ВІЛ ЛВІН у 2009 р. проти 9002 у 2016 р.; НУО: 332 та 6224 протестованих ЛВІН у 2009 та 2016 рр., відповідно) та високим рівнем залучення до медичного нагляду ЛВІН з позитивним результатом тестування на ВІЛ (0,6-0,9). Що стосується впливу профілактичних заходів на кількість інфікувань ВІЛ серед ЛВІН, то, за даними СЕМ, рівень інфікованості ВІЛ серед ЛВІН зменшився у 9,3 рази – з 35,4% у 2009 р. до 3,8% у 2016 р.; за даними НУО у 4,5 рази – з 19,9% до 4,4%. 19,9% до 5,3% (Рис.4).

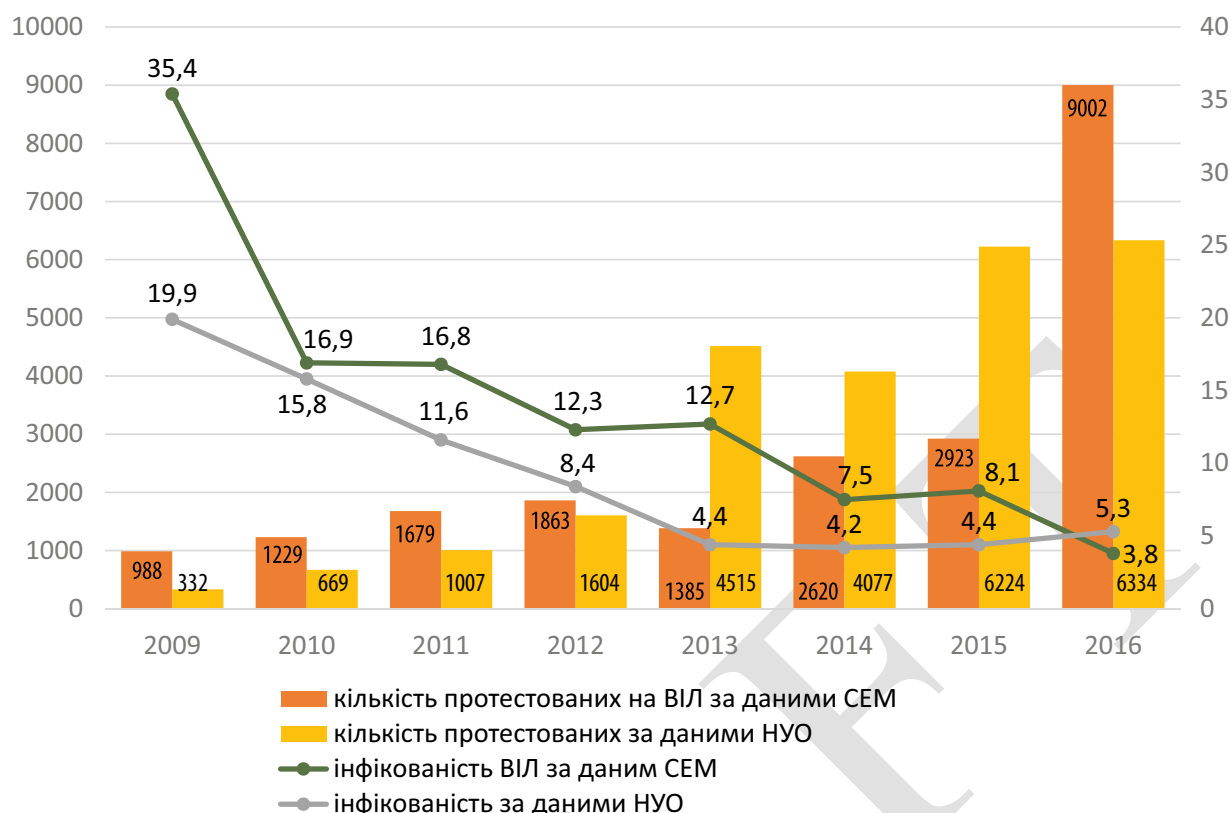


Рис. 4. Порівняльна характеристика кількості ЛВІН, які отримали тестування на ВІЛ, та рівню інфікованості ВІЛ за даними різних джерел, 2009-2016 рр.

Більшість ВІЛ-позитивних ЛВІН залучаються до ВІЛ-послуг несвоєчасно та пізніше ніж інші групи ЛЖВ. Наприклад, у 2016 р. 57,6% ВІЛ-позитивних ЛВІН було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції (значення відповідного показника серед усіх ЛЖВ – 45,5%). Таким чином, профілактичні заходи призвели до зменшення кількості інфікувань ВІЛ серед ЛВІН, а високі показники виявлення та взяття під медичний нагляд ВІЛ-позитивних ЛВІН, а також їхні клінічні характеристики обумовлені відповідним охопленням тестуванням та залученням до медичних послуг ЛВІН, які інфікувалися протягом минулих років.

Дані ДЕН свідчать про зростання рівня поширеності ВІЛ-інфекції серед ЛВІН – з 15,7% у 2013 р. до 21,2% у 2015 р. (цільове значення – 18%).

Чи охоплені потрібні люди?

За даними БПД, які проводилися у 2013 та 2015 роках серед ЛВІН, профілактичні заходи щодо передачі ВІЛ статевим шляхом серед даної КГН є недостатніми. Так, з оціночної кількості ЛВІН (8700 осіб), частка тих, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту, складала 48,4% – як у 2013 так і у 2015 роках.

Доступ ЛВІН до профілактики передачі ВІЛ парентеральним шляхом знаходився на високому рівні, частка використання стерильної голки (шприца) під час останньої ін'єкції за даним ДЕН 2011, 2013 та 2015 рр. становила 96,5%-96,6% (цільовий показник – 91%). При цьому спостерігається зменшення показника охоплення ЛВІН стерильними шприцями – з 110,5 на одного ЛВІН у 2013 до 63,4 у 2016 році, як і зменшення кількості пунктів обміну шприців – з 120-ти до 89-ти.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Охоплення ЛВІН профілактичними програмами з розрахунку на їхню оціночну кількість (8700) протягом 2013-2016 років стабільно перевищувала 100% – 137,4%-108,3%, що свідчить про обмеження наявних даних. Якщо порівняти абсолютні дані, то у порівнянні з 2013 роком, у 2016 році кількість ЛВІН, які були охоплені профілактичними послугами, зменшилась на 2536 осіб, 21,2% (2013 рік – 11957 ЛВІН, 2016 – 9421 ЛВІН), що можна трактувати як зменшення потреби у профілактичних послугах для даної цільової групи або недостатність ресурсів (людських та фінансових) для проведення зазначених заходів.

Щодо стану охоплення ЛВІН програмами зменшення шкоди, зокрема ЗПТ, то у Київській області воно є недостатнім, хоча протягом 2013-2016 років відзначається позитивна динаміка зростання від 1,6% (141 особа) до 1,9% (172 особи) від оціночної кількості ЛВІН. При розрахунку від кількості ЛВІН, які перебувають під наглядом, показник охоплення послугами ЗПТ ЛВІН зріс від 14,0% у 2013 році до 18,9% у 2016 році, проте все ж таки не досягнув цільового у 20%. Низький рівень охоплення ЗПТ ЛВІН пояснюється недостатньою кількістю сайтів ЗПТ в області – їх працює лише два (Фастівська ЦРЛ та Білоцерківська психоневрологічна лікарня).

Чи правильно здійснюються ці заходи?

З метою максимального наближення послуг з КіТ, медичного нагляду, АРТ, профілактики туберкульозу та опортуністичних захворювань для КГН, у т.ч. ЛВІН, у 2016 році в області впровадила мобільна амбулаторія позичена для КЗ КОР «КОЦС» МБФ «Альянс громадського здоров'я», що дозволило покращити роботу у цьому напрямку.

У рамках співпраці з ВБО «Конвіктус Україна», з метою прискорення взяття під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих, передусім ЛВІН та призначення АРВ-терапії, у 2017 році були впроваджені заходи щодо максимального наближення доступу до ВІЛ-послуг представників уразливих груп населення в умовах мобільної амбулаторії, а саме: консультування та тестування на ВІЛ, гепатити, ІПСШ за допомогою швидких тестів, постановка на диспансерний облік ВІЛ-інфікованих з проведенням біохімічного та загального аналізу крові, визначенням кількості CD4 лімфоцитів за допомогою портативного аналізатора PIMA; скринінгу на туберкульоз за допомогою анкетування, збір мокротиння для дослідження на GeneXpert, профілактичне лікування бісептолом; доведення пацієнтів до кабінету «Довіра» або КЗ КОР «КОЦС».

За технічної підтримки RESPOND неурядовою організацією ВБО «Конвіктус Україна» у 2015-2016 роках була впроваджена інтервенція щодо тестування на ВІЛ статевих партнерів ЛВІН, що дозволило залучити до медичного нагляду більшу кількість осіб з груп-містків.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Враховуючи той факт, що в області не була затверджена цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, фінансування заходів профілактики, КіТ за допомогою ШТ відбувалось переважно за рахунок недержавних структур – неурядових ВІЛ-сервісних організацій, благодійних фондів тощо.

З метою досягнення цілей 90-90-90 та покращення інтегрованих ВІЛ-послуг для ЛЖВ, у т.ч. ЛВІН, у 2015 році у Київській області за технічної підтримки проекту USAID RESPOND була розроблена «Дорожня карта покращення континууму ВІЛ-послуг для ЛЖВ, у т.ч. ЛВІН Київській області», до якої залучилися неурядові організації, які працюють у сфері ВІЛ, у т.ч. серед ЛВІН. Модель покращення якості (QI) континууму послуг для ЛЖВ, у т.ч. ЛВІН, була впроваджена у 19-ти закладах охорони здоров'я Київської області.

Висновок:

Проведені профілактичні заходи призвели до позитивних змін щодо зниження рівня інфікованості ВІЛ серед ЛВІН, збільшення кількості залучених до медичного нагляду, у т.ч. за рахунок достатнього обсягу профілактичних заходів та їхнього наближення до місць локації, проте надання послуг з АРТ/ЗПТ потребує покращення.

ОСОБИ, ЯКІ НАДАЮТЬ СЕКСУАЛЬНІ ПОСЛУГИ ЗА ВИНАГОРОДУ (ОСБ)

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Наявні статистичні дані з 2009 по 2012 років не дають можливості проаналізувати поширеність ВІЛ серед представників даної групи населення, внаслідок відсутності позначення даної групи при серологічному дослідженні на ВІЛ, тому, якщо ОСБ і тестувались на ВІЛ, вони не відокремлювалися у сероепідеміологічному моніторингу в окрему підкатегорію.

Лише у 2014 році у ЗОЗ почали ідентифікувати дану групу населення при проведенні обстеження на ВІЛ. З цього часу кількість обстежених на ВІЛ ОСБ збільшилась з 93-х до 369-ти, при цьому збільшилась і кількість виявлених ВІЛ-позитивних – з 3 осіб у 2014 році до 6-ти у 2016 році. Втім інформація потребує додаткового вивчення, оскільки дані СЕМ вказують на зниження рівня інфікованості ВІЛ-інфекцією серед ОСБ з 3,2% до 1,6%, а за даними НУО – існує навпаки зростання – з 0% до 3% (**Рис. 5.**)

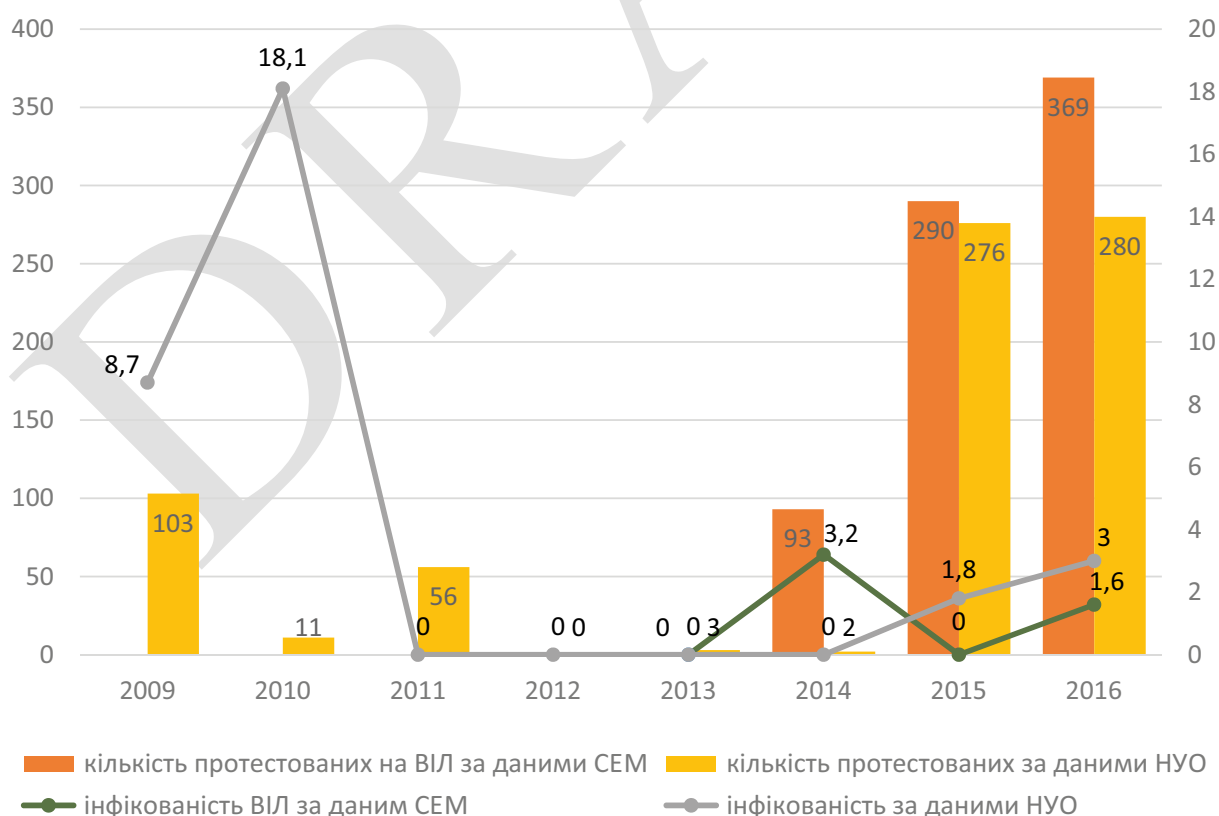


Рис. 5 Динаміка рівня інфікованості серед ОСБ Київської області за 2009-2016 роки

Незважаючи на позитивну динаміку протягом 2014-2016 років щодо збільшення охоплення ОСБ тестуванням на ВІЛ, воно залишається недостатнім – тести пройшло лише 3,2% від оціночної кількості у 2014 році та 12,7% у 2016-му. Крім того, за даними БПД, відзначається зменшення відсотка ОСБ, які були охоплені тестуванням на ВІЛ протягом звітного року з 64% (2013 рік) до 51,7% (2015 рік), що також свідчить про зменшення доступу до профілактичних послуг.

При цьому, за даними БПД, у 2013 та 2015 роках відзначається зростання показників інфікованості ВІЛ серед ОСБ з 9,7% до 11,7%, при цільовому показнику 2013 року 6,6%. Зростання показників інфікованості серед даної групи, ймовірно, відбулось за рахунок недостатності профілактичних заходів та програм, а також обмеженого доступу до них ОСБ та їхніх статевих партнерів.

Чи охоплені потрібні люди?

Враховуючи те, що серед ОСБ превалює статевий шлях передачі і той факт, що лише 51,9% ОСБ знали про шляхи запобігання статевому шляху передачі ВІЛ, можна зробити висновок про недостатній рівень обізнаності щодо ризиків інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, які передаються статевим шляхом. При цьому, при збільшенні протягом 2013-2016 років кількості пунктів (організацій), які забезпечують ОСБ профілактичними послугами – з 8-ми до 13-ти – забезпечення ОСБ презервативами суттєво знизилось з 43 презервативів на одну особу до 9-ти. Враховуючи факт, що 99% ОСБ використовували презервативи під час останнього статевого акту (2013 рік, за даними БПД, при цільовому 91%), але при цьому спостерігається низька обізнаність щодо шляхів інфікування та зниження показника забезпеченості презервативами, ймовірно, частину презервативів ОСБ закупають за власні кошти.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

За даними НУО, за період 2013-2016 років відсоток ОСБ, охоплених профілактичними програмами, збільшився з 9,4% до 15% від оціночної кількості, проте все ж таки залишається на низькому рівні.

Кількість розповсюджених презервативів за вищезазначений період значно зменшилась – з 124991-го до 26612-ти, на 98379 шт. – зниження на 78,7%.

Таким чином, дані свідчать, що профілактичні заходи для ОСБ проводяться у недостатньому обсязі, що є можливою причиною зростання поширеності ВІЛ серед даної КГН.

Чи правильно здійснюються ці заходи?

У Київській області профілактичні послуги для ОСБ надає ВБО «Конвіктус Україна». З метою наближення до локацій організація використовує мобільну амбулаторію. Завдяки цьому, представники ОСБ мають можливість отримувати послуги КіТ за допомогою швидких тестів та соціального супроводу. Крім того, в умовах мобільної амбулаторії ОСБ надаються послуги тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, на вірусні гепатити, скринінг на туберкульоз тощо.

Проблемним питанням є забезпечення соціального супроводу ВІЛ-позитивних ОСБ до ЗОЗ та взяття їх під медичний нагляд, внаслідок особливостей моделі життя (переважно у вечірні та нічні години доби), що створює труднощі щодо своєчасного надання медичної допомоги (у день виявлення ВІЛ), у т.ч. АРТ, враховуючи факт, що кабінети «Довіра» працюють у першій половині дня.

Надання профілактичних послуг статевим партнерам ОСБ здійснюється також ВБО «Конвіктус Україна», проте не на постійній основі. Організація провела заходи з КіТ за допомогою ШТ серед статевих партнерів ОСБ у м. Києві, що показало високий відсоток виявлення ВІЛ, тому при розробці наступної Програми необхідно врахувати і дану групу (статеві партнери ОСБ) для забезпечення серед них профілактичних заходів.

З огляду на те, що в області працює лише одна НУО, яка надає послуги для ОСБ, це є явно недостатнім для адекватного надання послуг з профілактики ВІЛ.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

За допомогою ВБО «Конвіктус Україна» ОСБ мають можливість отримувати послуги профілактики передачі ВІЛ статевим шляхом: презервативи, лубриканти, інформаційні матеріали тощо.

Щодо отримання профілактичних послуг в ЗОЗ, то ОСБ отримують усю необхідну допомогу на загальних засадах. Спеціальні документи, маршрути, програми для даної групи у ЗОЗ області не розроблені.

Спеціальних досліджень, окрім БПД, серед даної групи не проводилося. До того ж БПД проводилося лише у м. Біла Церква з вибіркою у 150 осіб. Очевидно, для представлення повної картини щодо особливостей та рівнів поширення ВІЛ-інфекції, необхідні додаткові дослідження з залученням НУО.

Висновок:

Враховуючи низькі обсяги охоплення ОСБ профілактичними послугами, відзначається зростання поширеності ВІЛ, що свідчить про необхідність залучення додаткових фінансових та людських ресурсів для стабілізації епідемічного процесу серед даної КГН, беручи до уваги той факт, що обласна програма не була прийнята та фінансування профілактичних заходів серед ОСБ не здійснювалося.

ЧОЛОВІКИ, ЯКІ ПРАКТИКУЮТЬ СЕКС З ЧОЛОВІКАМИ (ЧСЧ)

Чи приводять здійснювані заходи до змін?

З 2009 по 2012 роки ЧСЧ практично не були охоплені послугами, про що свідчать поодинокі випадки виявлених ВІЛ-позитивних ЧСЧ. За даними СЕМ за 2013–2016 роки на фоні збільшення кількості ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ – з 2-х до 1266-ти осіб, відзначається прямо пропорційне збільшення кількості виявлених ЧСЧ з ВІЛ-позитивним статусом – з 0 до 32-х осіб.

За даними НУО, навпаки, на тлі збільшення кількості протестованих (з 126-ти до 636-ти) кількість виявлених ВІЛ-позитивних ЧСЧ протягом 2013–2015 років залишалась майже незмінною і коливалась у межах 2–3 людини, а у 2016 році – з 636-ти обстежених не виявлено жодного ВІЛ-позитивного (див. **Рис.6**).

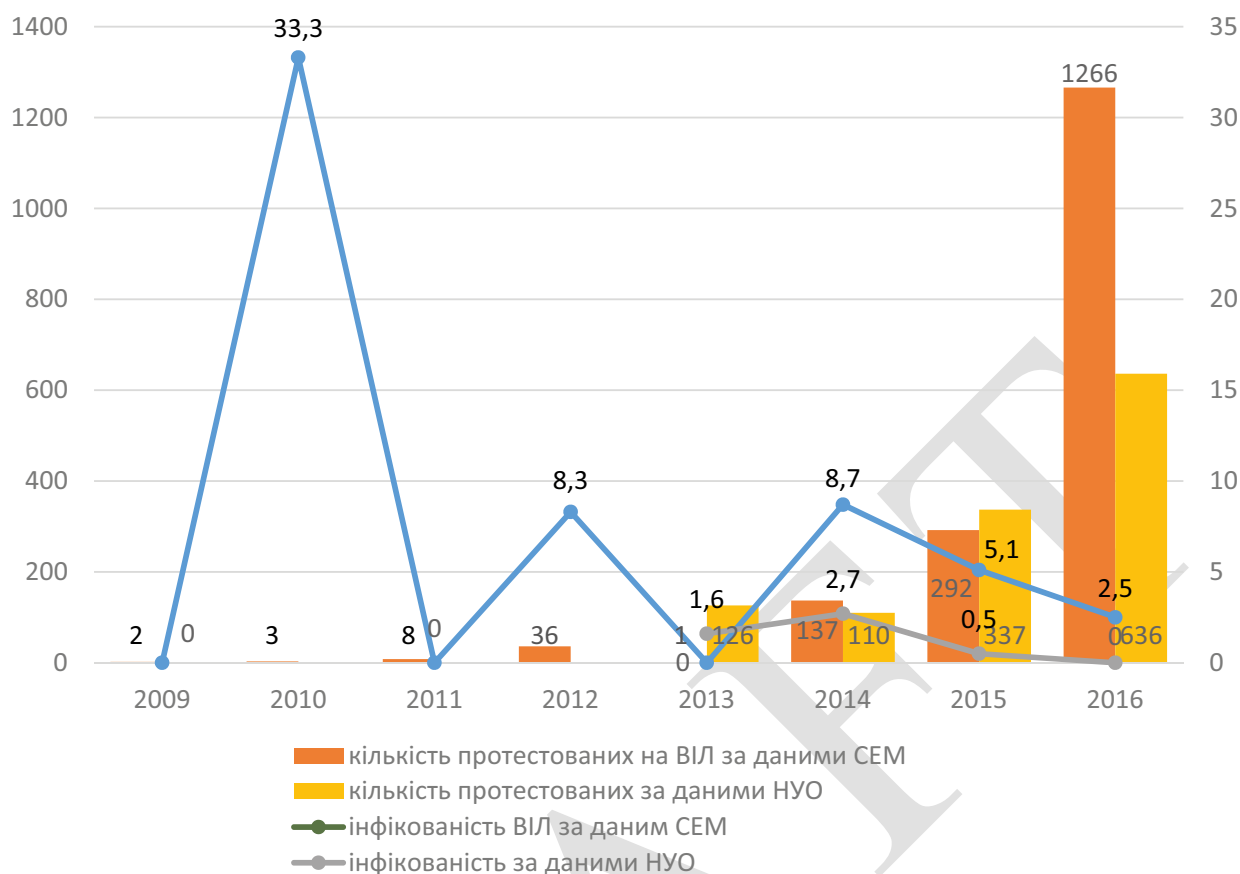


Рис. 6. Динаміка рівня інфікованості серед ЧСЧ Київської області за 2009-2016 роки.

Ймовірно, що у ЗОЗ області були виявлені ВІЛ-інфіковані ЧСЧ, які інфікувалися раніше і не звертались до НУО та звернулися за медичною допомогою безпосередньо в ЗОЗ.

Про зростання поширеності ВІЛ серед ЧСЧ свідчать і дані БПД, які зафіксували подвійне зростання – з 2,4% у 2013 році до 5,0% у 2015 році, що є нижчим за цільовий показник Національного плану МіО (7,9%).

Чи охоплені потрібні люди?

Поряд з тим, відзначається позитивна тенденція щодо:

- збільшення відсотка ЧСЧ, охоплених послугами КіТ – з 15,5% у 2013 році до 20,3% у 2016 році (дані БПД);
- збільшення відсотка ЧСЧ, які використовували запобіжний захід (презерватив) під час останнього статевого контакту – з 64% у 2013 році до 74% у 2015 році;
- збільшення відсотка ЧСЧ, які знають застережні заходи при статевому шляху передачі ВІЛ, – з 50% у 2013 році до 68% у 2015 році.

Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

Загалом відзначається збільшення відсотка ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами – з 9,9% до 21,2%, приріст 11,3%, проте, враховуючи зростання поширеності ВІЛ серед даної КГН, охоплення є недостатнім.

При цьому показник забезпечення ЧСЧ презервативами протягом 2013-2016 років залишався на стабільному рівні з незначними коливаннями – 10-9 одиниць на одного ЧСЧ та 2 пункти (організації), що забезпечують презервативами та іншими профілактичними послугами.

Послуги для ЧСЧ у Київській області надає лише одна НУО – ГО «Альянс.Глобал».

Чи правильно здійснюються ці заходи?

Зазначена вище НУО орендує приміщення у міській лікарні №3 м. Біла Церква та надає профілактичну допомогу передусім жителям м. Біла Церква та Білоцерківського району, жителі інших районів та міст області повинні звертатися до центрального офісу ГО «Альянс.Глобал», який розташований у м. Києві.

Цим можна пояснити низькі обсяги надання профілактичних послуг для ЧСЧ та збільшення кількості виявлених ВІЛ-позитивних ЧСЧ у ЗОЗ області. Враховуючи достатньо поширені явища дискримінації серед медичних працівників ЗОЗ області до даної КГН, недостатню мережу соціальних працівників та віддаленість послуг НУО, поширеність ВІЛ серед даної групи буде зростати.

Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

ГО «Альянс.Глобал» надає такі профілактичні послуги для ЧСЧ: вуличний аутріч та соціальне консультування в мережі інтернет та додатках для смартфона, обстеження на ВІЛ та сифіліс, розповсюдження презервативів, скринінг на туберкульоз тощо.

Щодо отримання профілактичних послуг в ЗОЗ, то ЧСЧ отримують усю необхідну допомогу на загальних засадах. Спеціальних документів, маршрутів, програм для даної групи у ЗОЗ області не розроблено.

Висновок:

Впроваджені профілактичні заходи не призвели до суттєвого покращення щодо зниження поширеності ВІЛ серед ЧСЧ за рахунок недостатності та віддаленості профілактичних послуг для ЧСЧ, поширеного явища дискримінації в ЗОЗ області, відсутності обласної програми протягом звітних років, де були б висвітлені профілактичні заходи серед ЧСЧ та виділені відповідні кошти з обласного та місцевого бюджетів.

ПИТАННЯ ДЛЯ ПОДАЛЬШОГО ВИВЧЕННЯ, НА ЯКІ НЕ ЗНАЙДЕНІ ВІДПОВІДІ ПІД ЧАС ОЦІНКИ

- Наскільки достатнім та адекватним є обсяг послуг з АРТ для КГН та інших груп населення в різних адміністративно-територіальних одиницях області (район, місто, райони міст, селища міського типу, села тощо).
- Наскільки достатнім та адекватним є обсяг послуг догляду та підтримки для КГН та інших груп населення в різних адміністративно-територіальних одиницях області (район, місто, райони міст, селища міського типу, села тощо).
- Яким є рівень утримання пацієнтів з КГН на АРТ, передусім серед ОСБ та ЧСЧ?
- Яким є рівень дискримінації стосовно КГН?
- Чи функціонує адекватна інформаційна система для відстеження прогресу в сфері надання послуг АРТ? Якою саме системою користуються, наскільки регулярно та повно вносяться дані?

5. ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

Незважаючи на те, що регіональна Програма була прийнята лише у травні 2017 року, виконання заходів, передбачених Загальнодержавною програмою, протягом 2014-2016 років вплинуло тією чи іншою мірою на швидкість досягнення цілей та завдань Програми:

- збільшення у 2016 році кількості ЛЖВ, які знають свій ВІЛ-статус та перебувають під медичним наглядом, до 80% від оціночної кількості за рахунок збільшення мережі сайтів з тестування ШТ до 28-ми та сайтів АРТ до 24-х, що наблизило послуги КіТ та медичного нагляду до місць проживання населення, що, у свою чергу, призвело до зростання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію з 42,3 на 100 тис. населення до 62,3 на 100 тис. населення;
- сталі та високі показники взяття під медичний нагляд ЛЖВ на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції (III-IV ст.) протягом 2013-2016 років (44,1%- 45,5%) та недосягнення цільового показника Нацплану МіО у 40% , свідчить про наявні проблеми у своєчасному залученні до медичного нагляду ЛЖВ, що у свою чергу веде за собою пізній початок АРТ;
- сталі та високі показники смертності від ХЗВ з тенденцією до зростання протягом 2009-2016 років (6,5-7,9 на 100 тис. населення) свідчать про наявні труднощі в своєчасному залученні та утриманні ЛЖВ у системі медичного нагляду та ефективності АРТ, що віддзеркалюється і на сталі та високі показники смертності від ко-інфекції ВІЛ/ТБ протягом 2009-2016 років (4,4-5,9 на 100 тис. населення при цільовому показнику 4,5 на 100 тис. населення);
- коливання показника ЧПМД з тенденцією до зростання протягом 2013-2014 років (при цільовому показнику 2,5%) свідчать про наявні труднощі у проведенні заходів з профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у ЗОЗ області;
- позитивна динаміка щодо зниження поширеності ВІЛ серед людей у віці 15-24 років (0,62%-0,35%, цільовий показник – 0,3%) та серед вагітних (1,6%-0,55%, цільовий – 0,62%) свідчить про успіхи профілактичних заходів серед загального населення;
- розширення мережі сайтів АРТ з 2-х до 24-х дозволило збільшити кількість ЛЖВ на АРТ у 2016 році до 3660 та досягти 60% цілі UNAIDS 90-90-90, а також покращити показники утримання на АРТ протягом 12 місяців і більше від 86,3% у 2013 р. до 93,5% у 2016 році при цільовому показнику Нацплану МіО 85%, проте для жителів 9-ти районів області послуги АРТ за місцем проживання досі є недоступними.
- не визначено вплив дискримінації та стигматизації в ЗОЗ області на прискорення досягнення цілі 90-90-90 до 2020 р.;
- стабільно високі показники пізнього залучення ЛВІН/ЛЖВ до медичного нагляду (63,8% – 57,6%), які є вищими, ніж показники серед ЛЖВ в цілому, при наявності лише одного сайту АРТ/ЗПТ та одного сайту ЗПТ призвели до низького показника охоплення АРТ даної групи.

6. РЕКОМЕНДАЦІЇ

	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напрямком КІТ	1. Стало високі показники залучення до медичного нагляду ЛЖВ на пізніх стадіях ВІЛ-інфекції.	1. Внести зміни до законодавчої бази щодо розширення переліку показань для проведення КІТ в закладах охорони здоров'я області.	1. Забезпечити доступ до безоплатних послуг КІТ за допомогою швидких тестів для кожної людини з максимальним доступом для ключових груп населення. 2. Максимально наблизити послуги КІТ до населення та впровадити тестування на ВІЛ за допомогою швидких тестів на первинній ланці медичної допомоги. 3. Передбачити у новій Програмі фінансування транспортних витрат на доставку зразків крові від ЗОЗ до КОЦС за кошти місцевого бюджету.
	2. Недостатні обсяг та ефективність послуг з КІТ для ОСБ та ЧСЧ.		2. Передбачити у новій Програмі закупівлю соціальних послуг з кейс-менеджменту для ОСБ та ЧСЧ за кошти місцевого бюджету.
	3. Невизначений рівень дискримінації щодо КГН та ЛЖВ з боку медичних працівників ЗОЗ.	3. Ініціювати проведення регулярних досліджень з вивчення рівня дискримінації у регіонах країни з доведенням інформації до закладів охорони здоров'я служби СНІДу та інших зацікавлених організацій	

	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, що наявні в регіоні та були виявлені за результатами оцінки Програми	Рекомендації для вирішення проблеми на національному рівні	Рекомендації для вирішення проблеми на регіональному рівні
За напрямком АРТ	1. Відсутність достовірної інформації щодо стану охоплення ОСБ та ЧСЧ послугами АРТ, що не дозволяє оцінити вплив відповідних заходів Програми та виявити проблеми у цьому напрямку.	1. Внесення змін до наказу МОЗ України №182 (форма 56) щодо кількості ОСБ та ЧСЧ на АРТ (за схемами та джерелом фінансування) станом на звітну дату.	
	2. Обмежений доступ ЛВІН-ЛЖВ до послуг АРТ/ЗПТ.		2. Розширення мережі сайтів АРТ/ЗПТ.
За напрямком ЧСЧ	1. Зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.	1. Внести зміни до законодавчої бази щодо впровадження преконтактної профілактики серед ЧСЧ.	1. Передбачити профілактичні заходи для ЧСЧ у наступній обласній Програмі за кошти місцевого бюджету.
За напрямком ОСБ	1. Зростання поширеності ВІЛ-інфекції серед ОСБ.	1. Провести національне дослідження щодо вивчення рівня поширеності ВІЛ серед статевих партнерів ОСБ. 2. Внести зміни до законодавчої бази щодо впровадження преконтактної профілактики серед ОСБ.	1. Передбачити профілактичні заходи для ОСБ у наступній обласній Програмі за кошти місцевого бюджету.
За напрямком ЛВІН	1. Низький доступ до засобів індивідуального захисту передачі ВІЛ статевим шляхом.		1. Передбачити в наступній обласній програмі заходи щодо забезпечення ЛВІН засобами індивідуального захисту за кошти місцевого бюджету.

7. ПЛАН ЗАХОДІВ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Відповідальні виконавці	Очікуваний результат
1	Розробити Регіональну стратегію забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та План її реалізації до 2020 року, затвердити її на регіональному рівні.	Листопад 2017	КОЦС ДОЗ КОДА	Знизити рівень поширеності ВІЛ серед КГН.
2	Розробити наказ щодо порядку взаємодії між закладами служби СНІДу, МВС та УВК.	Листопад 2017	КОЦС ДОЗ КОДА	Покращити інформованість щодо рівня поширеності ВІЛ серед засуджених для прийняття спільних рішень та проведення узгоджених дій.
3	Ініціювати виділення з обласного бюджету коштів для надання соціальних послуг для КГН або внести зазначені заходи у нову регіональну програму.	Листопад 2017	КОЦС ДОЗ КОДА Облрада	Зниження рівня інфікованості ВІЛ серед КГН.
4	Підготувати інформацію для голів госпітальних рад щодо несвоєчасного залучення до медичного нагляду ЛЖВ та його наслідків.	Грудень 2017	КОЦС	Прискорення взяття під медичний нагляд ЛЖВ.
5	Підготувати інформаційні листи з результатами оцінки Програми для зацікавлених сторін /заслухати на засіданні МРГ	Жовтень 2017	КОЦС	Покращення та узгодження дій у боротьбі з ВІЛ-інфекцією.
6	Підготувати проект наказу ДОЗ КОДА щодо розширення мережі сайтів АРТ.	Грудень 2017	КОЦС	Прискорення темпів залучення та наближення послуг АРТ до ЛЖВ та її ефективності.
7	Здійснити моніторингові візити до 303 області, де відсутні послуги АРТ, оцінити кадровий та матеріально-технічний потенціал закладу та надати організаційно-методичну допомогу на місцях.	Листопад 2017	КОЦС	Забезпечення готовності 303 до надання необхідного спектру послуг, у т.ч. АРТ, для ЛЖВ.
8.	Підготувати лист до ДОЗ КОДА щодо ініціації затвердження оновленого складу Кордради.	Листопад 2017	КОЦС	Заслуховування проблемних питань з ВІЛ/СНІДу та туберкульозу на засіданнях Кордради.

ДОДАТОК 1.

Таблиця вводу значень індикаторів (Київська область)

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
1.	Частота передачі ВІЛ від матері до дитини, 2009-2014 рр. (показник № 9 плану МіО)	4,6%	2,1%	3,5%	2,9%	5,8%	5,9%					Цільове значення не досягнуто, погіршення показника
	чисельник	8	4	6	4	8	9					
	знаменник	173	186	169	135	137	151					
	цільове значення					2%			2,5%		1%	
2.	Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 4 плану МіО)											Відсутні дані
	чисельник											
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики у Київській області

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
3.	Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. населення (показник № 26 плану МіО)	4,4	5,1	5,8	6,0	5,4	5,2	5,2	5,9			Показник розрахований з форми №33. Цільове значення не досягнуто, погіршення показника
	чисельник	76	88	100	103	93	90	89	103			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики у Київській області
	цільове значення								4,5 на 100 тис. населення		3,0 на 100 тис. населення	
4.	Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років, % (показник № 3 плану МіО)					0,62%	0,50%	0,29%	0,35%			Цільове значення не досягнуто
	чисельник					17	37	22	18			
	знаменник					2735	7317	7428	5071			
	цільове значення								0,30%		0,27%	
5.	Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (показник № 5 плану МіО)	1,6%	0,84%	0,78%	0,75%	0,62%	0,52%	0,49%	0,55%			За даними СЕМ, крім за 2016 рік
	чисельник	438	230	229	203	154	140	95	113			
	знаменник	27573	27242	29068	27148	24827	26832	19048	20511			
	цільове значення								0,62%		0,49%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
9.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	130,2	74,2	84,5	73,7	62,3	74,2	77,0	66,1			Зниження показника
	чисельник	2248	1275	1449	1262	1067	1275	1326	1114			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики у Київській області
10.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	42,3	43,8	48,5	40,7	42,4	57,2	56,5	62,3			Зростання показника
	чисельник	730	753	831	696	727	983	973	1075			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики у Київській області
10.1	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за статтю, абс. число, %	358 (49%)	396 (52,6%)	469 (56,4%)	389 (55,9%)	394 (54,2%)	629 (63,9%)	601 (61,8%)	650 (60,5%)			
		жінки	372 (51%)	357 (47,4%)	307 (44,1%)	333 (45,8%)	354 (36,1%)	372 (38,2%)	425 (39,5%)			
10.2	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за віком	730	753	831	696	727	983	973	1075			
	0-14	179 (24,5%)	198 (26,2%)	190 (22,8%)	163 (23,4%)	169 (23,3%)	163 (16,5%)	189 (19,4%)	169 (15,7%)			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
	15-17	4 (0,5%)	1 (0,1%)	3 (0,4%)	4 (0,6%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)	1 (0,1)	2 (0,2%)			
	18-24	97 (13,3%)	85 (11,3%)	77 (9,3%)	52 (7,5%)	71 (9,8%)	73 (7,4%)	53 (5,5%)	46 (4,2%)			
	25-49	441 (60,5%)	445 (59,2%)	535 (64,4%)	446 (64,1%)	468 (64,4%)	706 (71,8%)	683 (70,2%)	788 (73,4%)			
	50 і старші	9 (1,2%)	24 (3,2%)	26 (3,1%)	31 (4,4%)	18 (2,4%)	40 (4,0%)	47 (4,8%)	70 (6,5%)			
10.3	Структура захворюваності на ВІЛ-інфекцію за місцем проживання	528 (72,3%)	501 (66,5%)	553 (66,6%)	412 (59,2%)	488 (67,1%)	642 (65,3%)	647 (66,5%)	694 (64,6%)			
		202 (27,6%)	252 (33,4%)	278 (33,4%)	284 (40,8%)	239 (32,9%)	341 (34,7%)	326 (33,5%)	381 (35,4%)			
10.4	Статевий	298 (40,8%)	304 (40,5%)	385 (46,3%)	301 (43,2%)	364 (50,1%)	427 (43,4%)	474 (48,7%)	536 (49,9%)			
	Парентеральний	231 (31,7%)	218 (28,9%)	244 (29,4%)	224 (32,2%)	188 (25,8%)	391 (39,8%)	310 (31,9%)	370 (34,4%)			
	Від матері до дитини	174 (23,8%)	198 (26,3%)	186 (22,4%)	163 (23,5%)	165 (22,8%)	161 (16,4%)	188 (19,3%)	166 (15,4%)			
	Невідомий	27 (3,7%)	33 (4,3%)	16 (1,9%)	8 (1,1%)	10 (1,3%)	4 (0,4%)	1 (0,1%)	3 (0,3%)			
11.	Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.											
	чисельник											
	знаменник	1474230	1467687	1465056	1462807	1459898	1456377	1451913	1432909			http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/datasetree_uk.asp

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
12.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	9,1	11,2	10,1	8,1	9,5	7,5	10,2	11,3			Зростання показника
	чисельник	157	192	174	139	164	130	177	195			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			
13.	Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. населення, 2009-2016 рр.	6,5	9,4	7,8	8,5	4,9	4,05	7,4	7,9			Зростання показника
	чисельник	96	138	114	124	72	59	107	114			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики у Київській області
	цільове значення		13,6 на 100 тис. населення		,	11,5 на 100 тис. населення					9,9 на 100 тис. населення	
13.1.	Структура померлих за статтю	73 (76,0%)	100 (72,5%)	79 (69,3%)	92 (74,2%)	55 (76,4%)	36 (61,0%)	80 (74,8%)	70 (61,4%)			
		23 (24,0%)	38 (27,5%)	35 (30,7%)	32 (25,8%)	17 (23,6%)	23 (39,0%)	27 (25,2%)	44 (38,6%)			
	Показник співвідношення (ч/ж)	3,2	2,6	2,2	2,8	3,2	1,5	2,9	1,6			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
13.2.	Кількість осіб, які отримували АРТ (абс. % від загальної кількості померлих)	-	-	-	-	36 (50,0%)	16 (27,1%)	45 (42,1%)	57 (50,0%)			
13.2.1.	у т.ч. 12 місяців і більше	-	-	-	-	10	5	22	26			
13.2.2	у т.ч. кількість осіб, які отримували АРТ 12 місяців і більше у відсотках (2.2./2.2.1 *100)	-	-	-	-	27,8%	31,2%	48,8%	45,6%			
13.3.	Кількість осіб, які потребували, але не отримували АРТ (абс. кількість)	-	-	-	-	36	43	62	57			
13.4.	Відсоток осіб, які потребували, але не отримували АРТ від загальної кількості померлих від ВІЛ-інфекції	-	-	-	-	50,0%	72,9%	57,9%	50,0%			
13.5	Структура померлих за віком											
	0-14 років	0	0	0	0	0	0	0	2 (1,7%)			
	15-17 років	0	0	0	0	0	0	0	0			
	18-24 років	9 (9,4%)	6 (4,3%)	4 (3,5%)	1 (0,8%)	7 (9,7%)	0	1 (0,93%)	5 (4,4%)			
	25-49	87 (90,6%)	119 (86,2%)	101 (88,6%)	116 (93,5%)	60 (83,3%)	57 (96,6%)	101 (94,4%)	96 (84,2%)			
	50 років і старші	0	13 (9,4%)	9 (7,9%)	7 (5,6%)	5 (6,9%)	2 (3,4%)	5 (4,7%)	11 (9,6%)			
13.6.	Структура померлих за місцем проживання											
	місто	76 (79,2%)	105 (76,1%)	86 (75,4%)	86 (69,3%)	53 (73,6%)	43 (72,9%)	78 (72,9%)	82 (71,9%)			
	село	20 (20,8%)	33 (23,9%)	28 (24,6%)	38 (30,7%)	19 (26,4%)	16 (27,1%)	29 (27,1%)	32 (28,1%)			
13.7.	Кількість померлих внаслідок ко-інфекції ТБ/ВІЛ	Відсутні дані	Відсутні дані	89	40	32	33	68	86			

[illegible]

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
17.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, віком 15+, які живуть з ВІЛ, 2009-2016 рр.	-	-	-	-	15,7% (Біла Церква – 19,7%, Васильків – 5,7%, Фастів – 21,7%)	-	21,2% (Біла Церква – 29,9%, Васильків – 8,2%, Фастів – 25,5%)	-			Дані БПД – середнє значення (м. Біла Церква, Васильків, Фастів). Зростання показника
	чисельник	-	-	-	-	Відсутні дані	-	Відсутні дані	-			
	знаменник	-	-	-	-	Відсутні дані	-	Відсутні дані	-			
	цільове значення					18,2%						
18.	Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.					9,7%	-	11,7%				Дані БПД по м. Біла Церква. Зростання показника
	чисельник					Відсутні дані	-	Відсутні дані				
	знаменник					Відсутні дані	-	Відсутні дані				
	цільове значення					6,6%						
19.	Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	-	-	-	-	7,3%	-	4,2%	-			За даними БПД по м. Біла Церква
	чисельник	-	-	-	-	Дані відсутні	-	Дані відсутні	-			
	знаменник					150		150				
	цільове значення					7,9%						

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
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).					Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні			
	чисельник											
	знаменник											
	цільове значення										70%	
21.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр. (показник № 19 плану МіО).					44,1%	35,8%	49,0%	45,5%			Цільового значення не досягнуто
	чисельник					321	352	477	489			
	знаменник					727	983	973	1075			
	цільове значення								40,0%		37,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
21.1.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб з парентеральним шляхом передачі, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з парентеральним шляхом передачі з вперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013–2016 рр.					63,8%	38,1%	50,3%	57,6%			Зростання показника
						120	149	156	213			
						188	391	310	370			
22.	Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року серед загального числа ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають на обліку, 2013–2016 рр. (показник № 20 плану МІО)					65,6%	71,3%	74%	83%			
	чисельник					2879	3634	4233	5356			
	знаменник					4389	5096	5712	6463			
	цільове значення								80,0%		85,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
23.	Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку, 2013-2015 рр. (показник № 24 плану МіО)					86%	84,6%	82,9%	93,5%			Цільове значення досягнуто
	чисельник					387	402	470	532			
	знаменник					450	475	567	569			
	цільове значення								85,0%		86,0%	
24.	Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник № 28 плану МіО).					-	-	-	-			Дані відсутні
	чисельник					-	-	-	-			
	знаменник					-	-	-	-			
	цільове значення								зниження на 20% від базового значення		зниження на 50% від базового значення	
25.	Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник (показник №14 плану МіО).					11957	11959	9312	9421			За 2014-2015 роки за даними СЕМ, 2013, 2016 – за даними звіту Нацплану МіО

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
26.	Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №15 плану МіО).					272	207	380	451			За 2013-2015 рік по звіту ЗДП. 2014, 2016 рік за даними Альянсу
27.	Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (показник №16 плану МіО).					298	338	361	636			Згідно річного звіту по ЗДП. 2014 рік за даними Альянсу
28.	Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (показник №21 плану МіО)					51,2%	-	-	33,6%			Згідно річного звіту по Нацплану МіО. Цільового показника не досягнуто, погіршення показника
	чисельник					2249	В.д.	В.д.	2025			
	знаменник					4389	-	-	6034			
	цільове значення								Дорослі – 80% Діти – 90%		Дорослі – 100% Діти – 100%	
29.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №10 плану МіО)					28,1% Біла Церква-34,7%, Васильків – 28,0%, Фастів – 21,7%		38,7% Біла Церква-30,7%, Васильків – 44,4%, Фастів – 41,1%				Згідно БПД середнє значення по 3-х містах області). Цільового показника не досягнуто
	чисельник					Дані відсутні	-	Дані відсутні	-			
	знаменник					Дані відсутні	-	Дані відсутні	-			
	цільове значення								45,0%		55,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
30.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №11 плану МіО)					64,0%	-	51,7%	-			Наявні дані по м. Біла Церква. Цільового показника не досягнуто
	чисельник					Відсутні дані			Відсутні дані			Дані відсутні
	знаменник					150		150				
									65,0%		70,0%	
31.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №12 плану МіО)					15,5%		20,3%				За даними Альянсу ГЗ. Цільового показника не досягнуто
	чисельник					Дані відсутні		Дані відсутні				Відсутні дані
	знаменник					150		150				
	цільове значення								45,0%		55,0%	
32.	Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (показник №13 плану МіО)					-	-	-	-			Дані БПД відсутні, показник не звітнувався на національний рівень. За даними форми №2 ВІЛ/СНІД-річна
	чисельник					14	319	1206	353			За кодом 112
	знаменник					Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні	Дані відсутні			
	цільове значення								40,0%		60,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
33.	Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час його отримують, 2013-2016 рр. (показник № 22 плану МіО).					1323	1798	2196	3660			
34.	Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (показник № 25 плану МіО)					88,4%	51,0%	60,9%	67,9%			
	чисельник					122	245	328	372			
	знаменник					138	480	539	548			
	цільове значення								55,0%		70,0%	
35.	Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр., (показник №23 плану МіО).					86,4%	86,5%	93,4%	87,9%			
	чисельник					102	109	142	153			
	знаменник					118	126	152	174			
	цільове значення								99,0%		100,0%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
36.	Відсоток осіб з опієюною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр., (показник №27 плану МІО).					14,0%	15,1%	15,9%	18,9%			
	чисельник					141	148	166	172			
	знаменник					1004	983	1045	906			
	цільове значення								20,0%		35,0%	
36.1.	Відсоток осіб з опієюною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр					1,6%	1,7%	1,9%	1,9%			
	чисельник					141	148	166	172			
	знаменник					8700	8700	8700	8700			
	цільове значення										18,1%	
37.	Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2016 рр., (показник №1 плану МІО).					11501108,37 грн.	15094021,46 грн.	30529038,00 грн.	-			За 2016 рік показник не розраховувався.
37.1	Державний					7471644,93	10884057,99	7671777,65	-			
37.2	Місцевий					2793566,43	2114506,76	3664931,09	-			
37.3	Міжнародна допомога					1235897,01	2095456,71	19192329,26	-			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
38.	Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр., (показник №2 плану МіО).					Обласна програма не прийнята	Обласна програма не прийнята	Обласна програма не прийнята	Обласна програма не прийнята			
	чисельник					3701247,22 (Місцевий бюджет)	-	-	2009448,45 (Місцевий бюджет)			Згідно звітів за Національними показниками МіО за 2013,2016 роки
	знаменник											
	цільове значення								100,0%		100,0%	
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).					82,1%	60,4%	62,3%	29,8%			
	чисельник					614	440	452	206			
	знаменник					748	728	725	692			
	цільове значення								90%		100%	

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
44.	Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.									2025		
45.	Летальність від СНІДу 2009-2016 рр., %	23,9%	28,1%	18,4%	16,8%	4,0%	4,0%	7,5%	8,1%			
	чисельник	46	54	76	55	16	13	31	38			
	знаменник	192	192	413	327	400	325	408	467			
46.	Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами					137,4%	137,4%	107%	108,3%			
	чисельник					11957	11959	9312	9421			
	знаменник					8700	8700	8700	8700			
47.	Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами					9,4%	7,1%	9,6%	15,5%			
	чисельник					272	207	380	451			
	знаменник					2900	2900	2900	2900			

№ з/п	Індикатор	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Примітки
48.	Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами					9,9%	11,2%	12,0%	21,2%			
	чисельник					298	338	361	636			
	знаменник					3000	3000	3000	3000			
49.	Захворюваність на СНІД за даними РЕН на 100 тисяч населення	11,2	11,2	24,0	19,0	23,2	18,8	23,6	27,0			
	чисельник	192	192	413	400	327	325	408	467			
	знаменник	1719039	1713985	1712879	1713779	1716273	1723455	1726456	1727574			За 2016 рік дані середньої чисельності населення Головного управління статистики Київської області
49.1.	Структура захворюваності на СНІД за статтю	136 (70,8%)	127 (66,1%)	260 (62,9%)	263 (65,7%)	227 (69,4%)	209 (64,3%)	285 (69,8%)	289 (61,9%)			
	чоловіки											
	жінки	56 (29,2%)	65 (33,9%)	153 (37,1%)	137 (34,2%)	100 (30,6%)	116 (35,7%)	123 (30,2%)	178 (38,1%)			
49.2.	Структура захворюваності на СНІД за місцем проживання	152 (70,8%)	142 (66,1%)	280 (62,9%)	286 (65,8%)	219 (69,4%)	227 (64,3%)	222 (69,8%)	268 (70,9%)			
	місто											
	село	40 (20,8%)	50 (26,0%)	133 (32,2%)	114 (28,5%)	108 (33,0%)	98 (30,1%)	186 (30,2%)	136 (29,1%)			
49.3.	Кількість осіб з діагнозом туберкульоз (абс., % від загальної кількості зареєстрованих з діагнозом СНІД)	81 (42,2%)	95 (49,5%)	145 (35,1%)	114 (28,5%)	138 (42,2%)	132 (40,6%)	171 (41,9%)	202 (43,2%)			

ОПИС ІНДИКАТОРІВ

1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини

У порівнянні з 2009 роком відзначається зростання показника з 4,6% до 5,9%. У 2010 році відзначається найнижчий рівень показника при найбільшій кількості дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів; у 2011 році – знову зростання, у 2012 році – зниження; починаючи з 2013 року – зростання.

2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ

Відсутні дані Держкомстату.

3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ

З 2010 по 2012 роки відзначається поступове зростання показника, з 2013 року – зниження з плато протягом 2014-2015 років, проте у 2016 році – знову зростання. Таким чином, у 2016 році цільове значення не було досягнуто.

4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15–24 років

Протягом 2013–2015 років відзначається позитивна тенденція до зниження показника з досягненням у 2015 році цільового значення, у 2016 році – незначне підвищення на 0,5%.

5. Поширеність ВІЛ серед вагітних

Протягом 2009–2015 років відзначається позитивна тенденція до зниження показника. У 2016 році відзначається незначне підвищення показника на 0,6%, проте значення показника нижче за цільове на 0,07%.

9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ

Протягом 2009-2016 років відзначаються хвильові коливання захворюваності з максимальними значеннями у 2009, 2011 та 2015 роках. Різке зниження захворюваності спостерігалось у 2010 році (-43%). У 2011 році знову зафіксоване зростання з наступним зниженням до 2013 року. У 2014–2015 роках знову зростання, а у 2016 році – зниження показника до 66,1 на 100 тисяч населення. У порівнянні з 2009 роком показник знизився в 1,9 разів.

10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН

З 2009 по 2011 роки відзначається поступове зростання показника, у 2012 році – зниження і починаючи з 2014 року знов поступове зростання показника. У 2016 році відзначається максимальне наближення значення даного показника, як в абсолютних, так і у відносних числах, до показника захворюваності за даними СЕМ, що свідчить про покращення охоплення населення області ПТВ та залученням до медичного нагляду.

12. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті

Протягом 2009-2016 років відзначалося зростання показника з 9,1 на 100 тисяч населення до 11,3 на 100 тисяч населення.

13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією

Протягом 2009-2016 років значення показника нижчі за цільові значення 2010, 2013 та 2018 років. Найвище значення показника відзначається у 2010 році, найнижче – у 2013 році. У 2014 році відзначається зниження показника. Проте протягом 2015-2016 років відзначається зростання показника: у порівнянні з 2014 роком показник зріс у 1,9 разів, з 2015 роком – приріст 0,4%.

15. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, серед осіб віком 15+

Протягом 2009-2016 років відзначається поступове зростання показника з максимальним значенням у 2016 році. У порівнянні з даними за 2009 рік показник зріс на 136,5%, ймовірно, за рахунок збільшення кількості осіб, які були охоплені послугами КІТ, АРТ та іншими заходами медичного нагляду.

17. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, віком 15+, які живуть з ВІЛ

За наявними даними відзначається збільшення відсотка ЛВІН, які живуть з ВІЛ, з 15,7% у 2013 році до 21,2% у 2015 році, при цільовому показнику у 2013 році 18,2%. У розрахунку використовувалось середнє значення по 3-х містах Київської області (Біла Церква, Васильків, Фастів), при цьому між містами є значні розбіжності у значеннях, проте погіршення показника у 2015 році спостерігається в усіх трьох містах області, що свідчить про недостатньо проведені заходи з профілактики ВІЛ серед ЛВІН в області.

18. Відсоток осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, віком 15+

За наявними даними спостерігається збільшення відсотка осіб, які надають сексуальні послуги за винагороду, що живуть з ВІЛ, з 9,7% у 2013 році до 11,7% у 2015 році, при цільовому показнику в 2013 році – 6,6%, що свідчить про недостатність проведення профілактичних заходів серед даної групи ризику.

19. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, що живуть з ВІЛ, віком 15+

За наявними даними спостерігається зменшення відсотка ЧСЧ, що живуть з ВІЛ, з 7,3% у 2013 році до 4,2% у 2015 році, що свідчить про успіхи у проведенні профілактичних заходів серед даної групи.

21. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд на III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з вперше у житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції

У 2016 році відзначається покращення даного показника – 45,5% проти 49,0%, що свідчить про покращення заходів зі своєчасного залучення ВІЛ-інфікованих до медичного нагляду, проте заходи, які проводяться, є недостатніми, оскільки цільового значення у 40% у 2016 році не було досягнуто. Проте, у порівнянні з 2013 роком, частка осіб на III-IV стадіях захворювання за останні два роки (2015-2016) перевищує значення 2013 року – 44,1%. Однією з причин недосагнення цільового значення є недостатнє охоплення ЛВІН профілактичними заходами, у т.ч. КІТ, для своєчасного виявлення та постановки на диспансерний облік, про що свідчить погіршення показника серед даної групи з 38,1% у 2014 році до 57,6% у 2016 році.

22. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, які пройшли медичний нагляд протягом року, серед загального числа ВІЛ-інфікованих, які перебувають на обліку

У системі медичного нагляду за ВІЛ-інфікованими пацієнтами області відзначається покращення показника – з 65,6% у 2013 році до 83% у 2016, при цільовому показнику 2016 року 80%.

23. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 місяців після її початку

З 2009 по 2015 роки відзначається зниження показника з 86% до 82,9%, проте у 2016 році зафіксоване зростання показника до 93,5%, що перевищує цільове значення на 8,5%.

25. Кількість людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами

Спостерігається негативна динаміка щодо зменшення кількості ЛВІН, охоплених профілактичними програмами, з 11957 до 9421 особи (зменшення на 2536 осіб – 21,2%).

26. Кількість осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених профілактичними програмами

Спостерігається позитивна динаміка щодо збільшення кількості осіб, які охоплені профілактичними програмами, проте, враховуючи збільшення відсотка ОСБ з ВІЛ, охоплення є явно недостатнім.

27. Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами

Спостерігається позитивна динаміка щодо збільшення кількості осіб, які охоплені профілактичними програмами, про успішність яких свідчить зменшення відсотка осіб, які живуть з ВІЛ серед ЧСЧ.

28. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки

Погіршення показника з 51,2% у 2013 році до 33,6% у 2016 році свідчить про наявні прогалини у наданні послуг ЛЖВ.

29. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ

У порівнянні з 2013 роком у 2015 році відзначається покращення показника на 10,6%, з 28,1% до 38,7% відповідно. Проте цільове значення 2016 року у 45% ще не досягнуто.

30. Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ

Відзначається негативна тенденція до погіршення показника з 64% у 2013 році до 51,7% у 2015 році, при цьому цільовий показник 2016 року складає 65%, що свідчить про недостатність заходів серед даної групи.

31. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ

Відзначається позитивна тенденція до збільшення показника з 15,5% у 2013 році до 20,3% у 2015 році, проте заходи проводяться у недостатньому обсязі, про що свідчить різниця у 24,7% з цільовим показником (45%).

32. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ

Даний показник за формою №2 ВІЛ/СНІД-річна не дає можливість оцінити реальну ситуацію щодо охоплення ув'язнених послугами КІТ.

33. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які на теперішній час її отримують

Протягом 2013-2016 років відзначається поступове збільшення показника (у порівнянні з 2013 роком у 2,7 разів).

34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ

У 2015 році відзначається різке зростання показника до 93,4%, проте у 2016 році – зниження на 5,5%. У 2016 році цільове значення не було досягнуто і складало 87,9%, що на 11,1% менше за цільовий.

35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей

У 2015 році відзначається різке зростання показника до 93,4%, проте у 2016 році – зниження на 5,5%.

36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію

Протягом 2013- 2016 років відзначається позитивна динаміка та поступове збільшення частки осіб, які отримують ЗПТ. За 2016 рік цільовий показник не було досягнуто лише на 1,1%. Якщо оцінити охоплення ЗПТ, виходячи з оціночної кількості ЛВІН, то заходи є явно недостатніми – незважаючи на зростання показника з 1,6% у 2013 році до 1,9% у 2016 році, значення цільового показника у 18,1% буде неможливо досягти у 2018 році, якщо в області й надалі будуть функціонувати лише 2 сайти ЗПТ.

37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області

Протягом 2013-2015 років відзначається збільшення обсягів фінансових витрат на подолання епідемії ВІЛ/СНІДу. Найбільша частка коштів на подолання епідемії виділялася з міжнародних джерел.

38. Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого

У 2014-2016 роках обласна цільова програма з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу не була затверджена. Упродовж зазначених років з обласного бюджету виділялися кошти на забезпечення заходів з протидії ВІЛ, проте не у рамках виконання обласної програми. Обласна цільова програма з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2017-2018 роки була затверджена рішенням Київської обласної ради лише 19 травня 2017 року.

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

Спостерігається негативна тенденція до зменшення частки закладів, які беруть участь у заходах з профілактики ВІЛ серед молоді, з 82,1% у 2013 році до 29,8% у 2016 році, при цільовому показнику 90%, що свідчить про наявну проблему у донесенні до молоді навичок запобіжних заходів стосовно інфікування ВІЛ. Явною перешкодою є відсутність підтримки Київської обласної державної адміністрації у проведенні засідань координаційної ради з протидії ВІЛ/ТБ (протягом 2016 року не було проведено жодного засідання, склад ради не оновлено).

40. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ станом на 01.01.2017 р.
Станом на 01.01.2017 р. 64% ЛЖВ диспансерної групи отримують АРТ.

41. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи
Спостерігається позитивна тенденція щодо збільшення частки осіб, які перебувають на АРТ, з 45,9% у 2013 році до 68,3% у 2016 році.

43. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо рівня ВН, станом на 01.01.2017 р.
Дослідженнями на вірусне навантаження охоплені 63,05% від кількості осіб на АРТ.

44. Кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ та мають дані щодо невизначеного ВН, станом на 01.01.2017 р.
Ефективний результат АРВ-терапії мають 87,8% від загального числа обстежених.

45. Летальність від СНІДУ
Протягом 2009-2010 років спостерігалось зростання показника, починаючи з 2011 року фіксується зменшення показника із суттєвим зниженням у 2013 та 2014 роках, починаючи з 2015 року летальність знову починає зростати.

46. Відсоток людей, які вживають ін'єкційні наркотики, охоплених профілактичними програмами
У 2013 та 2016 роках відсоток ЛВІН, охоплених % профілактичними послугами, перевищує 100%, що свідчить, ймовірно, про охоплення декількома послугами одних і тих же осіб (дані за 2014 та 2015 роки). Ймовірно не були враховані ЛВІН, які отримали послуги, проте не увійшли у звітність. Відзначається негативна динаміка до зменшення охоплення ЛВІН профілактичними програми з 137,4% до 108,3%.

47. Відсоток осіб, що надають сексуальні послуги за винагороду, охоплених профілактичними програмами
Спостерігається позитивна тенденція до збільшення частки ОСБ, які охоплені профілактичними послугами, але їх відсоток є явно недостатнім для досягнення суттєвих змін щодо розповсюдження ВІЛ серед даної групи.

48. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами
Спостерігається позитивна тенденція до збільшення частки ЧСЧ, які охоплені профілактичними послугами, що, у свою чергу, призвело до зниження показника інфікованості ЧСЧ.

49. Захворюваність на СНІД за даними РЕН
У порівнянні з 2009 роком у 2016 році показник захворюваності на СНІД зріс у 2,4 рази. Найвище значення цього показника спостерігається також у 2016 році. Збільшення кількості випадків СНІДу у 2016 році відбулося за рахунок збільшення частки жінок серед осіб з вперше встановленим діагнозом СНІД до 38,1% проти 29,2% у 2009 році та 30,6 у 2013 році.

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

ЗВІТ

Автори звіту:

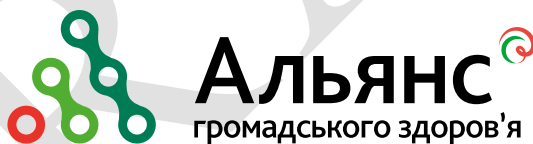
Голуб О.
Погорєлова О.
Рахуба В.
Погорєлова О.
Недужко О.
Новак Ю.

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

І. Андрущенко



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

Розповсюджується безкоштовно.

Формат 60x90/8
Ум. друк. арк. 7,44
Тираж 50 прим. Замовл. № 41/2

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

