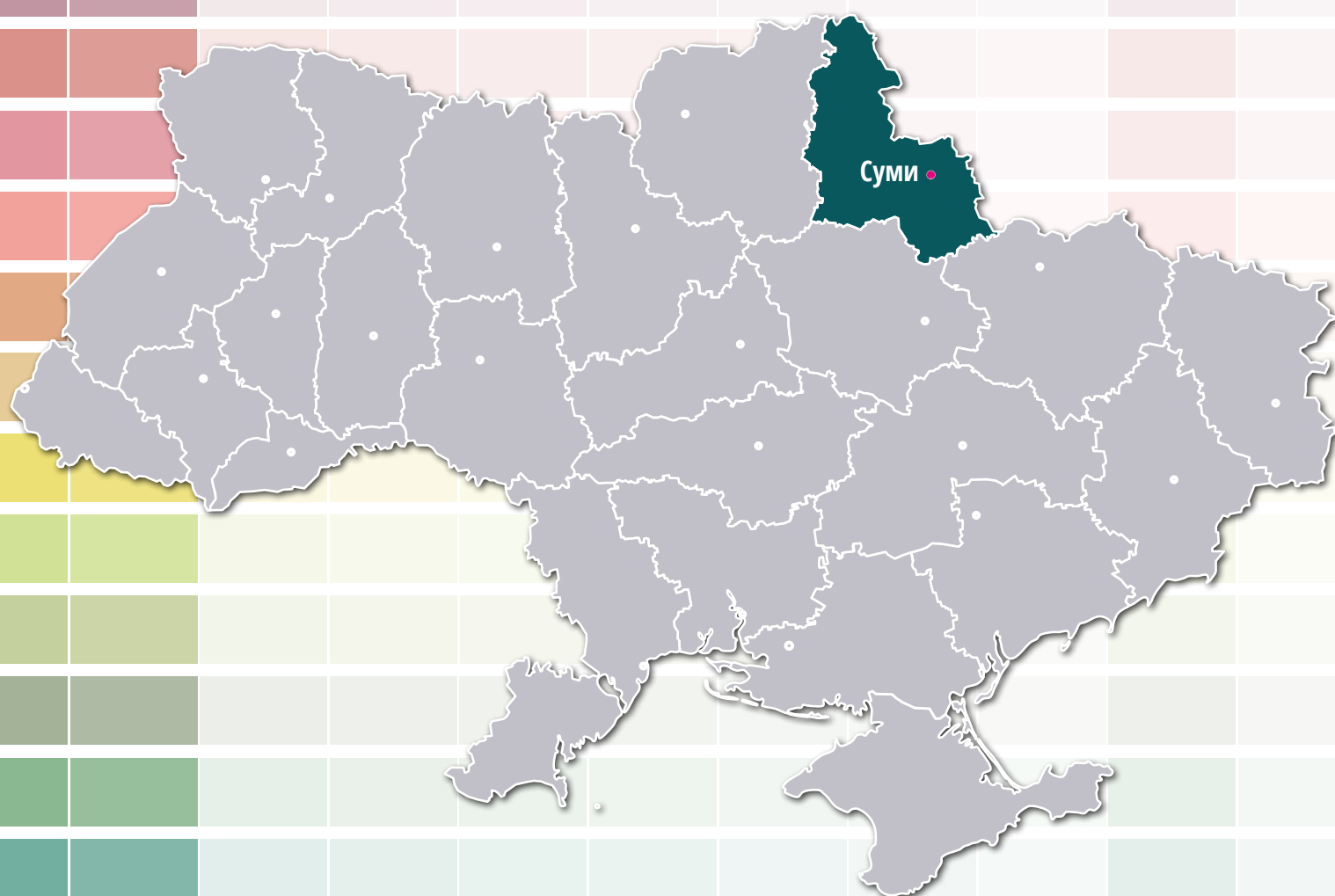


ЗВІТ

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

У СУМСЬКІЙ
ОБЛАСТІ



ЗВІТ

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

У СУМСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.52)](047.32)
О-93

Авторський колектив:

Бутенко В.М. головний лікар ОКЗ ОЗ «Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»

Грабовий С.Л. лікар-епідеміолог відділення моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу ОКЗ ОЗ «Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»

Панасенко Л.М. завідувач відділу профілактичної, організаційно-методичної роботи та епідмоніторингу, лікар-інфекціоніст ОКЗ ОЗ «Сумський обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом»

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

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

О-93 **Оцінка обласної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2009–2016 роки у Сумській області. Звіт** – Бутенко В., Грабовий С., Панасенко Л., Масюк Л., Новак Ю. – К.: МБФ «Альянс громадського здоров'я», ТОВ «Агентство» Україна» 2018. – 116 с.

ISBN 978-966-137-095-0

Оцінка регіональної програми проведена у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки Центрів США з контролю та профілактики захворювань.

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

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

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

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

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



УДК 614.441:[616.98:578.828ВІЛ](477.52)](047.32)

ЗМІСТ

1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
2. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ	6
3. ВСТУП	8
4. МЕТОДОЛОГІЯ	9
5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ	12
5.1. Стан епідемічної ситуації в Сумській області станом на 01.01.2017 року.	12
5.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 року.	17
5.3. Аналіз впровадження АРТ	19
5.4. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ	26
5.5. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики	30
5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками	34
5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу	37
6. ВИСНОВКИ	40
7. РЕКОМЕНДАЦІЇ	42
8. ПЛАН ЗАХОДІВ З ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ПРОВЕДЕНОЇ ОЦІНКИ ПРОГРАМИ	46
ДОДАТОК 1	48
Значення індикаторів Плану моніторингу та оцінки виконання програмних заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДУ в Сумській області	48
ДОДАТОК 2	82
Значення індикаторів матриці для аналізу даних	
Індикатори для аналізу впровадження АРТ	82
Індикатори для аналізу впровадження КІТ	98
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для людей, які вживають ін'єкційні наркотики	106
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу	110
Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають секс з чоловіками	113

1. ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВП	антиретровірусні препарати
АРТ	антиретровірусна терапія
БПД	біоповедінкові дослідження
БФКН	Благодійна організація «Благодійний фонд «Крок назустріч»
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
ГОКШ	Сумська обласна громадська організація «Клуб «Шанс»
ГПР	групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ
ГФСТМ	Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією
ДКВС	Державна кримінально-виконавча служба України
ДІ	довірчий інтервал
ДУ	державна установа
ЗОЗ	заклади охорони здоров'я
ЗПТ	замісна підтримувальна терапія
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
КГН	ключові групи населення
КЗ	комунальний заклад
КіТ	консультування і тестування на ВІЛ

ЛВІН	люди, які вживають ін'єкційні наркотики
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ЛЗ	лікарські засоби
МБФ	Міжнародний благодійний фонд
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
МН	медичний нагляд
НУО	неурядова організація
ОДА	Обласна державна адміністрація
ОЦПБС	обласний центр профілактики і боротьби зі СНІДом
ОІ	опортуністичні інфекції
Оцінка	оцінка регіональної цільової соціальної програми з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу
ПКС	особи, які надають сексуальні послуги за винагороду
План МіО	План моніторингу та оцінки ефективності виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки
ПТВ	послуги з тестування на ВІЛ
РЕН	рутинний епідеміологічний нагляд
СЕМ	сероепідеміологічний моніторинг поширення ВІЛ
СНІД	синдром набутого імунodefіциту
СОВЛЖВ	Сумське обласне відділення Всеукраїнської благодійної організації «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ»
СОКПТД	Сумський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер
СОНД	Сумський обласний наркологічний диспансер
ТБ	туберкульоз
УОЗ	Управління охорони здоров'я
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я
ЦРЛ	центральна районна лікарня
ЦСССДМ	Центри соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді
ЧСЧ	чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками
ШТ	швидкий тест
CDC	Центри США з контролю та профілактики захворювань
Fast Track	стратегія ЮНЕЙДС щодо прискорення заходів у відповідь на ВІЛ/СНІД
SPECTRUM	програмне забезпечення для моделювання розвитку епідситуації з ВІЛ-інфекції на національному та регіональному рівнях

2. ВИКОНАВЧЕ РЕЗЮМЕ

За роки незалежності в Україні затверджено сім програм з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Їх розробка здійснювалася на національному рівні, проте не в повному обсязі враховувала епідеміологічну специфіку кожного регіону. Такий підхід не забезпечив належного впливу на масштаби та силу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції.

Наразі Україна не має досвіду комплексного оцінювання результативності заходів регіональних програм та їх впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. З метою виявлення регіональних потреб і надання обґрунтованих рекомендацій щодо формування національної та регіональної програм здійснено оцінку регіональних програм, яка проведена і в Сумській області. Вона є важливим кроком у розробці регіональних програм на 2019–2023 рр., які повною мірою мають відповідати стратегії Fast Track.

Оцінка здійснювалася фахівцями Сумського обласного центру профілактики і боротьби зі СНІДом у співпраці з ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» та МБФ «Альянс громадського здоров'я» за фінансової підтримки CDC.

Підхід до оцінки впровадження регіональних програм протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу впродовж 2009–2016 рр. відповідав рекомендаціям ВООЗ та здійснювався у форматі кабінетного дослідження. Під час кабінетного дослідження було визначено тенденції індикаторів впливу на епідемію, опрацьовано показники Плану МіО, дані офіційної статистики, результати біоповедінкових досліджень, програмного моніторингу МБФ «Альянс громадського здоров'я», моделювання епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу в програмі SPECTRUM. Більшість показників були дезагреговані за віком, статтю, місцем проживання та ін.

У рамках оцінювання проаналізовано результати реалізації регіональної програми за ключовими напрямками ВООЗ, які мають найбільший вклад у каскад лікування, а саме: АРТ, КіТ, профілактичні ВІЛ-сервіси для ЛВІН, ПКС та ЧСЧ.

За підсумками оцінювання було побудовано каскад послуг для ЛЖВ в Сумській області, проведено аналіз реалізації заходів протидії ВІЛ-інфекції по кожному з п'яти оцінюваних напрямів та сформовано відповідні рекомендації для національного і регіонального рівнів.

Результати аналізу каскаду послуг для ЛЖВ в області показали, що 47% від оціночної кількості ЛЖВ не знають про свій позитивний ВІЛ-статус, лише третина отримує АРТ і п'ята частина має невизначувані рівні ВН. Таким чином, поки що область не наблизилася до жодного з критеріїв стратегії Fast Track.

Завдяки проведеним заходам з КіТ зросла частка осіб, які знаходяться під МН. Але існуюча система КіТ забезпечує виявлення переважно ВІЛ-інфікованих у пізніх стадіях та не сприяє ранньому залученню до МН ВІЛ-позитивних осіб. Не задоволені повною мірою потреби у КіТ

на первинному рівні надання медичної допомоги. У зв'язку з тим, що затримки централізованого постачання тест-систем тривають по декілька місяців, частина коштів обласного бюджету, призначених для обстеження представників груп ризику, використовуються для вагітних.

Існує прогрес в охопленні послугами АРТ ЛЖВ області. Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, які перебувають під медичним наглядом, охоплені АРТ повністю. Попри те, що з кожним роком зростає частка ВІЛ-позитивних активних ЛВІН, які отримують АРТ, їх охоплення залишається недостатнім. Так, з усіх ВІЛ-позитивних ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, лише половина отримують АРТ. Аналіз заходів з АРТ показав, що існуючі обсяги та темпи впровадження терапії не здійснили належного впливу на показники смертності серед ЛЖВ.

Охоплення послуг з догляду та підтримки ЛЖВ є недостатнім. Через перебої у фінансуванні за кошти державного бюджету не здійснюється належне призначення АРТ та лабораторний її моніторинг.

В області щороку зменшується частка ін'єкційного шляху в структурі шляхів передачі ВІЛ, проте рівень інфікованості серед ЛВІН залишається високим. Не спостерігається позитивних змін у знаннях та поведінці представників цієї групи. Більше половини ЛВІН від їх оціночної кількості не залучені до профілактичних послуг, які надаються на базі НУО, не забезпечена децентралізація цих послуг.

Аналіз профілактичних заходів, які проводяться серед ПКС, показав, що впроваджені заходи допомогли запобігти поширенню ВІЛ в даній категорії населення та утримати захворюваність на поодиноких випадках. Проте за даними біоповедінкових досліджень погіршуються показники їхніх знань та поведінки. Існує проблема стигматизації.

Під час аналізу профілактичних заходів серед ЧСЧ встановлено: неможливо достовірно оцінити масштаб епідемії серед цієї групи через її закритість, відсутність статистичних та біоповедінкових даних. Наявні обсяги профілактичних втручань та відсутність їх децентралізації не спроможні привести до вагомих зрушень в епідемічному процесі ВІЛ-інфекції в даній групі населення.

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

Для підвищення ефективності заходів за напрямом АРТ пропонується забезпечити стаке фінансування та обґрунтоване планування потреб; запровадити контрольоване лікування АРТ під час амбулаторного лікування ТБ; закупівлю послуг з догляду та підтримки ЛЖВ за механізмом соціального замовлення; розширити мережу сайтів АРТ.

Для покращення епідситуації серед ГПР запропоновано розширити мережу організацій, які надають профілактичні послуги; відкрити сайти ЗПТ в установах ДКВС та ОЦПБС; здійснювати впровадження заходів по зниженню стигми та дискримінації відносно представників цих груп.

3. ВСТУП

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

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

Мета

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

Завдання:

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

Термін проведення:

березень – жовтень 2017 року.

4. МЕТОДОЛОГІЯ

Підхід до регіональної оцінки відповідав рекомендаціям ВООЗ.

З метою реалізації завдань та заходів національної програми рішенням 46-ї сесії обласної ради 5-го скликання 15.10.2010 р. була затверджена Обласна цільова соціальна програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2010–2014 роки, рішенням 43-ї сесії Сумської обласної ради 6-го скликання 22.05.2015 р. – регіональна програма на 2015–2018 роки.

Програма є стандартизованою, за сценарієм розробки відповідає Загальнодержавній цільовій соціальній програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки.

Метою регіональної програми (далі – Програма) є зниження рівня захворюваності і смертності від ВІЛ-інфекції/СНІДу, надання якісних і доступних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції, насамперед представникам ГПР, щодо інфікування ВІЛ, послуг з лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки ЛЖВ.

До впровадження завдань та заходів Програми були задіяні УОЗ Сумської ОДА, її 15 структурних підрозділів та відомств, територіальні підрозділи окремих центральних органів виконавчої влади та НУО.

Таблиця 1. Ресурсне забезпечення Програми, 2010–2018 рр.

Обсяг коштів, затверджених на виконання Програми	Строк виконання Програми, роки				Усього витрат
	2010	2011	2012	2013	
Обсяг ресурсів, тис.грн.	4325,9	4389,4	4678,0	4923,0	18 316,3
	у тому числі:				
Державний бюджет (прогнозовані обсяги), тис.грн.	1930,7	1930,7	1930,7	1930,7	7722,8
Обласний бюджет, тис.грн.	1168,7	1041,5	1012,4	842,8	4065,4
Районні і міські бюджети, тис.грн.	1226,5	1417,2	1734,9	2149,5	6528,1
Обсяг коштів, затверджених на виконання Програми	Строк виконання Програми, роки				Усього витрат
		2016	2017	2018	
Обсяг ресурсів, тис.грн.	10041,6	12201,1	14178,1	14464,9	50885,7
	у тому числі:				
Державний бюджет (прогнозовані обсяги), тис.грн.	6801,8	7571,1	8628,2	9067,0	32068,1
Обласний бюджет, тис.грн.	278,9	1541,3	2240,3	2241,5	6302,0
Районні та міські бюджети, тис.грн.	205,0	559,1	2070,9	3156,4	5991,4
Залучені кошти, тис.грн.	2755,9	2529,6	1238,7	0,0	6524,2

Для оцінки ефективності Програми затверджено перелік показників, що узгоджується з національною програмою та Планом МіО. Але частина даних не знайшла відображення в регіональній програмі, тому не можна стверджувати, що вона відповідає цілям стратегії Fast Track.

Для оцінки ефективності реалізації Програми здійснювалося кабінетне дослідження. Передусім оцінювався її вплив на епідемію в регіоні шляхом оцінки індикаторів впливу (захворюваність, смертність та ін.), включаючи індикатори Плану МіО, досягнення каскадних індикаторів.

В рамках проведення Оцінки побудовано каскад послуг ЛЖВ відповідно до рекомендацій ВООЗ, які адаптовані з урахуванням особливостей системи епіднагляду на регіональному рівні.

ВООЗ виділяє 15 основних напрямів оцінювання. У рамках проведення Оцінки обрано п'ять напрямів програмних заходів, які вносять найбільший вклад у каскад лікування:

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

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

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

Проведено співставлення заходів регіональної програми із визначеними «проблемними» питаннями та індикаторами. Для надання відповідей на ці запитання, зібрано вторинні дані, при аналізі яких був сформований другий блок підпитань (матриця аналізу даних), для відповіді на які зібрано додаткові кількісні вторинні дані. Збір інформації відбувався з наступних джерел:

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

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

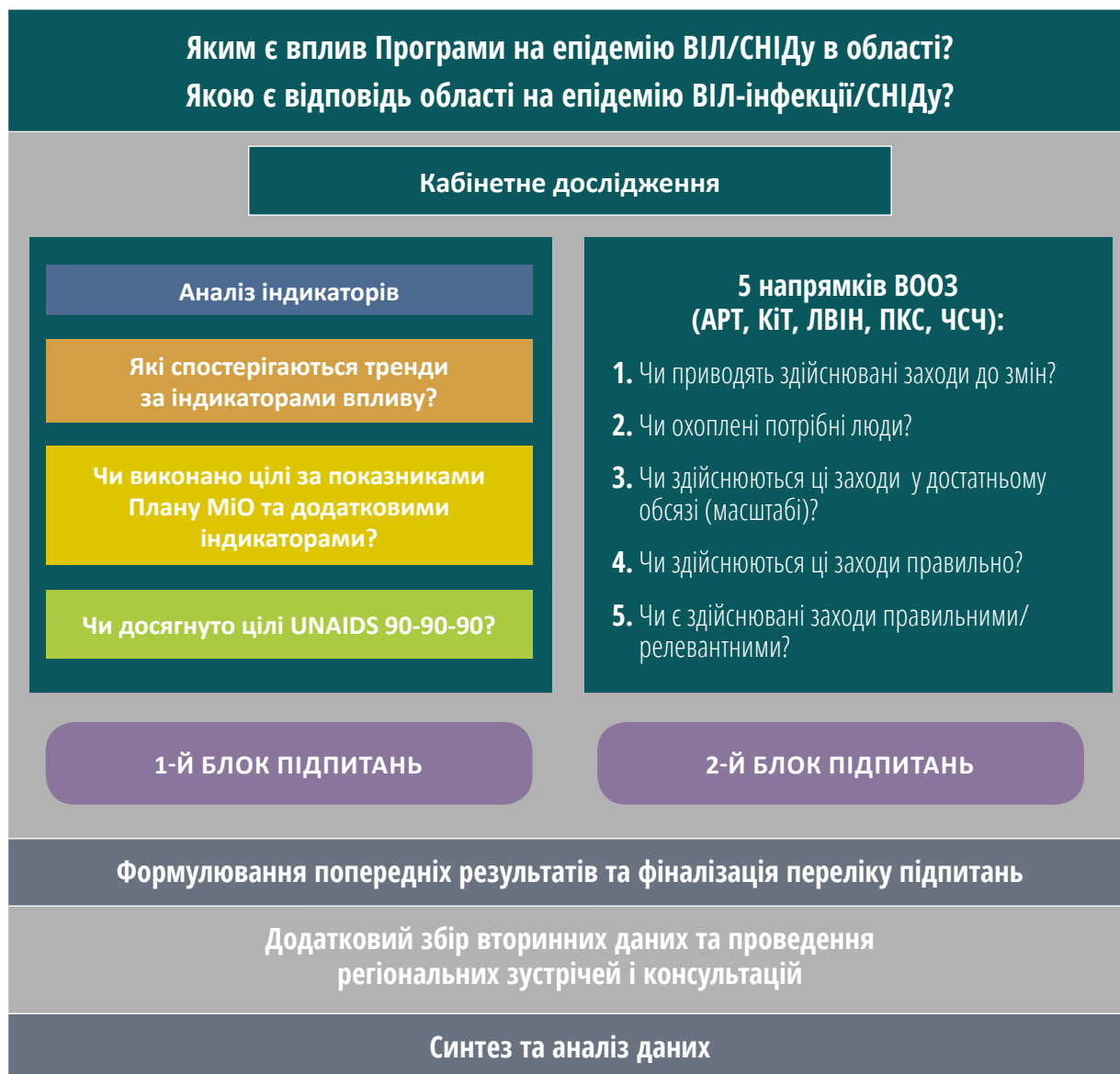


Рис.1. Схема загального підходу до оцінки Програми.

До проведення Оцінки були залучені експерти від ЗОЗ, НУО, установ ДКВС, представники КГН у форматі засідання робочої групи. 4 серпня 2017 р. на засіданні робочої групи з обговорення попередніх результатів оцінки регіональної програми за період 2009–2016 рр. були напрацьовані рекомендації з удосконалення заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2019–2023 рр. в регіоні та на національному рівні.

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

5. ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ

5.1. Стан епідемічної ситуації в Сумській області станом на 01.01.2017 року

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається серйозною проблемою в системі охорони здоров'я Сумської області. Попри те, що область є територією з низьким рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, інтенсивність розвитку епідемічного процесу неухильно зростає.

За період 1987–2016 рр. в Сумській області офіційно зареєстровано 2739 випадків ВІЛ-інфекції, у т. ч. 850 випадків захворювання на СНІД та 231 випадок смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Упродовж 1987–1995 рр. випадки ВІЛ-інфекції в області не реєструвалися. Починаючи з 1996 і по 2008 рік показник захворюваності зріс з 0,76 до 16,3 на 100 тис. нас. Протягом 2008–2016 рр. реєструвалися дві хвилі захворюваності. Зафіксовано її зростання з 16,3 (2008 р.) до 18,5 (2010 р.) на 100 тис. нас. та зниження до 14,8 (2012 р.) на 100 тис. нас. Друга хвиля тривала з 2013 по 2016 рік, протягом яких захворюваність коливалася в межах 17,9–20 на 100 тис. нас. За період 2012–2016 рр. кількість уперше зареєстрованих випадків інфікування ВІЛ склала 1005 осіб, що становить 37% від загальної кількості випадків, зареєстрованих за весь період епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією в області починаючи з 1987 р. У 2016 р. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції зменшилася з 224 (20,0 на 100 тис. нас.) до 203 (18,3 на 100 тис. нас.).

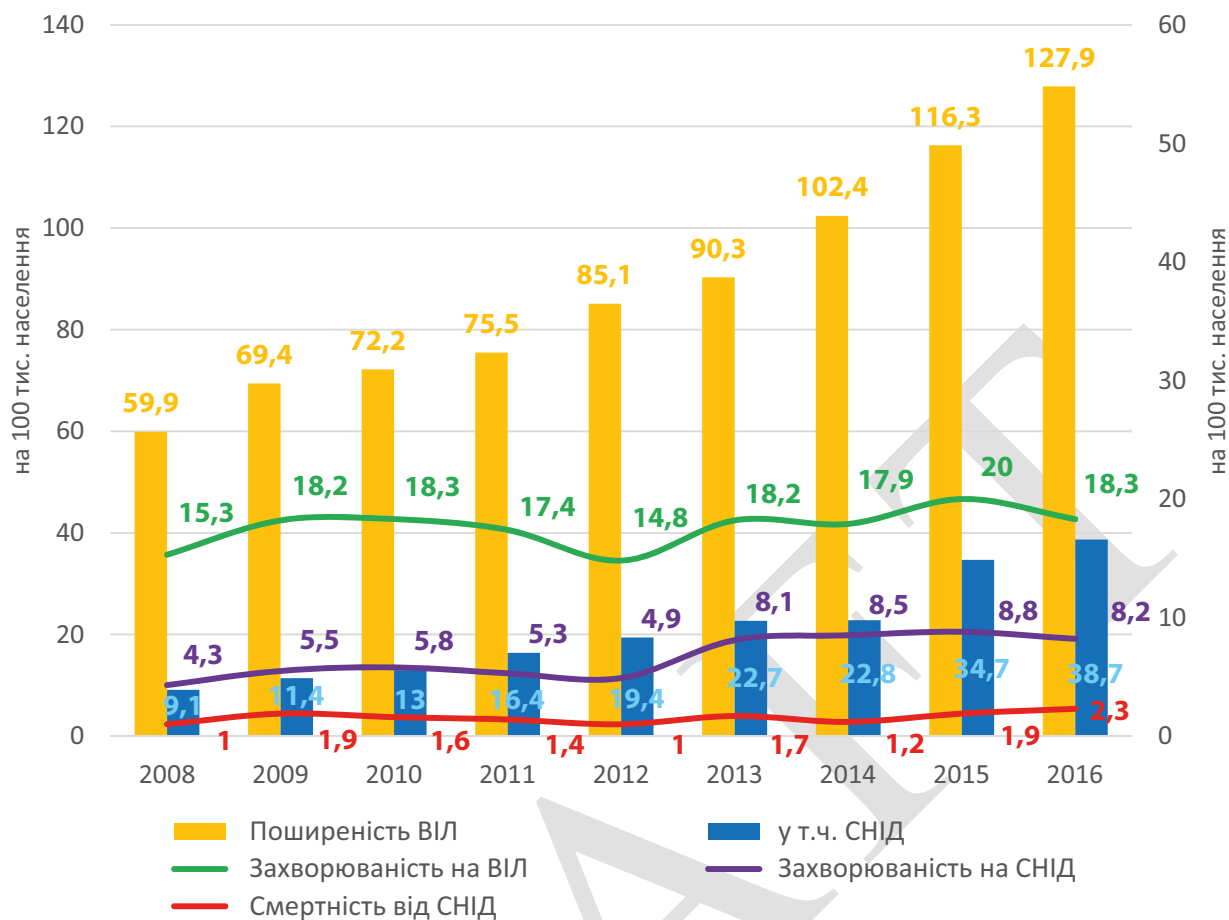


Рис. 2. Огляд епідемічної ситуації.

Станом на 01.01.2017 р. вищими за середньообласні є показники захворюваності в Тростянецькому (25,3 на 100 тис. нас.), Лебединському (23,7 на 100 тис. нас.), Шосткінському (21,3 на 100 тис. нас.), Краснопільському (21,2 на 100 тис. нас.), Буринському (19,8 на 100 тис. нас.) та Конотопському (19,0 на 100 тис. нас.) районах області.

В структурі хворих на ВІЛ-інфекцію переважають чоловіки (54–59%), лише у 2013 р. частка жінок становила 52%.

Захворюваність міського населення в 1,2–2,3 разу вища, ніж сільського. Частка сільських жителів становила трохи більше чверті від загальної кількості вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції і за період 2013–2016 рр. зросла з 17,5 до 27,1%. Серед міських жителів показник захворюваності коливався в межах 16,7–22,3 на 100 тис. нас. та мав слабо виражену тенденцію до зростання.

У віковій структурі ЛЖВ протягом 2009–2016 рр. спостерігалася стала тенденція до збільшення частки осіб віком 25–49 років (з 31,9 до 36,6 на 100 тис. нас.), різке (з 0,9 до 3,6 на 100 тис. нас.) зростання захворюваності у віковій групі старше 50 років та її зменшення у віковій групі 15–24 роки (з 21,6 до 5,2 на 100 тис. нас.).

ВІЛ-інфекція все активніше поширюється статевим шляхом серед загального населення (**Рис. 3**), хоча майже чверть серед уперше діагностованих випадків захворювання становлять ЛВІН.

Упродовж 2009–2016 рр. частка статевої передачі ВІЛ зросла з 48% до 59%.



Рис. 3. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції у Сумській області.

При аналізі захворюваності на СНІД можна виділити дві хвилі із загальною тенденцією до зростання. Протягом 2009–2012 рр. показник захворюваності на СНІД збільшився з 5,5 до 5,8, потім зменшився до 4,9 на 100 тис. нас.; впродовж 2013–2016 рр. – зріс до 8,5, а потім зменшився до 8,2 на 100 тис. нас. У порівнянні із загальнодержавними показниками захворюваність на СНІД у Сумській області нижча у 2,5 разу.

У 2016 році найвищі показники захворюваності на СНІД реєструвалися у Кролевецькому (15,5 на 100 тис. нас.), Конотопському (13,2 на 100 тис. нас.), Краснопільському (10,6 на 100 тис. нас.) та Шосткінському (10,1 на 100 тис. нас.) районах області.

Найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням є ТБ. За статистичними даними, в 2016 р. ТБ виявлено серед 71,4% вперше зареєстрованих хворих на СНІД (2015 р. – 82,8 %, 2013 р. – 73,1%). Частка осіб з уперше діагнованим ТБ (ВДТБ) серед нових випадків СНІДу залишається високою і становила у 2016 р. 84,6% (2013 р. – 55,9%).

За даними епідеміологічного моніторингу, з 1987 р. в Сумській області зареєстровано 524 випадки смерті серед ЛЖВ, у т.ч. 231 – від хвороб, зумовлених СНІДом; рівень смертності від СНІДу знижувався з 1,9 (2009 р.) до 1,0 (2012 р.) на 100 тис. нас., а потім почалася хвиля зростання, яка у 2016 р. досягла 2,3 на 100 тис. нас.

Показник смертності від СНІДу має тенденцію до зростання з темпом приросту в 2015 р. 51,3% (2016 р. – 24,9%). Рівень смертності з інших причин стабілізувався на рівні 2,6–3,2 на 100 тис. нас., хоча й знижувався до 1,8 та 1,9 у 2009 та 2012 рр. відповідно.

Серед осіб, які померли протягом 2009–2016 рр. від хвороб, зумовлених СНІДом, переважали чоловіки (72%). В структурі померлих за віком переважають особи 25–49 років (89%) та 50 років і старше (7,7%).

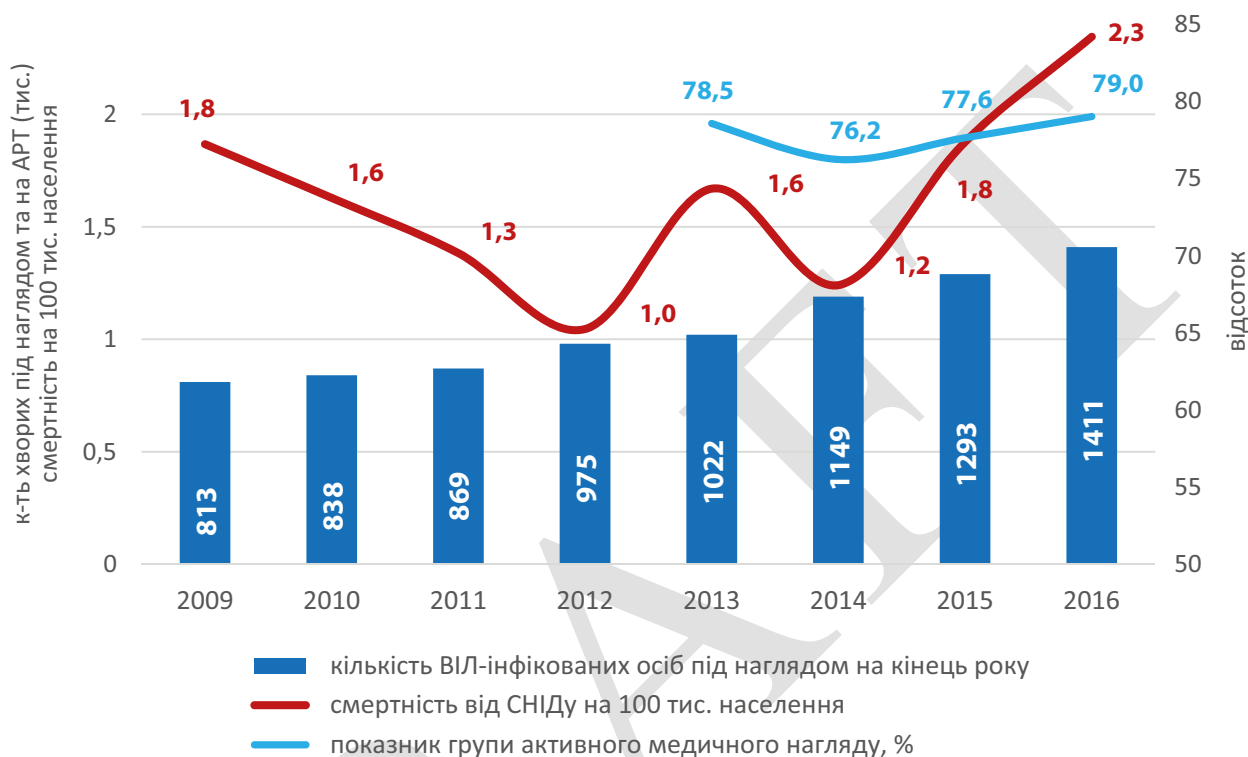


Рис. 4. Кількість ЛЖВ під медичним наглядом, відсоток активної диспансерної групи та смертність від СНІДу.

За шляхами передачі ВІЛ-інфекції 51,4% померлих були інфіковані внаслідок вживання ін'єкційних наркотиків, 43 % – гетеросексуальним шляхом.

Аналіз даних щодо хворих на СНІД, які померли у 2009–2016 рр., свідчить, що 35,6% з них було взято на облік у ЗОЗ протягом першого року після лабораторного підтвердження діагнозу ВІЛ. Тобто перше звернення до лікарів з приводу ВІЛ-інфекції відбулося вже на пізніх стадіях захворювання.

Найвищі показники смертності від СНІДу реєструвалися у Роменському (5,3 на 100 тис. нас.), Кролевецькому (5,2 на 100 тис. нас.), Недригайлівському (4,9 на 100 тис. нас.), Глухівському (3,5 на 100 тис. нас.) та Краснопільському (3,5 на 100 тис. нас.) районах. Показник по області – 2,3 на 100 тис. нас.

Упродовж 2009–2016 рр. кількість осіб, які перебували під МН з приводу ВІЛ-інфекції, зростає на 73,6% (з 813 до 1411 осіб). Станом на 01.01.2017 р. під МН у ЗОЗ області знаходилося 1411 ЛЖВ, з них 53% – чоловіки, 75,3% – мешканці міста; з діагнозом СНІДу – 427 осіб, з них 67,9% – чоловіки, 77,5% – мешканці міста. Проте за оціночними даними в області мешкало 2498 ЛЖВ. Співвідношення між цими показниками становить 1:1,8 і свідчить про те, що на сьогоднішній день лише 56,5% ЛЖВ звернулися за медичною допомогою та перебувають на обліку у відповідних ЗОЗ. Проаналізувавши показник взяття під МН протягом 12 міс. з часу виявлення антитіл до ВІЛ, встановлено, що кожного року від 60 до 123 осіб (24–40%), у яких протягом календарного року були виявлені антитіла до ВІЛ, не зверталися до медичних закладів для здійснення МН.

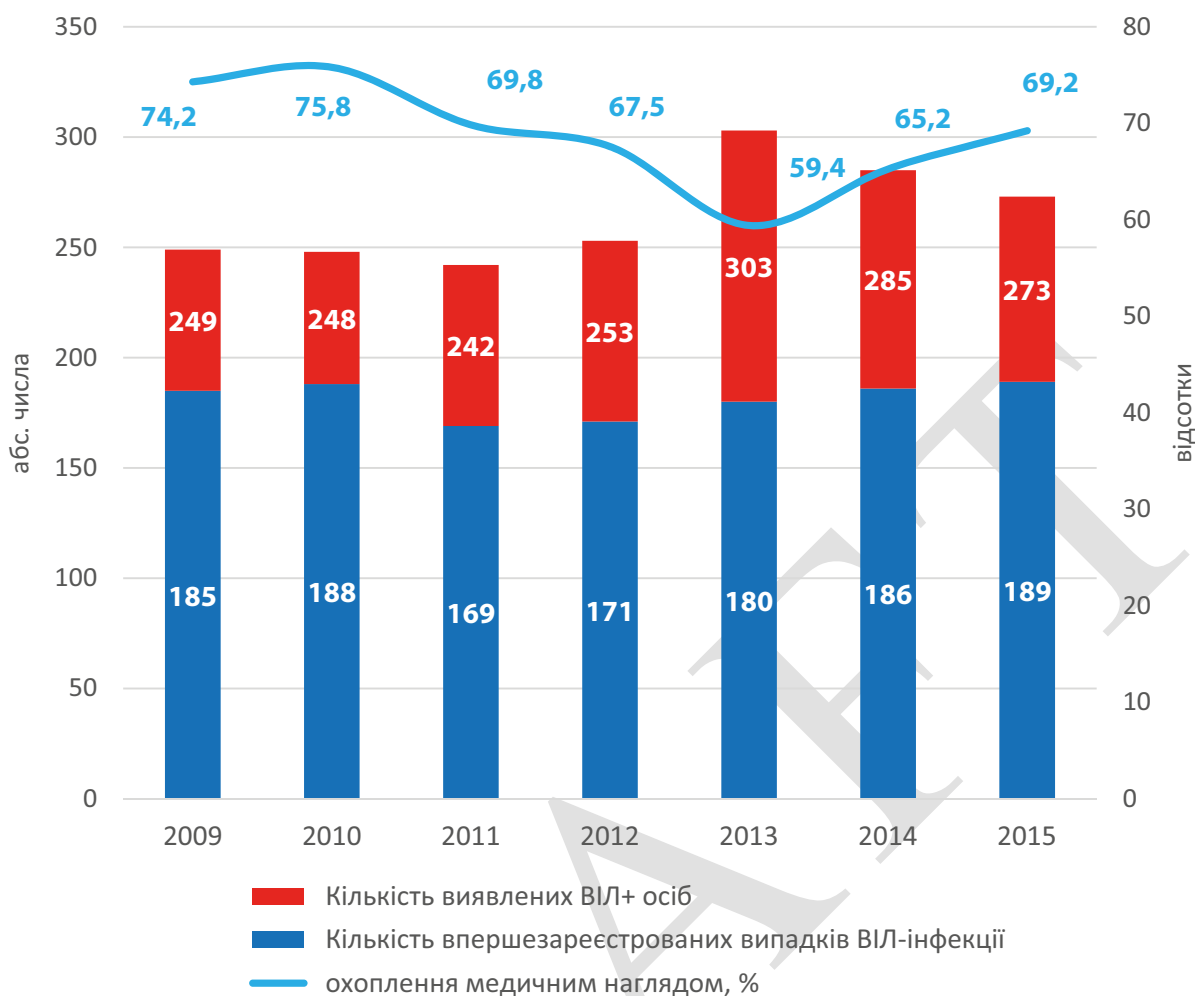


Рис. 5. Охоплення медичним наглядом уперше виявлених ВІЛ-позитивних осіб протягом 12 міс. з часу виявлення антитіл до ВІЛ у Сумській області за період 2009–2015 рр.

Встановлено, що в області протягом 2013–2016 рр. частка осіб, яких було взято на облік у III–IV клінічних стадіях, від загального числа осіб з уперше встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції мала тенденцію до зростання (з 40,6 % до 47%), а кількість пацієнтів з безсимптомною стадією зменшилася (з 53,3% до 42,2%). Їх виявлення відбувається переважно в ЗОЗ, коли лікарі діагностують хвороби, характерні для III–IV стадій ВІЛ-інфекції. Суттєву роль відіграє недостатність фінансування на придбання тест-систем для визначення антитіл на ВІЛ, внаслідок чого населення області має обмежений доступ до даного виду обстежень.

Показники поширеності ВІЛ-інфекції, за даними диспансерного нагляду, в 2016 р. становили 127,0 на 100 тис. нас. (на 01.01.2016 р. – 115,7), СНІДу – 38,4 на 100 тис. нас. (на 01.01.2016 р. – 34,5). Найвищі показники поширеності ВІЛ-інфекції зареєстровано в Шосткінському (154,9), Кролевецькому (153,6), Роменському (152,4), Конотопському (132,2) районах та м. Суми (173,5). Більш детальна картина регіонального поширення ВІЛ-інфекції представлена на карті (Рис. 6).

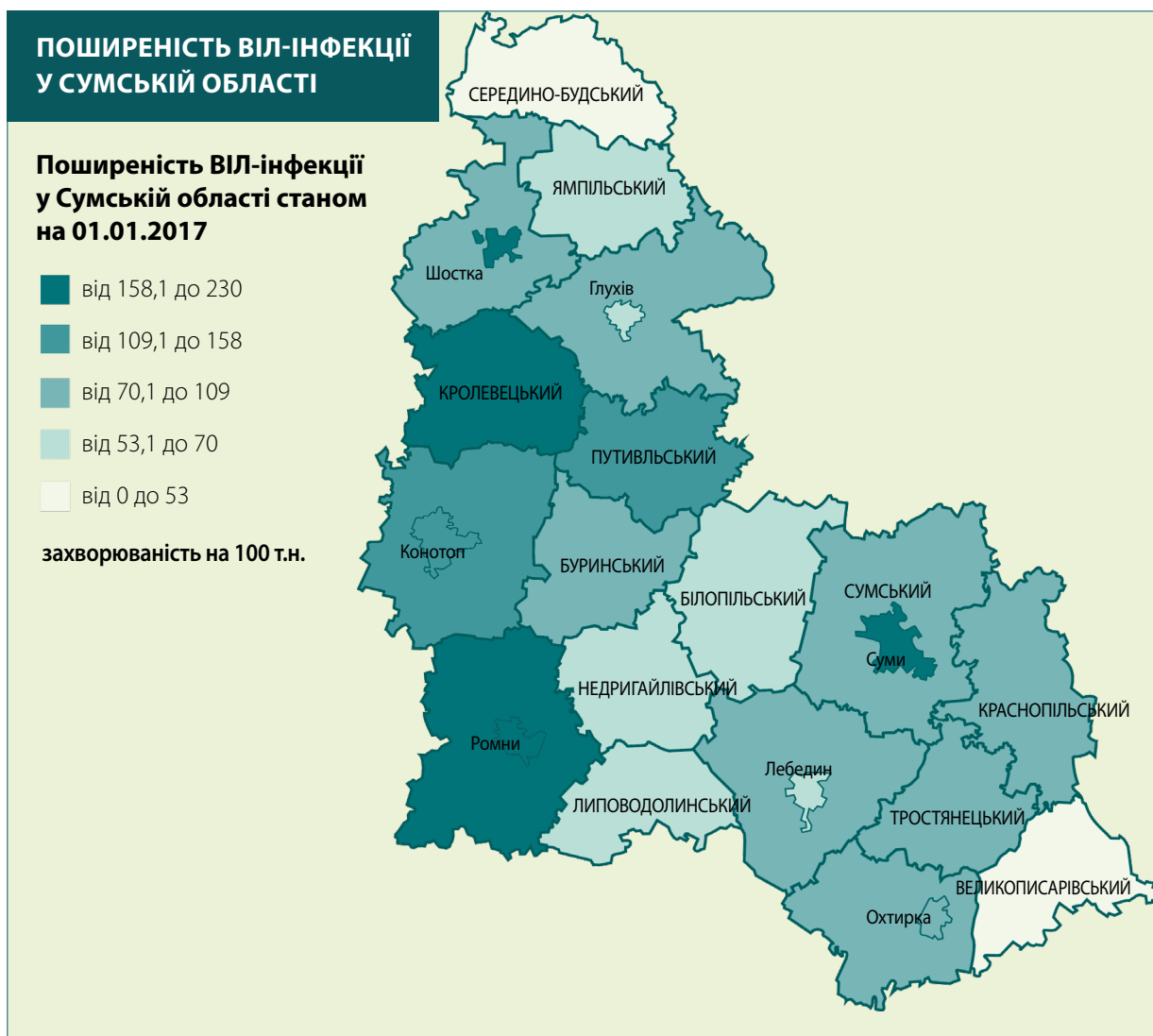


Рис. 6. Поширеність ВІЛ-інфекції в Сумській області станом на 01.01.2017 р.

5.2. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ станом на 01.01.2017 року

Оцінки та прогнози щодо ВІЛ/СНІДу використовуються в якості аргументів для виділення ресурсів, прийняття стратегічних рішень для посилення профілактичних та лікувальних заходів, планування медичних послуг і потреб в лікарських препаратах, сприяння розумінню наслідків епідемії ВІЛ-інфекції для демографічної ситуації в країні.

Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ в Сумській області (**Рис. 7**), що відображає виконання профілактичних та лікувальних програм, побудовано з урахуванням оціночних даних та ґрунтується на рутинних показниках моніторингу тестування, лікування, лабораторного супроводу. Отримані розрахункові дані було розглянуто та погоджено на засіданні обласної ради з питань протидії ТБ та ВІЛ-інфекції/СНІДу 21.11.2016 р.

За результатами розрахунків у програмі Spectrum/EPP 5.47, в Сумській області на початок 2017 р. мешкало 2498 ЛЖВ усіх вікових категорій, а за даними офіційної статистики – під МН у ЗОЗ області перебувало 1335 ЛЖВ (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження).

Співвідношення оціночних та фактичних даних щодо кількості ЛЖВ складає 1,87:1, тобто кожна третя особа із числа ЛЖВ в області не звернулася за медичною допомогою та не перебуває на обліку в ЗОЗ.

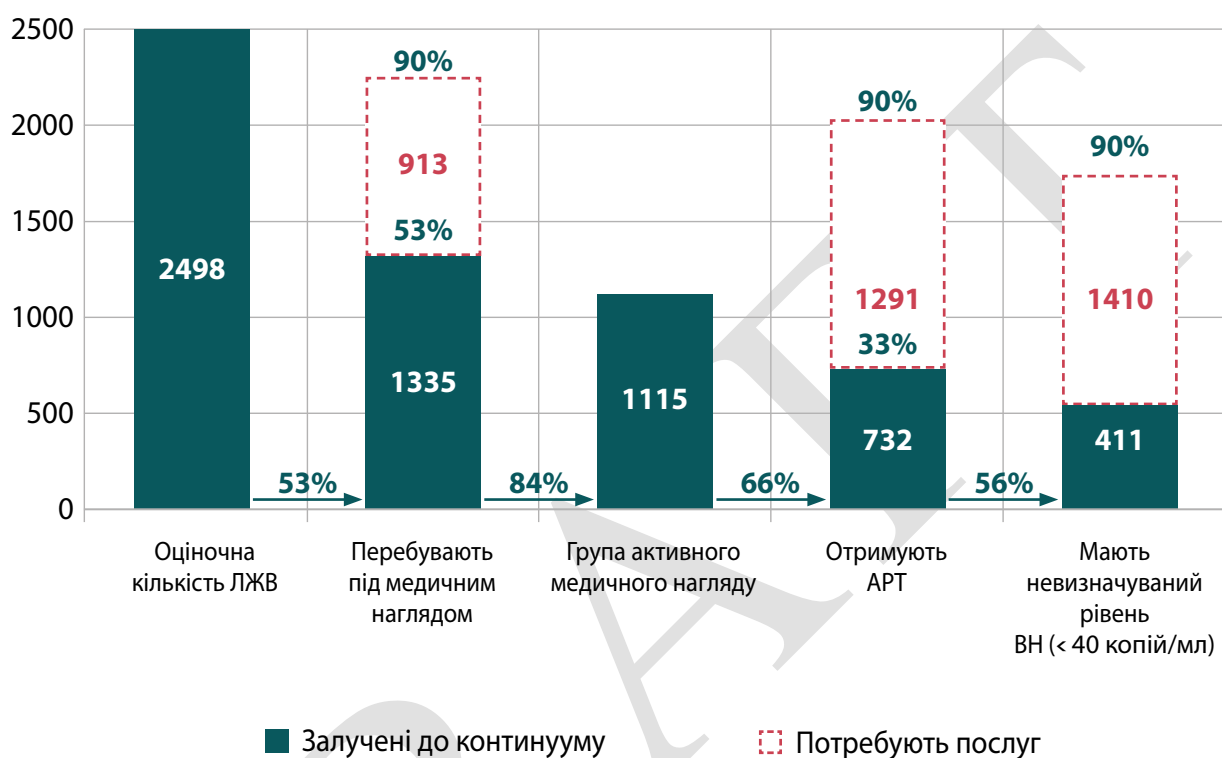


Рис. 7. Крос-секційний каскад послуг для ЛЖВ в Сумській області станом на 01.01.2017 р.

Основні дані каскаду послуг для ЛЖВ:

2498 ЛЖВ – оціночна кількість в Сумській області (усі вікові категорії).

1335 ЛЖВ (53% від оціночної кількості) знають про свій ВІЛ-позитивний статус та перебувають під МН у ЗОЗ служби СНІДу (без урахування дітей з діагнозом ВІЛ-інфекції у стадії підтвердження).

Для досягнення перших 90% стратегії Fast Track залишилися не виявленими та не взятими під МН ще 913 ЛЖВ.

732 ЛЖВ (33% від оціночної кількості, які мають бути охоплені послугою АРТ) отримують АРТ.

Для досягнення другого показника 90% стратегії Fast Track не залученим до послуг АРТ залишався 1291 ЛЖВ.

411 ЛЖВ (20% від оціночної кількості на АРТ) отримували АРТ не менше 6 міс. та досягли невизначуваного рівня ВІЛ (< 40 РНК копій/мл).

Аналіз заходів Програми у відповідності з п'ятьма напрямками ВООЗ

5.3. Аналіз впровадження АРТ

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Впродовж 2014–2016 рр. формується тенденція до погіршення показників смертності серед ЛЖВ. Відповідно до отриманих даних, за період 2009–2016 рр. з 2,7% до 1,8 % зменшилася частка випадків смерті внаслідок захворювань, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку. Проте впродовж 2014–2016 рр. спостерігалось зростання цього показника з 1,2% до 1,8%. Більш вираженою є дана тенденція серед чоловіків. Серед хворих на ВІЛ/ТБ частка померлих зменшилася з 15,4% у 2013 р. до 6,8% у 2015 р., проте за підсумками 2016 р. цей показник зріс до 19,3%. Зростає частка померлих серед активної диспансерної групи. Так, за результатами моделювання в Spectrum, кількість осіб, які померли від хвороби, зумовленої ВІЛ, серед ЛЖВ ключових груп населення протягом 2012–2016 рр. зменшується (ЛВІН – з 7,2 до 5,4%, ПКС – з 6,5 до 5,5%, ЧСЧ – з 7,9 до 5,6%).

Показник випадків смерті серед зареєстрованих ЛЖВ у звітному році протягом 2009–2016 рр. залишався на рівні 4%.

За період 2009–2016 рр. зросла частка летальних випадків серед ЛЖВ, які отримували АРТ. Особливо вираженою ця тенденція була у період з 2012 по 2016 рік (з 1,4 до 3,4%), як серед чоловіків, так і серед жінок. Водночас частка випадків смерті серед ЛВІН, які отримували АРТ, зменшилася з 50% (2009 р.) до 19,6% (2016 р.), а серед хворих на ВІЛ/ТБ – зі 100 % до 58,8% відповідно. При цьому серед ЛВІН у 2014–2016 рр. спостерігалась тенденція до зростання показника – з 6,5% до 19,6%.

Упродовж 2009–2016 рр. з 9,3% до 23,3% зросла частка померлих, які отримували АРТ, серед осіб, у яких ВІЛ-інфекція та смерть зареєстровані у звітному році. Подібна ситуація спостерігається серед чоловіків та жінок, ЛВІН і хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ. Проте з 2014 р. формується тенденція до зниження даного показника – з 32,6% до 23,3%.

До 2013 року в області не було зареєстровано випадків смерті серед осіб, які отримували АРТ 12 міс. і більше, з числа померлих у звітному році ЛЖВ. Динаміка цього показника впродовж 2014–2016 рр. була негативною (з 7,1% до 16%), зростає частка померлих чоловіків (з 11,1% до 16,6%) та хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ (з 16,7% до 28,6%). В той же час частка жінок та ЛВІН зменшується. Серед жінок випадки смерті реєструвалися лише у 2013 та 2016 рр.

Абсолютно ідентичною є ситуація з часткою померлих у звітному році, які отримували АРТ 12 міс. і більше, з числа всіх ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше на кінець звітного року.

Відсоток летальних випадків серед ЛЖВ, які не отримували АРТ, від усіх випадків смерті у звітному році знизився з 88,5% у 2009 р. до 58,3% у 2016 р. Подібна ситуація спостерігається серед жіночого та чоловічого населення, ЛВІН та хворих на ВІЛ/ТБ.

Відсоток випадків смерті серед ЛЖВ, які отримували АРТ, з 2010 по 2016 рік зменшується з 7,3% до 5,2%. Проте серед жінок і хворих на ВІЛ/ТБ значення цього показника зростають – з 1,9% у 2012 р. до 4,1% у 2016 р. та з 15,6% у 2013 р. до 20,4% у 2016 р. відповідно.

За період 2009–2016 рр. найпоширенішою причиною смерті серед ЛЖВ, які приймали АРТ, був ТБ різних локалізацій (49% всіх смертей) та злоякісні новоутворення, у т.ч. СНІД-індикаторні (10% всіх смертей). Інші причини смертності зустрічалися не так часто – від 1% до 4%.

Висновки

1. Темпи впровадження та обсяги надання послуг з АРТ у 2009–2016 рр. не були достатніми для здійснення позитивного впливу на епідемічну ситуацію з ВІЛ-інфекції в Сумській області. У 2014–2016 рр. сформувалася тенденція до погіршення показників смертності серед ЛЖВ, у т.ч. в активній диспансерній групі та серед тих, хто отримував АРТ.
2. Зменшується частка померлих ЛЖВ, які не отримували АРТ.
3. Причиною смерті у половини всіх ЛЖВ був ТБ.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Існує прогрес в охопленні послугами АРТ населення області, проте зростає частка осіб, які потребують, але не отримують її, а темпи та обсяги охоплення ВІЛ-інфікованих ЛВІН недостатні. Знизилася частка осіб, які відмовляються від терапії.

З 2009 по 2016 рік охоплення АРТ зросло з 4,7% до 29,2% від оціночної кількості ЛЖВ, а доступ до АРТ серед ВІЛ-інфікованих ЛВІН (від оціночної кількості) – з 5% до 10,8%.

Частка осіб, які перебувають під медичним наглядом на кінець року та отримують АРТ, зросла з 14,9% у 2009 р. до 51,9% у 2016 р. Зростання відсотка охоплення відбувається серед чоловіків, жінок та серед ЛВІН. Варто зазначити, що у 2016 р. показник охоплення ЛВІН зменшився з 32,4% (2015 р.) до 22,5% від тих, хто перебував під МН.

Незначна частка споживачів опіатів охоплена послугами інтегрованої допомоги АРТ та ЗПТ. Абсолютна кількість таких осіб зросла з п'яти у 2009 р. до 48 у 2016 р. Проте з 2014 року практично припинився набір ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які залучені до ЗПТ та бажають отримувати АРТ. Частка таких осіб зросла з 6% у 2009 р. до 15,2% у 2013 р., проте з 2014 по 2016 рік зменшилася до 11,7%.

Активна диспансерна група не повною мірою залучається до послуг з АРТ. За даними форми № 56, частка ЛЖВ, які знаходилися на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували та не отримували АРТ, зросла з 1,9% у 2013 р. до 7,1% у 2016 р. Певною мірою це може бути пов'язано зі зміною критеріїв для призначення АРТ, які було переглянуто у 2015 р.

Протягом 2009–2016 рр. у Сумській області зареєстровано 91 випадок побічних дій та ускладнень від АРТ. Щороку реєструється від 7 (2015 р.) до 16 (2011 р.) таких випадків, але лише одному хворому було відмінено прийом АРТ за медичними показами. Переважна більшість хворих самовільно припиняють АРТ. Щороку від двох до 18 хворих відмовляється від терапії, проте частка таких осіб серед загальної кількості тих, хто отримує АРТ, зменшилася з 4,1 до 2,7 %. Одним із чинників, які негативно впливають на рішення хворих щодо продовження терапії, є перебої у постачанні препаратів, внаслідок чого медичні працівники змушені видавати АРТ лише на один місяць і не на сайті АРТ, а в обласному центрі СНІДу. Таким чином, зростають витрати хворих із віддалених районів на проїзд до місця отримання препаратів, що є основним фактором відмови від терапії.

Впродовж звітної періоду 36 хворих, які отримували АРТ, померли. Близько третини з них приймали препарати 12 міс. і більше. Кількість хворих, знятих з терапії через смерть, коливалася від двох випадків у 2010 р. до 12 випадків у 2013 р.

У 2016 році 70% осіб активної диспансерної групи (за винятком дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями) були охоплені АРТ. Послуга є доступною для мешканців всіх адміністративних територій області. Проте жителям віддалених регіонів, де відсутні сайти АРТ, потрібно витрачати

більше коштів на те, щоб доїхати до обласного центру СПІДу та отримати препарати, тому актуальним залишається питання створення сайтів АРТ в усіх ЦРЛ області. Існує проблема щодо небажання клієнтів програми ЗПТ долучатися до послуг АРТ. Її можна вирішити, відкривши сайти ЗПТ на базі обласних центрів СНІДу та сайти АРТ на сайтах ЗПТ.

Висновки

1. Кількість ВІЛ-інфікованих пацієнтів в області, які отримують АРТ, зростає, проте зростає й частка осіб, які потребують, але не отримують її.
2. Доступ до АРТ в області щороку збільшується як серед осіб, які перебувають на обліку станом на кінець року, так і з урахуванням оціночних даних щодо кількості ЛЖВ.
3. Темпи та обсяги охоплення ВІЛ-інфікованих ЛВІН недостатні.
4. Лише половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які знаходяться на ЗПТ, отримують АРТ.
5. Зростає частка осіб, які потребують та не отримують АРТ, серед тих, хто знаходився на регулярному моніторингу стану здоров'я.
6. Близько третини померлих, які отримували АРТ, приймали препарати 12 міс. і більше.
7. Зменшилася частка осіб, які відмовляються від терапії. Основною причиною відмови від АРТ є значні витрати на проїзд в періоди, коли існували перебої у постачанні препаратів, внаслідок чого вони видавалися в обласному центрі СНІДу, а не на сайті АРТ. Побічні дії АРТ стали причиною відмови від лікування лише в 1% випадків.

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

Протягом 2009–2016 рр. кількість та розташування сайтів АРТ в області залишалися незмінними. Хворі мали можливість отримувати препарати у Конотопській, Кролевецькій, Роменській, Шосткінській ЦРЛ та обласному центрі СНІДу. Призначення АРТ здійснювалося лише в обласному центрі СНІДу. Сайти розташовані в районах з найбільшою кількістю ЛЖВ.

Послуги з догляду та підтримки до 2016 р. надавалися лише в обласному центрі СНІДу. З 2016 р. до штатного розпису Центру введена одна посада соціального працівника, на якій працюють чотири фахівці.

Інтегрована медична допомога хворим на ВІЛ/ТБ з 2016 р. надається в міських поліклініках обласного центру, ЦРЛ, Шосткінському міжрайонному і Сумському обласному протитуберкульозних диспансерах та обласному центрі СНІДу. Кількість сайтів ЗПТ зросла з трьох у 2009 р. до восьми у 2016 р.).

За наступним посиланням можна знайти інтерактивну карту розташування кабінетів «Довіра», сайтів АРТ та ЗПТ, НУО: <http://goo.gl/mh7gaZ>

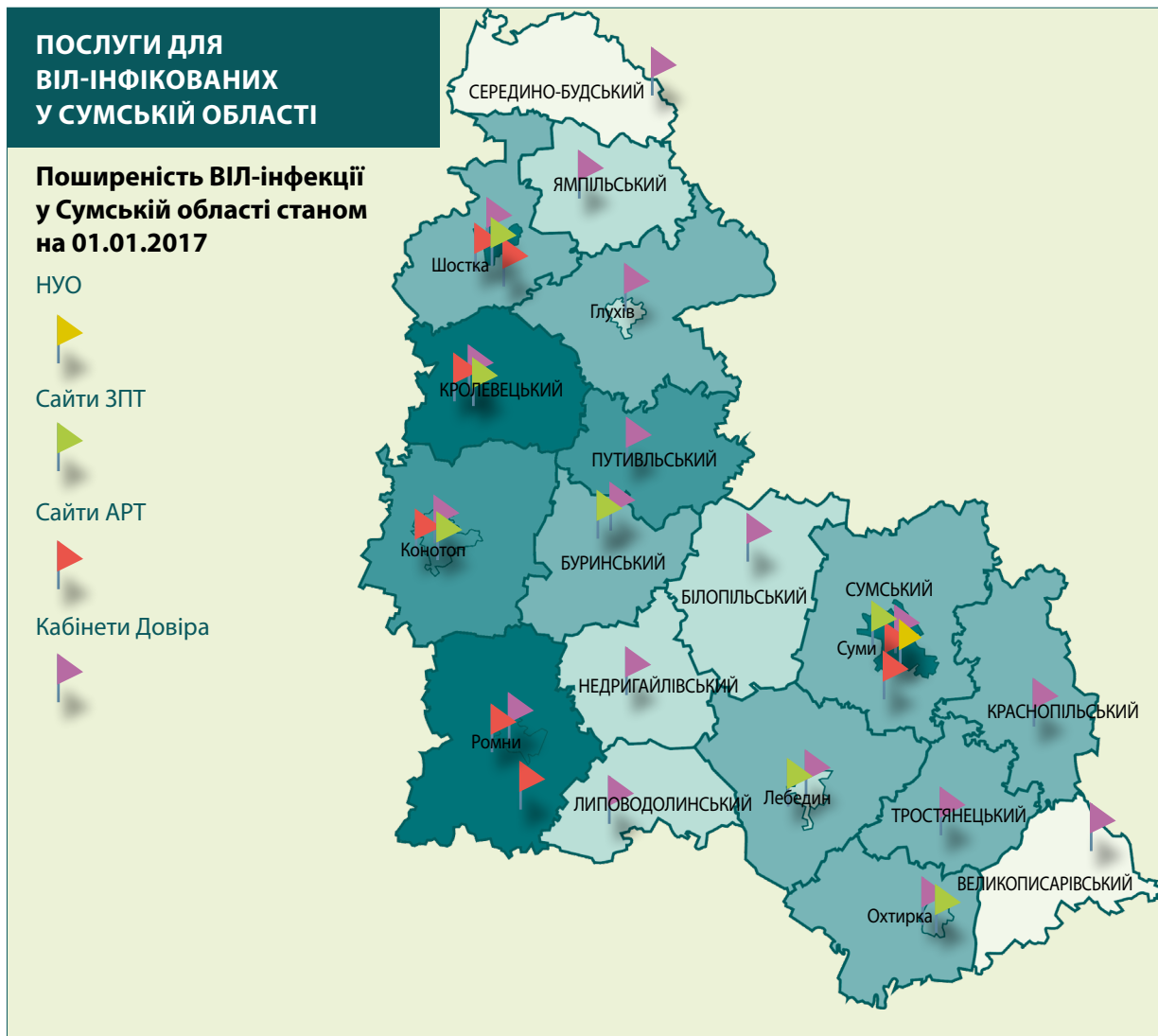


Рис. 8. Сайти надання послуг для ЛЖВ в Сумській області станом на 01.01.2017 р.

Висновки

1. Мережа сайтів АРТ в області потребує розширення.
2. Послугами з догляду та підтримки охоплені лише ЛЖВ на території обласного центру, оскільки тільки одна НУО надає ці послуги.
3. Хворі на ВІЛ/ТБ у всіх районах області мають змогу отримувати інтегровану медичну допомогу з ко-інфекції ВІЛ/ТБ.
4. Кількість сайтів ЗПТ зросла з трьох до восьми.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Заходи з моніторингу лікування здійснюються залежно від обсягів фінансування і протягом останніх чотирьох років виконуються на недостатньому рівні.

В області існує проблема з охопленням ЛЖВ обстеженням на визначення рівня ВН, що пов'язано із недостатньою кількістю реактивів, що закуповуються державою для проведення даного дослідження. Відсоток охоплення дослідженням зростав – з 73,6% у 2009 р. до 89,3% у 2012 р., а потім стрімко знизився до 33,6% у 2014 р. і поступово зростав упродовж останніх двох років (2016 р. – 68%).

Подібна тенденція спостерігалася і серед ЛЖВ, які отримували АРТ та мали невизначуваний рівень ВН. Протягом 2009–2012 рр. частка таких ЛЖВ зросла з 66,1% до 77,9%, потім знизилася до 20,4% у 2014 р. і в 2016 р. становила 58,2%; 88% хворих, які приймали АРТ, мали невизначувані рівні ВН у 2016 р.

Утримання на АРТ протягом 12 міс. від її початку залишалося на рівні 81,2%–82,9%, 24 міс. – 75,5%, 36 міс. – знизилася з 80,7% до 76,4%.

Протягом 2013–2016 рр. з 69,2% до 53,2% зменшилося охоплення послугами з догляду та підтримки ЛЖВ. В групі ВІЛ-інфікованих ЛВІН частка охоплених цими послугами також зменшилася – з 51,8% у 2013 р. до 43% у 2016 р.

Послуги з догляду та підтримки для пацієнтів з усіх регіонів області надаються лише на базі обласного центру СНІДу. Не охопленими залишаються групи ризику ПКС та ЧСЧ. Така ситуація склалася внаслідок відсутності в містах і районах області НУО, що опікуються проблемами ЛЖВ та КГН. Для підвищення доступності послуг з догляду та підтримки необхідно впровадити соціальне замовлення на даний вид послуг та розширити грантову підтримку донорів організаціям, розташованим поза межами обласного центру.

Висновки

1. В області заходи з АРТ не завжди виконуються правильно. Існують проблеми щодо забезпечення адекватного моніторингу ефективності лікування. Зокрема, через недостатнє фінансування послуга з визначення рівня ВН не є доступною для всіх ЛЖВ.
2. Зменшуються обсяги надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ, які проживають поза межами обласного центру.
3. Послуги з догляду та підтримки не є доступними для ЧСЧ та ПКС.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Існують певні недоліки у системі забезпечення ЛЖВ послугами АРТ. Необхідно корегувати логістичну систему забезпечення сайтів АРТ препаратами, зробивши її більш гнучкою, ослабивши бюрократичні перепони. Зокрема, доцільно вести зміни в місцеву нормативну базу, наділивши обласний центр СНІДу правом видавати АРВП на сайти АРТ за рознарядкою без оформлення передачі наказом УОЗ Сумської ОДА. Надання сайтам АРТ права призначати терапію розвантажить обласний центр СНІДу та допоможе в наданні більш якісних послуг на третинному рівні, забезпечить якісний організаційно-методичний супровід системи надання АРТ. На державному

рівні необхідно забезпечити своєчасне та повне забезпечення закупівель АРТ та виробів медичного призначення, необхідних для лабораторного моніторингу терапії.

Діти та підлітки охоплені АРТ повністю. Дорослим терапія надається відповідно до показів та наявності препаратів в рамках встановленої квоти. Не було відмов у наданні ПВТ та АРТ для вагітних. Вирішено питання про призначення АРТ під час активної фази стаціонарного лікування ТБ у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ. Щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ. Сім із дев'яти офіційно зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ЧСЧ отримують АРТ.

До 2016 року кількість та розташування сайтів АРТ задовольняли більшість потреб пацієнтів. Для розширення функцій сайтів необхідна відповідна підготовка та мотивація лікарів. Лабораторний моніторинг АРТ доступний для всіх пацієнтів. Проте необхідно вирішити питання повного централізованого забезпечення тест-системами та витратними матеріалами для обстеження на визначення ВН.

Існує потреба щодо корегування забезпечення сайтів АРТ в області препаратами.

Призначення та видача АРВ-препаратів в області здійснюється у відповідності з національними клінічними протоколами.

Середня кількість ЛЖВ, що обслуговується одним інфекціоністом, зросла з 32,5 у 2009 р. до 56,4 у 2016 р. Проте в розрізі ЗОЗ ця кількість розподілена нерівномірно. Найбільше навантаження на лікаря в обласному центрі СНІДу, де вона досягає 400 і більше пацієнтів на рік, найменша – у В. Писарівській ЦРЛ (чотири пацієнти на рік).

Система планування потреб в АРТ визначається на національному рівні залежно від кількості пацієнтів, які її потребують, клінічних показів/протипоказів до застосування груп препаратів та доведеної квоти фінансування. Заявка на препарати для АРТ формується за бюджетною програмою КПКВ 2301400 «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» за напрямом «Централізована закупівля медикаментів для АРТ дорослих, підлітків і дітей» відповідно до листа МОЗ України з визначеною квотою для регіону та номенклатури ЛЗ, передбачених для закупівлі, на підставі обґрунтованої 100%-ної потреби (кількості пацієнтів, які продовжують АРТ, та кількості пацієнтів, запланованих для початку АРТ, або заміни схеми лікування). Квота розрахована на пацієнтів, які вже отримують АРТ, а залишок її розподіляється на нових пацієнтів згідно плану набору, доведеного ЦГЗ.

Проте затримки поставок АРВ-препаратів на один – два роки унеможливають якісне планування потреб і можуть призвести до колапсу системи забезпечення. Наприклад, АРВ-препарати за заявками 2015 та 2016 рр. область ще не отримала. Тобто планування на наступний рік здійснюється за відсутності препаратів, заявлених у позаминулий рік, та гарантій щодо отримання заявленого обсягу медикаментів. За умови налагодження поставок є ризики отримання трирічних обсягів АРВ-препаратів, і значна частина з них не буде використана до закінчення терміну придатності. Відтак необхідним є вчасне планування потреб АРВ-препаратів та їх закупівля. Розподіл препаратів по регіонах варто здійснювати щоквартально протягом року для уникнення перевантаження складів та дотримання належних умов зберігання.

Для відстеження прогресу в сфері надання послуг АРТ використовується система когортного аналізу, затверджена наказами МОЗ України від 07.04.2008 № 187 «Про затвердження тимчасових форм обліку та звітності з питань моніторингу лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу та інструкцій щодо їх заповнення» (форми № 56 та № 57), додатки до Комплексного плану розширення доступу до АРТ, електронний інструмент моніторингу руху та використання АРВ-препаратів, електронні інструменти для заповнення форм № 56 і № 57, електронний інструмент узагальнення та аналізу даних форми № 57. Щомісяця на обласному рівні проводиться аналіз даних для прийняття управлінських рішень. Враховуючи зазначене, слід зазначити, що протягом 2009–2016 рр. не було випадків, коли хворі не могли отримати препарати для АРТ через їх відсутність. Проте були періоди, коли у зв'язку із затримкою державних поставок існувала практика зміни схем АРТ для певних пацієнтів, зменшення запасу препаратів, який видається кожному на руки, а також переведення

пацієнтів на сайт обласного центру СНІДу для отримання ліків. Такі ситуації мали місце у 2015 р. з AZT/3TC, у 2016 р. – з TDF/FTC, коли поставки препаратів затримувалися на значні терміни.

Модель надання послуг АРТ в Сумській області не відповідає стратегії Fast Track, зокрема:

- існують проблеми щодо планування та забезпечення препаратами для АРТ, оскільки виділеної квоти на регіон не завжди вистачає для задоволення потреб пацієнтів;
- існують проблеми щодо відмови ВІЛ-інфікованих клієнтів програм ЗПТ від призначення та прийому АРТ;
- обласний центр СНІДу не може забезпечити повний спектр лабораторних обстежень для лабораторного моніторингу АРТ власної диспансерної групи;
- не забезпечено контрольоване лікування АРТ під час амбулаторного лікування ТБ у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ;
- сайти АРТ створено лише в регіонах області, а призначення АРТ відбувається в обласному центрі СНІДу.

Висновки

1. Підходи до надання послуг АРТ в області у цілому відповідають епідемічному контексту.
2. Процедура передачі препаратів на сайти АРТ наказами УОЗ займає багато часу та потребує спрощення.
3. Мережа сайтів АРТ потребує розширення з одночасним наданням права призначати терапію.
4. Наявних кадрових ресурсів достатньо для надання послуг АРТ належної якості.
5. Існуюча система планування та централізованого постачання АРТ вкрай недосконала. Не забезпечується вчасність та періодичність поставок, внаслідок чого створюються великі ризики для життя та здоров'я пацієнтів.
6. В області налагоджена робота по відстеженню прогресу в сфері надання послуг АРТ.
7. У зв'язку із затримками централізованих постачань АРВ-препаратів в області мала місце практика зміни схем АРТ, зменшення запасу препаратів, які видаються пацієнту на руки, а також переведення пацієнтів на сайт обласного центру СНІДу для отримання ліків.
8. Модель надання послуг АРТ в області не відповідає стратегії Fast Track.

5.4. Аналіз заходів консультування і тестування на ВІЛ

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Заходи з КіТ, що впроваджуються в рамках виконання регіональної програми, сприяли зростанню частки осіб, які знаходяться під МН, почали реєструватися ВІЛ-позитивні особи з групи ЧСЧ.

Частка ЛЖВ, які перебувають під МН, від оціночної їх кількості, за даними моделювання у Spectrum, зросла в 1,8 разу – з 28,9% у 2009 р. до 52,1% у 2016 р. Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+), які знаходяться під МН, зменшився з 62,9% у 2011 р. до 33,2% у 2015 р. Для розрахунку даного показника використовувалася оціночна кількість ЛВІН, отриманих за даними БПД 2015 р. (12 200 осіб).

Зростає кількість ЛЖВ, яких було взято під МН у III–IV клінічних стадіях ВІЛ (з 40,6% у 2013 р. до 47% у 2016 р.) та кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з парентеральним шляхом передачі, яких було взято під МН у III та IV клінічних стадіях ВІЛ (з 49% до 60% відповідно).

Якість послуг з КіТ серед ПКС та ЧСЧ неможливо оцінити через незначну кількість реєстрації позитивних осіб саме серед цих груп населення. Вірогідно, необхідно при реєстрації статевого шляху передачі відображати кількість осіб, які інфікувалися ВІЛ під час надання сексуальних послуг за винагороду. Для підвищення достовірності даних СЕМ та РЕН важливо забезпечити тісну взаємодію з НУО, які працюють з даною групою, задля залучення їх до медичних ВІЛ-послуг.

Представники КГН відчувають прояви дискримінації та стигматизації з боку медичних працівників, що негативно впливає на їх залучення до ПТВ у ЗОЗ. Для зменшення негативного впливу дискримінації відносно ЛЖВ/КГН необхідно активно залучати ЗМІ щодо формування толерантного ставлення до даної категорії населення та висвітлення інформації про заклади, які надають послуги з КіТ.

Висновки

1. Зростає відсоток ЛЖВ, які знаходяться під МН.
2. Вдвічі зменшилася частка ЛВІН віком 15 років і старше, які охоплені МН, від оціночної кількості ВІЛ-позитивних ЛВІН.
3. В області почали реєструватися ВІЛ-позитивні особи з групи ЧСЧ.
4. Стратегія з КіТ на ВІЛ в області не сприяє ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ.
5. Прояви стигматизації та дискримінації з боку медичних працівників негативно впливають на ефективність та якість послуг з КіТ для представників КГН.

2. Чи охоплені потрібні люди?

За даними біоповедінкових досліджень, частка ЛВІН, які протягом останніх 12 міс. пройшли тестування на ВІЛ та отримали його результат, зросла з 43,1% у 2011 р. до 59,9% у 2015 р., серед ПКС – з 29,3% у 2013 р. до 47,3% у 2016 р. Проте частка позитивних результатів ЛВІН серед усіх позитивних результатів коливалася у межах від 7% у 2011 р. до 16,3% у 2013 р. Серед груп ПКС та ЧСЧ реєструються поодинокі випадки позитивних результатів. Частка ВІЛ-позитивних засуджених та ув'язнених серед загальної кількості виявлених протягом року за результатами СЕМ ВІЛ-позитивних осіб за період 2009–2016 рр. знизилася з 13% до 6,7%, що може бути пов'язано зі зменшенням в 1,8 разу чисельності контингенту осіб, які перебувають в закладах системи виконання покарань, та, відповідно, зменшенням обсягів обстежень.

Висновки

1. Спостерігається позитивна динаміка щодо охоплення послугами КіТ серед КГН.
2. Зменшення частки ВІЛ-позитивних засуджених та ув'язнених може бути пов'язано зі зменшенням в 1,8 разу чисельності контингенту осіб, які перебувають в закладах ДКВС та, відповідно, зменшенням обсягів обстежень.

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

Послуги з КіТ на сьогодні надаються тільки в ЦРЛ (вторинний рівень) та закладах обласного підпорядкування (третинний рівень). В центрах первинної медико-санітарної допомоги, територіальних об'єднаних громадах, сільських амбулаторіях, ФАП (первинний рівень) послуги з КіТ не надаються. В селищах міського типу та селах такі послуги взагалі недоступні. Для підвищення доступності цих послуг необхідно провести навчання медичних працівників з питань КіТ (включивши дану тему до висвітлення на курсах тематичного удосконалення, передатестаційних циклах) та створити умови задля забезпечення надання відповідних послуг.

Найбільшу кількість послуг з КіТ в області надають ЗОЗ та НУО. Недостатньо налагоджена робота з надання КіТ в ЦСССДМ. Не повною мірою використовують свої ресурси щодо КіТ і заклади ДКВС (тестування на ВІЛ у разі відсутності ШТ на ВІЛ не проводяться, хоча можна робити відповідне дослідження методом ІФА шляхом направлення зразків крові до централізованої лабораторії обласного центру СНІДу).

В області працюють НУО (БФКН, СОВЛЖВ та ГОКШ), діяльність яких спрямована на протидію поширенню ВІЛ-інфекції серед ГПР (проведення профілактичних заходів з ВІЛ, надання мінімального пакету послуг для ЛВІН, ПКС, ЧСЧ, ув'язненим). Вони реалізують свою діяльність тільки в обласному центрі. Для підвищення доступності та адекватності послуг КіТ, які надаються через НУО, необхідно забезпечити їх діяльність в районних центрах з акцентом на райони, де рівні захворюваності та поширеності ВІЛ є вищими за обласні показники.

Висновки

1. Обсяги послуг з КіТ, що надаються у ЗОЗ області для КГН та інших груп населення, є недостатніми.
2. ЦСССДМ не залучені до надання послуг з КіТ.
3. Існують організаційні недоліки у наданні послуг з КіТ на базі закладів ДКВС.
4. Послуги з КіТ на базі НУО отримують переважно мешканці обласного центру та близько розташованих до нього сіл.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Відзначається негативна динаміка щодо взяття під МН протягом трьох місяців і року осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (показники зменшилися з 14% у 2009 р. до 8% у 2016 р. та з 17% у 2009 р. до 7% у 2016 р. відповідно). Хоча останніми роками спостерігається прогрес щодо взяття під МН протягом місяця з часу виявлення позитивного результату – з 24% у 2013 р. до 46% у 2016 р. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під МН протягом звітного року, впродовж 2009–2014 рр. зменшилася з 74% до 59%, проте з 2014 р. динаміка є позитивною – показник зріс до 66% (2016 р.).

Динаміка співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування до кількості осіб, яких було взято під МН впродовж 2012–2015 рр., була позитивною – показник зріс з 61,4% до 79,3%. У 2016 р. зареєстровано незначний спад – до 74,4%.

Послуги з КіТ для мешканців сільської місцевості не надаються на первинному рівні надання медичної допомоги.

Відсутня система супервізії послуг з КіТ фахівцями обласного центру СНІДу.

Соціальні та психологічні послуги для ВІЛ-позитивних осіб надаються переважно в обласному центрі.

До надання послуг з КіТ в області залучені НУО, які значною мірою забезпечують ці послуги представникам ГПР (ЛВІН, ПКС, ЧСЧ, ув'язнені). У подальшому необхідно залучати нових партнерів або розширяти діапазон реалізації діяльності відповідних НУО (сільська місцевість, міста районного підпорядкування) та активізувати роботу наркологічної, дерматовенерологічної, акушерсько-гінекологічної служб та ін. Існує система переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до ЗОЗ для взяття під МН, забезпечено верифікацію даних НУО.

В області впроваджено систему менеджменту закупівель тест-систем та витратних матеріалів для тестування на ВІЛ в рамках виділених коштів. За останні три роки близько половини досліджень виконуються за допомогою ШТ, які закуповуються ЗОЗ області в рамках місцевого фінансування. Відповідно політику тестування визначає кожен ЗОЗ окремо. Обсягів фінансування на закупівлю тест-систем для ІФА не вистачає.

Висновки

1. Заходи з КіТ в області не виконуються правильно та не повною мірою є інтегрованими і синергічними з іншими медичними послугами.
2. Не відбувається прогресу щодо покращення показника взяття під МН серед осіб, у яких протягом трьох місяців та року виявлено позитивний результат обстеження на ВІЛ.

3. Показники взяття під МН забезпечуються переважно за рахунок залучення до медичного обслуговування осіб, яким ВІЛ-позитивний статус було встановлено у минулих роках і які звернулися до лікаря у зв'язку з погіршенням клінічного стану. Ці особи впливають на зростання показників взяття під МН у III–IV клінічних стадіях.
4. Послуги з КіТ не надаються на первинному рівні надання медичної допомоги для мешканців сільської місцевості.
5. Відсутня система супервізії послуг з КіТ.
6. Соціальні та психологічні послуги для ВІЛ-позитивних осіб надаються переважно в обласному центрі.
7. Послуги з КіТ для представників КГН забезпечуються переважно на базі НУО.
8. Система переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО до ЗОЗ працює, забезпечено верифікацію звітів НУО.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

В області спостерігається систематичне недофінансування закупівель діагностичних тест-систем, нерегулярні їх поставки для обстеження вагітних, що призводить до перерозподілу ресурсів обласного бюджету на обстеження цієї категорії населення. Внаслідок півторарічних затримок поставок тест-систем у 2016 р. зареєстровано випадки відсутності протягом трьох місяців діагностиків для проведення підтверджувальних досліджень. Використовуються тест-системи, закуплені за кошти державного бюджету відповідно до тендерних пропозицій.

Фактичне фінансування послуг з КіТ не покриває реальної потреби і становило 139,2 тис. грн. у 2013 р., 154,7 тис. грн. у 2015 р. та 478,2 тис. грн. у 2016 р. Водночас в області відзначається збільшення відсотка фінансування відповідного заходу – з 15,7% у 2013 р. до 31,2% у 2015 р. та 89% у 2016 р.

Значна кількість тестувань проводиться з використанням ШТ за рахунок донорів (ГФ, Фонд Вільяма Дж. Клінтона). Для забезпечення балансу між бажаною ефективністю послуг з КіТ та фінансовою спроможністю необхідно щороку при формуванні бюджетів планувати фінансування для забезпечення надання послуг з КіТ.

Послуги з КіТ в області надають медичні працівники, психологи, соціальні працівники НУО. Затрати робочого часу на надання даної послуги під час амбулаторного прийому з ініціативи медичного працівника у разі негативного результату тесту на ВІЛ складає 27–31 хв., що у 2,3–2,6 разу перевищує існуючий норматив затрат робочого часу на обслуговування одного пацієнта. У структурі затрат робочого часу на послугу КіТ на ВІЛ найбільшу частку займає процедура тестування на ВІЛ з використанням ШТ (40%, або 10,5–13 хв.), що зумовлено складним технологічним процесом проведення даного обстеження. Кількість підготовлених фахівців ЗОЗ та їх фахова підготовка є недостатніми.

На національному рівні необхідно забезпечити регулярні централізовані поставки тест-систем для діагностики ВІЛ у вагітних та донорів. На місцевому рівні важливо забезпечити відповідне фінансування заходів з КіТ.

Система відстеження прогресу в наданні послуг з КіТ побудована на аналізі даних статистичних форм №1-ВІЛ/СНІД та №2-ВІЛ/СНІД, затверджених Наказом МОЗ України від 05.03.2013 № 180 та форми № 3, затвердженої Наказом МОЗ України від 11.04.2010 № 388. Існує потреба змінити форму № 3, оскільки дані неможливо верифікувати з первинною документацією, а їх достовір-

ність викликає великі сумніви. Крім того, існуюча прив'язка послуг з КіТ до профілю закладів, а не до причини обстеження, не дозволяє здійснювати якісний моніторинг даних послуг. Для відстеження послуг з КіТ в області впроваджено електронні інструменти (інструмент для збору та узагальнення даних, необхідних для складання форми № 3, та інструмент, який використовується для складання табл. 1000 форм № 1-ВІЛ/СНІД та № 2-ВІЛ/СНІД).

Висновки

1. Заходи з КіТ, що впроваджуються в області, не є релевантними епідеміологічному контексту, а система забезпечення тест-системами адекватною.
2. Ресурси обласного бюджету використовуються для обстеження вагітних за відсутності поставок за рахунок державного бюджету.
3. Зареєстровано випадки відсутності протягом трьох місяців діагностиків для проведення підтверджувальних досліджень.
4. Фактичне фінансування послуг з КіТ не покриває 100%-ної потреби. Наявних обсягів фінансування недостатньо для забезпечення вільного доступу всіх категорій населення до тестування.
5. Постачання ШТ здійснюється переважно за рахунок міжнародних донорів, що створює ризики щодо безперервності надання послуг з КіТ у разі закінчення доступу до цих джерел фінансування.
6. Існує потреба внесення змін до форми № 3-ВІЛ/СНІД.

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

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

До 2007 року включно в області основним шляхом передачі ВІЛ-інфекції був парентеральний шлях, і саме через вживання наркотиків ін'єкційним шляхом. У 2008 році спостерігалось домінування статевого шляху передачі ВІЛ: ін'єкційний шлях складав 30,1%, статевий – 46,2%. У 2016 р. він досяг 60,6%. При цьому парентеральний шлях передачі через вживання наркотиків ін'єкційним шляхом складає 19,7%.

Незважаючи на поступове зниження частки ЛВІН у структурі офіційно зареєстрованих ЛЖВ, поширеність ВІЛ серед ЛВІН, за даними проведених БПД, зростає з 4,2% (2011 р.) до 10,2% (2015 р.). З 2009 по 2016 рік в області зареєстровано 420 ВІЛ-позитивних ЛВІН віком 15 років і старше, з них 368 осіб (87,8%) – чоловіки, 52 особи (12,2%) – жінки. Частка ЛВІН в структурі хворих на ВІЛ-інфекцію зменшилася в 1,6 разу – з 30,8% у 2009 р. до 19,7% у 2016 р. Частка молодих ЛВІН віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ЛВІН зменшилася

з 12,1% (2009 р.) до 3,2% (2012 р.), а потім зросла до 7,7% (2015 р.). У 2016 році молодих ЛВІН віком 15–24 роки серед уперше зареєстрованих ВІЛ-інфікованих ЛВІН не було.

Протягом 2009–2016 рр., за даними СЕМ, виявлено від 14 до 42 ВІЛ-позитивних ЛВІН. Рівень їх інфікованості зменшився з 2,9% у 2009 р. до 0,6% у 2016 р.

Частка вперше виявлених ВІЛ-позитивних ЛВІН серед їх оціночної кількості коливалася у межах від 0,1% до 0,3%. Протягом останніх трьох років цей показник не перевищував 0,2%. Це може бути пов'язано, по-перше, з тим, що переважна більшість представників даної категорії населення не потрапляє в поле зору медичних працівників і не може бути обстежена на наявність антитіл до ВІЛ, а по-друге – з ефективністю профілактичної діяльності НУО, внаслідок чого зменшується інфікованість ВІЛ серед ЛВІН.

За період 2009–2016 рр. обсяги обстежень ЛВІН на наявність антитіл до ВІЛ на базі НУО зросли більш ніж у п'ять разів – з 763 у 2009 р. до 3951 у 2016 р. При цьому підвищення рівня інфікованості ЛВІН не відбулося. Показник протягом останніх п'яти років коливається в межах 0,7%–0,9%.

За даними Spectrum, рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію в середовищі ЛВІН щороку зменшується. Показник на 1000 ЛВІН зменшився з 3,4 у 2009 р. до 2,8 у 2016 р.

За даними БПД, поширеність ВІЛ серед ЛВІН у 2011 та 2013 рр. коливалася в межах 4,2–5,1% і зросла до 10,2% у 2015 р. Результати досліджень 2017 р. можуть дати більше інформації для висновків щодо тенденцій поширеності ВІЛ серед представників даної категорії населення.

Висновки

1. Профілактичні заходи, які впроваджувалися серед ЛВІН, вплинули на зміну основних шляхів передачі ВІЛ в області.
2. В групі ЛВІН реєструється покращення основних показників поширення ВІЛ за даними РЕН та СЕМ, проте залишається високою та зростає поширеність ВІЛ серед ЛВІН за даними біоповедінкових досліджень.

2. Чи охоплені потрібні люди?

До пакету профілактичних послуг входять наступні послуги: забезпечення стерильними шприцями та голками, презервативами, спиртовими серветками, тестування на ВІЛ та ВГС, видача інформаційних матеріалів, консультація соцпрацівника, група взаємодопомоги, видача медикаментів (левомеколь, троксегель, бинт, вата, перекис водню), надання послуг з побутового обслуговування, дозвілля, чай, кава, перенаправлення до реабілітаційних центрів.

На високому рівні залишається частка ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику (97,3%). Проте за результатами БПД 2011–2015 рр. частка ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, знизилася з 77,2% (ДІ 73,0 – 81,5) до 61,7% (ДІ 55,1 – 68,2).

Висновки

На високому рівні залишається частка ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику.

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

За даними програмного моніторингу НУО, у 2013–2016 рр. охоплення ЛВІН профілактичними програмами зафіксовано на рівні 40,7%–46%. Покращилося забезпечення ЛВІН стерильним ін'єкційним інструментарієм. Середня кількість шприців, які отримував один ЛВІН за рік, зросла з 17,1 у 2009 р. до 58 у 2016 р. Станом на кінець 2016 р. в області функціонувало 34 пункти видачі шприців (на 70% більше у порівнянні з 2013 р.).

Спостерігався прогрес у залученні ЛВІН до послуг ЗПТ. Так, частка ЛВІН, залучених до цих послуг, зросла більш ніж удвічі (з 1,4% до 3,4%), проте частка осіб, залучених до програми ЗПТ, є надзвичайно низькою у порівнянні з оціночною кількістю ЛВІН.

Висновки

1. Більше половини ЛВІН від їх оціночної кількості не охоплені профілактичними послугами.
2. Охоплення послугами ЗПТ є недостатнім для забезпечення впливу на епідемічну ситуацію серед ЛВІН.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

В області працює дві НУО (БФКН та ГОКШ), які надають профілактичні послуги для цієї категорії населення. До 2016 р. територіально були охоплені даними послугами лише міста Суми, Шостка та Конотоп. Впровадження з 2016 р. мобільного пункту надання профілактичних послуг дозволило залучити до профілактичних послуг (зокрема КіТ) ЛВІН, які проживають у віддалених від обласного центру районах. Обсяги охоплення ЛВІН профілактичними послугами складають 42,8% від їх оціночної кількості. Партнери ЛВІН не залучені до цих послуг.

Працюють механізми переадресації до ЗОЗ ВІЛ-позитивних ЛВІН, виявлених під час здійснення профілактичної діяльності. Охоплення послугами ЗПТ осіб, які перебувають під МН внаслідок вживання опіоїдів, є в області одним із найкращих в Україні і становить 45,2% від тих, хто їх потребує (за даними диспансерного обліку). Частка ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, від оціночної кількості ЛВІН зросла з 1,4 % у 2013 р. до 3,4% у 2016 р. Проте існують проблеми із залученням активних ЛВІН, які перебувають на ЗПТ, до АРТ. Частка ВІЛ-позитивних ЛВІН, які отримують послуги ЗПТ, становить 23,4% (96 осіб) від загальної кількості тих, хто отримує ЗПТ (410 осіб), при загальнодержавному показнику 41,8%. З них лише 50% (48 пацієнтів) отримують АРТ при загальнодержавному показнику 70,5%.

У 2014–2015 рр. до роботи над розробкою та затвердженням регіональної проблеми були залучені представники організацій – надавачів послуг з профілактики ВІЛ для представників груп ризику, попередні регіональні програми склалися без їхньої участі.

Висновки

1. Заходи з профілактики ВІЛ серед ЛВІН є найбільш розвиненими в області, проте вони мають бути вдосконалені.
2. Послуги для ЛВІН є недостатньо децентралізованими і потребують розширення у районах області.
3. ЛЖВ-ЛВІН не залучаються до послуг ЗПТ в достатньому обсязі.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Охоплення профілактичними програмами не перевищує 46% від оціночної кількості ЛВІН. Програми обміну шприців впроваджені лише в частині міст та районів області. Аутріч-робота проводилася лише в обласному центрі та на маршрутах мобільного консультативного пункту. ЗПТ здійснюється на базі Сумського обласного наркологічного диспансеру, Шосткінського лікувально-профілактичного закладу, поліклініки №5, КЗ Першої обласної спеціалізованої лікарні м. Ромни, Конотопської, Охтирської, Лебединської, Буринської та Кролевецької ЦРЛ. Профілактичними послугами (у т.ч. АРТ) охоплені всі установи ДКВСУ. АРТ надається на базі обласного центру СНІДу та чотирьох сайтах АРТ (Конотопська, Кролевецька, Роменська та Шосткінська ЦРЛ). В обласному центрі забезпечено соціальний супровід ЛВІН, хворих на ВІЛ/ТБ, який здійснюють соціальні працівники ГОКШ. Лікування гепатитів проводиться на базі обласної клінічної інфекційної лікарні ім. З.Й. Красовицького.

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

Кошти обласного бюджету для профілактики ЛВІН на 2009–2016 рр. в регіональній програмі не передбачені. За результатами досліджень з оцінки витрат, сума коштів з інших джерел фінансування, які виділялися на заходи профілактики ВІЛ серед ЛВІН, зросла з 891,3 тис. грн. (2009 р.) до 3093,8 тис. грн. (2015 р.).

Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг з профілактики ВІЛ серед ЛВІН. Їх вистачає лише для охоплення послугами мешканців м. Суми (43% від оціночної кількості ЛВІН в області).

В області має бути удосконалена система забезпечення презервативами, лубрикантами, голками та шприцями, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ для ЛВІН. Надання послуг здійснюється в основному мешканцям міст Суми, Шостка та Конотоп. Впровадження з 2016 р. мобільного пункту надання профілактичних послуг дозволило залучити до профілактичних послуг (зокрема KiT) ЛВІН, які мешкають у віддалених від обласного центру районах.

Висновки

1. Профілактичні заходи серед ЛВІН не повною мірою відповідають епідеміологічному контексту.
2. Профілактичні послуги для ЛВІН є недостатньо децентралізованими.
3. Відсутня політика щодо профілактики ВІЛ серед ЛВІН у ЗОЗ.
4. Ресурси обласного бюджету не використовуються для проведення профілактичних заходів, а наявні людські ресурси не можуть бути використані для розширення профілактичних програм.
5. Доступ представників цільової групи до засобів індивідуального захисту, стерильного інструментарію та профілактичних матеріалів у межах області не є достатнім та всеохоплюючим.

5.6. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

Епідемічна значимість поширення ВІЛ серед групи ЧСЧ зростає. Факторами ризику інфікування ВІЛ та його передачі від ЧСЧ до загального населення є недостатній рівень користування презервативами і часте практикування бісексуальних стосунків. Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп.

Поодинокі випадки захворюваності на ВІЛ-інфекцію в цій категорії населення почали реєструватися лише з 2014 р. і станом на 01.01.2017 р. під МН знаходилося дев'ять ЧСЧ, більшість з них повідомили про свою сексуальну орієнтацію вже після взяття під МН і були первинно зареєстровані як інфіковані статевим гетеросексуальним шляхом. Згідно з оціночними даними, у 2015 р. чисельність ЧСЧ в області становила 2700 осіб, тобто 16,4% від загальної оціночної кількості ГПР та 0,6% – від чоловічого населення віком 15 років і старше. Враховуючи результати БПД 2011–2015 рр., оціночна поширеність ВІЛ серед ЧСЧ віком 15–49 років має низький рівень (зменшилася з 5,6% до 2,3%), проте спостерігається більш інтенсивний розвиток епідемічного процесу, ніж серед ПКС. У прогнозованому періоді, за даними Spectrum, передбачалося зменшення цього оціночного показника – з 3,74% у 2013 р. до 2,9% у 2020 р.

За даними Spectrum, в області у 2012–2016 рр. щороку інфікувалося ВІЛ чотири – сім ЧСЧ.

Висновки

1. Дані математичного моделювання та біоповедінкових досліджень свідчать про зниження поширеності ВІЛ серед ЧСЧ, що викликає певні сумніви з огляду на відсутність достатнього обсягу профілактичної роботи в даній категорії населення.

2. Чи охоплені потрібні люди?

За даними програмного моніторингу, частка ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, зросла з 0,1% до 13,5% і є вкрай недостатньою. Рівень охоплення ЧСЧ тестуванням на ВІЛ дуже низький. Так, за даними БПД, протягом 2011–2015 рр. частка ЧСЧ, охоплених тестуванням, залишалася на рівні 33,9%–36,5%. Реєструвалися незначні (66,8% у 2011 р. – 69% у 2015 р.) коливання частки ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком. Водночас значно (з 78,4% у 2011 р. до 64% у 2015 р.) зменшився відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається.

Висновки

1. Охоплення ЧСЧ профілактичними послугами становить лише 13,5% від їх оціночної кількості.
2. Не можна стверджувати, що охоплення профілактичними послугами ЧСЧ приводить до позитивних змін у їх знанні та поведінці.

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

Показник охоплення профілактичними послугами залишається низьким (2014 р. – 9,4%, 2016 р. – 13,5%), як і середня кількість розданих презервативів в розрахунку на одного ЧСЧ (6–10 штук на рік на одного ЧСЧ у 2014–2016 рр.). ЧСЧ мають змогу отримати безкоштовно презервативи, закуплені за кошти ГФ, лише на базі одного пункту видачі, розташованому в м. Суми.

Висновки

Рівень охоплення ЧСЧ профілактичними програмами в області щороку зростає, проте існуючі обсяги надання профілактичних послуг недостатні для впливу на епідситуацію в цій категорії населення.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

Наразі профілактичні заходи для ЧСЧ орієнтовані на дану групу населення, проте не децентралізовані, надаються лише на базі СОВЛЖВ у межах обласного центру.

У контексті інтеграції та синергичності ВІЛ-послуг для цієї категорії населення доступна лише переадресація ВІЛ-позитивних осіб до обласного центру СНІДу. Інші лікувально-профілактичні заклади до надання послуг не залучені.

Висновки

1. Заходи щодо профілактики ВІЛ серед ЧСЧ на даний час здійснюються у вкрай недостатніх обсягах, не децентралізовані, тому не можна стверджувати, що вони проводяться правильно.
2. Через закритість групи ЧСЧ послуги, які їм надаються, не є інтегрованими та синергичними з іншими ВІЛ-послугами.
3. До надання профілактичних послуг серед ЧСЧ залучена лише СОВЛЖВ.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Надання профілактичних послуг для ЧСЧ (видача презервативів та лубрикантів, послуги з КІТ, лікування ВІЛ-інфекції, догляд і підтримка, профілактика і лікування ІПСШ) не відповідає епідеміологічному контексту. Обсяги роботи, яка проводиться, є вкрай недостатніми та не впливають на епідемічну ситуацію в даній групі населення. Послуги з надання презервативів та лубрикантів надаються лише на базі СОВЛЖВ у межах обласного центру і закуплені за кошти ГФ.

Послуги з КІТ надаються переважно на базі СОВЛЖВ та в поодиноких випадках на базі ЗОЗ області. Варто відзначити, що за даними СЕМ у період з 2009 по 2013 рік за кодом 103 (особи, які мали гомосексуальні контакти з особами з невідомим ВІЛ-статусом) на ВІЛ обстежувалося до семи осіб (2011 р.). З 2014 року збільшилася кількість обстежених на ВІЛ ЧСЧ з 51 особи у 2014 р. до 454 осіб у 2016 р., при цьому рівень інфікованості становив 2,0% та 0,2% відповідно.

Працюють механізми переадресації ВІЛ-позитивних ЧСЧ, виявлених під час здійснення профілактичної діяльності, до обласного центру СНІДу для призначення АРТ. Профілактика і лікування ІПСШ серед ЧСЧ проводиться також на базі обласного центру СНІДу. На рівні області не існує окремих програмних документів щодо профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ.

У попередніх регіональних програмах кошти обласного бюджету на заходи профілактики ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ не передбачалися. Згідно із дослідженнями з оцінки витрат, кошти на профілактику ВІЛ серед ЧСЧ за рахунок ГФ почали виділятися з 2014 р., обсяг їх фінансових ресурсів складав 14,3 тис. грн. і зріс до 111,1 тис. грн. у 2015 р.

Наявні людські ресурси не відповідають потребі щодо якісного надання послуг профілактики ВІЛ серед ЧСЧ. Не існує в області і всеохоплюючої системи забезпечення ЧСЧ презервативами, лубрикантами, ШТ на ВІЛ та ІПСШ, інформаційними матеріалами на тему профілактики ВІЛ.

Висновки

1. Кількість ЧСЧ, залучених до профілактичних програм в області, є занадто малою для того, щоб здійснювані заходи могли позитивно впливати на епідситуацію в даній групі населення.
2. Всі послуги для ЧСЧ сконцентровані в обласному центрі. Лише ПТВ доступні в усіх районах області, проте через побоювання щодо стигматизації та дискримінації під час передтестового консультування дуже незначна кількість ЧСЧ заявляють про свою сексуальну орієнтацію.
3. Профілактичні заходи серед ЧСЧ здійснюються лише за рахунок коштів ГФ, що створює ризики припинення профілактичної діяльності.
4. Обсяги фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів, які виділяються для профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, недостатні для здійснення впливу на епідситуацію в даній групі населення.

5.7. Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

За період 2009–2016 рр., як за даними СЕМ, програмного моніторингу, так і за даними Spectrum, в області щороку інфікувалося від одного (2015 р.) до трьох (2013 р.) ПКС. Поширеність ВІЛ в цій категорії населення, за даними БПД, не перевищує 1,7%. Дані щодо оціночної чисельності ПКС в області мають обмеження внаслідок недостатньої кількості біоповедінкових досліджень. Оціночна кількість ПКС у 2015 р. становила 1600 осіб, або 9,7% від загальної оціночної кількості груп ризику (16 500 ЛВІН, ПКС та ЧСЧ). Тільки три жінки були ВІЛ-інфікованими, але такі дані можна вважати некоректними та заниженими. За даними БПД, оціночна поширеність ВІЛ серед ПКС 15–49 років має дуже низький рівень і слабку тенденцію до збільшення протягом оцінюваного періоду – з 0,9% у 2011 р. до 1,7% у 2015 р.

Профілактичні програми серед даної категорії населення діють з 1999 р. За даними БПД, у 2015 р. охоплення профілактичними послугами ПКС становило 52%, у 2016 р. – 75%.

Висновки

Враховуючи стрімке поширення ВІЛ статевим шляхом протягом останніх років та низькі рівні інфікованості серед ПКС як за даними РЕН, так і за даними БПД, можна зробити висновок, що завдяки вчасно впровадженим профілактичним програмам серед ПКС вдалося запобігти поширенню ВІЛ серед представників даної категорії населення та утримувати захворюваність на поодиноких випадках.

2. Чи охоплені потрібні люди?

Упродовж 2011–2015 рр. спостерігалася тенденція до зростання обсягів охоплення ПКС тестуванням на ВІЛ. За даними БПД, частка протестованих протягом останніх 12 міс., що передували опитуванню, зросла з 31,4 % у 2011 р. до 47,2% у 2016 р. За цей період показник використання презервативу під час останнього статевого контакту з клієнтом тримався на рівні понад 90%, хоча спостерігалось незначне його зниження у 2011 та 2015 рр. – 97,1% та 92,6% відповідно. Також негативною була динаміка частки ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається, оскільки показник зменшився з 73,3% у 2011 р. до 64% у 2015 р.

Висновки

Незважаючи на зростання охоплення ПКС профілактичними програмами, підходи до їх впровадження потребують корекції.

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

За 2011–2015 рр. частка ПКС, охоплених профілактичними програмами, зростає майже вдвічі – з 27,3% у 2011 р. до 52% у 2015 р. Проте з 2014 р. постійно зменшується кількість виданих презервативів в розрахунку на одну ПКС – з 139,6 у 2014 р. до 115,9 у 2016 р. Оптимізована кількість пунктів/організацій, які роздають презервативи, здійснюють послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС – з 11 у 2014 р. до 7 у 2016 р.

Висновки

Заходи з профілактики ВІЛ серед ПКС потребують корекції. Охоплення профілактичними послугами зростає, проте зменшується кількість наданих послуг з розрахунку на одну ПКС.

4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

За даними БПД, була обрахована оціночна кількість ПКС в Сумській області. Відповідно до проведених розрахунків ця група наявна лише в обласному центрі. Станом на кінець 2016 р. до пакету профілактичних послуг для цієї категорії осіб входило забезпечення презервативами та лубрикантами, тестування на ВІЛ, ВГВ, сифіліс, гонорею, хламідіоз, консультація соціального працівника, видача інформаційних матеріалів та гігієнічного набору (жіночі прокладки, вологі серветки), група самодопомоги. Робота з клієнтами ПКС в області не проводилася.

Послуги для ПКС не є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами. Для цієї категорії населення доступні лише послуги з переадресації із НУО до ЗОЗ. Існує стигма з боку медичних працівників відносно даної групи, внаслідок чого погіршується доступ ПКС до медичної допомоги загалом.

Профілактичні послуги для ПКС надаються БФКН, яка була залучена до розробки та реалізації заходів регіональної програми. Комунальні ЗОЗ залучаються до цієї діяльності лише в рамках послуг з переадресації ВІЛ-позитивних клієнтів НУО.

Висновки

1. На сьогодні децентралізація профілактичних послуг, що надаються ПКС в області, недоцільна, оскільки послуги, які надаються в обласному центрі, покривають потреби цієї групи.
2. Склад пакету послуг, що надаються ПКС, відповідає кращим міжнародним практикам та орієнтований саме на представників цієї категорії населення, проте погіршується їх наповнення протягом останніх років.
3. Послуги для ПКС не є інтегрованими і синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами.
4. Внаслідок стигми з боку медпрацівників погіршується доступ ПКС до медичної допомоги загалом.

5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

Ідентифікація та оцінка розміру популяції ПКС в області проводиться один раз у два роки в рамках біоповедінкових досліджень. На базі БФКН ПКС отримують послуги з надання презервативів, лубрикантів, проводиться самотестування на ВІЛ з наступною переадресацією ВІЛ-позитивних до СОЦПБС та інших ЗОЗ, де вони залучаються до МН, за необхідності здійснюється профілактика, діагностика та лікування ІПСШ, надається АРТ, проводиться постконтактна профілактика.

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

У попередніх регіональних програмах не передбачалися кошти обласного бюджету на заходи профілактики ВІЛ-інфекції серед ПКС. За даними досліджень з оцінки витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції, фінансування цих заходів з інших джерел зросло з 60,4 тис. грн. (2009 р.) до 654,5 тис. грн. (2015 р.).

З групою ПКС протягом 2009–2016 рр. працювало п'ять – шість соціальних працівників НУО, що є цілком достатнім для охоплення профілактичними послугами всіх ПКС у м. Суми.

Всі витратні та інформаційні матеріали надаються на базі БФКН за рахунок коштів ГФ.

Висновки

1. Для групи ПКС надаються профілактичні послуги в достатніх обсягах.
2. Здійснення профілактичних послуг серед ПКС відбувається лише за рахунок коштів ГФ, що створює ризики у разі припинення фінансування.
3. Ресурсів БФКН достатньо для охоплення послугами профілактики ВІЛ всіх ПКС, які їх потребують.

6. ВИСНОВКИ

Епідемія ВІЛ-інфекції залишається однією із серйозних проблем у сфері охорони здоров'я, прав людини та соціальної сфери в області і продовжує завдавати страждань громадам і сім'ям. З початку епідемії в області зареєстровано більше 2700 випадків інфікування ВІЛ, від СНІДу загинуло 230 людей, практично щодня одна людина в області стає ВІЛ-інфікованою, а з 2500 людей, які живуть з ВІЛ, понад тисяча осіб не знає про свій ВІЛ-статус.

В області з кожним роком зростає кількість ЛЖВ, які залучаються до АРТ, але при цьому більша половина тих, хто живе з ВІЛ, не знають про свій ВІЛ-статус, майже 1300 осіб і надалі не мають доступу до АРТ, а значна частка людей, яким призначена терапія, стикаються з економічними труднощами, стигматизацією і дискримінацією, шкідливими упередженнями і внаслідок цього не починають лікування своєчасно. Спостерігається погіршення показників, що характеризують смертність серед ЛЖВ, у т. ч. серед тих, хто отримував АРТ.

Діти та підлітки, вагітні, пацієнти з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, які перебувають під медичним наглядом, охоплені АРТ повністю. Щороку зростає частка активних ЛВІН, які отримують АРТ. Проте зростає також кількість осіб, які потребують, але не отримують її. Частка ЛЖВ, які перебували на регулярному моніторингу стану здоров'я, потребували і не отримували АРТ, зросла. Погіршується показник утримання на терапії. Зменшуються обсяги надання послуг з догляду та підтримки для ЛЖВ, які мешкають поза межами обласного центру.

Досягнуто прогрес у реалізації програм зниження ризику і шкоди для здоров'я від вживання наркотиків, а також масштабів АРТ та ЗПТ для ЛВІН, проте половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН, які отримують препарати ЗПТ, не бажають приймати АРВ-терапію.

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

В області щороку знижується частка ін'єкційного шляху в структурі шляхів передачі ВІЛ, проте рівень інфікованості серед ЛВІН є високим, а охопленість профілактичними послугами залишається недостатньою.

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

Завдяки вчасно впровадженим профілактичним програмам серед ПКС вдалося запобігти поширенню ВІЛ та утримувати захворюваність на поодиноких випадках. Незважаючи на зростання рівня охоплення ПКС профілактичними програмами, підходи до їх впровадження потребують корекції.

Факторами ризику інфікування та передачі ВІЛ від ЧСЧ до загального населення є недостатній рівень користування презервативами і часте практикування бісексуальних стосунків. Група ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо інфікування ВІЛ груп, що робить її однією з уразливих до інфікування ВІЛ.

Розширюється доступ ЧСЧ до профілактичних послуг, послуг з КіТ та АРТ. Проте їх обсяги незначні та не спроможні здійснювати належний вплив на епідситуацію. Представники ЛЖВ та КГН не можуть на рівних засадах користуватися всіма правами людини і брати участь у громадському, політичному, соціальному, економічному та культурному житті, оскільки постійно стикаються із упередженим ставленням, стигматизацією або дискримінацією, що в свою чергу знижує ефективність заходів боротьби зі СНІДом.

Обсяги фінансових ресурсів, що спрямовуються на протидію ВІЛ-інфекції в області, складають 2,8–5 млн. грн. на рік (зокрема, кошти з міжнародних джерел фінансування становлять 28–80% від загального обсягу фінансування), але наданих коштів все ще недостатньо, щоб забезпечити ефективне впровадження заходів реалізації стратегії Fast Track до 2030 р.

7. РЕКОМЕНДАЦІЇ

За напрямом КіТ	Проблеми в сфері протидії ВІЛ, що виявлені за результатами Оцінки	Рекомендації для національного рівня	Рекомендації для регіонального рівня
	ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги (наркологічні кабінети, фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії) не залучені до тестування населення на наявність антитіл до ВІЛ	Ввести показник охоплення обстеженнями на ВІЛ до рейтингових показників роботи ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги	Розширити послугу тестування населення на ВІЛ на рівні ЗОЗ первинного рівня медичної допомоги (наркологічні кабінети, фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості, дільничні лікарні, сільські лікарські амбулаторії)
	Поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом серед населення, яке не відноситься до ГПП	Запровадити обстеження на ВІЛ за клінічними показниками при зверненні до ЗОЗ за принципом презумпції згоди на дослідження Внести обстеження на наявність антитіл до ВІЛ до переліку обов'язкових профілактичних медичних оглядів працівників окремих професій, виробництв та організацій, діяльність яких пов'язана з обслуговуванням населення і може призвести до поширення інфекційних хвороб за принципом презумпції згоди на дослідження Розширити цільові групи населення, які підлягають КіТ (вагітні та їх статеві партнери, особи, обстежені на ВІЛ за клінічними показниками, ув'язнені, призовники, військовослужбовці)	Запровадити послугу КіТ в ЗОЗ відповідно до гарантованого пакету медичної допомоги
	Не забезпечено фінансування заходів КіТ з обласного бюджету		Забезпечити 100% фінансування послуг з КіТ задля безперервності та вільного доступу всіх категорій населення до тестування
	Зростає частка сільського населення серед ВІЛ-інфікованих	Передбачити фінансування заходів КіТ в сільській місцевості Розробити заходи з первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед сільського населення Забезпечити їх реалізацію завдяки впровадженню малих грантів для НУО, які працюють з сільським населенням	Запровадити послугу КіТ в ЗОЗ сільської місцевості відповідно до гарантованого пакету медичної допомоги
	Низька якість підготовки фахівців ЗОЗ з питань КіТ	Впровадити питання КіТ до програм курсів тематичного удосконалення/передатестаційних циклів вищих навчальних закладів для усіх лікарських спеціальностей	Забезпечити підвищення кваліфікації з питань КіТ лікарів ЗОЗ
		Запровадити інститут регіональних тренерів з КіТ, забезпечивши проведення тренінгів з даного питання в усіх ЗОЗ каскадним методом	

За напрямом АРТ	Моніторинг послуг з КІТ здійснюється відповідно до профілю ЗОЗ, а не до причини обстеження (відповідно до чинної нормативно-правової бази)	Внести зміни до наказів МОЗ № 180 та № 388, забезпечивши моніторинг послуг з КІТ до причини обстеження, а не до профілю ЗОЗ	
	Прояви стигматизації та дискримінації негативно впливають на ефективність та якість послуг для представників КГН	Розвивати інформаційну підтримку та рекламні кампанії, спрямовані на сексуальне та репродуктивне здоров'я, формування толерантного ставлення до ЛЖВ, КГН та через засоби масової інформації, включаючи телебачення, зовнішню рекламу, Інтернет та електронні соціальні мережі тощо Впровадити питання юридичних аспектів якості надання медичних послуг населенню та лікарської таємниці до програм курсів тематичного удосконалення/ передатестаційних циклів навчальних закладів для усіх медичних працівників	
	Не забезпечено стале державне фінансування послуг АРТ	Забезпечити передбачуване фінансове планування у довгостроковій перспективі заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Приділяти пріоритетну увагу налагодженню безперебійності поставок АРВП ЛЖВ шляхом покращення існуючих практик закупівлі ЛЗ Надавати регіонам достатні терміни для формування та погодження заявок на придбання медикаментів та виробів медичного призначення	
	Відсутня належна комунікація фахівців закладів ДКВС та ЗОЗ в питаннях протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу	Розробити та затвердити на національному рівні порядок, який визначає механізм здійснення верифікації та моніторингу достовірності інформації з питань ВІЛ/СНІДу між установами незалежно від форм власності та відомчого підпорядкування, які здійснюють діагностику ВІЛ, надають лікувально-профілактичну допомогу ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД Впровадити в установах ДКВС МІС «ВІЛ- інфекція в Україні»	
	Низька прихильність ЛЖВ по послуг АРТ	Розробити та впровадити в практику інструменти та алгоритми оцінки індивідуальної прихильності ЛЖВ до послуг АРТ	Забезпечувати пацієнторієнтований підхід до супроводу та підтримки ЛЖВ
	Не забезпечено фінансування послуг АРТ для всіх ЛЖВ, які її потребують (визначена квота)	Передбачити фінансування послуг АРТ для всіх ЛЖВ, які її потребують Удосконалити систему забезпечення регіонів АРВП відповідно до потреби та з урахуванням необхідного запасу препаратів	
	Законодавче право встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції лише лікарями центрів СНІДу та кабінетів Довіра негативно впливає на строки встановлення діагнозу, взяття під МН, призначення АРТ, відволікає їх для консультацій в інших ЗОЗ та установах ДКВС	Внести зміни до Порядку встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, надавши право встановлювати діагноз інфекціоністам та іншим фахівцям, які пройшли відповідне навчання	
	Відсутність в закладах ДКВС профільних фахівців з питань діагностики, лікування, догляду та підтримки не забезпечує ЛЖВ можливість отримати якісні послуги	Створити в закладах ДКВС сайти АРТ з відповідним штатним складом та забезпечити їх функціонування	

	Заходи з догляду та підтримки ЛЖВ в області впроваджує лише одна НУО, та її діяльністю не охоплені мешканці сіл та віддалених районів області	Забезпечити фінансування послуг з догляду та підтримки ЛЖВ, охопивши мешканців сіл та віддалених районів області, за допомогою механізму соціального замовлення	Забезпечити фінансування послуг з догляду та підтримки ЛЖВ, охопивши мешканців сіл та віддалених районів області, за допомогою механізму соціального замовлення
	Тривалий процес розподілу АРВП на сайти АРТ області		Внести зміни до статутних документів УОЗ Сумської ОДА для запровадження процесу розподілу ЛЗ без наказу
	При виписці із СОКПТД ЛЖВ не отримують на руки місячний запас АРВП		Відкрити сайт АРТ в СОКПТД
	СОЦПБС не здійснює спектр клініко-лабораторних обстежень, передбачених чинною нормативною базою, у зв'язку з відсутністю відповідного обладнання		Забезпечити СОЦПБС лабораторним обладнанням, необхідним для здійснення клінічних аналізів
	Віддаленість СОЦПБС від районів області та пов'язані з цим додаткові витрати клієнта на проїзд є однією з причин відмови від АРТ		Відкрити сайти АРТ в усіх районах області та ЗОЗ м. Суми з відповідним навчанням фахівців
	Пацієнти протитуберкульозних закладів після закінчення стаціонарного лікування не мають достатньо сформованої прихильності до АРТ	Забезпечити контрольоване лікування АРТ під час амбулаторного лікування ТБ у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ	
	Не забезпечене стале державне фінансування потреб лабораторного супроводу ЛЖВ (ВН, визначення CD4)	Забезпечити стале державне фінансування потреби лабораторного обладнання та ВМП, необхідних для здійснення лабораторних досліджень на ВІЛ	Забезпечити адекватну систему моніторингу ефективності АРТ шляхом забезпечення 100% фінансування на визначення CD4-лімфоцитів та рівня ВН
За напрямом КГН	Для представників КГН, які знаходяться в установах ДКВС, лікування вірусних гепатитів не є доступним	Впровадити лікування парентеральних вірусних гепатитів в установах ДКВС відповідно до реальної потреби	
	Засоби індивідуального захисту, яким забезпечуються КГН, не завжди відповідають їх потребам	Забезпечити закупку засобів індивідуального захисту для ПКС відповідно до потреб представників спільноти (розмір, матеріал виготовлення, товщина, застосовуваним змащенням презервативів тощо)	Забезпечити наявність людських ресурсів та виділення коштів з місцевих бюджетів для реалізації профілактичних послуг (доступ до засобів індивідуального захисту, стерильного інструментарію та профілактичних матеріалів) серед ЛВІН
	Послуги для ЛВІН недостатньо децентралізовані		Забезпечити відкриття нових сайтів ЗПТ з метою децентралізації та наближення профілактичних послуг до ЛВІН

	ЗПТ не доступна для ЛВІН, які перебувають в установах ДКВС	Впровадити ЗПТ в закладах ДКВС	Відкрити сайт ЗПТ на базі СОЦПБС
	В області лише половина ВІЛ-інфікованих ЛВІН є учасниками програм ЗПТ/АРТ		
	В районах області НУО надають профілактичні послуги для КГН, але децентралізація потребує розширення	Розширити мережу НУО для надання профілактичних послуг КГН в районах області Передбачити фінансування НУО для розгалуження профілактичних послуг КГН в районах області	Забезпечити фінансування на регіональному рівні профілактичних послуг для КГН за допомогою механізму соціального замовлення
За іншими напрямками	Існує розбіжність між статистичною інформацією про кількість померлих від хвороб, зумовлених ВІЛ, яку надають обласні управління статистики та центри СНІДу	Надати центрам СНІДу доступ до первинної документації щодо реєстрації смерті від СНІДу, що зберігаються в обласних управліннях статистики, через внесення відповідних змін до Закону про статистику	
	Існують випадки втрати ЛЖВ для МН під час обстеження на наявність антитіл до ВІЛ в ЗОЗ, які знаходяться поза місцем проживання обстеженої особи	Внести зміни до Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», надавши право ЗОЗ обмінюватися інформацією про обстеження на наявність антитіл до ВІЛ та про перебування ВІЛ-інфікованого під МН без його письмової згоди	
	В країні відсутні методичні рекомендації щодо встановлення причин смерті у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ	Розробити та затвердити методичні рекомендації щодо встановлення причин смерті у хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ	
	Втрачаються зі статистичних даних ПКС, які надають сексуальні послуги за винагороду, але не повідомляють про це під час ДКТ	Внести зміни до звітно-облікової документації з питань обліку ЛЖВ, виокремивши в статевому шляху інфікування зараження під час надання сексуальних послуг за винагороду	

8. ПЛАН ЗАХОДІВ

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

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
1.	Розширити ПТВ на первинному рівні надання медичної допомоги (сімейні лікарі центрів ПМСД та об'єднаних територіальних громад)	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники центрів ПМСД та об'єднаних територіальних громад	Розширення послуг з КІТ
2.	Забезпечити в повному обсязі фінансування послуг з КІТ задля безперервності та вільного доступу всіх категорій населення до тестування на ВІЛ	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники центрів ПМСД та об'єднаних територіальних громад	Розширення послуг з КІТ
3.	Укомплектувати посади психологів в ЗОЗ з метою здійснення КІТ їх силами	2019	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Розширення послуг з КІТ
4.	Включити посади соціальних працівників у штатні розклади ЗОЗ (патронажні служби, кабінети ЗПТ), згідно з чинним законодавством для надання послуг з КІТ та профілактичних послуг КГН	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Надання якісних послуг з КІТ та профілактичних послуг КГН
5.	Забезпечити підвищення рівня знань з питань КІТ медичних працівників ЗОЗ	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Надання якісних послуг з КІТ
6.	Запровадити інститут регіональних тренерів з КІТ, забезпечивши проведення тренінгів в усіх ЗОЗ каскадним методом	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Надання якісних послуг з КІТ
7.	Проводити заходи щодо зниження рівня стигматизації та дискримінації ЛЖВ та КГН (проведення інформаційних компаній, навчання для надавачів послуг, розроблення інформаційно-навчальної літератури з урахуванням гендерного компоненту тощо)	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, управління інформаційної діяльності та комунікації з громадськістю, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Зниження стигми і дискримінації по відношенню до ЛЖВ та КГН
8.	Проводити інформаційну роботу серед ЛЖВ щодо важливості своєчасного призначення АРТ та безперервності її прийому у подальшому, профілактики побічної дії АРВП, профілактики та лікування опортуністичних інфекцій	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, управління інформаційної діяльності та комунікації з громадськістю, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Зниження смертності ЛЖВ

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Виконавець	Очікувані результати
9.	Включити посади соціальних працівників до штатних розписів кабінетів «Довіра» та КІЗ для формування прихильності ВПЛ-інфікованих до АРТ	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Удосконалення послуг з АРТ
10.	Забезпечити фінансування послуг з догляду та підтримки ЛЖВ за допомогою механізму соціального замовлення	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, департамент соціального захисту населення, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	Надання послуг з догляду та підтримки ЛЖВ
11.	Внести зміни до статутних документів УОЗ Сумської ОДА для запровадження процесу розподілу ЛЗ без наказу	2019–2019	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації	Розширення доступу до АРТ
12.	Відкрити сайт АРТ в СОКПД	2019	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації	Розширення доступу до АРТ
13.	Забезпечити СОЦПБС лабораторним обладнанням, необхідним для здійснення лабораторного супроводу	2019	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації	Покращення надання якісних послуг з медичного обслуговування ЛЖВ
14.	Відкрити сайти АРТ в усіх районах області та ЗОЗ м. Суми з відповідним навчанням фахівців	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Розширення доступу до АРТ
15.	Впровадити контрольоване лікування АРТ та ПТП у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ГБ	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, керівники ЗОЗ	Удосконалення послуг з АРТ
16.	Впровадити адекватну систему моніторингу ефективності АРТ шляхом забезпечення 100% фінансування для визначення СД4-лімфоцитів та рівня ВН	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Забезпечення лабораторного супроводу АРТ у ЛЖВ
17.	Розробити нормативно-правові акти щодо впровадження профілактичних послуг для КГН у систему надання медико-соціальної допомоги ЗОЗ, ДКВС, об'єктів соціальної сфери області	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Залучення КГН до профілактичних послуг
18.	Забезпечити наявність кадрових ресурсів (психологи, соціальні працівники) та виділення коштів з місцевих бюджетів для розширення доступу КГН до засобів індивідуального захисту, стерильного інструментарію та профілактичних матеріалів	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники центрів первинної медико-санітарної допомоги та територіальних об'єднаних громад	Залучення КГН до профілактичних послуг
19.	Забезпечити відкриття сайтів ЗПТ з метою децентралізації та наближення профілактичних послуг до ЛВІН	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад, керівники ЗОЗ	Наближення профілактичних послуг до ЛВІН
20.	Відкрити сайт ЗПТ на базі СОЦПБС	2019	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації	Надання інтегрованих послуг ЛЖВ/ЛВІН
21.	Забезпечити фінансування профілактичних послуг для КГН за допомогою механізму соціального замовлення	2019–2023	УОЗ Сумської обласної державної адміністрації, департамент соціального захисту населення, районні державні адміністрації, виконавчі комітети міських рад	Надання профілактичних послуг КГН

2. Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник №4 плану МіО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (все населення)								
чисельник	1,9	1,6	1,4	1,0	1,7	2,1	3,0	3,3
знаменник	22	19	16	12	19	24	34	37
Цільове значення	1178176	1166931	1156939	1147791	1138103	1128203	1118352	1108893
		13,6			11,5			
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (0-1 рр.)								
чисельник	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
знаменник	0	0	0	0	0	0	0	0
	21322	20852	20668	21398	21313	20534	19939	18497
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (2-14 рр.)								
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	126367	124999	123917	123652	123706	125149	126163	127786
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (15-24 рр.)								
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	158193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (25-49 рр.)								
чисельник	4,9	4,5	3,5	2,8	4,3	4,6	7,3	7,5
знаменник	21	19	15	12	18	19	30	31
	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (50 р. і старше)								
чисельник	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,9	0,7	1,1
знаменник	1	0	1	0	0	4	3	5
	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (чоловіки)	3,0	3,0	2,7	1,9	1,7	2,9	4,1	4,8
чисельник	16	16	14	10	9	15	21	24
знаменник	533240	528802	524977	521153	516691	512863	508554	504825
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (жінки)	0,9	0,5	0,3	0,3	1,6	1,5	2,2	2,2
чисельник	6	3	2	2	10	9	13	13
знаменник	636885	630550	625164	619904	614074	608393	602510	597512
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (місто)	2,5	2,2	1,2	1,2	1,9	x	x	x
чисельник	20	17	9	9	15	x	x	x
знаменник	790016	785302	781097	777478	773745	770191	765998	761373
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (село)	0,5	0,5	1,9	0,8	1,1	x	x	x
чисельник	2	2	7	3	4	x	x	x
знаменник	388160	381629	375842	370313	364358	358012	352354	347520
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (ін'єкційний)	12	8	8	6	11	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (статевий гомосексуальний)	0	0	0	0	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (статевий гетеросексуальний)	9	7	8	6	8	x	x	x
	1	4	0	0	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (1 клінічна стадія)	0	0	0	0	0	x	x	x

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (II клінічна стадія)	0	0	0	0	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (III клінічна стадія)	8	6	9	4	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (IV клінічна стадія)	14	13	7	8	19	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (Стадія I, >500 кл.)	0	0	0	0	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (Стадія II, 350-499 кл.)	0	1	0	0	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (Стадія III, 200-349 кл.)	1	1	1	1	0	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (Стадія IV, <200 кл.)	7	8	12	7	9	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (не обстежені)	14	9	3	4	10	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (АРТ до 12 міс.)	4	4	1	0	4	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (АРТ 12 міс. і більше)	0	0	1	0	2	x	x	x
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр. (не отримували АРТ)	18	15	14	12	13	x	x	x

* 2009 - 2013: чисельник – форма 2; 2014 - 2016: чисельник – дані головного управління статистики у Сумській області. Показники смертності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі.

3. Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (Показник № 26 плану МІО)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (все населення)	0,7	0,9	1,3	1,2	0,4	0,6	1,3	1,2
чисельник	8	10	15	14	5	7	15	13
знаменник	1178176	1166931	1156939	1147791	1138103	1128203	1118352	1108893
Цільове значення								4,5
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (0–1 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	21322	20852	20668	21398	21313	20534	19939	18497
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (2–14 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	126367	124999	123917	123652	123706	125149	126163	127786
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (15–44 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	1	0	0	0	0
знаменник	158193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (25–49 рр.)	1,9	2,1	3,1	3,1	1,2	1,7	3,4	0,0
чисельник	8	9	13	13	5	7	14	11
знаменник	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (50 р. і старше)	0,0	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0
чисельник	0	1	2	0	0	0	1	2
знаменник	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (чоловіки)	1,3	0,9	2,5	1,9	0,8	0,8	2,4	0,0
чисельник	7	5	13	10	4	4	12	11
знаменник	533240	528802	524977	521153	516691	512863	508554	504825
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (жінки)	0,2	0,8	0,3	0,6	0,2	0,5	0,5	0,0
чисельник	1	5	2	4	1	3	3	2
знаменник	636885	630550	625164	619904	614074	608393	602510	597512
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (місто)	0,8	1,1	1,4	1,3	0,6	0,6	1,7	0,0
чисельник	6	9	11	10	5	5	13	10
знаменник	790016	785302	781097	777478	773745	770191	765998	761373
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр., на 100 тис. нас. (село)	0,5	0,3	1,1	1,1	0,0	0,6	0,6	0,0
чисельник	2	1	4	4	0	2	2	3
знаменник	388160	381629	375842	370313	364358	358012	352354	347520
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (ін'єкційний)	5	2	8	6	5	2	8	5
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (статевий гомосексуальний)	0	0	0	0	0	0	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (статевий гетеросексуальний)	3	5	7	8	0	4	7	8
Смертність населення від хвороби, зумовленої ВІЛ, 2009-2016 рр., (невизначений)	0	3	0	0	0	1	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (I клінічна стадія)	0	0	2	0	0	0	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (II клінічна стадія)	0	0	0	0	0	0	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (III клінічна стадія)	4	4	8	11	1	0	0	0

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (IV клінічна стадія)	4	6	5	3	4	7	15	13
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (Стадія I, >500 кл.)	0	0	0	0	0	3	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (Стадія II, 350-499 кл.)	0	0	1	0	0	0	0	1
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (Стадія III, 200-349 кл.)	2	0	2	1	2	1	1	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (Стадія IV, <200 кл.)	2	5	9	6	3	3	12	10
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (не обстежені)	4	5	3	7	0	0	2	2
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (АРТ до 1 міс.)	0	0	0	0	0	0	0	1
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (АРТ до 1-11 міс.)	1	2	3	2	1	3	2	5
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (АРТ 12 міс. і більше)	0	0	0	0	0	0	0	0
Кількість смертей від туберкульозу серед хворих з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ, 2009-2016 рр. (не отримували АРТ)	7	8	12	12	4	4	13	7

*2009 - 2016: чисельник – форма 2 Показники смертності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі. 2011-2013 рр. не враховано по одному померлому, які не стояли на обліку з приводу ВІЛ-інфекції

4. Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 роки, 2013-2016 рр., % (Показник № 3 плану МіО)

	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ серед молодих людей віком 15-24 років, %, 2013-2016 рр.	0,30	0,15	0,26	0,12
чисельник	6	6	9	4
знаменник	2018	4031	3497	3274
цільове значення				0,13

5. Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., % (Показник № 5 плану МіО)

	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ серед вагітних, 2009-2016 рр., %	0,42	0,30	0,33	0,46	0,44
чисельник	48	32	36	46	40
знаменник	11483	10824	10927	10079	9108
цільове значення					0,62

6. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник №6 плану МіО)

За підсумками біоповедінкових досліджень 2011 та 2013 років ВІЛ-позитивних ЛВІН у віці 15-24 виявлено не було. За 2015 рік дані відсутні.

7. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник №7 плану МіО)

У 2011 році біоповедінкові дослідження серед PKS у Сумській області не проводилось. У 2013 PKS у віці 15-24 роки виявлено не було. За 2015 рік дані відсутні.

8. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр. (Показник №8 плану МіО)

	2011	2013
Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, серед вікової групи 15-24 роки, 2009-2016 рр.	6,60	0,40
цільове значення		7,5

Дані за 2015 рік відсутні

9. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за результатами СЕМ, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
чисельник	17,0	17,2	17,2	17,6	22,6	21,0	21,2	20,1
знаменник	200	200	199	202	257	236	237	223
	1 175 984	1 164 739	1 154 747	1 145 599	1 135 911	1 126 011	1 116 160	1 106 701

* Показник розрахований на постійне середнє населення

10. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (все населення)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (все населення)								
чисельник	18,2	18,5	17,5	14,8	18,1	17,9	20,1	18,3
знаменник	214	215	202	170	206	202	224	203
	1 175 984	1 164 739	1 154 747	1 145 599	1 135 911	1 126 011	1 116 160	1 106 701
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (0–1 рр.)								
чисельник	182,9	191,8	193,5	215,0	197,1	189,9	195,6	205,4
знаменник	39	40	40	46	42	39	39	38
	21 322	20 852	20 668	21 398	21 313	20 534	19 939	18 497
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (2–14 рр.)								
чисельник	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
знаменник	0	0	0	0	0	0	0	0
	126 367	124 999	123 917	123 652	123 706	125 149	126 163	127 786
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15–24 рр.)								
чисельник	22,1	24,6	18,4	16,6	15,3	14,4	15,3	5,7
знаменник	35	37	26	22	19	17	17	6
	158 193	150 479	141 580	132 354	124 556	117 879	110 951	105 921

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.(25-49 рр.)	31,9	31,9	31,0	22,6	32,3	32,2	36,7	35,5
чисельник	136	135	131	95	135	134	152	146
знаменник	425 965	423 248	422 651	421 283	418 389	416 129	413 673	410 909
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 р. (50 р. і старше)	0,9	0,7	1,1	1,6	2,3	2,7	3,6	3,0
чисельник	4	3	5	7	10	12	16	13
знаменник	438 278	439 774	441 325	442 370	442 801	441 565	440 338	439 224
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15 р. і старше)	17,1	17,3	16,1	12,4	16,6	16,7	19,2	17,3
чисельник	175	175	162	124	164	163	185	165
знаменник	1 022 436	1 013 501	1 005 556	996 007	985 746	975 573	964 962	956 054
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	22,3	22,7	21,1	18,0	19,4	23,0	24,2	23,2
чисельник	119	120	111	94	100	118	123	117
знаменник	533 240	528 802	524 977	521 153	516 691	512 863	508 554	504 825
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (жінки)	14,9	15,1	14,6	12,3	17,3	13,8	16,8	14,4
чисельник	95	95	91	76	106	84	101	86
знаменник	636 885	630 550	625 164	619 904	614 074	608 393	602 510	597 512
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр., (місто)	20,1	20,5	18,7	16,7	22,1	19,3	22,3	19,4
чисельник	158	160	145	129	170	148	170	148
знаменник	785 561	780 847	776 642	773 023	769 290	765 736	761 543	761 543

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (село)	14,3	14,3	15,1	11,0	9,8	15,0	15,2	15,5
чисельник	56	55	57	41	36	54	54	55
знаменник	390423	383892	378105	372576	366621	360275	354617	354617
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (ін'єкційний)	66	71	61	31	49	50	52	42
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (інші немедичні втручання)	1	1	0	0	0	1	0	1
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (статевий гомосексуальний)	0	0	0	0	0	1	4	1
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (статевий гетеросексуальний)	102	94	97	88	110	108	128	120
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (діти, народжені від ВІЛ+ матерів)	38	40	39	46	42	39	38	37
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (невизначений)	7	9	5	5	5	3	2	2

* Показник розрахований на постійне середнє населення (показники в розрізі вікових груп та статі розраховані на постійне населення на кінець звітнього року)

11. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр.	17,5	18,0	18,3	18,3	18,2	18,0	17,6	17,2
чисельник	179	182	184	182	179	176	170	164
знаменник	1022436	1013501	1005556	996007	985746	975573	964962	956054
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (15-24 рр.)	18,3	19,3	20,5	21,2	21,7	21,2	21,6	20,8
чисельник	29	29	29	28	27	25	24	22
знаменник	158 193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)	30,8	31,7	32,2	32,3	31,8	31,7	30,9	30,2
чисельник	131	134	136	136	133	132	128	124
знаменник	425 965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)	4,3	4,3	4,3	4,1	4,3	4,3	4,1	4,1
чисельник	19	19	19	18	19	19	18	18
знаменник	438 278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	21,6	22,9	22,4	22,8	22,6	22,4	21,9	21,4
чисельник	99	104	101	102	100	98	95	92
знаменник	457404	453283	450667	446624	442193	438007	433473	429558
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (жінки)	14,2	14,1	15,0	14,7	14,5	14,5	14,1	13,7
чисельник	80	79	83	81	79	78	75	72
знаменник	565 032	559618	554889	549383	543553	537566	531489	526496

12. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009–2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009–2016 рр. (все населення)	3,6	4,8	4,3	3,0	4,8	3,8	4,5	5,4
Чисельник	43	56	50	34	55	43	50	60
Знаменник	1178176	1166931	1156939	1147791	1138103	1128203	1118352	1108893
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009–2016 рр., (0–1 рр.)	0,0	19,2	0,0	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Чисельник	0	4	0	1	0	0	0	0
Знаменник	21322	20852	20668	21398	21313	20534	19939	18497
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., (2–4 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
Знаменник	126367	124999	123917	123652	123706	125149	126163	127786
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., (15–24 рр.)	0,6	0,7	0,7	1,5	0,8	0,8	0,0	0,9
Чисельник	1	1	1	2	1	1	0	1
Знаменник	158193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009–2016 рр. (25–49 рр.)	9,6	11,8	10,9	6,9	11,7	8,2	11,1	12,9
Чисельник	41	50	46	29	49	34	46	53
Знаменник	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., (50 р. і старше)	0,2	0,2	0,7	0,5	1,1	1,8	0,9	1,4
Чисельник	1	1	3	2	5	8	4	6
Знаменник	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	6,2	7,9	7,2	5,4	7,5	5,3	6,9	7,7
чисельник	33	42	38	28	39	27	35	39
знаменник	533240	528802	524977	521153	516691	512863	508554	504825
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (жінки)	1,6	2,2	1,9	1,0	2,6	2,6	2,5	3,5
чисельник	10	14	12	6	16	16	15	21
знаменник	636885	630550	625164	619904	614074	608393	602510	597512
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (місто)	5,1	5,5	4,4	2,8	5,4	4,4	4,3	5,1
чисельник	40	43	34	22	42	34	33	39
знаменник	790016	785302	781097	777478	773745	770191	765998	761373
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (село)	0,8	3,4	4,3	3,2	3,6	2,5	4,8	6,0
чисельник	3	13	16	12	13	9	17	21
знаменник	388160	381629	375842	370313	364358	358012	352354	347520
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (ін'єкційний)	32	25	26	18	36	13	25	26
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (інші немедичні втручання)	0	0	0	0	0	0	0	1
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (статевий гетеросексуальний)	10	21	23	15	18	26	24	32
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (невизначений)	1	6	1	0	1	4	1	1
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (вертикальний)	0	4	0	1	0	0	0	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис.нас., 2009-2016 рр. (1 клінічна стадія)	6	8	9	4	6	4	1	7

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (II клінічна стадія)	1	2	2	1	3	0	2	3
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (III клінічна стадія)	2	6	4	3	8	9	8	7
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (IV клінічна стадія)	34	36	35	25	38	30	39	43
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія I, >500 кл.)	2	1	2	0	1	5	3	4
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія II, 350-499 кл.)	1	0	0	1	2	1	3	4
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія III, 200-349 кл.)	4	5	2	4	3	4	2	4
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія IV, <200 кл.)	7	13	20	15	20	18	23	29
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (не обстежені)	29	37	26	14	29	15	19	19
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (АРТ до 12 міс.)	5	3	6	4	10	9	10	15
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (АРТ 12 міс. і більше)	0	2	1	1	8	5	7	10
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (не отримували АРТ)	38	51	43	29	37	29	33	35

*2009-2016: чисельник – форма 2

Показники смертності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі.

13. Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (незалежно від віку)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (все населення)	1,9	1,6	1,4	1,0	1,7	1,2	1,9	2,3
чисельник	22	19	16	12	19	14	21	26
знаменник	1178176	1166931	1156939	1147791	1138103	1128203	1118352	1108893
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (0-1 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	21322	20852	20668	21398	21313	20534	19939	18497
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (2-14 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	126367	124999	123917	123652	123706	125149	126163	127786
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15-24 рр.)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	1	1	0	0
знаменник	158193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)	4,9	4,5	3,5	2,8	4,3	2,9	4,6	0,0
чисельник	21	19	15	12	18	12	19	23
знаменник	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)	0,2	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0
чисельник	1	0	1	0	0	1	2	3
знаменник	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15 років і старше)	2,2	1,9	1,6	1,2	1,9	1,4	2,2	2,7
чисельник	22	19	16	12	19	14	21	26
знаменник	1022436	1013501	1005556	996007	985746	975573	964962	956054
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	3,0	3,0	2,7	1,9	1,7	1,6	3,1	0,0
чисельник	16	16	14	10	9	8	16	19
знаменник	533240	528802	524977	521153	516691	512863	508554	504825
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (жінки)	0,9	0,5	0,3	0,3	1,6	1,0	0,8	0,0
чисельник	6	3	2	2	10	6	5	7
знаменник	636885	630550	625164	619904	614074	608393	602510	597512
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (місто)	2,5	2,2	1,2	1,2	1,9	1,6	2,1	0,0
чисельник	20	17	9	9	15	12	16	19
знаменник	790016	785302	781097	777478	773745	770191	765998	761373

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.(село)	0,5	0,5	1,9	0,8	1,1	0,6	1,4	0,0
чисельник	2	2	7	3	4	2	5	7
знаменник	388160	381629	375842	370313	364358	358012	352354	347520
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (ін'єкційний)	12	8	8	6	11	4	10	11
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (статевий гомосексуальний)	0	0	0	0	0	0	0	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (статевий гетеросексуальний)	9	7	8	6	8	10	11	15
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (невизначений)	1	4	0	0	0	0	0	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (I клінічна стадія)	0	0	0	0	0	0	0	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (II клінічна стадія)	0	0	0	0	0	0	0	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (III клінічна стадія)	8	6	9	4	0	0	0	0

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (IV клінічна стадія)	14	13	7	8	19	14	21	26
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія I, >500 кл.)	0	0	0	0	0	1	0	2
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія II, 350-499 кл.)	0	1	0	0	0	0	1	1
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія III, 200-349 кл.)	1	1	1	1	0	4	1	0
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (Стадія IV, <200 кл.)	7	8	12	7	9	6	17	18
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (не обстежені)	14	9	3	4	10	3	2	5
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (АРТ до 12 міс.)	4	2	3	0	2	3	4	10
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (АРТ 12 міс. і більше)	0	0	0	0	4	1	2	4
Смертність серед ЛЖВ за показником зняття з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (не отримували АРТ)	18	17	13	12	13	10	15	12

*2009-2016: чисельник – форма 2

Показники смертності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі.

14. Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15 років і старше)	17,8	18,2	18,2	17,8	16,2	14,6	13,8	13,7
чисельник	182	184	183	177	160	142	133	131
знаменник	1022436	1013501	1005556	996007	985746	975573	964962	956054
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15-24 рр.)	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,0
чисельник	1	1	1	1	1	1	1	1
знаменник	158 193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)	29,8	30,2	29,8	28,7	25,8	23,1	21,5	0,0
чисельник	127	128	126	121	108	96	89	86
знаменник	425 965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)	12,3	12,5	12,7	12,4	11,5	10,2	9,8	0,0
чисельник	54	55	56	55	51	45	43	44
знаменник	438 278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	25,6	25,6	25,3	24,0	22,2	19,6	17,8	0,0
чисельник	117	116	114	107	98	86	77	79
знаменник	457 404	453283	450667	446624	442193	438007	433473	429558
Смертність серед ЛЖВ за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (жінки)	11,9	12,2	12,4	12,7	11,4	10,2	10,5	0,0
чисельник	67	68	69	70	62	55	56	52
знаменник	565 032	559618	554889	549383	543553	537566	531489	526496

Показники смертності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі.

15. Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (все населення)								
чисельник	69,3	72,1	75,4	85,3	90,2	102,3	116,1	127,7
знаменник	813	838	869	975	1022	1149	1293	1411
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (0-1 рр.)								
чисельник	1172317	1161544	1152333	1143249	1132957	1123448	1113256	1104529
знаменник	276,7	321,3	324,2	369,2	337,8	316,5	255,8	373,0
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (2-14 рр.)								
чисельник	59	67	67	79	72	65	51	69
знаменник	21322	20852	20668	21398	21313	20534	19939	18497
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15-17 рр.)								
чисельник	9,5	12,8	17,8	17,0	17,0	22,4	35,7	28,2
знаменник	12	16	22	21	21	28	45	36
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (18-24 рр.)								
чисельник	126367	124999	123917	123652	123706	125149	126163	127786
знаменник	33,3	32,6	0,0	3,0	6,3	10,2	10,6	7,4
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)								
чисельник	13	12	0	1	2	3	3	2
знаменник	39013	36806	35307	33322	31499	29530	28210	27059
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)								
чисельник	209,8	248,1	73,4	75,7	65,6	58,9	55,6	52,0
знаменник	250	282	78	75	61	52	46	41
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (18-24 рр.)								
чисельник	119180	113673	106273	99032	93057	88349	82741	78862
знаменник	111,0	108,0	161,1	181,6	196,2	227,3	259,1	284,0
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)								
чисельник	473	457	681	765	821	946	1072	1167
знаменник	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)								
чисельник	1,4	0,9	4,8	7,7	10,2	12,5	17,3	21,9
знаменник	6	4	21	34	45	55	76	96
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (18-24 рр.)								
чисельник	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)	87,6	87,0	87,8	98,4	102,8	116,6	133,7	148,2
чисельник	467	460	461	513	531	598	680	748
знаменник	533 240	528802	524977	521153	516691	512863	508554	504825
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (жінки)	54,3	59,9	65,3	74,5	80,0	90,6	101,7	111,0
чисельник	346	378	408	462	491	551	613	663
знаменник	636 885	630550	625164	619904	614074	608393	602510	597512
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (місто)	81,0	81,9	81,0	93,6	100,3	114,1	128,2	139,9
чисельник	638	641	631	726	774	877	979	1062
знаменник	787620	782984	779209	775748	771991	768390	763606	759139
Поширеність ВІЛ-інфекції за даними РЕН, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (село)	45,5	52,0	63,8	67,8	68,7	76,6	89,8	101,0
чисельник	175	197	238	249	248	272	314	349
знаменник	384 697	378560	373124	367501	360966	355058	349650	345390
статевий гомосексуальний	0	0	0	0	0	1	8	9
статевий гетеросексуальний	345	390	434	507	559	642	744	827
ін'єкційний	357	328	322	337	336	380	413	440
інші медичні маніпуляції	0	1	1	1	1	1	1	1
інші немедичні втручання	1	2	2	2	2	3	3	3
діти з встановленим діагнозом	14	15	19	19	20	27	30	29
діти в стадії дообстеження	56	67	68	79	73	68	67	76
невизначений	40	35	26	30	31	27	27	26

* Показник розрахований на наявне населення станом на кінець звітного року (за віковими групами та статтю - на постійне населення станом на кінець звітного року). Дезагрегація за віковими групами 15-17, 18-24, 25-49 та 50 і старше можлива починаючи з 2011 року, коли запрацювала база даних EpiAIDS та був впроваджений автоматизований облік віку серед осіб, які перебувають під медичним наглядом з приводу ВІЛ-інфекції. До 2010 року включно в офіційній статистиці не враховувалися переходи між віковими групами, а чисельність контингенту ВІЛ-інфікованих вираховувалася математично (до кількості ЛЖВ відповідної вікової групи, які перебували на обліку, додавалися взяті на облік та віднімалися зняті з обліку).

16. Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр.								
чисельник	250,9	249,9	249,3	249,5	251,3	254,7	258,9	262,0
знаменник	2565	2533	2507	2485	2477	2485	2498	2505
	1022436	1013501	1005556	996 007	985 746	975 573	964 962	956 054
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (15-24 рр.)								
чисельник	77,1	78,4	81,9	85,4	88,3	89,9	92,8	0,1
знаменник	122	118	116	113	110	106	103	99
	158193	150479	141580	132354	124556	117879	110951	105921
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (25-49 рр.)								
чисельник	462,5	458,1	452,4	447,4	444,6	443,4	443,1	0,4
знаменник	1970	1939	1912	1885	1860	1845	1833	1817
	425965	423248	422651	421283	418389	416129	413673	410909
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (50 р. і старше)								
чисельник	107,9	108,2	108,5	110,1	114,5	120,9	127,6	0,1
знаменник	473	476	479	487	507	534	562	589
	438278	439774	441325	442370	442801	441565	440338	439224
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (чоловіки)								
чисельник	327,9	323,0	317,1	313,7	312,3	313,2	316,1	0,3
знаменник	1500	1464	1429	1401	1381	1372	1370	1362
	457404	453283	450667	446624	442193	438007	433473	429558
Поширеність ВІЛ-інфекції за оціночними даними СПЕКТРУМ серед осіб віком 15+, на 100 тис. нас., 2009-2016 рр. (жінки)								
чисельник	188,3	191,0	194,3	197,3	201,6	207,0	212,4	0,2
знаменник	1064	1069	1078	1084	1096	1113	1129	1142
	565032	559618	554889	549383	543553	537566	531489	526496

* Показники поширеності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі станом на 1 січня.

17. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.

	2011	2013	2015
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, які живуть з ВІЛ, ввіком 15+, 2009-2016 рр.	4,20	5,10	10,20
цільове значення		18,2	

18. Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.

	2013	2015
Відсоток жінок комерційного сексу, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	1,00	1,70
цільове значення	5	

19. Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.

	2011	2013	2015
Відсоток чоловіків, які мають секс із чоловіками, які живуть з ВІЛ, віком 15+, 2009-2016 рр.	5,60	3,40	2,00
цільове значення		7,9	

20. Відсоток молодих людей віком 15–24 роки, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, 2014-2016 рр. (Показник № 18 плану МіО)

	2010	2014
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)	86,50	84,90
цільове значення		

21. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб, яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)	40,6	45,2	41,5	47,0
чисельник	67	75	78	78
знаменник	165	166	188	166
цільове значення				40

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).

	2013	2014	2015	2016
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)	78,6	76,2	77,6	79,0
чисельник	803	876	1004	1115
знаменник	1 022	1 149	1 293	1 411
Цільове значення				80
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) (місто)	76,1	76,2	77,3	79,4
чисельник	589	668	757	843
знаменник	774	877	979	1062

	2013	2014	2015	2016
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) (село)	86,3	76,5	78,7	77,9
чисельник	214	208	247	272
знаменник	248	272	314	349
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 (чоловіки))	77,0	74,9	78,7	79,0
чисельник	409	448	535	591
знаменник	531	598	680	748
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 (жінки))	80,2	77,7	76,5	79,0
чисельник	394	428	469	524
знаменник	491	551	613	663

* Показники поширеності за віком та статтю розраховані на постійне населення відповідної вікової групи та статі станом на 1 січня.

23. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО).

	2013	2014	2015
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр. (Показник № 24 плану МіО)	82,9	85,9	81,2
чисельник	121	122	95
знаменник	146	142	117
цільове значення			85

24. Рівень дискримінації осіб, які живуть з ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 28 плану МіО).

Відсутні дані для розрахунку показника.

25. Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №14 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №14 плану МіО)	85,70	96,81	85,09	89,93

26. Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №15 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Кількість працівників комерційного сексу, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №15 плану МіО)	85,30	88,58	93,17	99,67

27. Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №16 плану МіО)

	2013	2014	2015	2016
Кількість чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (Показник №16 плану МіО)	0,00	8,58	11,58	12,89

28. Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник №21 плану МіО)

	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник №21 плану МіО), всього	69	51	43	53
чисельник	707	583	559	751
знаменник	1022	1149	1293	1411
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник №21 плану МіО), дорослі	69	54	44	54
чисельник	637	568	556	749
знаменник	928	1056	1261	1380
цільове значення				80

	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, 2013-2016 рр. (Показник №21 плану МіО), діти	74	16	9	6
чисельник	70	15	3	2
знаменник	94	93	32	31
цільове значення				90

29. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО).

	2011	2013	2015
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО), всього	43,10	18,60	59,90
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО), до 25 років	32,6	13,9	X
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО), 25 років і старше	46,4	21,1	X
цільове значення			45

30. Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО)

	2013	2015
Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО), всього	29,30	47,20
Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО), до 25 років	18,1	X
Відсоток працівників комерційного сексу, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО), 25 років і старше	39,10	X
цільове значення		65

31. Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО).

	2011	2013	2015
Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО), всього	36,50	22,20	33,90
Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО), до 25 років	37,2	17,5	
Відсоток чоловіків, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО), 25 років і старше	33,1	26,6	31,6
цільове значення			45

32. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2014-2016 рр. (Показник № 14 плану МіО).

Відсутні дані для розрахунку показника.

33. Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Кількість осіб з ВІЛ-інфекцією, які потребують АРТ і які наразі його отримують, 2013-2016 рр. (Показник № 22 плану МіО)	96,6	96,0	93,5	89,8
чисельник	420	526	602	699
знаменник	435	548	644	778

34. Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО).

	2014	2015	2016
Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО), всього	69,8	72,4	69,0
чисельник	67	76	60
знаменник	96	105	87
цільове значення			55
Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО), чоловіки	73,0	65,8	67,7
чисельник	46	52	44
знаменник	63	79	65
Відсоток зареєстрованих ВІЛ-інфікованих пацієнтів з ТБ, які отримували АРТ під час лікування ТБ, 2013-2016 рр. (Показник № 25 плану МіО), жінки	63,6	92,3	72,7
чисельник	21	24	16
знаменник	33	26	22

35. Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Відсоток дітей, які отримують АРТ, з числа ВІЛ-інфікованих дітей, 2013-2016 рр. (Показник № 23 плану МіО)	100,0	100,0	100,0	100,0
чисельник	22	28	32	30
знаменник	22	28	32	30

36. Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник №27 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з опіоїдною залежністю, які отримують замісну підтримувальну терапію, 2013-2016 рр. (Показник № 27 плану МіО)	21,9	37,2	41,5	45,2
чисельник	171	303	347	410
знаменник	782	815	836	907
Цільове значення				20

37. Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр., (Показник № 1 плану МіО).

	2013	2014	2015
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), всього	8875,1	5752,9	10773,4
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), ДБ	3816,6	555,5	2367,5
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), МБ	678,1	716,5	997,1
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), АРТ	2343,6	985,0	3585,5
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), КІТ	836,1	525,9	599,5
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), ЛВІН	1356,6	1544,3	3093,8
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), ПКС	281,9	331,9	654,5
Обсяг фінансових витрат на протидію епідемії ВІЛ-інфекції в області, 2013-2015 рр. (Показник №1 плану МіО), ЧСЧ	0,0	14,3	111,1

38. Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО).

	2013	2015	2016
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО)			
чисельник	77,3	62,5	88,5
знаменник	3804,9	6272,1	10792,4
	4923	10041,6	12201,1
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), ДБ			
чисельник	170,3	29,5	57,1
знаменник	3287,3	2007,1	4322,4
	1930,7	6801,8	7571,1
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), ОБ			
чисельник	15,7	20,3	17,5
знаменник	132,5	56,5	270,3
	842,8	278,9	1541,3
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), МБ			
чисельник	4,0	212,6	120,9
знаменник	85,1	435,9	675,8
	2149,5	205	559,1
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), АРТ			
чисельник	300,6	207,2	314,2
знаменник	2341,4	4135,5	7820,5
	778,9	1996,1	2488,7
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), КІТ			
чисельник	15,7	31,2	89,0
знаменник	139,2	154,7	478,2
	884,2	495,6	537,2
Відсоток фактичного фінансування обласної Програми від запланованого, 2013-2016 рр. (Показник № 2 плану МіО), ГР			
чисельник	#ДЕЛ/0!	0,0	0,0
знаменник	0	0	0
	0	2490,7	2511,7

* у 2014 році обласної програми не було

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).

	2013	2014	2015	2016
Відсоток загальноосвітніх навчальних закладів, які мають підготовлених вчителів і протягом останнього року забезпечили навчання учнів за програмами розвитку життєвих навичок щодо формування здорового способу життя і профілактики ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 17 плану МіО).	66,2	78,7	57,3	51,6
чисельник	360	425	304	274
знаменник	544	540	531	531
цільове значення				90

40. Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.

	2013	2014	2015	2016
Охоплення АРТ від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.	54,9	63,2	62,4	65,7
чисельник	441	554	626	732
знаменник	803	876	1004	1115

41. Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.

	2013	2014	2015	2016
Охоплення профілактичним лікуванням ізоніазидом від активної диспансерної групи, 2013-2016 рр.	41,0	17,7	24,6	28,3
чисельник	105	68	116	154
знаменник	256	384	471	544

* для знаменника у 2013 році використані дані форми 2 (рядок 6 т. 2001), у 2014-2016 – інформація з etb-manager

42. Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р.

	2016
Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на 01.01.2017 р	732

43. Кількість ЛЖВ, віком 15+, 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.

	2016
Кількість ЛЖВ, віком 15+, 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.	563

44. Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.

	2016
Кількість ЛЖВ, віком 15+, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на 01.01.2017 р.	411

ДОДАТОК 2

Значення індикаторів матриці для аналізу даних Індикатори для аналізу впровадження АРТ

1. Чи проводять здійснювані заходи до змін?

1.1. Який вплив АРТ на смертність серед ЛЖВ?

1.1.1. Відсоток випадків смерті серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, всього	2,7	2,3	1,8	1,2	1,9	1,2	1,6	1,8
Чисельник: кількість зареєстрованих на медичний облік ЛЖВ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті через захворювання, безпосередньо пов'язані з ВІЛ-інфекцією	22	19	16	12	19	14	21	26
Знаменник: кількість осіб, що знаходилися на медичному обліку в звітному році	813	838	869	975	1022	1149	1293	1411
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ? серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, чоловіки	3,4	3,5	3,0	1,9	1,7	1,3	2,4	2,5
чисельник	16	16	14	10	9	8	16	19
знаменник	467	460	461	513	531	598	680	748
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ? серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, жінки	1,7	0,8	0,5	0,4	2,0	1,1	0,8	1,1
чисельник	6	3	2	2	10	6	5	7
знаменник	346	378	408	462	491	551	613	663

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, 0-14 років	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	71	83	89	100	93	93	96	105
Відсоток випадків смерті вз причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, 15 і більше років	3,0	2,5	2,1	1,4	2,0	1,3	1,8	2,0
чисельник	22	19	16	12	19	14	21	26
знаменник	742	755	780	875	929	1056	1197	1306
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, ЛВІН (РЕН)	3,4	2,4	2,5	1,8	3,6	1,1	2,4	2,5
чисельник	12	8	8	6	12	4	10	11
знаменник	357	328	321	337	336	380	413	440
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, ЛВІН (Spectrum)	x	x	x	7,2	6,6	5,9	5,4	5,4
чисельник	x	x	x	35	30	28	24	23
знаменник	x	x	x	484	458	476	448	427
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, ПКС (Spectrum)	x	x	x	6,5	5,8	5,3	4,7	5,5
чисельник	x	x	x	8	6	4	3	3
знаменник	x	x	x	123	103	75	64	55
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, ЧСЧ (Spectrum)	x	x	x	7,9	7,1	6,6	5,7	5,6
чисельник	x	x	x	11	10	8	7	7
знаменник	x	x	x	140	141	122	122	124
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, засуджені	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	0	0	0	0	0
знаменник	124	58	74	74	76	66	53	53

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, хворі на ТБ/ВІЛ	x	x	x	x	15,4	10,3	6,8	19,3
чисельник	x	x	x	x	14	8	5	17
знаменник	x	x	x	x	91	78	74	88
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, активна Д група	x	x	x	x	x	1,3	2,1	2,2
чисельник	x	x	x	x	x	11	21	24
знаменник	x	x	x	x	x	876	1004	1115
Відсоток випадків смерті з причин, пов'язаних з ВІЛ, серед ЛЖВ, що знаходяться на медичному обліку, неактивна Д група	x	x	x	x	x	1,1	0,0	0,7
чисельник	x	x	x	x	x	3	0	2
знаменник	x	x	x	x	x	273	289	296

1.1.3. Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, всього	3,3	1,8	2,9	1,4	4,1	2,5	2,7	3,4
Чисельник: кількість осіб, які отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	4	3	6	4	18	14	17	25
Знаменник: кількість ЛЖВ, що отримували АРТ	121	164	205	289	441	554	626	732
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, чоловіки	4,3	1,2	5,8	2,7	6,7	3,0	4,2	4,4
чисельник	3	1	6	4	15	9	14	17
знаменник	69	82	103	147	225	298	335	389
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, жінки	1,9	2,4	0,0	0,0	1,4	2,0	1,0	2,3

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
чисельник	1	2	0	0	3	5	3	8
знаменник	52	82	102	142	216	256	291	343
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, ЛВІН (РЕН)	50,0	16,7	41,7	11,5	26,7	6,5	10,1	19,6
чисельник	1	1	5	3	12	4	9	10
знаменник	2	6	12	26	45	62	89	51
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, засуджені	-	0,0	0,0	X	0,0	0,0	0,0	0,0
чисельник	0	0	0	X	0	0	0	0
знаменник	0	5	8	X	21	28	24	33
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, хворі на ТБ/ВІЛ	100,0	0,0	25,0	9,5	92,9	42,9	29,4	58,8
чисельник	1	0	4	2	13	6	10	20
знаменник	1	11	16	21	14	14	34	34

1.1.1.4. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році, всього	9,3	5,4	12,0	11,8	32,7	32,6	34,0	23,3
Чисельник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	4	3	6	4	18	14	17	14
Знаменник: кількість ЛЖВ, які померли у звітному році	43	56	50	34	55	43	50	60
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році, чоловіки	9,1	2,4	15,8	14,3	38,5	33,3	40,0	25,6
чисельник	3	1	6	4	15	9	14	10
знаменник	33	42	38	28	39	27	35	39

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році, жінки	10,0	14,3	0,0	0,0	18,8	31,3	20,0	19,0
чисельник	1	2	0	0	3	5	3	4
знаменник	10	14	12	6	16	16	15	21
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році, ЛВІН (РЕН)	3,1	4,0	19,2	16,7	33,3	30,8	36,0	19,2
чисельник	1	1	5	3	12	4	9	5
знаменник	32	25	26	18	36	13	25	26
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, серед померлих ЛЖВ у звітному році, хворі на ТБ/ВІЛ	6,3	0,0	16,0	16,7	65,0	46,2	37,0	48,0
чисельник	1	0	4	2	13	6	10	12
знаменник	16	19	25	12	20	13	27	25

1.1.1.5. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, які отримували АРТ

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, які отримували АРТ, всього	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	7,1	11,8	16,0
Чисельник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	0	0	0	0	4	1	2	4
Знаменник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, але померли у звітному році	5	5	7	5	18	14	17	25
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, чоловіки	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	11,1	14,3	17,6
чисельник	0	0	0	0	2	1	2	3
знаменник	4	2	6	5	15	9	14	17

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, жінки	0,0	0,0	0,0	#ДЕЛ/0!	66,7	0,0	0,0	12,5
чисельник	0	0	0	0	2	0	0	1
знаменник	1	3	1	0	3	5	3	8
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, ЛВІН (РЕН)	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	11,1	10,0
чисельник	0	0	0	0	3	1	1	1
знаменник	2	1	5	4	12	4	9	10
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, серед померлих у звітному році ЛЖВ, хворі на ТБ/ВІЛ	0,0	0,0	0,0	0,0	37,5	16,7	20,0	28,6
чисельник	0	0	0	0	3	1	2	4
знаменник	2	1	4	2	8	6	10	14

1.1.1.6. Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, всього	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,2	0,4	0,7
Чисельник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, але яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	0	0	0	0	4	1	2	4
Знаменник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, у звітному році	34	128	173	214	310	434	533	588

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, чоловіки	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,5	0,7	1,0
чисельник	0	0	0	0	2	1	2	3
знаменник	20	69	90	110	161	218	277	303
Відсоток ЛЖВ, які померли у звітному році, серед ЛЖВ, які отримували АРТ 12 міс. і більше, жінки	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,4
чисельник	0	0	0	0	2	0	0	1
знаменник	14	59	83	104	149	216	256	285

1.1.2. Чи помирають ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її?

1.1.2.1. Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році, всього	88,4	91,1	86,0	85,3	67,3	67,4	66,0	58,3
Чисельник: кількість осіб, які НЕ отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	38	51	43	29	37	29	33	35
Знаменник: кількість ЛЖВ, які померли у звітному році	43	56	50	34	55	43	50	60
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році, чоловіки	87,9	95,2	84,2	82,1	61,5	66,7	60,0	56,4
чисельник	29	40	32	23	24	18	21	22
знаменник	33	42	38	28	39	27	35	39
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році, жінки	90,0	78,6	91,7	100,0	81,3	68,8	80,0	61,9
чисельник	9	11	11	6	13	11	12	13
знаменник	10	14	12	6	16	16	15	21

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році, ЛВІН (РЕН)	93,8	96,0	80,8	77,8	66,7	69,2	64,0	61,5
чисельник	30	24	21	14	24	9	16	16
знаменник	32	25	26	18	36	13	25	26
Відсоток випадків смерті ВІЛ-інфікованих осіб, які НЕ отримували АРТ, серед усіх випадків смерті у звітному році, хворі на ТБ/ВІЛ	87,5	94,7	84,0	83,3	60,0	53,8	63,0	44,0
чисельник	14	18	21	10	12	7	17	11
знаменник	16	19	25	12	20	13	27	25

1.1.2.2. Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, всього	5,5	7,6	6,5	4,2	6,4	4,9	4,9	5,2
Чисельник: кількість осіб, які НЕ отримували АРТ, яких у звітному році було знято з обліку внаслідок смерті з причин, безпосередньо пов'язаних з ВІЛ-інфекцією	38	51	43	29	37	29	33	35
Знаменник: кількість ЛХВ, які НЕ отримували АРТ	692	674	664	686	581	595	667	679
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, чоловіки	7,3	10,6	8,9	6,3	7,8	6,0	6,1	6,1
чисельник	29	40	32	23	24	18	21	22
знаменник	398	378	358	366	306	300	345	359
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, жінки	3,1	3,7	3,6	1,9	4,7	3,7	3,7	4,1
чисельник	9	11	11	6	13	11	12	13
знаменник	294	296	306	320	275	295	322	320

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, ЛВІН (РЕН)	8,5	7,5	6,8	4,5	8,2	2,8	4,9	4,1
чисельник	30	24	21	14	24	9	16	16
знаменник	355	322	309	311	291	318	324	389
Відсоток випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих осіб, які отримували АРТ, хворі на Тб/ВІЛ	x	x	x	x	15,6	10,9	42,5	20,4
чисельник	x	x	x	x	12	7	17	11
знаменник	x	x	x	x	77	64	40	54

1.1.3. Які основні причини смерті ЛЖВ, які перебували на АРТ?

Найпоширенішою причиною смерті ЛЖВ, які приймали антиретровірусну терапію, був туберкульоз різних локалізацій (49% всіх смертей) та зловиякісні новоутворення, у т.ч. СНІД-індикаторні (10 % всіх смертей). Решта причин смерті зустрічалися не так часто, від 1 до 4 відсотків всіх смертей.

1.2. Чи охоплені потрібні люди?

1.2.1. Чи є достатнім доступ до АРТ для уразливих груп?

1.2.1.1. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітнього року.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітнього року, всього	4,7	6,4	8,1	11,6	17,7	22,2	25,0	29,2
кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітнього року	121	164	205	289	441	554	626	732
знаменник: оціночна кількість ЛЖВ за СПЕКТРУМ	2576	2544	2517	2494	2486	2492	2503	2507
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітнього року, ЛВІН	#ДЕЛ/0!	#ДЕЛ/0!	5,0	#ДЕЛ/0!	24,0	#ДЕЛ/0!	10,8	#ДЕЛ/0!
чисельник	7	16	21	44	71	108	134	99
знаменник			420		296		1245	

1.2.2. Чи достатній рівень доступу до:

1) призначення АРТ

2) отримання АРТ в медичних установах; при наданні послуг хворим на ТБ; пацієнтам з наркотичною залежністю; в місцях позбавлення волі тощо?

1.2.2.1. Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, всього	14,9	19,6	23,6	29,6	43,2	48,2	48,4	51,9
Чисельник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ, на кінець звітного року	121	164	205	289	441	554	626	732
Знаменник: оціночна кількість ЛЖВ за СПЕКТРУМ	813	838	869	975	1022	1149	1293	1411
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, чоловіки	14,8	17,8	22,3	28,7	42,4	49,8	49,3	52,0
чисельник	69	82	103	147	225	298	335	389
знаменник	467	460	461	513	531	598	680	748
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, жінки	15,0	21,7	25,0	30,7	44,0	46,5	47,5	51,7
чисельник	52	82	102	142	216	256	291	343
знаменник	346	378	408	462	491	551	613	663
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, 0–14 років	16,9	18,1	21,3	20,0	23,7	30,1	33,3	28,6
чисельник	12	15	19	20	22	28	32	30
знаменник	71	83	89	100	93	93	96	105
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, 15 і більше років	14,7	19,7	23,8	30,7	45,1	49,8	49,6	53,8
чисельник	109	149	186	269	419	526	594	702
знаменник	742	755	780	875	929	1056	1197	1306

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, ЛВІН (РЕН)	2,0	4,9	6,5	13,1	21,1	28,4	32,4	22,5
чисельник	7	16	21	44	71	108	134	99
знаменник	357	328	321	337	336	380	413	440
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, засуджені	0,0	8,6	10,8	X	27,6	42,4	45,3	62,3
чисельник	0	5	8	X	21	28	24	33
знаменник	124	58	74	X	76	66	53	53
Відсоток ЛЖВ, які знаходилися на медичному обліку та отримували АРТ, на кінець звітного року, активна Д група	X	X	X	X	54,6	63,2	62,4	65,7
чисельник	X	X	X	X	441	554	626	732
знаменник	X	X	X	X	808	876	1004	1115

1.2.2.2. Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу АРТ та ЗПТ.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ВІЛ інфікованих ЛВІН з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу АРТ та ЗПТ	5	6	9	18	26	46	45	48

1.2.2.3. Відсоток ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують інтегровану допомогу ЗПТ та АРТ	6,0	5,9	7,7	12,7	15,2	15,2	13,0	11,7
Чисельник: кількість ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ та АРТ	5	6	9	18	26	46	45	48
Знаменник: кількість ЛЖВ з опіоїдною залежністю, які отримують ЗПТ	83	102	117	142	171	303	347	410

1.2.3. Якою мірою всі ті ЛЖВ, які знаходяться на регулярному моніторингу стану здоров'я та потребують АРТ, отримують АРТ? Чи втрачаються для спостереження ЛЖВ, які потребують АРТ, але не розпочинають її?

1.2.3.1. Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, потребували АРТ, на кінець звітнього року

	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, потребували , але не отримували АРТ, на кінець звітнього року	1,9	2,5	4,2	7,1
Чисельник: кількість ЛЖВ активної диспансерної групи, які потребували, але не отримували АРТ, на кінець звітнього року	15	22	42	79
Знаменник: кількість ЛЖВ, які входили в активну диспансерну групу, на кінець звітнього року	808	876	1004	1115

1.2.4. Опишіть основні чинники неотримання / відмови від лікування АРТ?

1.2.4.1. Кількість зафіксованих випадків ускладнень / побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, у звітньому році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість зафіксованих випадків ускладнень / побічної дії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, пов'язаних з отриманням АРТ, у звітньому році	7	15	16	10	12	10	7	14

1.2.4.2. Опишіть основні чинники неотримання / відмови від лікування АРТ?

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Основні чинники неотримання / відмови від лікування АРТ, смерть	4	2	3	7	12	3	5
Основні чинники не тримання / відмови від лікування АРТ, медичні причини	0	1	0	0	0	0	0
Основні чинники неотримання / відмови від лікування АРТ, немедичні причини	5	7	2	10	13	18	17

1.3. Чи виконуються здійснювані заходи у достатньому обсязі (масштабі)?

1.3.1. Чи є адекватною кількість та розташування сайтів, які надають послуги з АРТ, інформацію про послуги з АРТ та послуги з догляду та підтримки?

1.3.1.1. Кількість ЗОЗ, які надають АРТ.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість ЗОЗ, які надають АРТ	5	5	5	5	5	5	5	5

1.3.1.2. Кількість медичних та немедичних установ, які надають послуги з догляду та підтримки

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість медичних та немедичних установ, які надають послуги з догляду та підтримки	1	1	1	1	1	1	1	2

1.3.1.3. Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ, ВІЛ/ТБ/ЗПТ

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ	21	21	21	21	21	21	21	25
Кількість медичних та немедичних установ, що надають інтегровану допомогу ВІЛ/ТБ/ЗПТ	3	3	3	3	5	5	8	8

1.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

1.4.1. Якою мірою виконується моніторинг за лікуванням ЛЖВ? Яким є рівень ефективності лікування?

1.4.1.1. Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВН, станом на кінець року

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВН, станом на кінець року	73,6	82,3	87,3	89,3	85,0	33,6	38,0	68,0
Чисельник: кількість ЛЖВ, які отримували АРТ та були охоплені тестуванням на ВН, станом на кінець року	89	135	179	258	375	186	238	498
Знаменник: кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримували АРТ, станом на кінець року	121	164	205	289	441	554	626	732

1.4.1.2. Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на кінець року

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на кінець року	66,1	72,6	75,6	77,9	61,5	20,6	32,3	58,2
Чисельник: кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією, отримують АРТ, мають дані щодо невизначуваного ВН, станом на кінець року	80	119	155	225	271	114	202	426
Знаменник: кількість ЛЖВ, які знаходяться під медичним наглядом у зв'язку з ВІЛ-інфекцією та отримують АРТ, станом на кінець року	121	164	205	289	441	554	626	732

1.4.2. Яким є рівень утримання пацієнтів на АРТ? Наскільки він різниться серед КГН?

1.4.2.1. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр.

	2013	2014	2015
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 12 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	82,9	92,3	81,2
Чисельник: кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 12 міс. після її початку	121	131	95
Знаменник: загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когорту року, що передусь звітному	146	142	117

1.4.2.2. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 24 міс. після її початку, 2013-2015 рр.

	2012	2013	2014
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 24 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	75,7	73,8	75,4
Чисельник: кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 24 міс. після її початку	78	110	107
Знаменник: загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когорту року, що передусь звітному	103	149	142

1.4.2.3. Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 36 міс. після її початку, 2013-2015 рр.

	2011	2012	2013
Відсоток осіб з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, які отримують АРТ через 36 міс. після її початку, 2013-2015 рр.	80,7	70,9	76,4
Чисельник: кількість дорослих та дітей з ВІЛ-інфекцією у звітній річній когорті, які продовжують отримувати АРТ через 36 міс. після її початку	46	78	113
Знаменник: загальна кількість дорослих і дітей, які увійшли у річну когорту року, що передусь звітному	57	110	148

1.4.3. Чи доступні послуги з догляду та підтримки ЛЖВ?

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

	2013	2014	2015	2016
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, всього	69,2	50,7	43,2	53,2
Чисельник: кількість людей, що живуть з ВІЛ, які протягом року отримували щонайменше одну послугу з переліку соціальних послуг, що надаються особам, які перебувають у складних життєвих обставинах і не можуть самостійно їх подолати	707	583	559	751
Знаменник: загальна кількість ВІЛ-інфікованих, які перебувають під медичним наглядом	1022	1149	1293	1411
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, ЛВІН	51,8	48,2	38,3	43,0
чисельник	174	183	158	189
знаменник	336	380	413	440
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, ЧСЧ	#ДЕЛ/0!	100,0	37,5	33,3
чисельник	2	1	3	3
знаменник	0	1	8	9
Відсоток людей, які живуть з ВІЛ, охоплених послугами догляду та підтримки, ув'язнені	243,4	254,5	115,1	220,8
чисельник	185	168	61	117
знаменник	76	66	53	53

1.5. Чи є здійснювані заходи правильними/релевантними?

1.5.4. Чи відповідають наявні людські ресурси потребі в якісному наданні послуг для ЛЖВ?

1.5.4.1. Середня кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які обслуговуються одним інфекціоністом.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Середня кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які обслуговуються одним інфекціоністом	32,5	33,5	34,8	39,0	40,9	46,0	51,7	56,4
Чисельник: кількість ВІЛ-інфікованих осіб, що знаходяться на медичному обліку	813	838	869	975	1022	1149	1293	1411
Знаменник: загальна кількість інфекціоністів, які здійснюють диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими	25	25	25	25	25	25	25	25

Індикатори для аналізу впровадження КІТ

2.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

2.1.1. Наскільки ефективними є тестування і консультування щодо виявлення та залучення до ВІЛ-послуг ЛЖВ серед окремих КГН в цілому?

2.1.1.1. Відсоток ЛЖВ (15+), які знаходяться під медичним наглядом.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛЖВ (15+), які знаходяться під медичним наглядом	28,9	29,8	31,1	35,2	37,5	42,5	47,9	52,1
Кількість ЛЖВ (15+), які перебували під медичним наглядом на кінець звітного року	742	755	780	875	929	1056	1197	1306
Кількість ЛЖВ (15+) за оціночними даними СПЕКТРУМ на кінець звітного року	2565	2533	2507	2485	2477	2485	2498	2505

2.1.1.2. Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+), які знаходяться під медичним наглядом

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+), які знаходяться під медичним наглядом			62,9		54,0		33,2	
Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН, 15+ (осіб з парентеральним шляхом інфікування), які перебували під наглядом на кінець звітного року	357	328	322	337	336	380	413	440
Кількість ВІЛ-позитивних ЛВІН (15+) за оціночними даними СПЕКТРУМ та даними ДЕН (оціночна кількість ЛВІН за даними СПЕКТРУМ X рівень інфікованості ВІЛ серед ЛВІН за даними ДЕН)			512		622		1244	

2.1.2. Якою мірою тестування і консультування сприяють ранньому виявленню та своєчасному залученню до ВІЛ-послуг ЛЖВ серед окремих КГН в цілому?

2.1.2.1. Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО).

	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції, 2013-2016 рр. (Показник № 19 плану МіО)	40,6	45,2	41,5	47,0
Кількість ВІЛ-інфікованих осіб (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ, у звітному році	67	75	78	78
Загальна кількість уперше в житті взятих під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих осіб (15+) у звітному році	165	166	188	166

2.1.2.2. Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції

	2013	2014	2015	2016
Відсоток ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі) (15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ-інфекції, серед загального числа ЛВІН з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції	49,0	42,0	57,7	60,0
Кількість ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі)(15+), яких було взято під медичний нагляд у III та IV клінічних стадіях ВІЛ, у звітному році	24	21	30	24
Загальна кількість вперше в житті взятих під медичний нагляд ВІЛ-інфікованих ЛВІН (осіб з парентеральним шляхом передачі)(15+) у звітному році	49	50	52	40

2.2. Чи охоплені потрібні люди?

2.2.1. Чи забезпечується необхідний доступ та використання послуг з тестування і консультивання?

2.2.1.1. Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антигіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО).

	2011	2013	2015
Відсоток ЛВІН, охоплених тестуванням на наявність антигіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 10 плану МіО)	43,1	18,6	59,9
цільове значення			45

2.2.1.2. Відсоток ПКС, охоплених тестуванням на наявність антигіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО).

	2011	2013	2015
Відсоток ПКС охоплених тестуванням на наявність антигіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 11 плану МіО)		29,3	47,3
цільове значення			65

2.2.1.3. Відсоток ЧСЧ, які мають секс з чоловіками, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник № 12 плану МіО)

	2011	2013	2015
Відсоток ЧСЧ, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр. (Показник №12 плану МіО)	36,5	22,0	34,0
цільове значення			45

2.2.1.4. Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр.

	2013	2014	2015	2016
Відсоток засуджених, охоплених тестуванням на наявність антитіл до ВІЛ, 2013-2016 рр.	69,1	69,5	7,1	59,9
Кількість засуджених за кодом 112, які були обстежені в скринінгових дослідженнях на ВІЛ-інфекцію методами серологічної діагностики протягом звітного року	2322	1716	139	1095
Кількість засуджених, які перебували у місцях позбавлення волі протягом року (якщо є дані)	3359	2468	1969	1827

2.2.1.6. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код СЕМ - 102), серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН (код СЕМ - 102), серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	13,5	11,0	7,0	16,3	16,3	11,4	12,7	13,0
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЛВІН у звітному році	27	22	14	33	42	27	30	29
Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.2.1.7. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ - 105.2) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ - 105.2) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ПКС (код СЕМ - 105.2) у звітному році					0	0	1	0
Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.2.1.8. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ - 103) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ - 103) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ - 103) у звітному році	0	0	0	0	0	1	0	1
Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.2.1.9. Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених (код СЕМ – 112) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Частка осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед засуджених (код СЕМ – 112) серед загальної кількості осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році	13,0	8,5	17,6	12,9	7,4	8,5	1,7	6,7
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ серед ЧСЧ (код СЕМ – 103) у звітному році	26	17	35	26	19	20	4	15
Загальна кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.4. Чи здійснюються ці заходи правильно?

2.4.1. Чи є послуги тестування і консультування інтегрованими та синергічними з іншими медичними та ВІЛ-послугами?

2.4.1.1. Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд протягом року після тестування (в цілому за КГН та іншими групами)	17,0	21,5	16,1	11,4	12,8	13,1	12,7	7,2
Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ (крім кодів 110, 114), яких було взято під медичний нагляд протягом звітнього року після отримання позитивного результату тестування у звітному році	34	43	32	23	33	31	30	16
Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році	200	200	199	202	257	236	237	223

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд протягом трьох місяців після тестування (в цілому за КГН та іншими групами)	14,0	18,5	23,1	15,3	15,2	14,8	9,3	8,1
Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ (крім кодів 110, 114), яких було взято під медичний нагляд протягом трьох місяців після отримання позитивного результату тестування у звітному році	28	37	46	31	39	35	22	18
Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд протягом місяця після тестування (в цілому за КГН та іншими групами)	40,0	30,0	25,1	34,2	23,7	33,1	41,4	45,7
Кількість осіб з позитивним результатом підтверджувального тестування на ВІЛ (крім кодів 110, 114), яких було взято під медичний нагляд протягом одного місяця після отримання позитивного результату тестування у звітному році	80	60	50	69	61	78	98	102
Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.4.1.2. Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд, за даними програмного моніторингу

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток осіб з позитивним результатом тестування, яких було взято під медичний нагляд, за даними програмного моніторингу	74,3	75,8	69,8	67,6	59,4	65,3	69,2	66,0
Кількість осіб з позитивним результатом тестування на ВІЛ, яких було взято під медичний нагляд протягом звітнього року	185	188	169	171	180	186	189	173
Кількість осіб, які отримали позитивний результат тестування на ВІЛ у звітному році	249	248	242	253	303	285	273	262

2.4.1.3. Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування та кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Співвідношення кількості осіб з позитивним результатом тестування та кількості осіб, яких було взято під медичний нагляд	88,0	88,0	82,9	61,4	64,2	70,3	79,3	74,4
Кількість осіб, яких було взято під медичний нагляд протягом звітного року (крім дітей у стадії підтвердження діагнозу)	176	176	165	124	165	166	188	166
Кількість осіб, які мали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ у звітному році (крім кодів тестування 110 та 114)	200	200	199	202	257	236	237	223

2.5.1. Чи відповідають обрані інтервенції з тестування і консультування хворих на ВІЛ епідеміологічному та соціально-економічному контексту області?

2.5.1.3. Використання ШТ у ЗОЗ

	2013	2014	2015	2016
Використання ШТ у ЗОЗ (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	13,5	14,2	18,3	19,6
Кількість тестувань з використанням ШТ у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	8026	8588	13184	16994
Загальна кількість тестувань у звітному році (в цілому, за кодами СЕМ, за результатом тестування)	59358	60649	72031	86536

2.5.3. Чи відповідає фактичне фінансування послуг з консультування і тестування запланованому?

2.5.3.1. Відсоток фактичного фінансування заходів КІТ обласної Програми

	2013	2015	2016
Відсоток фактичного фінансування заходів КІТ обласної Програми	15,7	31,2	89,0
Фактичне фінансування КІТ обласною Програмою (в цілому, державний/місцевий бюджет)	139,2	154,7	478,2
Заплановане фінансування КІТ обласною Програмою (в цілому, державний/місцевий бюджет)	884,2	495,6	537,2

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

3.1. Чи приводять здійснювані заходи до змін?

3.1.1. Чи знизилася захворюваність / поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН? – розділити на два питання.

3.1.1.1. Яким чином змінилася (знизилася/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН протягом періоду, який аналізується?

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році	0,2	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
Чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 102) у звітному році	27	22	14	33	42	27	30	29
Знаменник: оціночна кількість ЛВІН за СПЕКТРУМ в області	12200	12200	12200	12200	12200	12200	12200	12200

3.1.1.1.2. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЛВІН	2,9	3,1	1,9	4,8	1,9	1,1	0,9	0,6
Чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 102 СЕМ) за відповідний рік	27	22	14	33	42	27	30	29
Знаменник: кількість ЛВІН, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію у звітному році	947	721	743	682	2155	2539	3487	4990

3.1.1.1.3. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН (за даними СПЕКТРУМ)

	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН (за даними СПЕКТРУМ)					
Чисельник: оціночна кількість нових випадків ВІЛ інфекції серед ЛВІН за даними СПЕКТРУМ за відповідний рік	3,4	3,4	3,5	3,0	2,8
Знаменник: оціночна кількість ЛВІН за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	42	41	43	37	34
	12200	12200	12200	12200	12200

3.1.2.1. Яким чином змінилася (знизилася/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЛВІН протягом періоду, який аналізується?

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

	2011	2013	2015
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЛВІН (за даними біоповедінкових досліджень)			
	4,2	5,1	10,2

3.1.2.1.2. Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від протестованих ЛВІН у НУО

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЛВІН з позитивним результатом тестування від протестованих ЛВІН у НУО	8,8	5,3	2,3	0,8	0,7	0,7	0,9	0,7
Чисельник: кількість протестованих унікальних клієнтів	67	74	21	9	8	9	28	29
Знаменник: кількість клієнтів з позитивним результатом	763	1385	900	1191	1127	1322	3198	3951

3.2. Чи охоплені потрібні люди?

3.2.1. Чи мають ЛВІН доступ до послуг та чи використовують їх?

3.2.1.1. Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (за даними біоповедінкового дослідження)

	2011	2013	2015
Відсоток ЛВІН, які використовували презерватив під час останнього сексуального контакту (за даними біоповед. досл.)	61,8	69,7	59,7

3.2.1.2. Відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику (за даними біоповедінкового дослідження)

	2011	2013	2015
Відсоток ЛВІН, які використовували стерильну голку та шприц під час останньої ін'єкції наркотику (за даними біоповедінкового дослідження)	97,3	98,1	97,3

3.2.1.3. Відсоток ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження)

	2011	2013
Відсоток ЛВІН, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження)	77,2	61,7

* Дані за 2015 рік відсутні

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

3.3.1. Чи є обсяг надання послуг достатнім для досягнення програмних цілей?

3.3.1.1. Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр.

	2013	2014	2015	2016
Відсоток споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр.	40,7	46,0	40,5	42,8
чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр.	4968	5615	4935	5216
знаменник: оціночна кількість ЛВІН	12200	12200	12200	12200

3.3.1.2. Охоплення ЗПТ

	2013	2014	2015	2016
Охоплення ЗПТ	1,4	2,5	2,8	3,4
чисельник: кількість споживачів ін'єкційних наркотиків, які отримують ЗПТ, 2013-2016 рр.	165	303	347	410
знаменник: оціночна кількість ЛВІН	12200	12200	12200	12200

3.3.1.3. Середня кількість шприців на одного ЛВІН

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Середня кількість шприців на одного ЛВІН	17,1	24,8	29,0	26,8	35,9	41,5	43,2	58,0
чисельник: загальна кількість розданих шприців	208606	302988	353303	326975	437609	506478	527090	707940
знаменник: оціночна кількість ЛВІН	12200	12200	12200	12200	12200	12200	12200	12200

3.3.1.4. Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів

	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів, що проводять обмін, роздачу стерильних шприців та презервативів	20,0	25,0	27,0	34,0

Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для працівників комерційного сексу

4.1. Чи проводять здійснювані заходи до змін?

4.1.1. Чи знизилися захворюваність / поширеність ВІЛ-інфекції серед PKS? – розділити на два питання.

4.1.1.1. Яким чином змінилася (знизилися/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед PKS протягом періоду, який аналізується?

4.1.1.1.1. Відсоток PKS з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЛВІН у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток PKS з позитивним результатом тестування від оціночної кількості PKS у звітному році	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік	0	0	0	0	0	0	1	0
знаменник: оціночна кількість PKS за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	1600	1600	1600	1600	1600	1600	1600	1600

4.1.1.1.2. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед PKS

	2013	2014	2015	2016
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед PKS	0,0	0,0	0,1	0,0
чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 105.2 SEM) за відповідний рік	0	0	1	0
знаменник: кількість PKS, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію, у звітному році	283	486	969	1097

4.1.1.1.3. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед PKS (за даними СПЕКТРУМ)

	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед PKS (за даними СПЕКТРУМ)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
чисельник: оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед PKS за даними СПЕКТРУМ за відповідний рік	2	3	2	2	2
знаменник: оціночна кількість PKS за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	1600	1600	1600	1600	1600

4.1.1.2. Яким чином змінилася (знизилася/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед PKS протягом періоду, який аналізується?

4.1.1.2.1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед PKS (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Поширеність ВІЛ-інфекції серед PKS (за даними біоповедінкових досліджень)	0,9	1,0	1,7

4.1.1.2.2. Відсоток PKS з позитивним результатом тестування від протестованих PKS у НУО

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток PKS з позитивним результатом тестування від протестованих PKS у НУО	1,2	1,6	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0
чисельник: кількість протестованих унікальних клієнтів	3	2	0	3	0	1	1	0
знаменник: кількість клієнтів з позитивним результатом	253	126	125	1430	269	440	968	1096

4.2. Чи охоплені потрібні люди?

4.2.1. Чи мають PKS доступ до послуг з профілактики ВІЛ?

4.2.1.1. Відсоток PKS, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток PKS, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)	31,4	29,3	47,2

4.2.1.2. Відсоток PKS, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток PKS, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з клієнтом (за даними біоповедінкових досліджень)	97,1	94,6	92,6

4.2.1.3. Відсоток ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток ПКС, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження)	73,3	50,7	64,0

4.3. Чи здійснюються ці заходи у достатньому обсязі (масштабі)

4.3.1. Чи є обсяг надання послуг достатнім для досягнення програмних цілей?

4.3.1.1. Відсоток ПКС, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг)

	2011	2013	2015
Відсоток ПКС, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (за типами надавачів послуг)	27,3	37,3	52,0

4.3.1.2. Середня кількість презервативів на одного ПКС

	2013	2014	2015	2016
Середня кількість презервативів на одного ПКС	109,5	139,6	130,6	115,9
чисельник: загальна кількість розданих презервативів ПКС	175207	223374	208914	185476
знаменник: оціночна кількість ПКС	1600	1600	1600	1600

4.3.1.3. Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС

	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ПКС	10,0	11,0	9,0	7,0

Аналіз профілактичних ВІЛ-сервісів для чоловіків, які мають секс з чоловіками

5.1. Чи проводять здійснювані заходи до змін?

5.1.1. Чи знизилася захворюваність / поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ? – розділити на два питання.

5.1.1.1. Яким чином змінилася (знизилася/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ протягом періоду, який аналізується?

5.1.1.1.1. Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЧСЧ у звітному році

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від оціночної кількості ЧСЧ у звітному році	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,04
чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 103 SEM), за відповідний рік	0	0	0	0	0	1	0	1
знаменник: оціночна кількість ЧСЧ за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	2700	2700	2700	2700	2700	2700	2700	2700

5.1.1.1.2. Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Рівень виявлення ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ	0,0	-	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,2
чисельник: кількість осіб, які отримали позитивний результат підтверджувального тестування на ВІЛ (код 103 SEM), за відповідний рік	0	0	0	0	0	1	0	1
знаменник: кількість ЧСЧ, охоплених тестуванням на ВІЛ-інфекцію у звітному році	1	0	7	2	1	51	406	454

5.1.1.1.3. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ (за даними СПЕКТРУМ)

	2012	2013	2014	2015	2016
Захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ (за даними СПЕКТРУМ)	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
чисельник: оціночна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ за даними СПЕКТРУМ за відповідний рік	7	6	4	5	5
знаменник: оціночна кількість ЧСЧ за СПЕКТРУМ в області за відповідний рік	2700	2700	2700	2700	2700

5.1.1.2. Яким чином змінилася (знизилася/зросла/без змін) захворюваність на ВІЛ-інфекцію серед ЧСЧ протягом періоду, який аналізується?

5.1.1.2.1. Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ (за даними біоповедінкових досліджень)	5,6	3,4	2,3

5.1.1.2.2. Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у НУО

	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у НУО	0,0	0,0	0,3
чисельник: кількість протестованих унікальних клієнтів	0	0	1
знаменник: кількість протестованих унікальних клієнтів	136	402	398

5.2. Чи охоплені потрібні люди?

5.2.1. Чи мають ЧСЧ доступ до послуг з профілактики ВІЛ?

5.2.1.1. Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток ЧСЧ, які охоплені тестуванням на ВІЛ протягом останніх 12 міс. (за даними біоповедінкових досліджень)	36,5	22,2	33,9

5.2.1.2. Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток ЧСЧ, які використовували презерватив під час останнього статевого контакту з чоловіком (за даними біоповедінкових досліджень)	66,8	75,4	69,0

5.2.1.3. Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкових досліджень)

	2011	2013	2015
Відсоток ЧСЧ, які знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається (за даними біоповедінкового дослідження)	78,4	62,0	64,0

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

5.3.1. Чи є обсяг надання послуг достатнім для досягнення програмних цілей?

5.3.1.1. Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами (за типами надавачів послуг)

	2012	2013	2014	2015	2016
Відсоток ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами, 2013-2016 рр. (за типами надавачів послуг)	0,1	0,0	9,4	12,4	13,5
чисельник: кількість ЧСЧ, охоплених профілактичними програмами	2	0	309	417	464
знаменник: оціночна кількість ЧСЧ (за даними СПЕКТРУМ)	3600	3683	3273	3355	3437

5.3.1.2. Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ

	2013	2014	2015	2016
Середня кількість презервативів на одного ЧСЧ	0,0	9,1	6,0	10,4
чисельник	0	24480	16251	28069
знаменник	2700	2700	2700	2700

5.3.1.3. Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ

	2013	2014	2015	2016
Кількість пунктів (організацій), що проводять роздачу презервативів, надають послуги з профілактики ВІЛ серед ЧСЧ	0	1	1	1

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

ЗВІТ

Автори звіту:

В. Бутенко
С. Грабовий
Л. Панасенко
Л. Масюк
Ю. Новак

Рецензент:

Є. Большов

Верстка:

І. Сухомлинова

Літературна редакція:

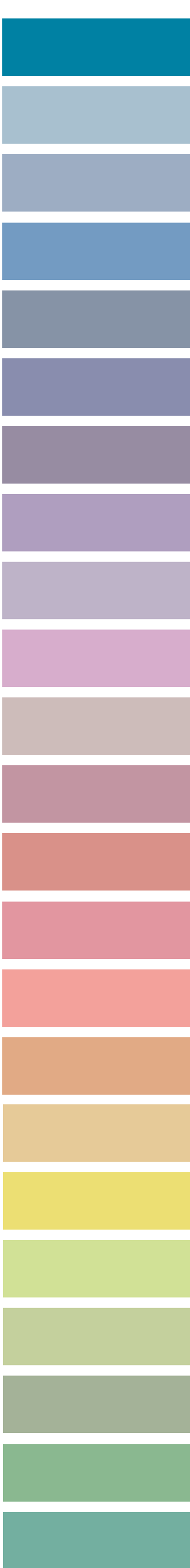
І. Андрущенко



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. 13,05
Тираж 50 прим. Замовл. № 30/2
Надруковано у друкарні ТОВ «Агентство» Україна»
01054, м. Київ, вул. Гончара, 55
(Свідоцтво про реєстрацію серії ДК №265 от 30.11.2000 р.)



Альянс
громадського здоров'я

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

